

RELAÇÕES HISTÓRICAS ENTRE EPIDEMIAS E O AMBIENTE URBANO NO BRASIL: SÍNTESE INTRODUTÓRIA

RELACIONES HISTÓRICAS ENTRE EPIDEMIAS Y AMBIENTE URBANO: SÍNTESIS INTRODUTORIA

HISTORICAL RELATIONS BETWEEN EPIDEMICS AND URBAN ENVIRONMENT: INTRODUCTORIAL SYNTHESIS

MEDEIROS, GABRIEL LEOPOLDINO PAULO DE

Professor Doutor do Curso de Arquitetura e Urbanismo da UFRSA, Coordenador do Grupo de Pesquisa HAUS. E-mail: gabriel.leopoldino@ufersa.edu.br

COSTA, ELLEN BRASIL DA

Graduanda do Curso de Arquitetura e Urbanismo da UFRSA, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Alpendre. E-mail: ellenbrasilcosta@gmail.com

DANTAS, RANNA ANTÔNIA MENDES

Graduanda do Curso de Arquitetura e Urbanismo da UFRSA, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Alpendre. E-mail: rannaantoniav@gmail.com

RESUMO

Em janeiro de 2020 a OMS declarou a epidemia do Coronavírus, causador da doença Covid-19, uma emergência internacional de saúde. Entretanto, não é a primeira vez na história que um vírus se propaga de forma acelerada, causando pânico e transformando as relações espaciais. No cenário mundial, a gripe russa (1889-1890) e a gripe espanhola (1918-1919) acometeram grandes grupos populacionais e foram responsáveis por diversas transformações de caráter político, econômico e social. No Brasil, durante os séculos XIX e XX, grandes epidemias puderam ser relacionadas à falta de infraestrutura resultante do crescimento urbano desordenado, como a tuberculose (1850-1950), varíola (1886-1960) e febre amarela (1960-1962). Este artigo objetiva compreender aspectos relacionados à influência histórica entre as estratégias de mitigação da proliferação de epidemias e os processos de intervenção urbana de forma a sintetizar a cronologia da emergência dessas doenças no Brasil. Busca, assim, relacionar as transformações formais urbanas decorrentes. Para isso foi feita uma busca em bibliografias diversas (como periódicos e revistas de arquitetura e urbanismo), especialmente aquelas disponíveis em bibliotecas virtuais. Através dessa síntese, pode-se perceber o papel fundamental que as doenças tiveram nas transformações espaciais, tanto do tecido urbano, como da própria arquitetura, refletindo o pensamento moderno de preocupação com a saúde do espaço construído e comportamentos humanos.

PALABRA- CHAVE: epidemias; história; arquitetura; espaço urbano.

RESUMEN

En enero de 2020, la OMS ha declarado la epidemia del Coronavirus, causador de la enfermedad Covid-19, una emergencia internacional de salud. Además, no es la primera vez en la historia que un virus se propaga de forma acelerada, ocasionando pánico y transformando las relaciones espaciales. En el escenario mundial, la gripe rusa (1889-1890) y la gripe española (1918-1919) acometieron grandes grupos poblacionales y fueron responsables por diversas transformaciones de carácter político, económico y social. En Brasil, durante los siglos XIX y XX, grandes epidemias fueron relacionadas a la falta de infraestructura resultante del crecimiento urbano desordenado, como la tuberculosis (1850-1950), viruela (1886-1960) y la fiebre amarilla (1960-1962). Con efecto, este artículo busca comprender aspectos relacionados a la influencia histórica entre las estrategias de disminución de la proliferación de epidemias y los procesos de intervención urbana de forma a sintetizar la cronología de la emergencia de esas enfermedades en Brasil, buscando relacionar las transformaciones formales urbanas resultantes. Por lo tanto, fue hecha una busca en bibliografías variadas (como journals y revistas de arquitectura y urbanismo), en especial disponibles en las bibliotecas virtuales. A través de esa síntesis, es posible percibir el papel fundamental que las enfermedades tuvieron en las transformaciones espaciales, tanto de la trama urbana, como en la propia arquitectura, reflejando el pensamiento moderno de preocupación con la salud del espacio construído y comportamientos humanos.

PALABRAS CLAVES: epidemias, historia, arquitectura, espacio urbano.

ABSTRACT

In January 2020, the WHO declared the Coronavirus epidemic caused, which caused the Covid-19 disease, an international health emergency. However, this is not the first time in history that a virus has spread rapidly, causing panic and transforming spatial relationships. On the world stage, the Russian flu (1889-1890) and the Spanish flu (1918-1919) affected large population groups and were responsible for several political, economic and social transformations. In Brazil, during the 19th and 20th century, major epidemics could be related to the lack of infrastructure resulted from disordered urban growth, such as tuberculosis (1850-1950), smallpox (1886-1960) and yellow fever (1960-1962). Thus, this paper aims to understand aspects related to the historical influence of strategies to mitigate the proliferation of epidemics and urban intervention processes, starting from a literary analysis in order to synthesize the chronology of the emergence of these diseases in Brazil. It is sought to relate the formal urban resultant transformations. Therefore, a search was made in several bibliographies (as journals and architecture and urbanism magazines), especially available on virtual repositories. Through this synthesis, one can perceive the fundamental role that diseases played in spatial transformations, both in the urban fabric and in architecture itself, reflecting the modern thinking concerning the health of the built space and human behaviors.

KEYWORDS: epidemics; story; architecture; urban space.

Recebido em: 23/12/2020

Aceito em: 24/04/2021

1 INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2020 a OMS declarou como pandemia a rápida proliferação do novo coronavírus – causador da doença Covid-19 –, reconhecendo-a como emergência internacional de saúde. A relação entre epidemias e o ambiente urbano remete a diversos períodos históricos distintos e remontam ao século XIX as estratégias de combate no âmbito do planejamento urbano e regional. A industrialização e o conseqüente crescimento desmesurado das capitais europeias foram causas prementes. Londres, por exemplo, apresentou os primeiros casos de cólera em 1850. Nesse período o médico John Snow descobriu a relação entre doenças epidêmicas e espaços urbanos, relacionando as causas com fatores territoriais e o saneamento básico como medida de prevenção.

No Brasil, historicamente, diversas epidemias estiveram relacionadas à falta de infraestrutura resultante do crescimento urbano desordenado, tais como tuberculose (em meados do século XIX), febre amarela (a partir de 1849), cólera (a partir de 1855) e varíola (início do século XX até 1971). O planejamento urbano se fundamentou concomitantemente como instrumento de combate à proliferação de doenças, a partir da organização das redes técnicas e dos espaços da cidade (SPERANDIO; FRANCISCO FILHO; MATTOS, 2016). No cenário mundial, a gripe espanhola (1918-1919) acometeu significativos grupos populacionais e corroborou diversas transformações de caráter político, econômico e social. A relação entre doenças e o espaço urbano é, portanto, preponderante. O quadro atual de enfrentamento do novo coronavírus ressalta a importância do entendimento científico dessa relação. Para tanto, é necessário reconhecer as questões históricas, compreendendo como os governos, em suas diferentes instâncias, responderam às necessárias adaptações urbanísticas ao longo dos últimos séculos.

