

Políticas de Saúde e Controle Sanitário na Cidade do Rio de Janeiro: Uma Abordagem acerca das Práticas de Saúde Pública em Fins do Século XIX e na Atualidade

*Ana Paula Varanda**

Passados mais de cem anos da emergência de um projeto sanitário para a cidade do Rio de Janeiro, as doenças infecciosas e parasitárias ainda assumem grande importância nas estatísticas da Secretaria Municipal de Saúde. Neste estudo tem-se como objetivo levantar algumas questões acerca de como o saber médico e as autoridades públicas vêm encarando e formulando práticas de controle face à ocorrência destas doenças na cidade, destacando dois momentos. O primeiro caracterizado pela atuação direta dos cientistas da higiene na condução de reformas urbanas em fins do século XIX; e o segundo marcado por estudos que privilegiam a abordagem biomédica, produzindo conhecimentos, meios preventivos e curativos desvinculados da realidade ambiental onde se disseminam estas doenças, marcado pelo momento atual.

Assume especial relevância a recuperação de elementos históricos do combate a algumas epidemias mortíferas que já afetaram a cidade do Rio de Janeiro, contextualizando a história polí-

tica e econômica de um período em que era incipiente o conhecimento científico sobre as formas de transmissão das doenças, para entendermos o retorno de velhas doenças transmissíveis que se acreditavam erradicadas da cidade, especialmente a partir da década de 1980.

Ao iniciarmos esta temática, faz-se necessário posicionar a cidade do Rio de Janeiro no contexto do processo de transição epidemiológica¹, proposto por OMRAN (1971) e empregado pela Organização Mundial de Saúde, para caracterizar a situação de altos índices de doenças infecto-parasitárias, típicas de países subdesenvolvidos, paralelos aos elevados números de casos de doenças do aparelho respiratório e circulatório, neoplasias, além de outras doenças consideradas crônico-degenerativas, características de países desenvolvidos.

A incidência de doenças do grupo das infecto-parasitárias reflete uma desigual distribuição dos equipamentos de infra-estrutura urbana, tendo em vista sua estreita relação com a insuficiência de serviços de abastecimento d'água e de

* Licencianda em Geografia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista do Grupo PET/CAPES.

1 Na opinião de alguns autores, conforme comenta MENDES (1996:26), o clássico modelo de OMRAN (1971), desenvolvido com base nos países ricos, no qual a transição se faria por etapas sequenciais, não se verifica nos países pobres. Sendo preferível a utilização do termo "acumulação epidemiológica" ou "modelo prolongado e polarizado". Isto devido a algumas situações específicas tais como a superposição de etapas, a persistência simultânea de níveis altos, tanto de infecções comuns e desnutrição como de enfermidades crônicas e lesões; o ressurgimento de algumas patologias que se acreditavam superadas, como a dengue e a cólera; a transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo, como aconteceu nos países ricos; a polarização epidemiológica, provocada pelo agravamento das desigualdades sociais, expressas nos níveis de saúde e nas causas de mortalidade; por fim, o surgimento das novas patologias e das doenças emergentes.

esgotamento sanitário, além da existência de locais de moradias sujeitos a enchentes, entre outros aspectos referentes ao saneamento.

O PAPEL DO SABER MÉDICO NA REORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO URBANO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO EM FINS DO SÉCULO XIX.

Em fins do século XIX, no Rio de Janeiro, assistia-se ao recrudescimento de uma medicina que incorporava uma ideologia de poder própria. FOUCAULT (1993: XIII), ao descrever o aparecimento dos saberes como dispositivos de poderes disciplinares ou políticos, analisa como a produção de conhecimentos sobre a doença configurava-se como um micropoder relacionado ao nível mais geral de poder instituído pelo Estado, chegando a influir diretamente na orientação de reformas urbanas. A medicina do século XIX constituiu-se sobretudo em uma medicina social, voltada antes para o coletivo do que para o indivíduo.

