

As múltiplas faces da saúde pública: uma análise do Código de Posturas de 1902 na cidade de Ribeirão Preto/SP.

Autor: Leticia Krempel¹, Rafael Cardoso de Mello²

^{1,2}Centro Universitário Barão de Mauá

¹leticia8krepel@gmail.com – curso de História, ²rafael.cardoso@baraodemaua.br

Resumo

Esta pesquisa tem por objetivo compreender as estratégias do documento “Código de Posturas” publicado em 1902, referente a normativa das posturas urbanas da cidade de Ribeirão Preto, diante do campo da saúde pública para a cidade mediante análise qualitativa dos discursos sanitários registrados. Para tal, utilizamos de referencial histórico teórico e metodológica da história social e empreendemos leitura pautada em autores como Michel Foucault.

Introdução

No dia 29 de abril de 2021 o portal “BBC News” publicou a notícia “Pandemia no Brasil foi diferente do resto do mundo”, diz diretora de Médicos Sem Fronteiras” escrita por André Biernath. Tal produção faz menção a pandemia da Covid-19 que se fez presente em todo o mundo desde o princípio do ano de 2020.

Figura 1. “Pandemia no Brasil foi diferente do resto do mundo”



Fonte: “BBC News”. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56937229>, acesso em 25 maio 2022.

Ao longo da reportagem é retratada a opinião de Ana de Lemos, diretora executiva da ONG Médicos sem Fronteiras (MSF), a qual relata que a

pandemia no Brasil foi diferente do resto do mundo. Na notícia, ela continua seu depoimento citando que “as unidades de saúde são deixadas à própria sorte, sem protocolos de prevenção, equipamentos de proteção, oxigênio, insumos e remédios” (BBC News, 2021). Desse modo, se tomarmos as palavras de Ana Lemos como adequadas muitas das vidas perdidas poderiam ter sido evitadas a partir de uma estrutura e organização estatal preocupada em realizar prevenções contra o alastramento da Covid-19. Ademais, o manifesto internacional feito pela organização MSF crítica a atuação do governo brasileiro e classifica a situação do país como “catástrofe humanitária”. Os líderes da entidade fizeram um apelo para que as autoridades nacionais reconhecessem, naquele contexto, a gravidade da crise e organizassem uma “resposta centralizada e coordenada”. Para a médica:

A recusa em colocar em prática medidas de saúde pública baseadas em evidências científicas resultou na morte prematura de muitas pessoas. A resposta à pandemia precisa urgentemente de um recomeço, baseado em conhecimentos científicos e bem coordenado, para evitar mais mortes desnecessárias e a destruição de um sistema de saúde conceituado e prestigiado (BBC News, 2021).

Tendo em vista algumas informações da reportagem fica evidente a atual desvalorização das políticas públicas de saúde voltadas ao contexto da pandemia da Covid-19. Ocorre que, o quadro da saúde brasileira já se encontrava perante várias crises sociais, econômicas e políticas das quais os cidadãos (das camadas mais pobres) são os principais afetados. O Brasil como participante da Organização Mundial da Saúde (OMS) deveria ser capaz de propor políticas públicas voltadas a questão da saúde de modo a fazer com que essa seja ofertada a toda sua população ainda que a globalização, precarização e focalização de políticas sociais impõe desafios ao fortalecimento de medidas práticas e

participações populares (BERTOLLI FILHO, 2010; SANTOS, 2013).

Objetivos

Esta pesquisa parte de uma perspectiva de compreensão da saúde pública por meio de análise histórica questionando e discutindo as políticas públicas relacionadas a esta área atravessadas por diferentes caminhos e concepções ideológicas. O que se vê na reportagem citada nos convida a compreender se a realidade de 2021 se ancora no descompromisso histórico do Estado frente as questões de saúde pública. Em outras palavras, essa pesquisa tem como objetivo apreender como o Estado pode controlar a saúde pública, e os meios empregados por ele no decorrer da História.

A história da saúde pode ser contornada a partir das vontades do poder público referentes a saúde coletiva e o plano das aceitações e conflitos promovidos pelos populares em função das práticas de higiene e da medicina social (NUNES, 2000).

Métodos/Procedimentos

Portanto, partindo dos pressupostos da História Social esta pesquisa é voltada a temática da urbanização e dos procedimentos de higienização, começando do reconhecimento do cenário europeu do século XVIII e de seus desdobramentos para as cidades brasileiras, em especial, no contexto de expansão da Belle Époque para Ribeirão Preto durante a transição dos séculos XIX e XX. Pretende-se, mediante uma análise qualitativa dos Códigos de Postura de Ribeirão Preto do ano de 1902, recuperar os discursos referentes a saúde pública e projetos sanitários para a localidade.

Resultados e Discussões

Antes de adentrar nos momentos históricos vale a pena questionar a partir da reportagem acima sobre como as instituições estatais valorizaram e utilizaram as políticas públicas de saúde diante da população. Atualmente, em um cenário de pandemia foi visto um despreparo, ou ainda, desinteresse por parte do Estado em proporcionar medidas efetivas ao combate e prevenção da Covid-19. Mas foi sempre essa a relação entre Estado e saúde? A história mostra que não, uma vez que, o processo de implantação de novas concepções científicas foi resultado da ação de fatores sociais e internos à prática científica (ALMEIDA; DANES, 2001). Desse modo, quais os interesses por trás do Estado em promover

atitudes de higienização? E o que esperam alcançar?