Este artigo objetiva compreender aspectos relacionados à influência histórica dos processos de intervenção urbana sobre as estratégias de mitigação da proliferação de epidemias. Parte de uma perspectiva de análise da literatura de forma a sintetizar a cronologia da emergência dessas doenças no Brasil, com enfoque na cidade do Rio de Janeiro – capital federal da época - buscando relacionar as transformações nas formas urbanas decorrentes em cada período. O estudo faz parte do Projeto de Extensão “Arquitetura em tempos de pandemia: guia digital de boas práticas socioespaciais para o retorno às aulas presenciais” cujo objetivo maior é estudar a relação epidemia e espaço construído e propor como produto final uma cartilha de boas práticas ligadas às questões socioespaciais, tanto para os espaços coletivos como para salas e laboratórios. O projeto envolve docentes e discentes do Curso de Arquitetura da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA) e os grupos de pesquisa a ele vinculados: ‘Alpendre’ e ‘História da Arquitetura e do Urbano no Sertão’ (HAUS).

De abordagem qualitativa, natureza básica e de síntese, e caráter exploratório, este texto organiza-se a partir de análise da literatura sobre o tema – livros, artigos, teses e dissertações – visando sintetizar as informações acerca da problemática discutida. Visando arregimentar informações em ordem cronológica sobre a relação em estudo foram feitas buscas em portais virtuais como Scielo e Google Acadêmico, e em repositórios de trabalhos acadêmicos, como a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), e os das Universidades de São Paulo (USP) e Campinas (UNICAMP). Também foram consultadas revistas de arquitetura e urbanismo, como a *Caos Planejado* e bibliotecas virtuais, como o Acervo Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz). Em todos os casos as palavras-chave utilizadas foram “epidemias” “história” “arquitetura” e “espaço construído”. Essas informações foram organizadas em um compêndio, visando subsidiar uma discussão que sintetize a problemática.

2 GRANDES EPIDEMIAS NA HISTÓRIA RECENTE

O advento da Segunda Revolução Industrial e o conseqüente crescimento populacional dos centros urbanos, resultou na circulação maior de doenças, cujas origens eram, na maioria das vezes, desconhecidas. Com o tempo, diversos profissionais – como médicos e engenheiros sanitaristas – começaram a se debruçar sobre a questão e a discutir aspectos ligados à higiene urbana como corolário.

No final do século XVIII e início do século XIX, a teoria miasmática surgiu como possível explicação da origem dessas doenças transmissíveis. Os miasmas podem ser definidos como: “[...] emanações nocivas invisíveis que corrompiam o ar e atacavam o corpo humano” (MASTROMAURO; Giovana Carla, 2011, p. 01). Supunha-se que esses vapores provinham de lugares insalubres e de sujeiras advindas do ar. Ao longo do século XIX, a teoria miasmática continuou sendo usada, posteriormente sendo superada pela teoria bacteriológica.

As condições de vida no período industrial, as exaustivas e longas horas de trabalho, a ausência de ambientes apropriados para moradia e o número excessivo de pessoas em um mesmo espaço, colaboraram para a transmissão de doenças como a tuberculose que se alastrou na Europa durante todo o século XIX, se tornando a maior causa de mortalidade no século seguinte. O seu modo de contágio, feito por vias áreas, e

as péssimas condições de vida da época contribuíram para a ampla disseminação da doença. O médico infectologista Ujvari (2003) aponta também o sarampo e a varíola como doenças que atormentaram a Europa no século XIX, resultando em inúmeras mortes.

A doença avançava de moradia para moradia, de rua para rua e de bairro para bairro. As crianças eram acometidas por infecções de garganta responsáveis pela escarlatina e difteria. Sendo altamente contagiosas, essas doenças eram transmitidas nos cômodos e logo se espalhavam pelos bairros pobres. [...] A Europa viveu epidemias repetidas desses dois males, responsáveis por grande parte da mortalidade infantil ao longo do século XIX. [...] As epidemias de tifo, difteria, sarampo, varíola e diarreias foram constantes no século XIX dada a condição específica da urbanização industrial (UJVARI, 2003, p. 160).

Como possível solução, as autoridades sanitárias buscaram o isolamento daqueles que estavam infectados. De acordo com Michel Foucault, antes do século XVIII o hospital era um lugar de caridade, de assistência aos pobres e daqueles que eram marginalizados pela sociedade.

Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação (FOUCAULT, 1984, p. 59).

Com o surgimento dos sanatórios a partir do século XIX, a arquitetura hospitalar tornou-se um ambiente destinado para cura. Segundo Costa (2011), o modelo pavilhonar dos sanatórios brasileiros foi inspirado no modelo europeu: extensas varandas projetadas para a ventilação, iluminação natural e geralmente localizados em áreas afastadas da cidade, o que denotava o impacto de suas funções em relação ao espaço urbano.

[...] Desenvolvido em 1872, o sistema propunha que as construções hospitalares ficassem afastadas das aglomerações urbanas e localizadas em terrenos ensolarados. A superfície do terreno deveria aumentar na proporção do aumento do número de alojamentos coletivos. [...] O sistema assim concebido foi amplamente difundido por toda a Europa. Ficou conhecido como modelo pavilhonar e foi marcado pelo medo do contágio pelos germes – seguindo as descobertas de Louis Pasteur. [...] Em termos de modelos de hospitais de isolamento, o do Instituto Pasteur de Paris tornou-se referência. Erguido em 1900, próximo aos laboratórios de pesquisa do instituto parisiense, o Hospital Pasteur foi, por quarenta anos, um dos principais modelos de hospital de isolamento no mundo [...] (COSTA, 2011, p. 07).

A cólera também foi uma das enfermidades que percorreu séculos e afetou diferentes países no mundo. A emergência contínua dessa doença, somada às demais, acarretou o surgimento de serviços de profilaxia. A partir de 1907, foi criado o Escritório Internacional de Higiene Pública (*Office International d'Hygiène Publique*) com sede em Paris, “[...] concentrado em diversas atividades básicas relacionadas à administração de acordos sanitários internacionais e à rápida troca de informações epidemiológicas [...]” (BROWN; CUETO; FEE, 2006, p. 627).

Ao findar o século XIX, todos os países europeus e americanos por onde passara o flagelo haviam desenvolvido diferentes estratégias de prevenção e combate. A organização administrativa no campo da saúde avançou, com maior ou menor sucesso, em todos os países. Os melhoramentos das condições de saneamento e abastecimento d'água foram expressivos, ainda que só raramente beneficiassem as camadas mais pobres da população (SANTOS, 1994, p. 90).