Realizando um esquadramento exaustivo do meio urbano, com a utilização de noções de topografia, demografia, geografia etc., a medicina do século XIX foi a origem de um rudimentar planejamento urbano. Regulamentaram-se o exercício e o saber médicos e buscou-se a modificação de hábitos anti-higiênicos e imorais da população. (TELAROLLI Jr, 1996:92)

Na perspectiva de FOUCAULT (1993:85), um dos impulsos ao desenvolvimento da saúde pública, voltada para o planejamento urbano, deveu-se precisamente às iniciativas do Estado Francês na organização e higienização das cidades, sem o que não seria possível o combate e o controle das doenças epidêmicas. O espaço urbano de Paris, no século XVIII, era considerado pelas autoridades francesas como um local próprio à formação e a difusão de doenças epidêmi-

cas. A higienização das cidades encontrava-se atrelada à necessidade de planejar a execução e a distribuição dos diversos serviços indispensáveis à vida urbana.

A saúde pública ou medicina social, em sua vertente francesa, tal como apresentada pelo autor supracitado (1993:85), visava ao controle sanitário do meio urbano, exigindo por sua vez a criação de um poder administrativo voltado especificamente para tal. Nesse sentido, considerações sobre como melhorar o padrão sanitário urbano forneceram os argumentos justificadores para diversas políticas públicas e, em última instância, para projetos de reforma urbana. Um dos aspectos importantes quanto à ação da medicina social sobre a cidade, tal como o modelo francês, referia-se ao *contato desregulado*, segundo o qual na desordem da vida urbana estava a origem de muitas doenças, especialmente as de origem epidêmica.

O receio ao contato desregulado, em razão de um processo intenso de urbanização, esteve também na origem do desenvolvimento da versão francesa da medicina social, a medicina urbana, na segunda metade do século XVIII. O caos sanitário e a proximidade dentro do espaço urbano entre as classes sociais, aumentando a tensão social e favorecendo a propagação de doenças dos pobres para a nascente burguesia, deram ensejo à intervenção do Estado sobre a circulação do ar e da água, e medidas de controle sobre o espaço urbano. (TELAROLLI Jr, 1996:97)

Com uma medicina voltada para a quantificação da força de trabalho, foi na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, que mais se intensificou a atuação das autoridades administrativas na organização dos serviços de Saúde Pública:

O interesse para com as condições sociais sanitárias na cidade [Londres], foi reforça-

do, nesse período, sobretudo pelas epidemias de cólera de 1831 e 1832. Rapidamente, tornou-se claro que as doenças surgiam nos distritos operários, onde o saneamento era negligenciado. Nessas áreas acumulavam-se em ruas e vilas dejetos, lixo e outras imundícies. (COSTA, 1985:23)

Tais idéias sanitaristas chegavam ao Rio de Janeiro, a partir da segunda metade do Século XIX, e foram incorporadas pelo saber médico, que logo se encarregou de obter, no ambiente social, um indicador para as altas taxas de mortalidade e morbidade por doenças infecto-parasitárias na capital. Os cientistas da Higiene², com o apoio das autoridades políticas e administrativas da primeira República, difundiram a noção de que “*classes pobres*” e “*classes perigosas*” – terminologias do século XIX – compreendiam elementos de uma mesma realidade, constituindo o embasamento ideológico que sustentava a ação violenta do poder público na destruição dos cortiços, afastando da área central as classes menos favorecidas³. Outra noção adquirida, e que também permeou tais ações, foi a de que a cidade poderia ser administrada segundo um modelo de gestão do espaço urbano que seguiria critérios estritamente técnicos e científicos, alheios às desigualdades sociais vigentes.

Os intelectuais-médicos grassavam nessa época como miasmas na putrefação, ou como economistas em tempo de inflação: analisavam a realidade, faziam seus diagnósticos, prescreviam a cura, e estavam sempre inabalavelmente convencidos de que só a sua receita poderia salvar o paciente. E houve então o diagnóstico de que os hábitos de moradia dos pobres eram nocivos à sociedade, e isto porque as habitações

coletivas seriam focos de irradiação de epidemias”. (CHALHOUB, 1996:29)

O que se passava no Rio de Janeiro era o reflexo das práticas sanitárias que, desde o surgimento da saúde pública, estiveram atreladas às diretrizes políticas, que previam uma profunda reorganização e redefinição do urbano, fundamental ao desenvolvimento do capitalismo. A prática e o discurso sanitarista foram elementos privilegiados na veiculação dessa preocupação política do Estado capitalista com uma gradativa disciplinarização e higienização da vida e dos costumes nas cidades.