Durante a urbanização, entre os séculos XIX e XX os centros urbanos estavam voltados a ideia de progresso, transformação e melhoramento resultantes do domínio da natureza pelo homem (ALMEIDA; DANES, 2001). Assim surgiram novas formas de sociabilidade para adequar as demandas capitalistas a partir de intervenções de ordem social atuando sobre a higiene, a moral e os costumes tanto das esferas privadas quanto públicas (SILVA, 2007). Logo, essas transformações urbanas eram reflexas de um mundo que se modernizava com um desenvolvimento tecno-científico calcado no poder classista da burguesia industrial (PAZIANI, 2016). Nesse cenário, médicos se tornavam representantes da sociedade modernizada e higienizada, ao mesmo tempo que consolidavam uma nova ordem e forneciam as bases para a construção de um aparato institucional (SILVA, 2007).

Partindo de um contexto externo, com o cenário europeu do século XVIII, as cidades passavam por grandes transformações com elevadas concentrações urbanas e aumento de problemas sociais e econômicos. Por conseguinte, as cidades passaram a ser objetos de reflexões e intervenções de profissionais, como médicos, que criticavam a insalubridade do espaço urbano, localizavam focos produtores de miasmas e elaboravam novas leituras da cidade do ponto de vista da saúde (COSTA, 2004). Por meio das críticas e elaboração de discursos houve legitimação de intervenções no poder público com preocupações com as causas, as origens e localização da doença no meio geográfico urbanizado (COSTA, 2004).

Com levantamentos sobre os hábitos e comportamentos da população duas principais concepções eram difundidas acerca das origens das doenças: a teoria infeccionista, enfatizando a ação de miasmas, e a teoria contagionista, enfatizando a transmissão por contágio (ALMEIDA e DANES, 2001). Em relação aos miasmas acreditava-se que eram emanações nocivas invisíveis que corrompiam o ar e atacavam o corpo humano formados a partir de sujeiras das cidades insalubres e por gases formados pela putrefação de cadáveres (MASTRONAURO, 2011). Para os infeccionistas os miasmas seriam combatidos pela renovação e circulação do ar, da água, do lixo, dos dejetos e da sujeira que não poderiam ficar “parados” sob o risco de se corromperem e produzirem miasmas (COSTA, 2004). Perante os perigos dos miasmas a autora explica:

Para combater as doenças miasmáticas, os médicos higienistas propunham a expulsão dos equipamentos insalubres, um novo recorte do espaço urbano, a reorganização do espaço doméstico e medidas de saneamento higiene total, limpeza profunda do meio físico e social (COSTA, 2004, p. 60).

No entanto, entre os contagionistas medidas mais radicais eram tomadas para a prevenção de doenças como quarentenas e cordões de isolamentos aos enfermos (COSTA, 2004). Apenas no final do século XIX se difundiu a concepção bacteriológica que considerava a origem das doenças como causa de microrganismos específicos. Essa teoria conferiu uma nova impressão da qual cada doença correspondia a um agente etiológico a ser combatido através de vacinas e produtos químicos (ALMEIDA; DANTES, 2001; MASTROMAURO, 2011).

Contudo, o foco das origens patológicas encontrou um novo meio de atuação através do esquadramento do espaço físico em que a doença passou a ser resultado do meio físico e social de acordo com os fatores socioeconômicos da época que influenciaram na criação da teoria social da doença (COSTA, 2004). Desse modo, o pobre perdeu sua função dentro da sociedade por ser considerado o foco disseminador das doenças ao viver nas condições mais precárias ou por consistir em uma força politicamente rebelde contra a exploração da burguesia industrial (COSTA, 2004). Portanto, os pobres deviam se sujeitar às normas de comportamento com inspeções e desinfestações de suas moradias em bairros ou vilas de operários criados como segregação socioespacial (COSTA, 2004).

Nesse sentido, na obra “História da Loucura” de Michael Foucault o autor descreve um acontecimento denominado “O Grande Enclausuramento” que assinala a passagem de uma visão religiosa da pobreza para uma percepção social em que os pobres e loucos eram considerados um obstáculo à ordem social (MACHADO, 2007). Como consequência, “O Grande Enclausuramento” como internamento foi um fenômeno moral e instrumento político que não apenas excluiu aqueles que fugiam das regras sociais, mas também criava uma população homogênea (MACHADO, 2007). O internamento foi uma justificativa ao capitalismo nascente na exclusão do pobre visto como vagabundo, ocioso ou desempregado do circuito econômico (MACHADO, 2007). Desse modo:

Quase todos os projetos da segunda metade do século XVIII baseiam-se na distinção de duas categorias de pobres: os

“pobres válidos” e os “pobres doentes”. Válido é o elemento considerado positivo para a sociedade. É alguém que pode trabalhar e, por isso, deve-se fazer trabalhar e não excluir da vida social. O doente, ao contrário, é um peso morto, um elemento negativo, sem utilidade econômica; no entanto, sua assistência é um dever social para o pensamento filantrópico (MACHADO, 2007, p. 28).