Segundo Santos (1994, p. 90), na primeira metade do século XX “a cólera desapareceu pouco a pouco das estatísticas de morbidade e mortalidade do mundo ocidental”. Ações sanitárias, isolamento de enfermos e o saneamento das cidades foram algumas das medidas eficazes que contribuíram para a evasão da doença.

A febre amarela foi mais uma enfermidade que acometeu a população por muito tempo. Segundo Ujvari (2003), na segunda metade do século XIX os Estados Unidos passaram por uma grande epidemia de febre amarela, se espalhando por várias localidades e deixando considerável índice de mortos e muitos prejuízos econômicos. Em 1900 o médico Walter Reed explicou a descoberta do mosquito causador da doença, o *Aedes aegypti*. Com isso começaram as ações sanitárias buscando a eliminação daqueles lugares que continham água parada, alcançando excelentes resultados.

No século XIX o médico bacteriologista e higienista Robert Koch, apresentou ao mundo grandes conquistas da medicina da época: a descoberta do bacilo da tuberculose e do vibrião do cólera. Apesar desse avanço, em 1918 a gripe espanhola deixou milhões de vítimas por todo o mundo. O ano de 1918 foi marcado por fatalidades, a Primeira Guerra Mundial estava acontecendo na Europa ocasionando muitas mortes. Tão logo a gripe avançou, se tornou a causa de incontáveis falecimentos em vários países, afetando a população

mundial: “[...] Foi a segunda leva, surgida no outono europeu daquele ano, que se converteu em uma das maiores tragédias já testemunhadas pela humanidade” (GURGEL, 2013, p. 01). Embora o nome indique, estima-se que a gripe não tenha tido origem na Espanha. Killingray (2009) aponta que se acredita que a doença tenha se originado no centro dos Estados Unidos ou na Frente Ocidental. O terror vindo do desconhecido e o medo da morte foram sentimentos que intimidavam a população. De acordo com Gurgel (2013) alguns médicos julgavam ser apenas uma gripe comum. Alguns até mesmo retrocederam e especularam que a *Influenza* era originária de miasmas, ou até mesmo de origem divina: “[...] a gripe espanhola serviu para mostrar ao mundo que vivemos relações biológicas que nem sempre podem ser controladas” (GURGEL, 2013, p. 03).

Note-se que desde o século XIX a pobreza se mostrou responsável por grande parte da disseminação das doenças, contribuindo com uma grande parcela nos índices de mortalidade. Com isso, uma das ações de prevenção passou a ser o tratamento da saúde física e mental dos cidadãos, o que contribuiu para o desenvolvimento da medicina social. Com o avanço da epidemia várias medidas de emergência passaram a ser tomadas:

Escolas, cinemas e outros edifícios públicos foram encerrados (mas não os bares e as igrejas, ou só muito raramente); os transportes públicos e os bens importados eram submetidos a fumigações; em algumas cidades, as máscaras faciais tornaram-se acessórios de primeira necessidade para aqueles que trabalhavam em espaços públicos, incluindo os agentes da polícia e os empregados bancários. O combate à pandemia obrigava à adoção de medidas que passavam pelo controlo da circulação de pessoas e bens, o que afetou negativamente o comércio, distribuição de produtos comerciais e a vida quotidiana das pessoas (KILLINGRAY, 2009, p. 47).

De acordo com Gurgel (2013) essas providências surtiram efeitos positivos:

Em estudos realizados nos Estados Unidos sobre as múltiplas ações preventivas postas em prática, como o fechamento de escolas, igrejas e teatros, demonstrou-se que, nas cidades em que foram implantadas precocemente, houve uma mortalidade 50% menor em relação a localidades que assim não o fizeram. [...] Na Europa, certamente, o término da guerra influenciou para que houvesse menor mortalidade, devido à gradativa melhora da qualidade de vida de sua população, tanto no âmbito físico, quanto psicológico (GURGEL, 2013, p. 04).

Além da *Influenza*, Ujvari (2003) cita que no começo do século XX os Estados Unidos vivenciaram uma onda de infecções (entre as quais pneumonia, tuberculose e diarreias), que acometiam principalmente as crianças¹. Em consequência disso as primeiras décadas foram marcadas por avanços científicos, dentre eles a descoberta, em 1928, da penicilina pelo médico inglês Alexandre Fleming, que a apresentou à comunidade científica em 1929.

3 EPIDEMIAS NO BRASIL: BREVE CONTEXTO HISTÓRICO

No final do século XIX, a troca dos navios à vela pelos a vapor trouxe consigo a possibilidade de transporte mais rápido e barato, inflando o sonho imigratório e de melhoria de vida por parte das populações europeias. Contudo, a circulação desses navios influiu diretamente na disseminação de epidemias e pandemias que circulavam com o deslocamento das pessoas: “A cólera, que em 1892 irrompera na França, já havia invadido vários países europeus, atravessado o Atlântico e adentrado os Estados Unidos” (REBELO; CHOR MAIO; HOCHMAN, 2011, p. 71).

Em 1893, chegaram quatro navios ao porto do Rio de Janeiro – então capital federal – e, com ele, vítimas de cólera. De acordo com Rebelo, Chor Maio e Hochman (2011) os navios advindos de localidades com surtos da doença deveriam passar por cuidados sanitários: a desinfecção das embarcações, de vestimentas, bagagens, objetos pessoais, entre outros. Essa inspeção era realizada no Lazareto da Ilha Grande, no Estado do Rio de Janeiro. Nos navios podiam ser encontradas situações degradantes: aqueles que não sobreviviam eram jogados ao mar, os doentes recebiam hidratação e o restante dos imigrantes passaria pela desinfecção descrita. Muitas embarcações eram obrigadas a abandonar o desembarque e retornar, pois não cumpriam os pré-requisitos exigidos: “O lazareto e seus sistemas quarentenários, auxiliados ou não pela desinfecção, eram a principal arma com que se protegia a salubridade pública no Brasil” (REBELO; CHOR MAIO; HOCHMAN, 2011, p. 80).

Conforme aconteceu na Europa – e concomitante à cólera –, também em fins do século XIX, o Brasil passou por uma onda de contaminação por tuberculose. A doença foi denominada como “a praga dos pobres” pela sua disseminação vinda das áreas mais precárias das cidades. As moradias coletivas, chamadas de “cortiços” (Figura 01), eram locais com pouca salubridade, onde a população aglomerava-se em pequenos quartos úmidos, marcados pela falta de instalações sanitárias adequadas e, portanto, pela pouca higiene. A

alimentação dessas populações era pouco diversificada e insuficiente. Esse tipo de habitação, desse modo, contribuiu à propagação da tuberculose nos grandes centros brasileiros.

Figura 01: Barracão de madeira (cortiços cariocas), Rio de Janeiro, 25 mar. 1906.



Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz (2021).

Conforme citado por Silva (2018), a cidade do Rio de Janeiro enfrentava em fins do XIX uma situação de desordem sanitária. A economia também sofria consequências negativas. Os imigrantes europeus evitavam frequentar a capital devido à onda de epidemias que circulavam no país, mobilizando assim a força de trabalho para outros centros.