A viabilização do papel articulador das classes médicas com o Estado realizava-se através das práticas de saúde pública e da medicina social, concretizadas na elaboração de Leis Sanitárias, com o objetivo de fiscalizar e regulamentar as condições de higiene. Para a aplicação desta legislação pressupunha-se a existência de determinados órgãos da administração pública, que respondiam pela preocupação política do Estado em torno das questões higiênicas levantadas pela concentração de população na cidade.

No discurso médico predominante durante a segunda metade do século XIX, conforme observado em LIMA e HOCHMAN (1996:28), havia a preocupação em destacar a cidade como um local perigoso, espaço propício à difusão de doenças e vícios, em contraposição à idéia de que o campo e os sertões se configurariam como locais aprazíveis.

O acúmulo de uma massa humana, poluindo a água com seus excrementos e resíduos, prejudicando a circulação do ar com construções irregulares, corrompendo a atmosfera com gases da respiração, tornava

2 De acordo com CHALHOUB (1996:36), a Higiene afirmava-se como a Ideologia que sustentava as transformações urbanas da virada do século.

3 A esse respeito a cidade do Rio de Janeiro enquadrava-se no processo de formação e constituição de áreas urbanas, analisado por CASTELLS (1983:X). Segundo o autor, este processo foi marcado, nas sociedades dependentes, pela presença de um considerável excedente de mão-de-obra na área central.

insalubre o meio ambiente urbano. A heterogeneidade social da cidade, pondo em contato ricos e pobres, estendia os riscos para toda a população.

A vida no campo, por outro lado, apresentava os valores opostos. O ar e a água eram puros e circulavam adequadamente, e o contato ocorria preferencialmente entre iguais. Sob esse ponto de vista, por acumular um grande número de pessoas num espaço reduzido, algumas instituições existentes nas cidades como quartéis, escolas, prisões, hospitais etc., eram considerados muito perigosas, e tiveram seu funcionamento e as relações com a vida urbana detalhadamente normatizadas pelo poder público. (TELAROLLI Jr, 1996:97)

Partindo destas questões, podemos pensar que o controle do meio urbano implicava a alteração de um dado padrão sanitário, além de modificar determinadas condições de existência da grande maioria da população. Tais transformações não chegavam a representar, porém, os interesses e as reivindicações sanitárias básicas de todos, tendo em vista que o afastamento dos cortiços e das casas de cômodos do centro da capital modificou radicalmente os usos e as apropriações que as classes populares tradicionalmente apresentavam a esse espaço.

É através deste caminho que podemos pensar na origem das resistências populares às práticas médicas e sanitárias. CARVALHO (1987:35) destaca as formas violentas de intervenção dos órgãos da administração pública na interdição de casas sem condições de higiene e na instituição de medidas de reformas habitacionais inviáveis de serem cumpridas pelos proprietários de cortiços e casas de cômodos.

A partir deste referencial de análise, definiremos prática sanitária como um conjunto de ini-

ciativas e intervenções do Estado com o objetivo de alterar um dado padrão sanitário. Este objetivo, cabe ressaltar, não implica, necessariamente, a melhoria das condições de vida e saúde de amplas camadas da população. Daí a necessidade de se recuperar para cada situação histórica particular os objetivos do Estado e, portanto, dos grupos dirigentes nele representados, na criação e aperfeiçoamento das leis e dos serviços sanitários.

A intervenção dos cientistas da Higiene nas políticas públicas, atuou de forma seletiva no controle das doenças que assolavam a capital. As práticas sanitárias deixavam transparecer o interesse das classes dirigentes em tornar o ambiente urbano salubre para determinado setor da população. Desta forma, a solução para determinadas doenças foi priorizada em detrimento de outras. A febre amarela, por exemplo, tornou-se o centro dos esforços do saber médico na época, já que tal doença atingia preferencialmente os imigrantes, que constituíam a mão-de-obra fundamental nas lavouras do Sudeste cafeeiro, enquanto a tuberculose – gravemente difundida entre a população negra – e a difteria – principal causa dos óbitos infantis – eram encaradas de forma endêmica, isto porque já possuíam um número esperado de ocorrências. Além disto, estas e outras enfermidades não eram consideradas como de notificação obrigatória, não havendo nenhuma medida profilática específica para o controle destas. As preocupações do governo giravam em torno das doenças consideradas epidêmicas, uma vez que estas comprometiam o comércio internacional associado aos interesses das elites brasileiras.