E além da loucura como as doenças são inseridas dentro de uma concepção capitalista que está em busca de mão de obra produtiva? Segundo Foucault (1979), o capitalismo socializou o corpo enquanto força de produção ou força de trabalho levando ao controle da sociedade sobre os indivíduos começando pelo corpo como uma realidade bio-política e a medicina uma estratégia também bio-política. Logo foi no biológico, no somático, no corporal que a sociedade capitalista se investiu (FOUCAULT, 1979). Em seu texto “O Nascimento da Medicina Social” (1979), Foucault divide o desenvolvimento da medicina social em três direções segundo as adaptações do capitalismo, contudo será discutido a partir da segunda direção por possuir maior concomitância com o conteúdo elaborado até aqui.

Assim a segunda direção do desdobramento da medicina social tem como exemplo a França na metade do século XVIII. O país passava por um processo de urbanização constituindo as cidades como corpo urbano de modo coerente, homogêneo, dependendo de um único poder regulamentado. Nesse contexto, revoltas urbanas tornavam-se mais frequentes com a formação de uma plebe em vias de se proletarizar sendo necessário um poder político capaz de esquadrihar essa população (FOUCAULT, 1979). É nisso que se desenvolve uma atividade de medo, de angústia urbana com o amontoamento da população, das epidemias, dos cemitérios mais numerosos, dos esgotos, et al, tendo em vista o aumento populacional e as intervenções estatais (FOUCAULT, 1979).

Logo a medicina urbana consistia em métodos de vigilância, de hospitalização com objetivos: de analisar o acúmulo de tudo que pode provocar doenças ou epidemias, controlar a circulação de indivíduos e elementos, e organizar as distribuições e sequências das fontes e dos esgotos (FOUCAULT, 1979). A terceira direção da medicina social se deu na Inglaterra do século XVIII em que o Estado, seguido da cidade, depois os pobres e trabalhadores foram objetos de medicalização. Nesse momento, pode se destacar a Lei dos Pobres que comportava um controle médico do pobre, o qual se submete a vários controles higienistas como modo de satisfazer suas necessidades de saúde (FOUCAULT, 1979).

Enquanto os governadores asseguravam a saúde dos pobres, os ricos não se tornariam vítimas de fenômenos epidêmicos originários das classes baixas e estas se tornariam mais aptas aos trabalhos (FOUCAULT, 1979).

Em síntese, os interesses do Estado com a medicina social entrelaçam-se com a ideia de controle social na higiene pelo controle sanitário e na medicina legal pelo controle jurídico-administrativo (NUNES, 2000). Nos momentos críticos as normas médicas tornavam-se indispensáveis na gestão da cidade e sociedade. A partir do século XIX nenhuma intervenção urbana foi realizada sem o aparato ideológico das doutrinas higienistas, sendo elas aceitas ou não pela população (COSTA, 2004). Ademais, “por meio dos códigos de posturas disciplinava-se o crescimento da cidade e o comportamento dos habitantes e definiam-se normas de construção” desejadas pela classe dominante (COSTA, 2004, p. 63).

Tais avanços da medicina europeia futuramente viriam a influenciar outras regiões globais como foi o caso do Brasil. A medicina brasileira entre os séculos XIX e XX, passou por profundas mudanças estruturais, sociais e políticas com a difusão de teorias patológicas e as normas dos códigos de posturas. Conforme Nunes (2000), a maioria dos estudos de saúde pública no Brasil apresentam as práticas sanitárias como anistórico, assim o que diferencia as etapas históricas nesse estudo foi a incorporação de um maior ou menor grau de cientificidade/racionalidade desses processos estudados.

Os pesquisadores deste tema evidenciam a emergência de um projeto de medicina social no início do século XIX com a chegada da Corte portuguesa em 1808 já no final da colonização vinculado a higiene pública e medicalização do espaço urbano (NUNES, 2000). O tema da saúde não forma parte no projeto colonial, ele pode ser registrado quando a medicina “se volta sobre a cidade disputando um lugar entre os organismos de controle da vida social” tendo como objetivo o aumento da produção a partir do melhoramento da saúde da população (NUNES, 2000, p. 253). Assim foram desenvolvidas ações reguladoras incluindo as atividades de cirurgiões e a criação das primeiras escolas de medicina havendo influência por parte da sociedade burguesa em relação as decisões governamentais na esfera da saúde pública com programas desde a higiene à medicina legal (NUNES, 2000).

A questão da saúde adquire contornos mais nítidos entre 1870 e 1930, iniciando com a ruptura do Império em que:

(...) a expansão cafeeira irá colocar como problema fundamental a substituição da mão-de-obra escrava, que virá encontrar

nos imigrantes europeus a constituição de uma nova força de trabalho. A ocorrência de um processo de modernização da capital do Império será acompanhada de um processo político de centralização do Estado Imperial, que irá entrar em crise após 1870. Ocorrências como o fortalecimento do Exército, a crise entre a Igreja e o Estado, a crise e deterioração do Partido Liberal, com o crescimento da ideologia republicana, pressões externas e internas contra a escravidão, a política inflacionária dos anos 80, revelam a transição do escravismo para o capitalismo e da Monarquia para a República (NUNES, 2000, p. 255).