Por um lado, a ausência de esgoto sanitário, por outro, a presença de sujeira e fezes em toda parte, maus odores, doenças, população europeia, africana e negra alforriada e aglomerada em habitações coletivas com precárias condições de higiene. Além disso, a organização geográfica favorecia inundações de ruas e pântanos (SILVA, 2018, pp. 19 e 20).

A falta de planejamento e de medidas que controlassem a difusão da doença pelo poder público, acabou por tornar necessária a criação de grupos para controle da tuberculose e criação de novas instituições e infraestruturas:

As primeiras instituições especificamente criadas para fazer frente ao problema foram a Liga Brasileira Contra a Tuberculose – atual Fundação Ataulpho de Paiva – e a Liga Paulista Contra a Tuberculose, ambas fundadas em 1899. [...] Esses métodos eram: campanhas de educação sanitária, implantação de sanatórios, dispensários e preventório²; focalizar sua atuação no atendimento aos pobres; estender essas ações aos demais estados da República; reconhecer, como fatores de êxito, a importância da iniciativa privada, da filantropia e da participação do poder público e, com a prática dos procedimentos, capacitar pessoal (HIJJAR; GERHARDT; TEIXEIRA; PROCÓPIO, 2007, pp. 51 e 52).

No início do século XX criou-se o programa “A luta contra a Tuberculose” iniciado por Oswaldo Cruz, diretor-geral de Saúde Pública do governo de Francisco Pereira Passos³ (BRASIL, 2020). Deu-se assim origem ao Plano de Ação com o objetivo da implantação de práticas profiláticas e terapêuticas.

O Rio de Janeiro foi marcado também por diversos surtos epidêmicos de varíola. A implementação da vacina de Edward Jenner no Brasil se mostrou eficiente. No ano de 1887, o médico e barão Pedro Affonso Franco implantou a vacina antivariólica no país. Como dito anteriormente, a escassez do poder público em ações de controle às doenças era notória e com o crescimento populacional as epidemias eram cada vez mais constantes.

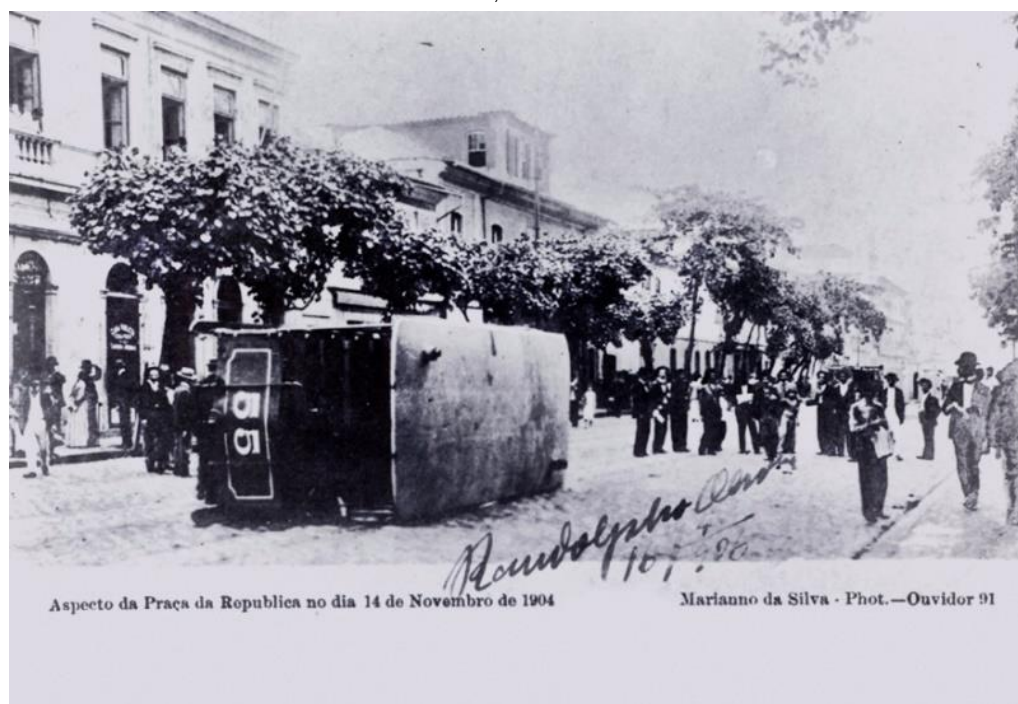
Excetuando-se a febre amarela, a varíola foi a doença epidêmica que apresentou o maior número de surtos nos primeiros 15 anos da República, incidindo-se na capital e em todo o Estado de São Paulo (GAZETA, 2006, p. 40).

Em 1891, no estado de São Paulo, houve a validação da lei que tornava obrigatória a vacinação antivariólica, caso contrário seriam cobradas multas. A maior abrangência da vacinação também acontecia na cidade do Rio de Janeiro.

Nos primeiros anos do século XX, a ampliação da vacinação fez parte de uma série de medidas de saúde pública no contexto de transformações da cidade do Rio de Janeiro. A remoção de cortiços, a drenagem dos mangues e a canalização dos esgotos foram algumas delas. Em março de 1903, em meio às reformas urbanas postas em marcha pelo presidente Rodrigues Alves, para a chefia dos serviços sanitários da república foi indicado o médico cientista Oswaldo Cruz. Este prometera acabar com as epidemias que atacavam anualmente a cidade em pouco tempo, desde que o governo lhe desse possibilidade de agir. Seus principais alvos eram a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. Estas três doenças surgiam de forma epidêmica a cada ano, causando milhares de mortos, principalmente entre os imigrantes (GAZETA, 2006, p. 43).

O médico Oswaldo Cruz decretou obrigatória a vacinação contra varíola, com isso houve um grande descontentamento por parte da população. O ano de 1904 foi marcado por conflitos no Rio de Janeiro, a conhecida Revolta da Vacina (Figura 02). A rebelião popular fez com que muitas pessoas saíssem às ruas para confrontarem agentes da saúde e a polícia. Em seguida, o governo voltou atrás e tornou opcional o uso da vacina, o que ocasionou o aumento na emergência de epidemias nos anos seguintes.

Figura 02: Cartão Postal, Bonde virado na praça da República em protesto contra a lei da vacinação obrigatória da varíola. Rio de Janeiro, 14 nov. 1904.

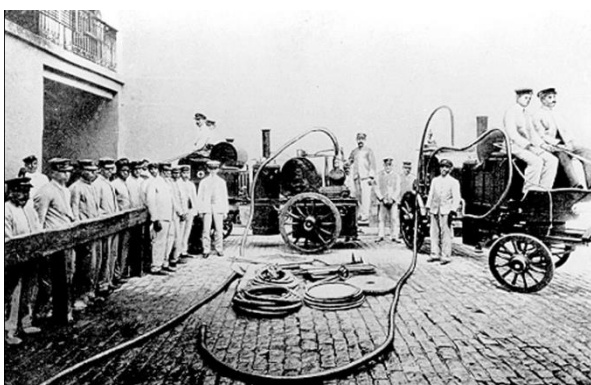


Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz (2021).

