DAS PESTES DO SÉCULO XVII À PANDEMIA DO SÉCULO XXI NO RECIFE: REGULAMENTAÇÕES DA VIDA URBANA E DESAFIOS AO DIREITO À CIDADE**FROM THE 17TH CENTURY PESTES TO THE 21ST CENTURY PANDEMIC IN RECIFE: URBAN LIFE REGULATIONS AND CHALLENGES TO THE RIGHT TO THE CITY**

Maria Angela de Almeida Souza¹
Fabiano da Rocha Diniz²
Eugênia Giovanna Simões Inácio Cavalcanti³

RESUMO

Este artigo analisa medidas e regulamentos adotados para enfrentamento de doenças que assolaram a cidade do Recife de modo extensivo, em diversos momentos da sua história. Procura demonstrar que as relações de poder que se expressam por meio da atuação do Estado, na sua função de regulação da vida da cidade, estão entrelaçadas com as relações de saber vigentes e produzem impactos concretos na sociedade, alguns dos quais desafiam o direito à cidade. Adota o método histórico, contemplando matérias do direito, da política pública e do saber médico, e elege quatro momentos

¹ Arquiteta e urbanista. Doutora em História pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora titular aposentada da UFPE, permanece em exercício como docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano da UFPE. Coordena, desde 2005, o Observatório Pernambuco, Núcleo Recife do INCT/Observatório das Metrópoles. Atua na área de planejamento e gestão urbana, habitação social, desigualdade e pobreza urbana, direito urbanístico e história urbana. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano da Universidade Federal de Pernambuco – Brasil. ORCID Id: <https://orcid.org/0000-0002-8808-1479> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8276915082480930> E-mail: souza.mariaangela@gmail.com

² Arquiteto e urbanista. Doutor em Geografia, Planejamento e Urbanismo pela Université Paris 3, Sorbonne Nouvelle. Professor do Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pesquisador da Comunidade Interdisciplinar de Ação, Pesquisa e Aprendizagem (CIAPA) e do Observatório Pernambuco, Núcleo Recife do INCT/Observatório das Metrópoles. Atua nas áreas de projeto arquitetônico; desenho urbano; planejamento e gestão; políticas públicas de águas; regularização fundiária e habitação social. Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Pernambuco – Brasil. ORCID Id: <https://orcid.org/0000-0001-9180-0959> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5333469293756214> E-mail: fabiano.diniz@ufpe.br

³ Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco (1993), Especialização em Direito Administrativo e Constitucional pela Universidade Federal de Pernambuco (2000) e Mestrado em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco (2004). Atualmente é doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano da UFPE e exerce o cargo de Procuradora do Município do Recife, atuando no Núcleo de Urbanismo e Meio Ambiente, é membro do Conselho da Cidade do Recife, do Conselho Municipal do Meio Ambiente, professora universitária de Direito Administrativo e Direito Urbanístico. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano da Universidade Federal de Pernambuco – Brasil. ORCID Id: <https://orcid.org/0000-0002-5864-543X> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1916570856603056> E-mail: eugeniasimoes2000@yahoo.com.br

mais expressivos da história do Recife, em que epidemias e pandemias assolam a cidade: no final do século XVII, com a epidemia da febre amarela; em meados do século XIX, com o retorno desta epidemia, seguida da epidemia do cólera-morbo; no início do século XX, com a pandemia da gripe espanhola; e, atualmente, no século XXI, com a pandemia da Covid-19. Pautado em estudos e documentos históricos, acadêmicos e técnicos, contribui para evidenciar semelhanças e distinções de processos que uma abordagem de tempo longo propicia, alertando para a possibilidade da persistência de velhos processos nos novos contextos em que uma doença afeta a vida da cidade.

Palavras-Chave: Epidemias. Pandemia da Covid-19. Regulamentos municipais. Saber médico. Recife.

ABSTRACT

This article analyzes measures and regulations adopted to cope with diseases that have plagued the city of Recife in an extensive way, at different moments in the city's history. It seeks to demonstrate that the power relations that are expressed through the action of the State, in its function of regulating the life of the city, are intertwined with the relations of knowledge in force and produce concrete impacts on society, some of which challenge the right to the city. It adopts the historical method, contemplating matters of law, public policy and medical knowledge, and chooses four most expressive moments in the history of Recife, when epidemics and pandemics hit the city: at the end of the 17th century, with the yellow fever epidemic ; in the middle of the 19th century, with the return of this epidemic, followed by the cholera-morbid epidemic; in the early 20th century, with the Spanish flu pandemic; and, currently, in the 21st century, with the pandemic of COVID-19. Based on historical, academic and technical studies and documents, it contributes to highlight similarities and distinctions of processes that a long time approach provides, alerting to the possibility of the persistence of old processes in the new contexts in which a disease affects city life.

Keywords: Epidemics. Covid-19 Pandemic. Municipal regulations. Medical knowledge. Recife.

INTRODUÇÃO

A doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social: a esse respeito ela torna frequentemente mais visíveis as articulações essenciais do grupo, as linhas de força e as tensões que o transpassam. O acontecimento mórbido pode, pois, ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, as relações entre os poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma. (RAVEL; PETER, 1995, p. 144).

Essas palavras de Ravel e Peter e os recentes impactos da Covid-19 na vida das pessoas e das cidades, espalhados pelas diversas partes do mundo, motivaram um olhar para o passado da cidade do Recife, que vivenciou difíceis momentos de epidemia, desde o início de sua história. Um olhar que busca observar, de modo mais específico, os mecanismos administrativos e normativos estabelecidos pelo governo local para regular a vida em sociedade, visando ao enfrentamento de surtos de doenças que assolaram a cidade em quatro momentos de sua história: no final do século XVII, com a epidemia de febre amarela; em meados do século XIX, com o retorno dessa epidemia, seguida, poucos anos após, do surto epidêmico da cólera-morbo; no início do século XX, com a epidemia da gripe espanhola; e atualmente, no século XXI, com a pandemia da Covid-19.

Essa recorrência à história tem respaldo nas análises de Rezende (2017, p. 10), segundo o qual os tempos históricos não estão separados. “Mesmo olhando para o passado, estamos vivendo as agruras e incertezas do presente. [...] Muita coisa se repete, muitas práticas não foram desfeitas apesar de todo fluxo de modernização, que não cessa de trazer invenções surpreendentes”.