O contexto republicano com a “República da Espada” foi o período em que se estabeleceram as alianças entre os militares e os cafeicultores paulistas. Os primeiros, positivistas, pretendiam dar a característica ideológica à República, enquanto os cafeicultores desejavam o federalismo, o liberalismo econômico e político com uma nova Constituição. Assim tem-se uma época de crises, com sucessivas rebeliões militares e quedas de ministros (NUNES, 2000). “Se, de um lado, o Exército defende a centralização político-administrativa, de outro, os cafeicultores viam na descentralização a solução para os problemas” (NUNES, 2000, p. 256).

Em consequência, ocorreu a ruptura da aliança sendo sucedida por outra quando os cafeicultores se aliaram às oligarquias regionais dominantes, em São Paulo e Minas Gerais, com predomínio dos interesses da exploração do café acima da sociedade nacional (NUNES, 2000). Essa conjuntura estende-se de 1894 a 1914 quando o Brasil foi atingido pelos efeitos da Primeira Guerra Mundial com a diminuição das importações de café e borracha (NUNES, 2000). Com a crise desse modelo instalou-se um forte controle social e institucional das camadas médias com aumento do custo de vida e baixa renda salarial em um momento de mudanças e rupturas com a complexificação da vida urbana (NUNES, 2000).

De acordo com Sevcenko (2018), a constituição de uma sociedade urbanizada e de teor burguês no início da fase republicana foi acompanhada de movimentos convulsivos e crises traumáticas cuja solução convergiu para um sacrifício dos grupos populares. Portanto, mediante as reformas urbanísticas com campanhas sanitárias as principais metrópoles brasileiras passaram por mudanças estruturais das quais excluíam a população mais pobre segundo as medidas determinadas pelo governo. Como exemplo, a cidade do Rio de Janeiro durante a presidência de Rodrigues Alves (1902 – 1906) se viu diante de uma crescente intervenção estatal no que diz respeito ao planejamento urbano defendido como

uma imposição da Medicina Social (SANTOS; MOTTA, 2003).

Sendo assim o prefeito Pereira Passos (1902 – 1906) obteve permissão para a política da “bota-abaixo” de cortiços como justificativa das reformas sanitárias, tendo em vista as péssimas condições de saúde derivadas destas edificações. Além de que, introduziu novos hábitos à população com a modificação de seus estilos de vida civilizando-a através dos Códigos de Posturas (SANTOS; MOTTA, 2003). No entanto, a população mais pobre não aceitou tais mudanças, uma vez que ainda no Rio de Janeiro ocorreu a Revolta da Vacina (1904), tendo como pretexto a campanha de vacina obrigatória contra a varíola. Nessa, os setores da oposição argumentaram não contra a vacina, mas contra as condições brutais e truculentas de sua aplicação em conjunto com o caráter compulsório da lei (SEVCENKO, 2018). Logo não havia preocupações com o estado psicológico da população, de quem só se exigia obediência incondicional (SEVCENKO, 2018).

Em relação a metrópole de São Paulo e seu interior é possível analisar que o Estado desempenhou um papel essencial na construção de um modelo de saúde. Isso ocorreu, à medida que o controle de doenças epidêmicas teve grande importância para a urbanização da cidade protegendo a produção de riquezas a partir do complexo cafeeiro que levou a um aumento populacional e da sociedade do trabalho (SILVA, 2007). Já na década de 80 do século XIX, novos decretos e leis em relação a saúde pública surgiram em conjunto de laboratórios e institutos voltados a profilaxia e erradicação de epidemias tendo como base a teoria bacteriológica (MASTROMAURO, 2011).

Em 1891 com a lei estadual nº 12 foi estabelecido o Serviço Sanitário de São Paulo no qual as autoridades paulistas, dentro dos limites do governo estadual, resolveram concentrar os esforços do Serviço Sanitário na eliminação de epidemias (BLOUNT, 1972). Entre 1892 e 1896 foi elaborado um novo modelo administrativo a ser seguido pelo Serviço Sanitário caracterizado na época de Emilio Ribas como diretor, em que ampliou as atividades e autoridades do Estado (BLOUNT, 1972). Os trabalhos do Serviço Sanitário cresceram cada vez mais na Capital, e além de laboratórios criaram-se mais sete seções em 1911 de estatística, de hospitais de isolamento, de desinfetório central, da inspeção de amas de leite, et al (BLOUNT, 1972). Em suma, as realizações do Serviço Sanitário fizeram com que diminuíssem as estatísticas de mortalidade em conjunto com o controle das mais temíveis doenças epidêmicas, contribuindo assim para um impacto positivo na produção dos trabalhadores e uma maior qualidade de produção (BLOUNT, 1972).

Não obstante, o poder público paulista estava preocupado com o controle sanitário das habitações onde o abastecimento de água e esgoto era precário. Assim foram tomadas medidas marcadas pela teoria de que as cidades e moradias são as causas das doenças com seus moradores sendo controlados (MASTROMAURO, 2011). A situação sanitária pode ser compreendida pelo Código Sanitário de 1894 elaborado de acordo com os problemas da cidade de São Paulo, nele fica evidente como os cortiços não cabiam nas normas de higiene que repeliam essas moradias e a habitação pobre em geral (MASTROMAURO, 2011). Desse modo, o Estado passou a condenar o pobre e via sua casa como insalubre e repulsiva, sendo os cortiços reconhecidos pelas suas más qualidades de construções e distribuições, sem luz, ventilação e saneamento básico (MASTROMAURO, 2011). À vista disso, a autora relata que:

Quando era confirmada a doença dentro de uma residência, desde o princípio o doente devia ser posto em isolamento completo. Os móveis deviam ser retirados do quarto, e as roupas, e a cama devia ser posta no meio do quarto, longe das paredes. A polícia também devia ser avisada fazendo guarda na frente da residência para impedir a entrada e saída de qualquer pessoa que não fosse um médico enviado pela repartição sanitária a fim de impedir o contágio (MASTROMAURO, 2011, p. 12).