Gazeta (2006) observou que no final da década de 1920, a varíola não era mais a grande causa das mortalidades. Embora a doença tenha continuado a aparecer em vários momentos da história, não apresentava mais o impacto de outrora, e posteriormente se sucedeu a erradicação da doença. Gazeta acredita que isso aconteceu devido a uma decorrente aceitação da vacinação, o que a tornou compulsória e amplamente difundida.

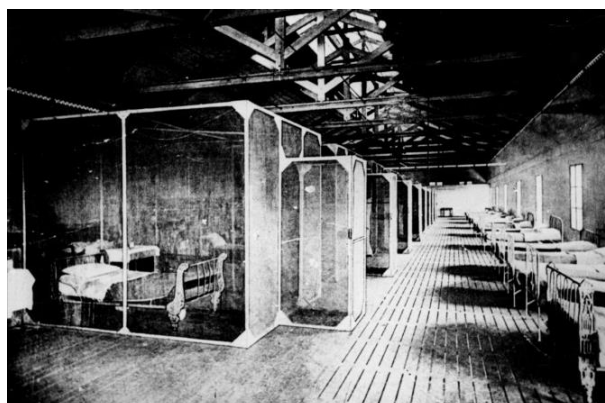
Ainda no início do século XX, Oswaldo Cruz liderou a campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro⁴ (Figuras 03, 04, 05 e 06), liderando centenas de homens (os guardas sanitários) para implementação de medidas destinadas à desinfecção de casas, à transferência de doentes para Hospitais de Isolamento e à demolição de cortiços.

Figura 03: Guardas sanitários e aparelhos Clayton, utilizados no controle dos focos de mosquitos e de ratos no combate a Febre Amarela.



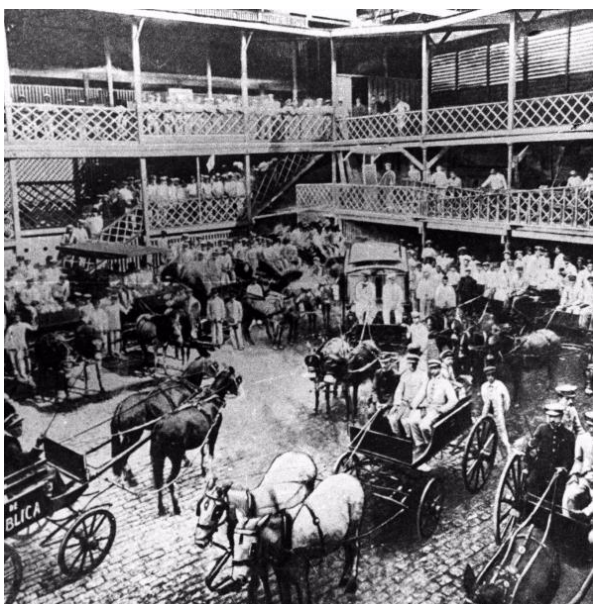
Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz (2021).

Figura 04: Quartos para isolamento de infectados por febre amarela, Rio de Janeiro, ano de 1905.



Fonte: Brasileira Fotográfica Digital. Acesso 2020. Disponível em: <https://www.brasilianaiconografica.art.br/>

Figura 05: Serviço de Profilaxia da Febre Amarela no Rio de Janeiro, entre 1903 e 1906.



Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz (2021).

Figura 06: Guardas sanitários do Serviço de Polícia de Focos percorriam a cidade para eliminar focos de larvas, lavando caixas d'água, desinfetando ralos e bueiros, limpando telhados e calhas.



Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz (2021).

O início do século XX também foi marcado pela pandemia da gripe espanhola. Chegou ao Brasil em 1918 a bordo do navio “Demerara”. Em aproximadamente duas semanas apareceram diversos casos no país, entretanto, a população ainda não acreditava que a *Influenza* traria graves consequências. No Rio de Janeiro os noticiários eram ignorados, mas não demorou muito para os moradores assustarem-se com o número elevado de óbitos: “Era extremamente rápida a velocidade de contágio, o período de incubação era curto e o número de pessoas acometidas pela moléstia, muito elevado, como também o grau de letalidade” (GOULART, 2005, p. 108). Logo, a cidade tornou-se um caos, faltavam alimentos, remédios, em suma, os itens mais básicos.

Era necessário emoldurar a doença para torná-la compreensível e emocionalmente mais tolerável. Entretanto, nem a população, nem os serviços sanitários foram capazes de lidar com a violência imposta pela espanhola, que acabou instaurando um quadro de desordem pública (GOULART, 2005, p. 109).

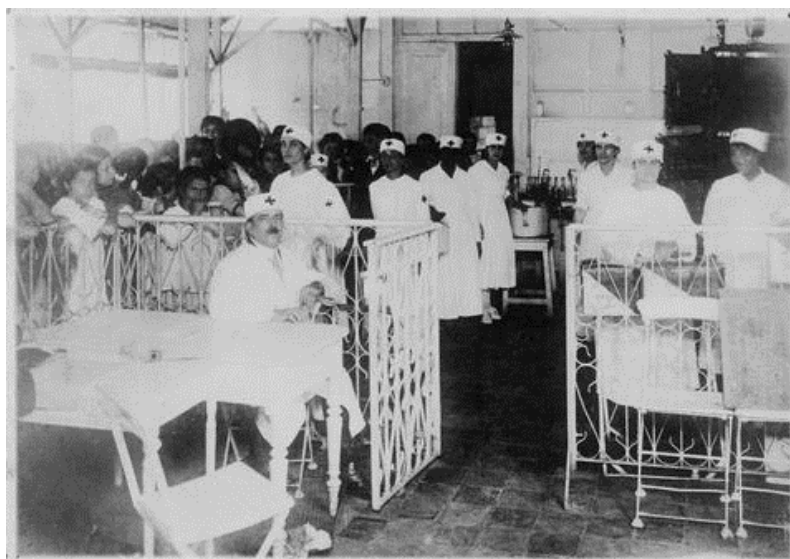
Uma das primeiras estratégias de combate à gripe foi o isolamento dos doentes, medida que já havia sido utilizada anteriormente para o enfrentamento de outras epidemias e pandemias.

A doença contagiosa é um evento social, e, no caso da gripe espanhola, desencadeou uma mobilização social, ato que não foi exclusivo do Brasil, uma vez que cada sociedade tentou construir sua própria resposta. A opinião pública, numa tentativa de salvar-se da ameaçadora moléstia, começa a exigir a revitalização de medidas como quarentenas e isolamentos. Alguns médicos, sem saber que tipo de estratégia de combate estabelecer para a moléstia reinante, passaram a defender que o isolamento dos doentes “se impõe como a primeira medida de higiene” (AZEVEDO, 1919, p. 15, *apud* GOULARD, 2005, p. 110).