Neste artigo, busca-se o resgate dessas práticas recorrentes, procurando demonstrar que o exercício do poder estatal, aqui representado, em especial, pela instância municipal, no desempenho de sua função reguladora da vida da cidade, expressa relações de poder que estão entrelaçadas com as relações de saber vigentes, como aponta Foucault (1979, 1980), produzindo impactos concretos na sociedade, alguns dos quais se configuram como desafios ao direito à cidade.

Apesar de adotar o método de abordagem histórica, o artigo contempla, também, matérias do direito, da política pública e do saber médico, ao eleger como foco os mecanismos administrativos e as medidas normativas da gestão municipal no enfrentamento de doenças que assolam de modo extensivo a cidade do Recife. Pautado em estudos e documentos históricos, acadêmicos e técnicos, o relato histórico aqui apresentado é orientado pela noção de "descontinuidade" oriunda da reflexão de Foucault (1977, 1979) sobre a história. Adota para a reflexão não a continuidade dos processos históricos, mas o recorte de momentos significativos da história que expressam aspectos importantes das questões centrais abordadas.

Na periodização adotada, são destacados quatro momentos não somente da história do Recife, mas, também, de configurações distintas do Município brasileiro. Este se constitui no único ente público que integra a estrutura político-administrativa do Brasil, desde os primórdios de sua colonização. E, ao privilegiar a instância municipal, o artigo se pauta na prevalência conferida ao Município brasileiro, desde a sua instituição, de se incumbir de matérias de interesse local.

O primeiro momento contempla o Município, nos moldes como foi instituído nos primórdios da colonização do Brasil, configurado como extensão do município português, embora incorporando adaptações de ordem jurídica e urbanística, em face de condições específicas da realidade brasileira. Um Município que se defronta, nesse momento, com dificuldades de enfrentamento de doenças epidêmicas, em função da incipiência do saber médico.

No momento seguinte, o Município brasileiro havia reduzido sua autonomia e atribuições, embora tenha mantido as bases de sua organização, pautada na competência jurídica, política e administrativa da organização da vida social e econômica do Município, atribuições que foram constitucionalmente consolidadas no período imperial. Como afirmam Canzi e Teixeira (2017), essa ordem jurídico-política estava circunscrita não apenas na forma cotidiana de ordenação da vida da cidade, mas também determinava as relações do poder político-econômico, regulamentando a circulação da riqueza e de mercadorias. Entre a segunda metade do século XIX e o início do século XX, a atuação do governo municipal se pauta nos princípios higienistas, que avançam como ramo da medicina na sociedade europeia em meados do século XIX, chegando logo depois ao Brasil.

O terceiro momento aborda o Município nas primeiras décadas do período republicano, quando, a partir da primeira Constituição da República de 1891, passa a usufruir de autonomia, porém no âmbito local, mantendo as suas prerrogativas de se incumbir de matérias de *interesse local*. Segue, ainda, os princípios higienistas em pauta desde a segunda metade do século XIX, porém sob novas bases propiciadas pelo avanço do saber médico, que impõe mudanças importantes no teor das regulamentações sobre a cidade, como, também, respaldam políticas de erradicação de moradias pobres como medidas de saúde pública.

No momento recente, o Município usufrui de sua condição de ente federativo conferido pela Constituição Federal de 1988, que amplia a sua competência material e legislativa, devido a mudanças decorrentes da distribuição dos recursos tributários e do processo de descentralização de políticas públicas. Incumbido, estão, de novas responsabilidades político-administrativas para exercer com autonomia os assuntos *de interesse local* e desempenhar seu papel no novo padrão de organização federativa do país, o Município enfrenta, no Brasil de hoje, a pandemia da Covid-19. Esta reedita desafios antigos, de desconhecimento inicial de como lidar com a doença, de que medidas são necessárias para conter o seu avanço, de como mensurar o custo e o benefício dessas medidas. Enfrenta, também, especificidades importantes do ponto de vista social e urbano em um contexto de históricas e intensas desigualdades sociais e se apresenta como uma oportunidade de reflexão contemporânea das respostas dadas pelo governo das cidades ao quadro epidêmico que as assolou.

A concentração de casos e óbitos causados pela Covid-19 nas periferias das cidades brasileiras, em grande parte explicada pela baixa qualidade do ambiente urbano e pela exclusão aos serviços médicos hospitalares de parte significativa da população mais pobre, tem se mostrado no Brasil, diferentemente dos países desenvolvidos, um fator tão ou mais decisivo que o perfil etário. Embora toda a população seja suscetível a adquirir a infecção do vírus que causa a Covid-19, quando a transmissão deixa de ser isolada aos casos iniciais - que em muitas partes da América Latina estão associados a viagens ao exterior e alto nível socioeconômico - o maior risco de exposição ao vírus é transferido para pessoas que vivem em residências superlotadas, sem acesso ao saneamento (água tratada e esgotamento sanitário) e cuja subsistência diária depende de empregos informais que requerem o contato com outras pessoas.

O histórico de profunda desigualdade que define a produção das cidades brasileiras (marcadas, também, pela precarização da moradia, pela ocupação irregular e desordenada do solo, pela carência de infraestrutura e pela segregação socioespacial) atraiu o olhar de alguns estudiosos^[1] para a potencialização dos efeitos devastadores que a pandemia da Covid-19 poderia provocar no país. Embora tais problemas remetam a remotos processos de urbanização e a problemáticas sociais, que se intensificam a partir ao final do século XIX, o atual estado de emergência sanitária em que o país se encontra colocou tais problemas em incômoda evidência. São problemas que possuem estreita relação com o direito à cidade e que remetem a processos estruturais.

As bases da desigualdade no Brasil têm suas raízes no processo de ocupação e titularização da terra e na cultura de privilégios que se instala com a implantação do sistema de “sesmarias”^[2] no Brasil Colônia. Esse processo se consolida em meados do século XIX, com as legislações que regulamentam o acesso à terra (a Lei n.º 601 de 1850 – a Lei de Terras – e o Decreto n.º 1318 de 1854), quando são instauradas novas formas de aquisição e alienação de terras, pautadas na compra e venda e nos princípios da propriedade privada; e se expressa, desde então, nas disputas de terra entre as camadas sociais de maior poder aquisitivo e político e aqueles destituídos desse poder (1º AUTOR, ano 1).