Finalmente, chegou-se ao ponto de debater sobre a questão da higienização e urbanização em Ribeirão Preto na transição do século XIX ao XX. Para tanto, deve-se levar em consideração que o avanço da cafeicultura no interior paulista provera os recursos necessários para a organização dos espaços urbanos provenientes da organização de um sistema de créditos bancários possibilitando ao governo promover as primeiras melhorias urbanas nas cidades e dinamizar o mercado interno (PAZIANI, 2016). Logo, os municípios passaram a receber mais importância política com o advento da república garantindo aos capitais investidos nas lavouras de café circular na localidade uma renda interna que era reinvestida pelos poderes públicos no melhoramento dos espaços urbanos com a construção de matadouros, teatros, ruas, et al (PAZIANI, 2016). Nessa conjuntura, a elite cafeeira, os coronéis, exigiam uma demanda social e organização político-econômico vinculadas à criação de uma cultura de caráter urbano. Portanto, o primeiro Código de Posturas foi elaborado em 1889 permitindo a sociedade de elite construir um espaço de poder e sociabilidade de acordo com seus desejos de modernidade das paisagens, hábitos e costumes (PAZIANI, 2016).

O investimento realizado por fazendeiros e empresários do setor cafeeiro tinham como detrimento os capitais, dependentes do lucro do capital especulativo internacional. Em Ribeirão Preto os investimentos urbanos visavam publicizar a cidade para o resto do país como demonstração da força política e econômica dos fazendeiros e pela entrada de imigrantes resultando em um aumento populacional e maior intervenção na administração pública (PAZIANI, 2016). Por volta de 1890, o município já vinha sofrendo intervenções urbanas com a iluminação a óleo ou querosene, o nivelamento e alinhamento de sarjetas, a instalação de redes de água ligadas com a estação Mogiana e as redes de esgotos (PAZIANI, 2016). Reiterando, essas cidades-modelos representavam o *locus* das relações sociais e a manutenção do poder político dos barões de café à medida que a urbanização promovia inovação (PAZIANI, 2016).

As mudanças discutidas até este ponto podem ser mais bem compreendidas mediante a análise do Código de Posturas de 1902 de Ribeirão Preto com artigos instituindo regras para as reformas urbanísticas voltadas ao embelezamento e salubridade do município. Desse modo, serão exemplificados alguns dos projetos de urbanização e higienização conforme permitidos pelo Código. Primeiramente, será trazido o artigo 30 do capítulo II, “Das ? para as edificações e construções”, da Seção I, “Da Polícia Administrativa”:

Art. 30 – A Câmara Municipal, pelos seus agentes, fiscalizará toda obra, construção ou edificação que for feita dentro do perímetro da cidade, tendo em vista velar pela fiel observância de quanto respeitar a hygiene e segurança das obras ou edificações e ao embelezamento da cidade e dos seus arrabaldes.

O artigo revela a preocupação do poder municipal na fiscalização de obras para que elas seguissem as regras de hygiene e segurança diante da população. Ademais, o artigo 99 do capítulo IV, “Das edificações em particular”, descreve que:

Art. 99 – Em todos os prédios que forem construídos ou reconstruídos, destinados a habitação, serão observados rigorosamente as prescrições higienicas, e, além das regras geraes relativa às edificações, guardar-se-ão as disposições seguintes:

Entre as disposições pode-se mencionar que todos os compartimentos deveriam receber luz, os jardins ou quintais destinados a oferecer luz aos aposentos deveriam ocupar um terço da área total

do terreno; todas as áreas mencionadas teriam de possuir calçamento impermeável de ladrilho ou cimento, disposto de modo a permitir o completo escoamento das águas, et al. Estas medidas também demonstram a apreensão de fomentar uma urbanização visando a salubridade e saúde a partir das construções de habitação. Contudo, a criação de uma cultura urbana sempre esteve vinculada aos interesses da elite cafeeira cujo objetivo era reproduzir os espaços sociais das metrópoles (PAZIANI, 2016). Nesse sentido, as mudanças exigidas excluía os mais pobres e marginalizados, uma vez que a salubridade e embelezamento providos da ideia de progresso abrangiam as classes ricas, conforme investiam nessas reformas.