A preocupação com a saúde pública expressava-se na Constituição de 1891, a qual entregava à gestão dos municípios o serviço de polícia sanitária⁴, ou seja, a rotina dos serviços de sane-

4 Segundo ROSEN (1994:101), a expressão foi empregada inicialmente no século XVII pelos escritores alemães que associavam o termo “*polícia*” à constituição ou administração de um Estado. A teoria e a prática da administração vieram a ser conhecidas como a “*Ciência da Polícia*”, e o ramo da administração da saúde pública recebeu a designação de “*Polícia Médica*”.

amento. A descentralização dos serviços sanitários estava atrelada aos tradicionais ideais republicanos de autonomia municipal, seguindo os princípios federalistas e de fortalecimento do poder local oligárquico. Sendo assim, a Inspetoria Geral de Higiene e Assistência Pública, órgão da administração municipal tinha, entre outras atribuições, a de controlar as doenças transmissíveis, através da notificação e do isolamento destas. Havia a confecção de mapas estatísticos que resumiam, mensalmente, as atividades da polícia sanitária: número de unidades visitadas (prédios residenciais, comerciais, fabris, escolares), irregularidades encontradas e providências tomadas em função da situação higiênica encontrada. Eram confeccionados quadros sobre o número de casos notificados das principais moléstias transmissíveis, bem como mapas estatísticos da mortalidade pelas doenças de notificação obrigatória.

Iniciativas semelhantes foram observadas, conforme menciona FOUCAULT (1993:93), na França e na Inglaterra em fins do século XVII. Atendendo às necessidades capitalistas de quantificar a força ativa de suas populações, os Estados francês e inglês empenhavam-se em estabelecer tabelas de natalidade e mortalidade, índices de saúde, com a nítida preocupação em aumentar a população, sem no entanto implementar intervenções efetivas para elevar o nível de saúde da mesma.

No controle da situação sanitária da capital também tornava-se evidente a preocupação das autoridades competentes com a higienização dos espaços produtivos. Tratava-se de não permitir que as epidemias invadissem o espaço fabril. Nesse sentido, a cidade não é vista somente como *locus* de realização do capital comercial, mas também como espaço de produção.

Merecem destaque, na ação sanitária do município, as constantes e fundamentadas preocu-

pações da Inspetoria com as denúncias particulares a respeito da provisão e da qualidade da água, esgotos, remoção de lixo, calçamento de ruas etc. Problemas que, na própria ótica dos sanitaristas, adquiriam uma grande importância.

Com a destruição de grande parte dos cortiços e estalagens (foto1), em prol da expansão moderna do espaço urbano e das necessidades capitalistas, restou aos antigos moradores destas áreas procurar outros locais de moradia mais afastados do centro da cidade, ou então como medida extrema de resistência permanecer nas habitações coletivas remanescentes e nas favelas (foto2) que começavam a despontar no cenário carioca. A partir de então observou-se uma mudança também no referencial para a ocorrência dos maiores índices de doenças infecto-parasitárias, decorrentes do forte caráter especulativo de que se revestiu a distribuição dos equipamentos de infra-estrutura na cidade.

O DIRECIONAMENTO ATUAL DAS PRÁTICAS MÉDICAS NO CAMPO DAS DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS

De fins do século XIX até as primeiras décadas do século XX, as soluções encontradas para promover o controle das doenças dependiam principalmente da eliminação do vetor⁵. Nesse momento a atenção dos pesquisadores voltava-se basicamente para a habitação, o meio social, o coletivo. A partir do avanço das pesquisas na área biomédica, os espaços sociais perdem evidência para os efeitos da doença sobre o indivíduo.

No primeiro momento analisado, a preocupação higienista apontava para a resolução do problema da habitação, do esgotamento sanitário, do abastecimento d'água e da coleta de lixo, para que se efetuasse o controle sobre as doenças infecto-parasitárias que assolavam a capital. No

5 Cabe ressaltar a concepção de vetor divulgada neste período, compreendida pela ação dos miasmas, que procediam da decomposição de materiais orgânicos.

entanto, sabemos o quão especulativo se tornou a formação do sistema de instalação de tais serviços na cidade, o que se refletiu na produção de espaços deficientes em infra-estrutura sanitária. Estes se constituem em ambientes potenciais para a disseminação de diversas doenças infecto-parasitárias, especialmente as de veiculação hídrica; com destaque para a hepatite viral A, as diarreias e a leptospirose; e de transmissão por vetores, como a dengue, que assumem grande importância na situação atual do Rio de Janeiro. Tais espaços, segundo MARICATO (1996:22), face à sua situação comum de ocupação ilegal, não são alvo de medidas de planejamento urbano oficiais.