As dificuldades de inserção no mercado de trabalho urbano, seja de ex-escravos, após a abolição da escravatura, seja de pessoas oriundas do campo, em face de mudanças estruturais do complexo rural, que remontam ao final do século XIX, somam-se às dificuldades de acesso à terra e à moradia, repercutindo na precariedade das condições de habitação e das condições sanitárias de parcelas significativas de famílias nas cidades brasileiras. Junta-se a isso o impacto negativo da carência de uma oferta adequada de saneamento básico, seja na saúde, seja na qualidade de vida e no meio ambiente. Nesse caso, a universalização do saneamento se constitui em um elemento indispensável

para fazer frente às desigualdades refletidas na falta dos serviços, não apenas do ponto de vista institucional, mas do acesso efetivo de todos os cidadãos.

O direito à cidade, implícito nessas questões, foi originalmente conceituado por Lefebvre (2008), expressando o direito de experimentar e usufruir dos espaços da cidade, em que pese o valor de uso em oposição ao valor de troca, constituindo-se numa forte contraposição à lógica de produção mercado capitalista. Dessa forma, como ressalta Souza (2019), somente políticas urbanas que fomentem o uso do espaço urbano de forma integral e universal pela população, bem como a universalização dos serviços de saneamento, que caracteriza o mínimo necessário à qualidade de vida, à saúde e à segurança ambiental, caracterizam-se pela validação do direito à cidade.

As desigualdades sociais, que evidenciam carências sociais e tornam mais penoso o atual estado de emergência sanitária em que o país se encontra, colocam-se em incômoda evidência. Como ressaltam Ravel e Peter (1995, p. 144), a doença torna “mais visíveis as articulações essenciais do grupo, as linhas de força e as tensões que as ultrapassam”. Nas épocas de epidemia, como diz Rezende (2017, p. 11), “há lutas, violências, disputas, a vida confunde-se com a morte, como se mais valesse técnica do que a relação com o outro”. Mas, como comentam ainda Ravel e Peter,

Não se pode negar o progresso técnico da arte de curar, como as pestes conseguiram ser domadas, como as cidades mostram sua constante preocupação em evitar epidemias e incentivar a higiene. A saúde pública é hoje um tema universal e historicamente seguiu uma trajetória secular, repleta de contradições e, muitas vezes, combatida por preconceitos medonhos. (RAVEL; PETER, 1995, p. 10)

Nesse sentido, o artigo contribui para fornecer um quadro de avanços da “arte de curar” ao longo da história do Recife, destacando semelhanças e distinções de processos causados pelos surtos de doenças de grande extensão na sociedade. São destaque que apenas uma abordagem de tempo longo propicia. Alerta, assim, para a possibilidade de persistência de velhos processos nos novos contextos, atentando para o que diz Lefebvre (2008), quando afirma que o espaço produtivo – e, como tal, a cidade – não é fruto de práticas inocentes. Ao contrário, incorpora heranças culturais que resultam de escolhas e estratégias adotadas, perpassadas por relações de poder que se vinculam à produção do espaço e às suas consequências. Nessa dinâmica, a ação do Estado, como agente regulador da vida urbana, determina o grau de impacto dos surtos, das epidemias e das pandemias sobre a sociedade como um todo, em especial sobre a parcela da população alijada do acesso aos meios de consumo coletivo, em geral, e às infraestruturas e serviços urbanos, em particular.

A PESTE DE FEBRE AMARELA NO RECIFE DO SÉCULO XVII

As doenças epidêmicas, responsáveis por grande mortandade humana, eram consideradas, na Antiguidade, como uma manifestação do desagrado dos deuses, como um castigo divino pelos pecados do homem. Entre o século IV a.C. e o século XVII, o conhecimento médico que respaldava o enfrentamento dessas epidemias pautava-se nos princípios da teoria humoral de Hipócrates, que se constituía o principal corpo de explicação racional da saúde e da doença. Segundo esses princípios, tais doenças epidêmicas eram uma só entidade mórbida. Suas diversas formas de apresentação não significavam espécies ou diferenças típicas, senão sinais ou sintomas, em relação ao humor afetado. Assim, “a bubônica, a cólera asiática, o tifo, a febre amarela, a varíola, o sarampo e outras doenças que assolavam, recebiam, igualmente, a mesma denominação: peste” (DUARTE, 1956, p. 203).

Antigas civilizações fizeram menção à presença de doenças contagiosas ao longo de suas histórias: a peste na Grécia, na *Ilíada* de Homero; posteriormente em Roma, nos textos do poeta Ovídio; em Atena, no ano 430 a.C., pelo historiador grego Tucídides. Das narrativas desse historiador Sournia e Ruffie (1984) destacam comportamentos que parecem se repetir em cidades localizadas em outros continentes e em tempos diversos. São acontecimentos e reações que se sucederam por séculos:

A instantaneidade da doença, a procura de pretensos culpados, a dissolução dos costumes, a abnegação (mortal para eles mesmos) dos médicos e dos parentes dos doentes que se opunham ao abandono dos moribundos e dos mortos, as preces aos deuses e a sua ineficácia, as consequências políticas e econômicas funestas para a cidade [...] (SOURNIA; RUFFIE, 1984, p. 76-77).

Na Idade Média, precisamente no século XIV, a Europa é atingida pela peste negra^[3], que, segundo os historiadores, dizimou um terço de sua população. Nesse período medieval, em que a Igreja detinha grande poder na sociedade ocidental, os enfermos e seus parentes buscavam o auxílio de algum santo como padroeiro ou protetor contra a peste. Entre os santos escolhidos, destacavam-se os mártires São Sebastião e São Roque, que se tornaram grandes protetores contra a ação maléfica de certas enfermidades (MIRANDA, 2017).

Boccaccio (1979), em sua obra *Decamerão*, descreve os horrores da peste e seus efeitos devastadores sobre a população da cidade de Florença em 1348. A descrição dos sintomas da doença

e de seu poder destruidor, comparando-a à ação rápida e insaciável do fogo, é recorrente em outras epidemias, inclusive na recente pandemia causada pela Covid-19.