Por sua vez, aos pobres, na seção 2, “Das Casas Collectivas”, pode ser mencionado o parágrafo único do artigo 101: “§ único - É expressamente proibido a construção de estalagens ou cortiços”. Perante este artigo é possível concluir que a “Política do Bota Abaixo” no Rio de Janeiro também se estendeu a outras partes do território brasileiro, uma vez que construções coletivas passaram a ser consideradas apenas hotéis, casas de pensão, vilas operárias, asilos etc., que seguissem as regras dos Códigos de Posturas. Novamente, os pobres não eram considerados no “novo urbano”, à medida que eram excluídos de suas próprias moradias determinando a manutenção das desigualdades sociais promovidas pelo Código. Portanto, no artigo 102 voltado as construções coletivas aceita:

Art. 102 – Em taes construções deverão ser observadas todas as prescrições estabelecidas para as habitações, principalmente no que respeito à ventilação, iluminação e capacidade dos diversos preços do edifício, assim como a sua distribuição interior nos diferentes aposentos ou diversões (...).

No livro II, “Da Hygiene Municipal”, capítulo I, “Hygiene das ruas e praças”, os artigos 251 e 252 descrevem regras voltadas a limpeza dos espaços públicos também como partes do projeto de urbanização e saneamento:

Art. 251 – Ninguem poderá sob qualquer pretesto impedir ou dificultar o livre escoamento das aguas pelos canos, valetas, sargetas das ruas, praças e logradouros da cidade e dos arrabaldes, desviando, alterando, deteriorando ou obstruindo taes servidões (...).

Art. 252 – É vedado lançar nas ruas e praças, nas valhas e sargetas ou nos encanamentos quaesquer corpos sólidos ou líquidos, que causem encommodo aos

transeuntes ou prejudique a salubridade publica e bem assim, queimar folhas, cestos, barricas, lixo ou qualquer outros corpos que possam corromper o ar (...).

É interessante ressaltar, por meio do artigo 252, que ainda existia uma preocupação com os miasmas, uma vez que queria se evitar sujeiras nocivas das quais poderiam vir a corromper o ar e infectar os seres humanos. Reiterando, os miasmas eram considerados emanações nocivas invisíveis que corrompiam o ar e atacavam o corpo humano devido a sujeiras e falta de circulação do ar, água nas cidades (MASTROMAURO, 2011). A teoria dos miasmas recebeu mais atenção e obteve mais veracidade nos séculos XVIII e XIX, até novas teorias patológicas emergirem no campo médico. Ainda assim, sua influência persistiu onde as ciências europeias se expandiram ao redor do mundo, como São Paulo e especificamente Ribeirão Preto.

Advíncula (2009), traz um exemplo interessante sobre a preocupação com miasmas na cidade da Parahyba do Norte. No município o poder público criou ambientes arborizados em praças, ruas e avenidas para que as árvores passassem a desempenhar o papel de corretoras da vitalidade do ar tornando o ambiente mais saudável e o ar mais puro, ou seja, livre de miasmas. Essa era uma intenção da administração citadina em relação à salubridade, conforme dispostas as leis municipais. A capital paraibana experimentou outras medidas saneadoras como drenagem das águas e pântanos, irrigação das ruas, remoção e incineração do lixo, assim como Ribeirão Preto e suas leis municipais. Em virtude dessas similitudes, outros Códigos ao longo do país também apresentavam a modernização elitizada já em um nível nacional.

Não obstante, no capítulo 3, “das Habitações insalubres”, o artigo 269 considera insalubres as habitações que violam os incisos a seguir:

- I) Quando o solo, sobre o qual estiverem edificadas for hunido ou alagadiço;
- II) Quando todos os compartimentos, e especialmente os dormitórios, não forem convenientemente arejados ou iluminados;
- III) Quando não forem abastecidos de água suficiente para todos os misteres;
- IV) Quando houver falta de acceio no interior e suas dependências;
- V) Quando nos pateos ou quintaes houver acúmulo de lixo ou de imundície;
- VI) Quando houver pouco cuidado na conservação das latrinas;
- VII) Quando o número dos indivíduos domiciliados for superior a capacidade do prédio;

VIII) Quando os porões forem habitados, servirem para deposito de corpos susceptíveis de decomposição ou quando conviverem promiscuamente homens e animaes na habitação.

Em relação as moléstias e outras doenças infeciosas, o artigo 283 do capítulo IV, “Hygiene da alimentação”, descreve: “Art. 283 – É vedado ás pessoas affectadas de moléstias contagiosas vender gêneros alimentícios ou manufactural os para a venda”. A preocupação com o controle das moléstias também pode ser vista com o artigo 316, do capítulo VIII, “Da policia sanitária e das visitas domiciliarias”, pela presença de agentes sanitários fiscalizando o cumprimento das disposições do Código:

Art. 316 – A policia sanitária do Município, que será exercida pelo Intendente, médico municipal e fiscais, tem por fim prevenir, corrigir e reprimir os abusos que comprometam a salubridade pública e velar pela fiel observação das disposições sobre hygiene contidas neste Código (...).

A policia sanitária tinha a clara função de vigiar a população de modo que não houvesse descumprimento das regras sanitárias estabelecidas pelo Código. Qualquer abuso contra a salubridade seria reprimido e corrigido, até atingir as obrigações determinadas pela gestão médica. Para Foucault (2019), a constante vigilância promove disciplina que tenta reger a multiplicidade dos homens enquanto são utilizados, treinados e punidos. São esses fenômenos que trazem a introdução de uma medicina com a função maior da hygiene pública:

“com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da hygiene e de medicalização da população” (FOUCAULT, 2019, p. 205).