Apesar da realidade social e ambiental constituir-se em uma importante variável a ser considerada na solução de tais problemas, não existe atualmente uma articulação efetiva entre o saber médico e as autoridades políticas e administrativas no sentido de se implementar mudanças no nível das reformas urbanas. Neste sentido,

... a melhoria nas condições de vida das populações urbanas deixou de ser uma imposição, como sugeriam os sanitaristas em fins do século XIX. No mundo da cidade capitalista, a legislação sanitária de proteção ambiental e os critérios para alocação de recursos em equipamentos de uso coletivo se transformariam, pelo contrário em dura arena de embate político entre classes populares e o Estado. (COSTA, 1983: 30)

Tal postura pode ser compreendida através do próprio processo de concepção das causas biológicas destas doenças, permitindo que através da descoberta de vacinas e de medicamentos aparescesse a possibilidade de controle sobre as grandes epidemias sem que houvesse alterações nas condições de vida da população marginalizada.

Grande parte dos incentivos e das soluções buscadas pelas autoridades públicas no combate à difusão das doenças infecto-parasitárias são atu-

almente fornecidos a estudos na área biomédica, que através da pesquisa experimental, acompanham no **paciente objeto**, o processo de evolução da doença, na expectativa de se descobrir vacinas e medicamentos que erradicarão estas doenças. Como conseqüência observa-se o processo de *medicalização*⁶ como a alternativa para a eliminação de todas as enfermidades, dessocializando-as, convertendo-as em simples patologias e aumentando a demanda por serviços médicos.

A prática da atenção médica pretende, portanto, oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde, reduzidos a serviços médicos, ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou a reabilitar os pacientes portadores de seqüelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias. (MENDES, 1996:241)

No entanto, a solução para as doenças infecciosas e parasitárias constitui-se sobretudo em uma iniciativa política que leve em consideração as desigualdades sociais vigentes, ultrapassando assim o âmbito de um problema exclusivamente técnico e científico.

Ao demonstrar o comportamento espacial da epidemia de cólera de janeiro de 1993, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, FLAUZINO (1996) observou que o processo de difusão da doença ocorreu através de surtos isolados em áreas restritas e específicas, atingindo populações pertencentes a espaços com insuficiência em serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário. A autora afirma ainda que:

... de acordo com as estimativas sanitárias projetadas, baseadas no percentual de domicílios que possuíam ligação de rede de esgotos, estimava-se um grande número de doentes: entre 200 a 300 mil, sendo que 20

6 MENDES (1996:23).

mil necessitariam de internação; e tendo em vista a precariedade dos serviços de saúde para o atendimento desta demanda, cerca de 8 a 10 mil chegariam à óbito. (FLAUIZINO, 1993:17)

A partir do momento em que se evidencia que um processo epidêmico possui uma transmissão centrada em áreas desprovidas de serviços de saneamento, as autoridades sanitárias diminuem a prioridade de controle do mesmo, e os grupos de risco são, assim, responsabilizados pela manutenção da doença. Por estar circunscrita a essa população, a doença não interfere tanto, como no passado, no processo econômico e na dinâmica da produção.

Assume grande importância na cidade a ocorrência de determinadas doenças de caráter endêmico, que podem apresentar numa série temporal e espacial surtos epidêmicos. A associação entre a distribuição espacial dos casos e suas respectivas formas de transmissão deveria constituir-se na base para a implementação de medidas de controle pelos órgãos competentes. As altas taxas de incidência de doenças de veiculação hídrica no município, como as diarreias, a hepatite viral A e a leptospirose, possuem uma forte associação com a falta de saneamento básico (rede de água e esgoto). Doenças de transmissão respiratória como a meningite encontram facilidade de disseminação nos ambientes fechados de longa permanência com muitas pessoas, característicos dos domicílios de poucos cômodos e vários habitantes, das áreas favelizadas da cidade. Destacam-se ainda as doenças transmitidas por vetores, como a dengue, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, que habita o ambiente domiciliar e peri-domiciliar, em geral, pela presença de água parada em pneus velhos, recipientes de água destampados, vasos de planta e lixo em geral.