Esta peste foi de extrema violência; pois ela atirava-se contra os sãos, a partir dos doentes, sempre que doentes e sãos estivessem juntos. Ela agia assim de modo igual àquele pelo qual procede o fogo: passa às coisas secas, ou untadas, estando elas muito próximas dele. (BOCCACCIO, 1979, p. 12).

Outras descrições desse autor italiano relatam reações das pessoas diante dos horrores da epidemia, em meio ao medo e às agruras da peste, isolando-se, trancando-se em casas, onde não havia nenhum doente; vagando de um lugar para outro; cheirando ervas odoríferas, a fim de se prevenirem contra a doença; realizando cerimônias fúnebres apressadamente.

Miranda (2017) comenta que grandes surtos epidêmicos assolaram outras cidades europeias no transcorrer dos séculos XVI e XVII, a exemplo das epidemias de Milão, Barcelona e Londres. Em todas elas, a medicina se mostrou impotente, tanto na sua prevenção como na sua cura. A ineficácia dos métodos preventivos e dos medicamentos receitados pelos médicos, desde a Idade Média até os tempos modernos, favoreceu, sobremaneira, a proliferação de curandeiros e a crença em forças sobrenaturais.

Segundo o mesmo autor, era natural, àquela época, que a causa da enfermidade fosse completamente desconhecida, já que não se tinha nenhuma noção da existência de micro-organismos e mesmo os próprios médicos se declaravam impotentes diante do avanço da peste. Além de não haver medicamentos adequados para deter a sua evolução, não se tinha conhecimento prático do quanto a doença era contagiosa. Assim, os próprios médicos, não raro, serviram de vetores para a doença.

Em seus estudos sobre a arte de curar no Brasil, em tempos da Colônia, Miranda (2017) afirma que a peste chega ao país, também, no século XVII, sendo observada, pela primeira vez, na cidade do Recife. Pressupõe-se que essa doença tenha chegado à cidade, onde se espalhou rapidamente, através de um navio procedente de São Domingos. Para esse autor, a peste foi, na verdade, um surto epidêmico de febre amarela^[4], conforme descrição do médico português João Ferreyra Rosa (DUARTE, 1956), que publica, em Lisboa, no ano de 1694, o *Tratado único da constituição pestilencial de Pernambuco*, o qual se constitui no segundo livro em vernáculo sobre a medicina oficial no Brasil colonial.

Miranda (2017) comenta que a capitania de Pernambuco, antes considerada pelos cronistas como uma região salubre, de repente se transformou numa região empestada. A doença atingiu muitas pessoas de uma população ainda escassa e predominantemente litorânea. O povo a denominou de “Males” e os médicos da época, sem compreender a sua causa, a ela se referia como “Constituição Epidêmica”, termo decorrente da teoria hipocrática que, em geral, relaciona a ocorrência das epidemias a circunstâncias geográfico-atmosféricas.

O efeito mais devastador da doença atingiu os estrangeiros brancos recém-chegados nas frotas, sendo relativamente baixa sua incidência entre os nativos e a população negra. Documentos da época indicam que a prevalência da doença durou dez anos (1685-1695), com momentos mais agudos e outros de abrandamento. A maioria dos indivíduos contaminados pela enfermidade no Recife morreu em decorrência das complicações provocadas pela degeneração do fígado e dos rins, além dos problemas cardíacos, provocados pela doença (MIRANDA, 2017).

O alto índice de mortalidade decorrente das epidemias e a crença nos castigos divinos propagada pelos clérigos e médicos, além da falta de médicos na Colônia, associada à ineficiente prática médica no combate a essas doenças, eram fatores que, para Miranda (2017), faziam com que a população das cidades brasileiras buscasse uma proteção contra esses males nos santos, já que não poderia haver processo natural para explicar, de forma satisfatória, o apaziguamento de epidemias, senão, unicamente, pelo milagre. A exemplo das cidades europeias, recorriam, em especial, aos já mencionados São Sebastião e São Roque.

As péssimas condições de higiene das povoações do Recife, na época da doença, impressionaram o governador de Pernambuco, o Marquês de Montebelo, que assumiu o cargo em 1690. Segundo Machado (1982), o Marquês passou a acreditar que o mal epidêmico decorria da sujeira das casas, das ruas e de outros lugares considerados infectos e não provinha dos ares, conforme apregoava o médico português João Ferreyra Rosa (DUARTE, 1956), que utilizava os conceitos de doença epidêmica de Hipócrates para atribuir à qualidade do ar o caráter de elemento de propagação.

No seu tratado, Ferreyra Rosa (DUARTE, 1956) enumerava três formas de contaminação do ar por meio das quais poderia ocorrer a infecção: a) pela ação contagiosa dos astros, durante o eclipse do Sol ou da Lua e, até mesmo, pela interferência de quaisquer outros astros, como os planetas e as estrelas, sendo, pois, os componentes do sistema planetário que transmitiam para a Terra, por influxos, as suas qualidades ocultas; b) pela propagação do ar que provinha de lugares infectados, tais como de vapores das águas de lagos fechados, e imóveis; dos corpos, que nas guerras ficam sem sepulturas; poços de muito tempo fechados, e depois abertos; de carnes podres; de frutos corruptos,

e de ruins alimentos em tempo de fome; e c) por castigos divinos impostos ao homem pelos seus pecados cometidos na Terra.

A polêmica entre o médico e o governador encerra-se quando Rosa entrega, oficialmente, ao Marquês Montebelo, em abril de 1691, um documento (denominado Disputada), que foi inserido no corpo do tratado. A partir daí, tem início a regulamentação da campanha higiênico-sanitária nas povoações do Recife, sob o comando político do Marquês e não do médico, que, como ressalta Machado (1982), foi então destituído de poder decisório na esfera administrativa do governo colonial.

As providências decretadas pelo governador foram parcialmente executadas pelos sucessivos *bandos de saúde*^[5] por ele instituídos, que, segundo Miranda (2017) indica, tinham como ponto básico: a interferência e o controle sanitário. Esse autor afirma que o primeiro local da cidade a sofrer fiscalização foi o Porto do Recife, onde, efetivamente, o superintendente da Saúde processava a inspeção de todos os passageiros e tripulantes dos navios que ali aportassem. Os indivíduos que, porventura, já tivessem contraído a doença, não poderiam desembarcar, livremente, em terra firme, enquanto aqueles suspeitos de terem contraído o mal seriam, imediatamente, encaminhados ao hospital. Essa estratégia de criar uma barreira portuária, protegendo os habitantes das cidades contra a chegada de possíveis doenças, torna-se uma prática muito utilizada posteriormente pelos médicos higienistas no século XIX, como, também, pelas autoridades sanitárias dos dias atuais.