Portanto, a medicina se tornou o pano de fundo do Código de Postura ao se transformar em um saber-poder que conduzia, desenvolvia, julgava e punia áreas do conhecimento e vida cotidiana urbana, de modo a construir uma nova cidade em Ribeirão Preto.

Por fim, o artigo 324, do capítulo IX, “Das precauções contra as moléstias transmissíveis”, complementa o papel dos agentes sanitários perante as moléstias:

Art. 324 – Sempre que o médico municipal verificar em qualquer habitação o aparecimento de moléstia epidêmica ou transmissível, comunicará imediatamente o facto ao Intendente Municipal e applicará sem demora, as medidas hygienicas urgentes que obstem a propagação do mal.

Neste sentido, habitações, lojas e outros recintos deveriam ser constantemente limpos de modo a precaver o aparecimento de doenças que afetariam o cotidiano e abalariam o status da elite urbanizada. Além de que, a obrigatoriedade para garantir ambientes limpos e adequados tinha como auxiliar a multa e demissão dos fiscais, como por exemplo:

Art. 301 – No recinto do Mercado se observará rigorosamente o máximo asseio e limpeza, fazendo-se para esse fim tantas varreduras diarias quanto sejam necessárias.
O fiscal que não cumprir o disposto neste art. Será demittido e incorrerá na multa de 50\$000.

Outro exemplo de multa voltada ao locatário pode ser observado no artigo a seguir:

Art. 302 – Todo o locatário de commodos que deixar de observar nestes o regimen hygienico recommendado por este codigo, que não os trouxer em completo estado de limpeza e acceio, ou que não cumprir as determinações do medico municipal ou do fiscal do mercado, incorrerá na multa de 50\$000 e na reincidencia além da multa soffrerá de tres a cinco dias de prisão e será desalojado do commodo.

Podemos descrever tais punições como severas, uma vez que além de pagar uma multa o locatário também era preso e expulso de sua moradia. Para uma elite movida por reformas urbanísticas e exclusão dos mais pobres o fato do proprietário ser desalojado e sua casa possivelmente ser habitada por outros indivíduos, mais adequados aos olhos dessa mesma elite, reiteram a exclusão social promovida pelo Código. Novamente essa marginalização está associada às normas médicas e higiênicas esperadas da população perante os mais ricos e caso não fossem cumpridas haveria punições. Assim, fica evidente que o foco da medicina e seus agentes fiscais era voltado para os ricos, já que eram os mais interessados pelos serviços médicos e higiênicos.

No geral, estes são apenas alguns dos artigos relacionados a questão de higienização e salubridade no espaço urbano dentro do Código de

Posturas. Logo, a organização urbana de Ribeirão Preto seguia os moldes das grandes metrópoles brasileiras, a fim de alcançar embelezamento e melhores condições de saúde perante a população, segundo os investimentos dos cafeicultores visando obter uma produção melhorada e mais forte.

Para Novaes (2008), a expansão das forças produtivas aumentou a exclusão social, logo ocorreu uma modernização sem democracia com os grupos oligárquicos causando conflitos entre indivíduos e grupos sociais. A autora traz como exemplo a cidade de Piracicaba, localizada no interior paulista, cuja economia “constituía um exemplo de integração entre indústria e agricultura, assim constituindo um caráter urbano-industrial” (NOVAES, 2008, p. 7). Entretanto, a expansão e modernização urbana, como em Ribeirão Preto, não se fez uniformemente, pois a população pobre e principalmente negra era comumente excluída. Assim, elas não participavam nos noticiários de prestígio social, de encontros nos clubes sociais, não compunham a classe política e não apareciam nas notícias de educação. A elite tinha que permanecer como superior e pertencente a uma raça melhor com superioridade moral, econômica e intelectual ao se dirigir a outras camadas populacionais (NOVAES, 2008).

Vicente (2016), ao citar o Código de Postura de 1898 da Vila de Guarany, também descreve esta exclusão, pois o Código acabava por intervir em práticas cotidianas da população pobre que tinha seus hábitos obstruídos por forças policiais ou fiscais da Câmara Municipal. Como exemplo, ele cita o parágrafo 7 do art. 32 que proibia os adultos de se banharem nas “aguadas de servidão pública” (VICENTE, 2016, p. 5). Essa proibição é semelhante ao art. 256 do Código de Ribeirão Preto:

Art. 256 – Aquelle que banhar-se nas fontes públicas, damnificar ou lançar objectos immundos ou nocivos nas fontes, tanques, reservatorios ou aqueductos de onde sahem ou por onde passem as aguas destinadas ao abastecimento publico ou particular, incorrerá na multa de 50\$000.

Como já citado anteriormente, os Códigos de Posturas controlavam o crescimento urbano, a exclusão e o comportamento dos cidadãos no aspecto médico-sanitário, uma vez que os interesses do Estado se entrelaçavam com a medicina social (COSTA, 2004; NUNES, 2000).

Considerações finais

Reiterando, mediante o avanço da economia cafeeira no interior paulista a necessidade de uma mão de obra eficaz e saudável ressoava com os interesses capitalistas na busca de lucro. Portanto, a demanda de salubridade e saneamento fizeram conjunto a imposição de costumes e medidas dos Códigos de Posturas por meio de intervenções na ordem urbana. Dessa maneira, a medicina era imposta através do controle e esquadramento da população, principalmente aos mais pobres, vistos como principais focos de doenças e insalubridade. Assim, pobreza foi adaptada pela modernização e conseqüentemente ao trabalho atrelado a ela, de modo a impedir o alastramento de infecções para as classes mais ricas e desenvolver uma mão de obra de qualidade.