No município de São Paulo, a *Influenza* era responsável pela morte de milhares de pessoas: “Cerca de 2/3 da população foi infectada pelo vírus da influenza, tais números (mortalidade e morbidade) não parecem divergir daqueles calculados nos diversos países afetados pela ‘espanhola’” (QUEIROZ, 2004, p. 68). De acordo com Queiroz (2004), as altas taxas de mortalidade eram registradas principalmente nos bairros periféricos, onde não havia saneamento e nem unidades de saúde (Figura 07): “Vê-se aqui uma nítida correlação entre o surto epidêmico, a ocupação do espaço urbano, a morfologia da cidade, suas características demográficas e a estrutura de classes” (QUEIROZ, 2004, p. 69). Foram paralisadas a maioria das atividades paulistanas, os transportes públicos também foram afetados gerando complicações no abastecimento de produtos.

Desde o século XIX, a importância da pobreza e da desnutrição já havia sido destacada no surgimento de doenças e na conseqüente mortalidade da população. Virchow defendia que as condições sociais eram as responsáveis pelas epidemias e participou ativamente de um movimento de reforma médica que culminou, em 1849, na elaboração de um primeiro projeto de lei em saúde pública. Tal projeto fundamentou a necessidade de assegurar o desenvolvimento e a saúde física e mental dos cidadãos, além prevenir suas doenças, sendo um importante passo no desenvolvimento da medicina social. Dessa forma, não foi surpresa que a gripe espanhola tenha vitimado principalmente indivíduos mais carentes. (GURGEL, 2013, p. 05)

Figura 07: Distribuição de alimentos no Posto de Assistência à Infância durante o surto de gripe espanhola de 1918.



Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz (2021).

A desigualdade social e o capitalismo fizeram com que os preços de medicamentos e alimentos aumentassem abusivamente – situação semelhante ao que tem sido vivenciado na atual crise do novo coronavírus. Havia também uma possível hierarquia no atendimento sanitário, desfavorecendo as classes mais pobres, que ficavam muitas vezes desassistidas (Figuras 08 e 09). Dessa forma, a gripe “deixou então de ser um problema exclusivamente do Estado para ser redefinida como tarefa de responsabilidade coletiva” (QUEIROZ, 2004, p. 72). Algumas instituições se disponibilizaram para oferecer ajuda humanitária à população. Apesar da distinção na abrangência dos estratos sociais mais afetados, a gripe espanhola não poupou nenhuma classe social, causando até mesmo o falecimento do presidente eleito da época, Rodrigues Alves.

Figura 08: Hospital do Meyer – Reminiscências da epidemia. Revista Careta. Nov/1918. Rio de Janeiro.



Fonte: Governo do Estado de São Paulo (2021).

Figura 09: Os médicos Moncorvo Filho e Orlando de Góes atendendo pacientes no surto de gripe espanhola de 1918, Rio de Janeiro.



Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz, 2021

Portanto, a disseminação territorial das epidemias nas cidades brasileiras ocasionava efeitos humanos nefastos e a necessidade de investimento em equipamentos hospitalares e em medidas profiláticas sobre a estrutura urbana, costumes e habitações. É notória a correlação cronológica da emergência dessas doenças nos contextos internacional e nacional, como atesta a Tabela 1.

Tabela 1: Datas de epidemias no contexto brasileiro e mundial.

DOENÇAS	EM ESCALA MUNDIAL	NO BRASIL
Febre amarela	-	A partir de 1849
Tuberculose	1850-1950	Meados do século XIX
Terceira epidemia de cólera	1846-1862	A partir de 1855
Quarta epidemia de cólera	1864-1875	A partir de 1864
Quinta epidemia de cólera	1887-1896	Novas ocorrências constatadas em 1883
Sexta epidemia de cólera	1902-1923	-
Varíola	1896-1980	Início do século XX até 1971
Gripe espanhola	1918-1919	1918-1919

Fonte: Elaborado pelos autores (2020) com base nos dados do Acervo Instituto Butantan (1978/79); Gonçalves (2000); Maranhão (2010); Toledo Jr. (2005); Ujvari (2003).

O enfrentamento das diferentes epidemias tornou prementes as discussões sobre salubridade nos meios técnicos. O debate multidisciplinar entre médicos, engenheiros sanitaristas e arquitetos fundamentou as bases de ação sobre questões relativas à higiene pública no ambiente urbano (SPERANDIO; FRANCISCO FILHO; MATOS, 2016).

A partir dessa preocupação crescente com a higiene das cidades foram elaboradas teorias para orientar o comportamento coletivo. Regras sobre a conduta da população, intervenções nos espaços coletivos, fiscalização dos espaços públicos e privados objetivando ordenar o processo de ocupação da população a partir da definição de novos traçados urbanos e edificações que ao ocuparem os lotes respeitassem normas e as práticas de higiene estabelecidas. Segundo Mastromauro (2010), o debate multidisciplinar acerca da salubridade das cidades estabelecido por profissionais de diferentes áreas durante boa parte dos séculos XIX e XX foi um dos grandes pilares que permitiram a fundamentação do “urbanismo”. Essas discussões capitaneadas por profissionais capacitados —permitiram o início do processo de transformação do traçado urbano, que tomava por base as teorias higienistas, escritas e publicizadas por meio de diversos manuais que permitiram a difusão daquela cultura.

Entre as medidas de combate às epidemias em termos de infraestrutura urbana, pode-se citar a drenagem de terrenos paludosos viabilizando a mobilidade urbana e o melhoramento da condição ambiental da cidade, a partir do ajardinamento, embelezamento e criação de áreas verdes e livres. Com isso, começou-se a perceber a aproximação entre as áreas da saúde e do planejamento urbano (SPERANDIO; FRANCISCO FILHO; MATOS, 2016).

Segundo Sperandio, Francisco Filho e Mattos (2016), no Brasil, grandes epidemias puderam ser relacionadas à falta de infraestrutura resultante do crescimento urbano desordenado, como já foi observado no caso da tuberculose, varíola e febre amarela. Através da necessidade de reorganizar os espaços da cidade, a Reforma de Pereira Passos (1903) consistiu em uma intervenção de larga escala. Inspirada no plano de remodelação da Paris do XIX, transformou radicalmente a fisionomia do centro do Rio de Janeiro. Grandes edifícios e arquitetura variada surgiram para ornamentar as novas avenidas; hábitos considerados contrários aos preceitos de higiene pública foram proibidos; novas redes de saneamento e de abastecimento de água foram implantadas, assim como novas linhas de bonde eletrificadas; a iluminação pública começou a ser substituída por postes de eletricidade, entre várias outras intervenções. Com as modificações do traçado urbano do centro, o tráfego desafogou e a cidade se expandiu em todas as direções. Inaugurada em 1905, a Avenida Central (Figura 10) tornou-se o grande símbolo da reforma. Apesar de todas as melhorias, entretanto, esse processo teve também seu lado sombrio e excludente.