Segundo relato de Miranda (2017), foram estabelecidas diversas normas relativas à morte, à limpeza urbana e à prostituição. Tornaram-se obrigatórios o sepultamento e o atestado de óbito com expressa indicação da *causa mortis*, emitido pelo médico ou cirurgião que acompanhou a vítima durante o período de sua enfermidade. E os enterros eram realizados de modo apressado. Os moradores ficavam obrigados a caiar, esfregar, limpar e aromatizar todas as casas, armazéns e vendas e a fazer a limpeza das casas, das ruas e das praias do Recife.

Parte dessas normas seguiam recomendações de Rosa para destruir o surto epidêmico, que aconselhava os moradores a também acenderem fogueiras em todas as ruas e nelas queimar defumadouros, a fim de tornar o ar mais respirável e cheiroso; limpar as cloacas junto das casas e praias próximas dos edifícios; assear o interior das casas e seus móveis com água rosada e vinagre forte e, posteriormente, pintar todas as paredes da casa com cal branca; abluir as roupas, duas ou três vezes, com sabão e queimar os colchões e esteiras do infectado. O não cumprimento dessas determinações implicaria aplicação de multas e, no caso de reincidência, pena de prisão. O emprego e a cobrança das multas ficariam ao encargo de Oficiais da Câmara do Recife (MIRANDA, 2017).

Essas medidas se somaram aos regulamentos do Município do Recife que, seguindo a mesma organização e as mesmas atribuições adotadas em Portugal e por meio de sua Câmara, já utilizava *posturas*^[6] da municipalidade portuguesa consolidadas nas Ordenações Filipinas (1604) em vigor, que contemplavam matérias de limpeza no meio urbano.

[...] não se deverão fazer esterqueiros; estercos ou outros lixos não deverão ser lançados ao redor do muro; não se entupiram os canos da vila nem a servidão das águas; locais deverão ser determinados pelos vereadores da câmara para que, uma vez por mês, lá se esvaziem as esterqueiras [...]; não se consentirá que se lancem na vila bestas, cães, gatos, nem outras coisas sujas e de mau cheiro. (ORDENAÇÕES FILIPINAS, Livro 1, Título 68, 1604).

Os serviços de saúde eram prestados pelas Santas Casas de Misericórdia, pelos hospitais militares e pelas enfermarias das ordens religiosas. A população em geral era precariamente assistida pelos físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros sangradores, boticários curandeiros e parteiras (MIRANDA, 2017).

O saber médico avançou a partir do século XVI. Segundo Czeresnia (2001), a medicina hipocrática tinha a compreensão da origem das epidemias expressa pela ideia de “constituição epidêmica”, que relaciona a ocorrência das epidemias a circunstâncias geográfico-atmosféricas. A partir dela foi formulada uma teoria ontológica de propagação da doença com pretensão científica. Como comenta a autora (CZERESNIA, 2001, p. 29), a origem das doenças epidêmicas foi tomando, a partir de então, a forma de duas teorias distintas no âmbito do pensamento médico, a *Teoria da Constituição Epidêmica* de Sydenham, derivada da concepção hipocrática, baseada na concepção de “miasma”, como substância química, proveniente de emanações que corrompiam a atmosfera; e a *Teoria do Contágio*, formulada por Fracastorius. O “contágio” e o “miasma” não eram, contudo, noções conflitantes no âmbito das teorias hipocráticas e mesmo galênicas. Essas teorias concebiam que a absorção de ar corrupto degenerava os humores corporais.

Para ambas as teorias, do contágio e da constituição epidêmica, a doença originava-se de estímulos provenientes do mundo externo e do contato com outros homens. Uma, porém, enfatizava a necessidade de precisar sua causa, o princípio ou o estímulo que produzia a doença no corpo. A outra via a doença sob o prisma da predisposição, seja do corpo, seja do mundo externo. A teoria do contágio foi identificada com a institucionalização da quarentena. Os contagionistas estiveram geralmente comprometidos com a burocratização dessa prática, imprimindo ao “contágio” um caráter conservador. Os anticontagionistas, ao relacionarem a origem das doenças epidêmicas à constituição

atmosférica, enfatizavam, ao contrário, as práticas direcionadas fundamentalmente para o controle ambiental (CZERESNIA, 2001).

Ao abordar essa questão, Holanda (1978) comenta que, a partir do século XVII, à medida que evoluíam as práticas ao serviço das quais estavam as teorias do contágio e dos miasmas, estas foram se tornando conflitantes no pensamento médico. Mesmo assim, conviveram e se interpenetraram quer nas intervenções concretas, quer no imaginário social relacionado às epidemias. Os recursos limitados da medicina favoreceram a que a teoria miasmática obtivesse grande aceitação dos médicos higienistas, o que perdurou até o século XIX.

Machado (1982) ressalta que, a partir do surto epidêmico no Recife, a preocupação com a saúde transcende da esfera individual para o campo da saúde coletiva, na qual o governo intervém, abertamente, em benefício da comunidade. Ambos os processos produzem uma preocupação com o ambiente urbano que passa a ser investigado com o objetivo de descobrir as reais causas das doenças. Esse levantamento sobre o espaço social leva, diretamente, a uma intervenção no meio urbano que tem como objetivo transformar tudo que se relacione com as possíveis causas das doenças. Medidas como limpeza das ruas, aterro das águas estagnadas, construção de cemitérios, entre outras, serão retomadas e aprofundadas pelo Estado e pelos médicos no decorrer do século XIX.

Para Miranda (2017), o estudo da campanha contra a febre amarela, na segunda metade do século XVII, é muito importante para compreender a medicina da época e as ideias que vão fundamentar o pensamento científico dos médicos higienistas no século XIX. O autor destaca ideias semelhantes entre os processos vivenciados nos dois momentos, como fruto de experiências acumuladas. Em primeiro lugar, menciona o fato de a preocupação com a saúde transcender da esfera individual para o campo da saúde coletiva, na qual o governo intervém, abertamente, em benefício da comunidade. Em segundo lugar, lembra que os processos em ambos os momentos produzem uma preocupação com o ambiente urbano, que passa a ser investigado com o objetivo de descobrir as reais causas das doenças.