Na segunda metade do século XX, movimentos sociais e políticos, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, passaram a demandar uma expansão da cobertura e efetividade dos serviços médicos dos quais foram cobradas novas posturas em relação a questões ético-políticas. Assim, o apelo na luta por mais qualidade nos serviços prestados foi um dos motivos para a incorporação da educação médica no rol das políticas públicas (EDLER; PIRES-ALVES, 2018).

Dessa forma, novos temas foram incluídos dentro da especialização médica, como a pobreza e a causalidade social da doença permitindo uma ampliação da medicina preventiva e comunitária cujo foco é a interação com o paciente tendo em vista sua condição social. Como resultado dessas reformas, o modelo liberal de medicina foi entrando em crise com as ameaças dos valores de democracia, cidadania e multiculturalismo crescentes (EDLER; PIRES-ALVES, 2018).

Essa linhagem de estudos constituiu os fundamentos da medicina latino-americana e no Brasil, da saúde coletiva, culminando assim no estabelecimento da saúde como direito constitucionalmente assegurado pelo Sistema Universal de Saúde (SUS). Nesse sentido, diante da situação atual em que se encontram as políticas públicas brasileiras de saúde é de total importância lembrar os princípios das vertentes médicas a partir da metade do século XX, mas não esquecendo os avanços históricos da medicina com a expansão de laboratórios, clínicas e faculdades desde os tempos imperiais. E, por conseguinte, elaborar políticas públicas que estejam a serviço da população, e não do Estado (EDLER; PIRES-ALVES, 2018).

Referências

ADVÍNCULA, Chyara Charlotte Bezerra. **Entre miasmas e micróbios: a instalação de redes de água e esgoto na cidade da Parahyba do Norte(PB) e outras medidas de salubridade**

1910/1926. 2009. 153 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/7043/1/arquivo3269_1.pdf. Acesso em: 3 mar. 2023.

ALMEIDA, Marta de, DANTES, Maria Amélia Mascarenhas. O serviço sanitário de São Paulo, a saúde pública e a microbiologia. In: DANTES, Maria Amélia Mascarenhas., ed. *Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, pp. 133- 155. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/fkbbh/pdf/dantes-9786557081570.pdf#page=137>. Acesso em: 16 ago. 2022.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Editora Ática, 2010. 71 p.

COSTA, Maria Clélia Lustosa. Teorias médicas e gestão urbana: a seca de 1877-79 em Fortaleza. **História, Ciências e Saúde**, Manguinhos, v. 11, n. 1, p. 57-74, jan-abr. 2004.

EDLER, Flavio Coelho, PIRES-ALVES, Fernando Antônio. A educação médica: do aprendiz ao especialista. In: TEIXEIRA, Luiz Antônio *et al* (org.). **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec Editora, 2018. Cap. 3. p. 101-144.

ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA: PODER, VIOLÊNCIA E EXCLUSÃO, 19., 2008, São Paulo. **A Modernização na Belle Époque e o caso de Piracicaba (1900-1914)**. São Paulo: Anpuh/Sp-Usp, 2008. 12 p. Disponível em: <http://legacy.anpuh.org/sp/downloads/CD%20XIX/PDF/Autores%20e%20Artigos/Gabriela%20Pontin%20Novaes.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2023.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. 4. ed. São Paulo: Wmf Martinsfontes, 2019. 271 p.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social": In: Machado, Roberto (org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

MASTROMAURO, Giovana Carla. **Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teoria bacteriológica: instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do século XIX e início do XX**. São Paulo: Anpuh, 2011, 14p. Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300472386_ARQUIVO_Mastromauro.pdf. Acesso em: 16 ago. 2022.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. 90 p

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 2, n. 5, p. 251-264, 2000.

PAZIANI, Rodrigo Ribeiro. **Um baiano nas “terras do café”**: Joaquim Macedo Bittencourt, poder e urbanização em Ribeirão Preto/SP (1892-1920). Curitiba: Editora CRV, 2016.

SANTOS, Angela Moulin Simões Penalva; MOTTA, Marly Silva da. O “bota-abaixo” revisitado: o Executivo municipal e as reformas urbanas no Rio de Janeiro (1903-2003). **Revista Rio de Janeiro**, v. 10, p. 5-40, 2003.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálisis**, v. 16, p. 233-240, 2013.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina**. [S. L.]: Editora Unesp, 2018. 134 p.

SILVA, Márcia Regina Barros da. O processo de urbanização paulista: a medicina e o crescimento da cidade moderna. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 27, n. 53, p. 243-266, jan. 2007.

VICENTE, Marcos Felipe. O código de posturas como instrumento de controle social: reflexões sobre o código da Vila de Guarany (1898). **XII SEMANA DE HISTÓRIA DA FECLESC**, 2016. Disponível em:
https://www.uece.br/eventos/semanadehistoriadafeclesc/anais/trabalhos_completos/245-1545-05072016-174241.pdf. Acesso em: 4 mar. 2023.