Figura 10: Avenida Central – atual Rio Branco – após a inauguração em 07 de setembro de 1904.



Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz (2020).

A Reforma de Passos fez com que centenas de cortiços fossem demolidos, por serem considerados contraditórios ao plano estético e higienista e apesar do projeto de vilas operárias, milhares de famílias foram desabrigadas. Isso porque as habitações eram insuficientes e de padrão superior ao que a população mais pobre poderia arcar (Figuras 11 e 12). O local de implantação afastado do centro e o déficit no abastecimento de transporte público corroborou para o não sucesso do plano (LUCCHESI, 2015).

Em geral, as intervenções que ocorreram no espaço urbano nesse período foram regidas pelas teorias do higienismo⁵, dando grande importância à circulação do ar, desde a construção de edifícios até o planejamento

de ruas e avenidas (MASTROMAURO, 2010). Para Maricato (2000), essas reformas urbanas realizadas em muitas cidades brasileiras entre metade do século XIX e o início do século XX foram o começo do urbanismo moderno “à moda de periferia” no Brasil: ocasionou a expulsão das populações pobres para as franjas de ocupação urbana e para as áreas ambientalmente sensíveis, como os morros. Esse tipo de urbanismo envolvia a ampliação das redes de saneamento básico e obras de embelezamento paisagístico nos espaços centrais, controle dos fluxos das águas residuais, prevenção sobre a contaminação da água de abastecimento da população, entre outras medidas.

Figura 11: Cartão postal, obras de urbanização do centro do Rio de Janeiro entre General Câmara e Santa Luzia, no centro do Rio de Janeiro.



Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz (2020).

Não só as cidades passaram por um processo de transformação durante o período higienista, buscando tratar e impedir surtos de doenças, mas também as habitações. Para Mastromauro (2010, p. 49) o “*Trattato d’Igiene*” (1933) de Donato Ottolenghi, abordou tanto o tema da insalubridade urbana, como também o problema da moradia, sugerindo a atuação dos higienistas não só no meio urbano, mas também no interior das residências. As edificações foram alvo de mudanças: desde as habitações até a arquitetura hospitalar (MASTROMAURO, 2010, p. 55). Essas mudanças eram baseadas na análise de lugares que pudessem provocar doenças, como os cemitérios, hospitais, matadouros e habitações insalubres.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação existente entre os espaços urbanos e os surtos epidêmicos foi percebida ainda no século XIX e a partir disso médicos e engenheiros passaram a observar a influência do espaço urbano na propagação de doenças de caráter epidêmico. A lógica territorial e do processo de deslocamentos das populações introduzia e disseminava as doenças no ambiente da cidade. Ao longo do tempo, muitas transformações espaciais ocorreram em busca de amenizar o efeito resultante do acelerado crescimento urbano, como as reformas urbanísticas que tinham como objetivo tornar as cidades limpas e salubres através do alargamento de ruas e avenidas, da implantação de redes técnicas e da erradicação de edifícios considerados inapropriados do ponto de vista estético e higiênico, transformando o tecido e expandindo a cidade para além do perímetro urbano.

No século seguinte a preocupação com os espaços ultrapassou as linhas da cidade e adentrou as edificações, principalmente as destinadas à moradia e habitação dos operários. Os médicos e engenheiros da época acreditavam que a imagem do interior das casas refletia na organização das cidades. Assim, as edificações, especialmente a moradia operária, foram modificadas a fim de atender exigências de iluminação e ventilação, objetivando salubrirar o seu interior. Adaptações morfológicas e bioclimáticas também foram realizadas nos programas destinados à cura dos enfermos, como no caso dos hospitais e sanatórios.

Dessa forma, podemos perceber o papel fundamental que as doenças tiveram nas transformações espaciais, principalmente em relação ao tecido urbano, refletindo o pensamento moderno de preocupação com a saúde dos espaços. De acordo com Gurgel (2013) o medo diante do desconhecido e a busca pela cura de doenças pandêmicas foram comportamentos comuns, tanto nas epidemias modernas, quanto nas de épocas mais remotas. Assim, resta-nos saber como o pensamento contemporâneo irá lidar com a pandemia causada pelo novo covid-19 com relação aos espaços e comportamentos humanos. Pode-se antever as adequações de hábitos e comportamentos que afetarão diretamente a organização de uma nova morfologia urbana, especialmente no que toca à interferência nos esquemas de sociabilidade.

5 AGRADECIMENTOS

À Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFERSA (PROEC) pelo suporte financeiro e bolsas concedidas e aos grupos de pesquisa Alpendre e História da Arquitetura e do Urbano no Sertão (HAUS) pelo apoio no desenvolvimento da pesquisa.

6 REFERÊNCIAS

ACERVO CASA DE OSWALDO CRUZ. *Combate à febre amarela*. Disponível em: <<http://oswaldocruz.fiocruz.br/index.php/biografia/trajetoria-cientifica/na-diretoria-geral-de-saude-publica/combate-a-febre-amarela>>. Acesso em: 24 março 2020.

ACERVO CASA DE OSWALDO CRUZ. *Distribuição de alimentos no Posto de Assistência à Infância durante o surto de gripe espanhola de 1918*. Disponível em: <<http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/distribuicao-de-alimentos-no-posto-de-assistencia-a-infancia-durante-o-surto-de-gripe-espanhola-de-1918>>. Acesso em: 24 março 2020.

ACERVO CASA DE OSWALDO CRUZ. *Luta contra a varíola*. Disponível em: <<http://oswaldocruz.fiocruz.br/index.php/biografia/trajetoria-cientifica/na-diretoria-geral-de-saude-publica/luta-contra-a-variola>>. Acesso em: 24 março 2020.

ACERVO CASA DE OSWALDO CRUZ. *Os médicos Moncorvo Filho e Orlando de Góes atendendo pacientes no surto de gripe espanhola de 1918*. Disponível em: <<http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/doutores-moncorvo-filho-e-orlando-de-goes-atendendo-pacientes-no-surto-de-gripe-espanhola-de-1918>>. Acesso em: 24 março 2020.

ACERVO CASA DE OSWALDO CRUZ. *Reforma de Pereira de Passos*. Disponível em: <<http://oswaldocruz.fiocruz.br/index.php/biografia/trajetoria-cientifica/na-diretoria-geral-de-saude-publica/reforma-pereira-passos>>. Acesso em: 04 set 2020.

BASTOS, F.; KRASILCHIK, M. Pesquisas sobre a febre amarela (1881-1903): uma reflexão visando contribuir para o ensino de ciências. *Ciênc. Educ. (Bauru)* [online], v.10, n.3, pp. 417-442, 2004.

BENCHIMOL, J. L. *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2001. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/4nktq>>. Acesso em: 13 set 2020.

BONDUKI, N. Plano de Avenidas. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 14 de fevereiro de 1997. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1997/2/14/caderno_especial/15.html>. Acesso em: 04 set 2020.