SABROZA (1992) aponta para a emergência de conflitos sociais e para a revitalização da questão sanitária, principalmente a partir dos

anos 80, com o fim da construção de moradias populares nas periferias, por meio do Sistema Financeiro de Habitação. A partir de então, observa-se com maior intensidade o crescimento de favelas, cortiços e aglomerados em espaços públicos, além do recrudescimento de doenças até então sob o controle dos órgãos governamentais, como a cólera por exemplo.

A ocupação mal planejada do espaço, decorrente das políticas de urbanização vigentes, constitui-se em um importante fator para a instalação e a difusão de doenças do grupo das infecto-parasitárias. Isto porque que, nestes locais, o saneamento negligenciado interfere de forma favorável na cadeia de circulação de determinados agentes patógenos, responsáveis pela disseminação destas doenças.

CONCLUSÃO:

No primeiro momento analisado (passagem do século XIX para o XX), a articulação existente entre saber médico e poder público colocava como fundamental para o controle das doenças transmissíveis a resolução dos problemas sanitários. Cabe destacar, neste período, a reformulação presenciada pela legislação sanitária e pelos serviços de saúde pública, reflexos de uma preocupação do poder público face ao ambiente urbano das áreas centrais, que representavam na época o *locus* de realização do capital comercial e produtivo. No entanto, havia um certo distanciamento entre as condições de saúde de grande parte da população e as políticas e práticas sanitárias, tendo em vista que as demolições, executadas pelas autoridades em nome da valorização econômica da área central, eram acompanhadas pela reprodução dos padrões habitacionais “anti-higiênicos” em outros locais da cidade.

Atualmente, podemos observar os reflexos de uma desigual distribuição dos equipamentos de infra-estrutura urbana. A variável saneamento constitui-se assim em importante fator condicionante para a ocorrência de doenças do grupo das infecto-parasitárias. Encontramos, portanto,

uma situação de ocorrência endêmica destas na cidade do Rio de Janeiro, ou seja, com um número já esperado de casos que acabam por delimitar um determinado padrão espacial, concentrados em áreas de abastecimento d'água, coleta de lixo, esgotamento sanitário e rede de drenagem precários.

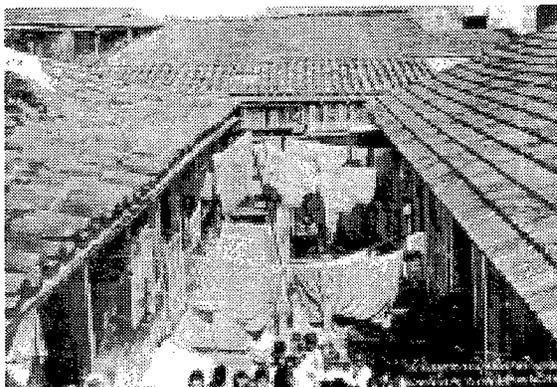


Foto 1 - Estalagem da rua do Senado, fotografada por Augusto Malta

A partir do tema analisado, podemos pensar que os estudos referentes ao ambiente urbano em que se disseminam tais doenças assumem grande importância, e, neste sentido, a Geografia está apta a fornecer uma valiosa contribuição à pesquisa na área da Saúde.

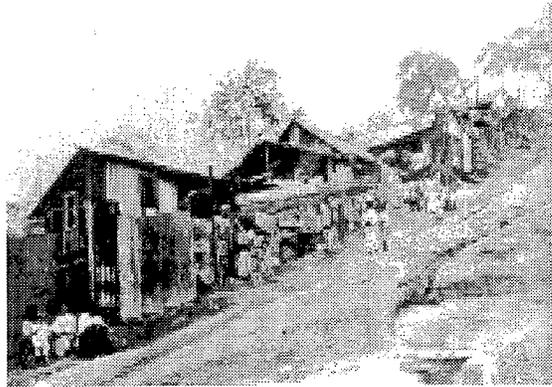


Foto 2 - Favela do Morro do Pinto, fotografada por Augusto Malta

RESUMO

O presente estudo busca fundamentalmente demonstrar a articulação, existente em fins do século XIX, entre a produção do conhecimento sobre as doenças de caráter infecto-parasitário e a atuação das autoridades político-administrativas da capital Rio de Janeiro, com destaque para a instituição de medidas de controle sobre estas doenças nas últimas décadas.