Esse levantamento sobre o espaço social leva, diretamente, a uma intervenção no meio urbano que tem como objetivo transformar tudo que se relacione com as possíveis causas das doenças. Medidas como limpeza das ruas, aterro das águas estagnadas e construção de cemitérios, entre outras, serão retomadas e aprofundadas pelo poder público e pelos profissionais ligados à saúde pública no decorrer do século XIX. São medidas que contemplam a dimensão coletiva da vida urbana, com seu caráter civilizatório, que vincula o poder exercido pelo governo municipal ao saber médico da época.

AS EPIDEMIAS DE FEBRE AMARELA E DE CÓLERA MORBO NO RECIFE DO SÉCULO XIX

Os últimos anos do século XVIII e o início do século XIX assinalam para Foucault (1980) o momento em que a medicina, criticando o seu passado e para justificar sua originalidade, apresenta-se como medicina científica. Para o autor, o que caracteriza essa mudança é o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais; é o deslocamento histórico da medicina clássica, que tem como objeto a doença considerada como essência abstrata, para a medicina clínica, que representa um saber sobre o indivíduo como corpo doente, exigindo uma intervenção que dê conta de sua singularidade.

Em paralelo, no âmbito do saber médico, uma mutação complementar se delineia: nasce uma medicina do espaço social, a consciência explícita da doença como problema político e do médico como autoridade administrativa, fundada na competência de seu saber. Ao nível institucional, uma nova articulação se evidencia: o hospital, até então órgão de assistência ao pobre e de preparação para a morte, torna-se o local privilegiado de exercício da medicina, tanto do ponto de vista da cura quanto do ensino. Para Foucault (1980, p. 33),

O que define o ato do conhecimento médico em sua forma concreta não é, portanto, o encontro do médico com o doente, nem o confronto de um saber com uma percepção; é o cruzamento sistemático de várias séries de informações homogêneas, mas estranhas umas às outras – várias séries que envolvem um conjunto infinito de acontecimentos separados, mas cuja interligação faz surgir, em sua dependência isolável, o *fato individual*.

Até meados do século XVIII, quem detinha o poder no interior do hospital era o pessoal religioso, responsável por assegurar o funcionamento do seu cotidiano. A partir do momento em que esse espaço da saúde passou a ser concebido como um instrumento de cura, no final do século XVIII, o médico se transformou no principal responsável pela organização hospitalar. Apareceu, então, o personagem do médico de hospital, até então inexistente (FOUCAULT, 1979).

A questão da reforma sanitária, ou seja, a ideia de que cabia à iniciativa pública intervir sobre as condições de saúde urbanas, segundo Foucault (1979), desenvolve-se amplamente na Europa a partir de fins do século XVIII, recorrendo aos dispositivos de controle da quarentena e, até, ampliando-os. A introdução da força a vapor e da maquinaria na produção, atraindo trabalhadores do campo para a cidade e conseqüentemente ocasionando a falta de moradia, superpopulação dos bairros pobres e

escassez periódica de emprego, e o trabalho extensivo de mulheres e crianças consolidam a ação estatal sobre os problemas relativos à situação da população urbana. As constantes epidemias decorrentes das precárias condições da moradia operária, especialmente na Inglaterra, tornam-se um dos motivos para o surgimento das leis sanitárias naquele país.

A evolução do saber médico e a questão da reforma sanitária do século XIX, segundo Costa (1987), têm como referência a superação e o controle da mortalidade da população urbana pelas frequentes epidemias. Essas práticas e saberes desenvolvidos nos países capitalistas centrais desqualificaram a reflexão sobre os efeitos para a saúde das condições de vida emergentes na sociedade urbano-industrial, que esteve impregnada de concepções pragmáticas e limitadas do processo saúde/doença, ainda que tenha apresentado considerável eficácia em relação aos alvos privilegiados para o controle. É nesse sentido que, para Foucault (1980 p. 92-93), a importância da medicina urbana está em não ser uma medicina dos homens, dos corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições; uma medicina das condições de vida e do meio de existência; uma medicina que dá origem à noção de salubridade.

Esses avanços na medicina social, que já vinham se processando na Europa, estendem-se ao Brasil. Quando somados às grandes epidemias que se sucedem na década de 1850, especialmente a de febre amarela, que chega ao Rio de Janeiro em 1849 e atinge o Recife em 1850, e a de cólera-morbo, que se instala no Brasil em meados da mesma década, chegando ao Recife no início de 1856, tais avanços deslocam o centro das atenções do doente para a proteção dos indivíduos sãos. A medicina progride, assim, tendo como objeto de ação o meio urbano (1º AUTOR, ano 2).

Os organismos criados, em nível nacional e provincial, para se incumbirem da saúde pública iniciam a sua atuação voltada para a cidade, exigindo das câmaras municipais medidas para combater os aspectos insalubres da cidade. Segundo 1º autor (ano 2), as medidas higiênicas que passam a ser requeridas para o Recife exigem uma participação da Câmara Municipal, seja através de suas posturas, seja através de sua fiscalização. As normas higiênicas envolvem as edificações e a infraestrutura de saneamento da cidade. As cidades temiam as epidemias e procuravam, através da modernização, evitá-las ou diminuir seus aspectos.

Essa preocupação se explicita, no ano de 1854, no documento *Bases para um Plano Geral de Edificações da Cidade*, elaborado pelo presidente da *Comissão de Higiene Pública* da Província de Pernambuco, Dr. Joaquim d'Aquino Fonseca, e entregue à Câmara do Recife em 31 de março de 1855. Nesse documento, o higienista faz considerações sobre a importância dos ventos, da luz solar e da água para a salubridade pública, enfatizando a necessidade de penetração direta de ventos e de luz

nas habitações e requerendo da Câmara uma correção dos vícios primitivos dos planos da cidade. Os sobrados do Recife tornam-se, assim, objeto de grandes preocupações de saúde pública.