BRASILIANA FOTOGRAFICA. *Quartos em tela metálica para isolamento de doentes atacados de Febre Amarela*. Disponível em: <<http://brasilianafotografica.bn.br/brasiliana/handle/20.500.12156.1/5746>>. Acesso em: 14 set 2020.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial de Saúde. *Hist. Cien. Saúde-Manguinhos* [online], v.13, n.3, pp. 623-647, 2006.

COSTA, R. G.-R. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [online], v. 19, supl. 1, pp. 53-66, Rio de Janeiro, dez 2011.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GAZETA, A. A. B. *Uma história do combate à varíola no Brasil: do controle à erradicação*. Tese (Doutorado) Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

GOULART, A. C. Revisando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* [online], vol.12, n.1, pp. 101-142, 2005.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, Gripe espanhola na Capital Federal. *Revista Histórica* [online], abr. 2011. Disponível em: <http://www.historica.arquivestado.sp.gov.br/imagemepoca/anteriores/abril2011/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

GURGEL, C. B. F. M. 1918: a gripe espanhola desvendada? *Rev. Bras. Clin. Med.* [online], v. 11, n. 4, pp 01-06. São Paulo, out-dez 2013.

- HIJJAR, M. A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G. M.; PROCÓPIO, M. J. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online], v.14 (supl. 1), pp. 50-57, 2007.
- KILLINGRAY, D. A pandemia de gripe de 1918-1919: causas, evolução e consequências. In: J. M. SOBRAL (ed.). *A Pandemia Esquecida: Olhares comparados sobre a pneumônica 1918-19*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 41-91, 2009.
- MACIEL, M. S.; MENDES, P. D.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Rev. Bras. Clin. Med.* [online], v. 10, n. 3, pp. 226-230. São Paulo, mai-jun 2012.
- MARANHÃO, E. S. P. *Cholera Morbus*, (aula - 28 slides), Fio Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://ensp.fiocruz.br/>>. Acesso em: 16 set 2020.
- MARICATO, E. Urbanismo na periferia do mundo globalizado: metrópoles brasileiras. *São Paulo em perspectiva*, v.14, n.4, pp. 21-33, 2000.
- 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*, v.6, n.2, pp. 45-64, 2010.
- MASTROMAURO, G. C. Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teoria bacteriológica: instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do século XIX e início do XX. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História (ANPUH). São Paulo, jul. 2011.
- MIYAHARA, P. *Zoneamento e segregação em São Paulo*. In: *Caos Planejado*, 20.jan 2017. Disponível em: <<https://caosplanejado.com/zoneamento-e-segregacao-em-sao-paulo/>>. Acesso em: 04 set 2020.
- PINTO, S. L. C.; FRANCISCO FILHO, L. L.; SPERANDIO, A. M. G.. Diálogo entre Urbanismo e Promoção da Saúde. *Intellectus. Revista Acadêmica Digital da Faculdade de Jaguariúna*, v. VIII, p. 08-27, 2012.
- QUEIROZ, R. S. As epidemias como fenômenos sociais totais: o surto da gripe espanhola em São Paulo (1918). *Revista USP* [online]. N.63, pp. 65-73, nov. 2004.
- REBELO, F.; MAIO, M. C.; HOCHMAN, G. O princípio do fim: o “torna-viagem”, a imigração e a saúde pública no Porto do Rio de Janeiro em tempos de cólera. *Estudos Históricos* [online], v.24, n.47, pp. 69-87, Rio de Janeiro, 2011.
- SANTOS, L. A. C. Um século da Cólera: Itinerário do Medo. *PHYSIS* [online], v. 4, n. 1, pp. 79-110, 1994.
- SILVA, S. A. *Entre (des)encantos mil da cidade maravilhosa: instalação dos banheiros públicos (1902-1906)*. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/handle/unirio/11685>>. Acesso em: 13 set 2020.
- SPERANDIO, A. M. G.; FRANCISCO FILHO, L. L.; MATTOS, T. P. Política de promoção da saúde e planejamento urbano: articulações para o desenvolvimento da cidade saudável. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, pp. 1931-1938, 2016.
- TOOGE, R. Uma Ideia de Prestes Maia: O Plano de Avenidas de São Paulo. *São Paulo in foco*, São Paulo, 10 de junho de 2014. Disponível em: <<http://www.saopauloinfoco.com.br/plano-avenidas/>>. Acesso em: 15 set 2020.
- UJVARI, S. C. *A história da humanidade contada pelos vírus: Bactérias, parasitas e outros microorganismos*. São Paulo: Editora Contexto, 2012.
- UJVARI, S. C. *A história e suas epidemias: A convivência do homem com os microrganismos*. Rio de Janeiro: Editora Senac, 2003.
- WERMELINGER, E. D.; CARVALHO, R. W. Métodos e procedimentos usados no controle do *Aedes aegypti* na bem-sucedida campanha de profilaxia da febre amarela de 1928 e 1929 no Rio de Janeiro. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. Brasília, 2016, vol. 25, n.4, pp. 837-844.

NOTAS

¹ Segundo Ujavari (2003, p. 238), males como a pneumonia, tuberculose e diarreias, foram os principais fatores de óbitos nos Estados Unidos nas primeiras décadas do século XX.

² De acordo com Brasileiro (2012), conforme citado por Carvalho, Guedes e Souza (2020, pp. 166 e 167): “Os preventórios tinham a função de acolher crianças filhas de pais acometidos de tuberculose. Essas crianças eram cuidadas por um tempo variável, até que pudessem voltar a seus lares. A função dos dispensários era identificar focos de contágio, difundir noções de higiene e prestar assistência médica e social aos doentes. Os sanatórios eram reservados para isolamento e tratamento. Segundo Hijjar, Gerjardt, Teixeira e Procópio (2007, p. 52) no ano de 1902 houve a inauguração do primeiro dispensário no Rio de Janeiro – o Azevedo Lima – e somente em 1927 a inauguração do primeiro preventório.

³ O sanitarista Oswaldo Cruz foi nomeado Diretor Geral da Saúde Pública em 1903. No Rio de Janeiro, o médico coordenou campanhas para a evasão de doenças.

⁴ As ações conduzidas por Oswaldo Cruz serviram de base para o combate às epidemias seguintes de febre amarela, como a que acometeu o Rio em 1929 e cujas ações foram lideradas por Clementino Fraga. A epidemia durou cerca de um ano e meio – maio de 1928 a setembro de 1929 – e foram usados procedimentos semelhantes aos de 1903.

⁵ As teorias higienistas surgiram entre os séculos XIX e XX quando se percebeu por parte dos médicos sanitaristas uma relação existente entre os surtos epidêmicos e a higiene dos centros humanos, moldando padrões sociais e comportamentos coletivos em nome da saúde.

NOTA DO EDITOR (*): O conteúdo do artigo e as imagens nele publicadas são de responsabilidade do(s) autor(es).