No primeiro momento analisado, a atenção dos pesquisadores voltava-se para a resolução dos problemas relativos ao ambiente causador das enfermidades; já no segundo, as soluções buscadas pelo poder público e pela comunidade científica voltam-se sobretudo para descoberta de medicamentos e vacinas que erradicarão estas doenças.

PALAVRAS-CHAVE

Saber Médico, Práticas Sanitárias, Ambiente Urbano, Intervenção e Controle do Espaço.

ABSTRACT

This issue demonstrates essentially the articulation, at the end of the 19th century, between the knowledge production about infectious-parasitic diseases and the action of political and administration authorities on the Rio de Janeiro city and the determination of control methods for these diseases in the last decades.

At the first moment the researchers attention were focused on the solution of matters related to the environment that caused these diseases, while in the next moment the solutions that were looked for by the government and the scientific community were concentrated on discovering vaccines and drugs that would extinguish these diseases.

KEYWORDS

Medical Knowledge, Sanitary Practices, Urban Environment, the Control and Intervention of Space

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BREILH, J. , *Epidemiologia: Economia, Política e Saúde*. São Paulo: UNESP- HUCITEC, 1991, 276p.
- CARVALHO, J. M. de. "O Rio de Janeiro e a República". In: *Os Bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não Foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- CASTELLS, M. "Prólogo da Edição para a América Latina. A Questão Urbana nas Sociedades Dependentes". In: *A Questão Urbana*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. (Coleção Pensamento Crítico; v. 48).
- CHALHOUB, S. "O Surgimento da Ideologia da Higiene", p. 29-36 e "As Batalhas da Administração Pública", p.36-46. In: *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*, São Paulo: Companhia das Letras, 1996, .
- CLARK, D. "Planejamento Urbano e Política Urbana". In: *Introdução À Geografia Urbana*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991, p.227-265.
- COSTA, N. do R. "Desenvolvimento das Políticas de Saúde Pública". In: *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das políticas sanitárias no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985, p. 19- 99 p.
- _____. "Desenvolvimento das Políticas de Saúde Pública". In: *Estado e Políticas de Saúde Pública (1888-1930)*. Tese de Mestrado apresentada ao IUPERJ, como requisito para obtenção de Grau de Mestre em Sociologia, 1983, p.19-27.
- FLAUZINO, R.F. *A Cólera na Região Metropolitana - A Desigualdade Sócio-espacial de uma Epidemia*. Tese de Mestrado apresentada a ENSP, como requisito para a obtenção de Grau de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública, 1996, 131p.
- FOUCAULT, M. "O Nascimento da medicina Social", p.79-99 e "A Política de Saúde do Século XVIII", p.193-209. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993. 11ª Edição.
- LIMA, N. T. e HOCHMAN, G. "Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: O Brasil Descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República". In: *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ CCBB, 1996, p.23-41.
- MARICATO, E. "Fatos da Cidade Controversa". In: *Metrópole na Periferia do Capitalismo: Ilegalidade, Desigualdade e Violência*. São Paulo: Hucitec, 1996, p.20-52.
- MENDES, E. V. "As Crises da Saúde e as Reformas do Setor". In: *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996, p.15-57.
- OMRAM, A. R. *The Epidemiologic Transition: A Theory of the Population Change*. Milbark Memorial Fund. Quarterly, 49 (Part 1): 509 - 538, 1971.
- RIO DE JANEIRO. *Relatório da Inspeção Geral de Higiene de Janeiro a Maio de 1892-* p. 7 a 82.
- ROSEN, G. "Uma Política Nacional de Saúde". In: *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: UNESP, 1994.
- SABROZA, P. C; TOLEDO, L.M; E OSANAI, C. M. "A Organização do Espaço e os Processos Endêmicos". In: *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. Vol. II. São Paulo: Hucitec- Abrasco, p.57-79.
- SANTOS, M. *Metamorfoses do Espaço Habitado*. São Paulo: HUCITEC, 1996, 124p.
- TELAROLLI Jr. R. *Poder e Saúde: As Epidemias e a Formação dos Serviços de Saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade do Estado de São Paulo, 1996, 259p.