Em suas palavras dirigidas à Câmara do Recife, Aquino Fonseca recomenda:

Sendo a base de um bom systema de edificações a ventilação e a penetração dos raios solares nas casas, construídas estas de modo que isto se observe, ter-se-ha conseguido o que recommendam todos os hygienistas, e deseja a Commissão. Ninguém ignora, que se não improvisam cidades; mas os vicios de seus planos primitivos podem ser corrigidos, e he o que convem fazer [...] (DIARIO DE PERNAMBUCO, 28.08.1855, p. 2).^[7]

As medidas a serem adotadas pela Câmara do Recife, por indicação de Aquino Fonseca, implicam uma mudança geral no sistema de edificação da cidade. Tais edificações, por sua vez, estão relacionadas com o padrão de lotes que, ao longo da história da cidade, foi-se consolidando – os lotes estreitos e compridos – em face da carência de terra firme na cidade, o que contribuiu para a consolidação das casas estreitas, geminadas umas às outras, com tendência a se elevar em sobrados magros e altos de três a cinco andares, comuns nas ruas dos bairros do Recife, de Santo Antônio e da Boa Vista.

Como ressalta 1º autor (ano 2), os relatos daqueles que estiveram no Recife, na primeira metade do século XIX, descreviam os sobrados da cidade, de formatos estreitos e longos, geminados de ambos os lados, recebendo iluminação e ventilação diretas, apenas pela parte frontal – procedentes da rua – e pela parte posterior – oriundas dos quintais. As alcovas, onde as pessoas se recolhiam para dormir, incrustavam-se no interior dos sobrados, sem receber diretamente o sopro dos ventos e a luz do sol. Essa disposição torna de difícil execução a reforma do plano da cidade requerida pelo higienista Aquino Fonseca, que a respeito das alcovas alertava aos Oficiais da Câmara:

Ha sabido que, quando um grande numero de individuos habita um aposento pouco espaçoso, cuja atmospheria he pouco renovada, a respiração altera as proporções dos principios constituintes do ar, diminuindo a quantidade de oxygeneo, e augmentando a do gaz acido carbonico, nocivo a vida: por isto em um aposento, mesmo espaçoso, o ar se empobrece promptamente, desde que não se renova e he inspirado por muitos individuos. A luz solar tem sobre todos os seres organizados, principalmente sobre a espécie humana, uma grande influencia; sem ella o organismo enfraquece, e a vida extingue-se antes que tenha percorrido suas diversas phases. (DIARIO DE PERNAMBUCO, 28.08.1855, p. 2).^[8]

No que se refere às habitações, todas as suas recomendações têm por base a importância da luz solar direta e dos ventos, que modificam o ar atmosférico, dispersando o *miasma*. A qualidade da

água, como fonte alimentadora da saúde, inseria-se ao lado dos outros dois elementos para compor os fatores mais importantes a serem observados nas medidas de saúde pública. O higienista, alinhado com o pensamento europeu do século XIX, propõe novos padrões de edificação, pautado na teoria dos *miasmas*, segundo a qual os surtos epidêmicos de doenças infecciosas são causados pelo estado da atmosfera, estado este produzido pelas más condições de salubridade locais (1º AUTOR, ano 2).

Desse modo, desde 1868, as posturas do Recife incorporam algumas medidas recomendadas pela Comissão de Higiene Pública, permitindo novos padrões de habitações, térreas e elevadas do solo, recuadas e com jardins, ou no alinhamento das vias, mas elevadas do solo e com jardins laterais. O padrão dos lotes se modifica para abrigar a largura das casas acrescidas de 3,30 m de recuo lateral mínimo, ou seja, de jardim lateral. Este, por sua vez, propicia a iluminação e a ventilação direta dos cômodos da casa.

Em paralelo a essas questões voltadas para as edificações, a partir de meados do século XIX, avançam medidas essencialmente voltadas para o espaço urbano e preocupadas com a boa circulação do ar e da água para que não se tornassem perigosos e nefastos à saúde (MACHADO, 1982). Para combater as doenças pestilentas, a medicina preocupa-se em aterrar águas estagnadas, limpar ruas e casas, construir canteiros, purificar o ar.

O Relatório da *Comissão de Hygiene Pública*, referente ao ano de 1854, enviado ao Presidente da Província, Figueredo, destaca, nas suas considerações iniciais, a necessidade de adoção de medidas para eliminar as causas de insalubridade da cidade, contribuindo para a mudança de antigos hábitos que revelam o atraso da população.

Diversos tem sido os trabalhos apresentados a V.Ex. e á Câmara municipal do Recife, e he provável que de sua adoção se conseguirão bons resultados; por quanto não he possível que, se desaparecerem essas causas de insalubridade indicadas, não melhore o estado sanitário desta cidade; pelo menos ganhará a civilização, poisque cessarão alguns velhos hábitos, que revelão a ignorância dos nossos maiores, e denuncião o atraso, em que ainda se acha a população. (RELATÓRIO PP, 1854, p. 4).^[9]

O anexo desse relatório apresenta uma relação de 46 *Medidas Preventivas contra o Cholera-Morbus*, das quais a metade se destina ao controle dos portos – inspeções nos navios, passageiros e mercadorias; lazareto; quarentena etc. – e a metade seguinte se destina à cidade, envolvendo vários aspectos da cidade. Outro Relatório, enviado ao mesmo Presidente da Província, no ano de 1856, repete, as mesmas medidas, que contemplam, em linhas gerais, o seguinte:

- O aterro de áreas alagáveis pelo mar ou pelo rio deveria se efetivar dentro de certo prazo, correndo as despesas por conta dos proprietários. Caberia à Câmara do Recife promover o aterro dos alagados “conhecidos pela denominação de viveiros”;
- A remoção de lixo e imundices nas praias e em outros pontos da cidade deveria ser feita para locais designados pela Câmara. Caberia, também, à Câmara, através de suas posturas municipais, proibir o lançamento nas ruas de imundices e águas sujas;
- Os quintais deveriam ser fiscalizados, pelo menos, duas vezes por mês, para que se conservassem limpos e secos;
- As ruas deveriam ser irrigadas após a sua limpeza, de modo a que a poeira não prejudicasse a qualidade do ar. É proposto o estabelecimento de uma Companhia responsável por tal serviço, mantida por imposto pago pelos habitantes. São sugeridos, também, o calçamento das ruas para minimizar a poeira e a plantação de árvores para melhoria da qualidade do ar;
- Enquanto não se adotasse o sistema de latrinas móveis – o mais preferido desde algum tempo na Europa – os excrementos deveriam ser conduzidos em vasos fechados das casas aos pontos de despejo, e só poderiam ser lançados ao rio das pontes feitas para este fim, que teriam uma rampa para que os vasos fossem devidamente lavados após o despejo;
- Deveriam ser proibidas as estrebarias de aluguel no centro da cidade, bem como deveria exigir-se a remoção diária de todo o excremento de animais procedente das estrebarias de aluguel, que deveria ser feita em carroças fechadas, construídas para esse fim;
- Deveriam, também, ser removidos os fornos de padaria de dentro da cidade, bem como as oficinas que trabalhassem com fogo ativo, tais como os ferreiros, latoeiros, fundidores etc.;
- O matadouro público das Cinco-Pontas deveria ser removido para o Cabanga;
- Deveria ser proibida a construção de casas a bordo do mar ou do rio, sem que tivessem cano de esgoto lajeado e construído de modo a que as águas as banhem na baixa-mar;
- Outras recomendações sobre medidas de higiene para casas *immendas*, sobre sistemas de edificação, bem como a respeito de evitar-se a aglomeração de habitações, foram objeto do documento entregue à Câmara Municipal do Recife - *Bases para um Plano Geral de Edificações da Cidade* - que apresenta com maiores detalhes as medidas a respeito das edificações da cidade.

Tais recomendações encontram-se alinhadas ao pensamento higienista sobre a cidade, no século XIX, pautado na teoria dos miasmas que, como aponta Machado (1982), identifica a fonte de

moléstias em um duplo sentido: de um lado, a cidade adoecer pelo contato com as emanações exaladas pelos mortos nos interiores das igrejas, pelos vivos nos hospitais e asilos, pela transpiração dos trabalhadores nas fábricas e pelo esartejamento dos animais nos matadouros; e, de outro lado, as instituições são contaminadas pelos focos de contágio advindos da cidade.

O conjunto das recomendações da Comissão de Higiene Pública torna-se matéria normativa para disciplinar as condições de edificação, de uso e de ocupação da cidade, bem como os serviços públicos e o comportamento dos habitantes no meio urbano. Segundo estudos realizados por 1º autor (ano 2), além de diversas posturas que tratam da questão do esgotamento sanitário e da limpeza urbana, com disposições, especialmente dirigidas aos moradores da cidade, pela interface desses serviços de infraestrutura com os seus beneficiários diretos, a Câmara do Recife dispõe sobre questões relacionadas à higiene pública, que já se constituíam pauta das posturas municipais desde o período colonial, agregando, apenas, novos processos, mais modernos, mais atuais, especialmente ligados ao transporte de lixo e de produtos comestíveis – carnes, fressuras etc. No seu conjunto, essas posturas:

- Proíbem o lançamento de lixo, entulhos e objetos sem serventia nas ruas da cidade^[10], estabelecendo locais para despejo do lixo^[11];
- Proíbem aterro de alagados por meio de lixo, definindo que o aterro deverá ser feito com areia e calça de demolição^[12];
- Estabelecem modelo de carroça fechada com tampa para transporte de cal, estrume e outros materiais que corrompam o ar^[13];
- Estendem para toda a cidade a proibição de criação de porcos^[14] e proíbem animais soltos nas ruas^[15];
- Estabelecem multas para quem estender couro nas ruas da cidade, em lugares não designados pela Câmara^[16];
- Regulamentam as atividades dos açougues, dos talhadores^[17], estendendo aos vendedores de peixe, carne de porco e fressuras as posturas para os talhadores^[18] e obrigando o transporte de carne verde e de fressuras em carros apropriados com modelo fornecido pela Câmara^[19];
- Atribuem penas aos comerciantes e usuários do Mercado Público de São José que não atenderem ao seu regulamento^[20];
- Obrigam a caracterizar a *causa mortis*^[21].

Ao longo da segunda metade do século XIX, as posturas da Câmara do Recife vão impondo medidas que atendam às condições higiênicas. Na sua atividade regulamentadora da vida urbana, impõem-se determinados comportamentos aos moradores para uma vida comum mais sadia, o que torna seu papel de fundamental importância, seja para cumprir os requisitos de higiene da cidade propostos pela Comissão de Higiene Pública, seja para respaldar os serviços de infraestrutura sanitária promovidos pelo Governo Provincial. Regulamentando o dia a dia das pessoas, são as posturas que penetram nas casas, nos hábitos dos moradores, nas atividades domésticas e nas atividades públicas, especificamente naquilo que essas atividades interferem na vida da coletividade (1º AUTOR, ano 2).

A cidade do Recife passou, assim, como diria Foucault (1979), a ser *esquadrinhada*, percorrida, observada pelos Oficiais da Câmara e, depois, normatizada. Como objeto de cura, segundo esse autor, a cidade envolve o seu espaço externo, como, também, as suas edificações e as suas instituições – os cemitérios, os mercados, os matadouros, os hospitais, enfim, as instituições onde a população se aglomera, seja para as atividades produtivas, seja para a cura, seja para a morte.

A PANDEMIA DA GRIPE ESPANHOLA NO RECIFE DO INÍCIO DO SÉCULO XX

Na sequência da tendência higienista que avança a partir de meados do século XIX, o desenvolvimento da saúde pública no Brasil, logo após o advento da República, alimenta-se dos avanços do saber médico-sanitário que introduzem profundas mudanças nas práticas até então dominantes. A adoção de saberes experimentais, fundamentados pela bacteriologia e pela microbiologia, e os questionamentos dos saberes tradicionais constituem-se na grande mudança no início do século XX. A teoria dos miasmas é substituída pela teoria microbiana, desenvolvida por Pasteur, no início do século XX, de modo a trazer novo enfoque para o discurso higienista (1º AUTOR, ano 2).

Recomendações da Comissão de Higiene Pública que enfatizavam os mangues do Recife como um fator de insalubridade para a cidade, bem como as posturas municipais delas decorrentes, passam a ser redefinidas em função das novas concepções médicas, e, posteriormente, os mangues passam a ser objeto de leis de preservação, o que revela a estreita relação entre o exercício do poder público e o saber médico vigente.

Segundo 1º autor (ano 2), as preocupações com os sobrados do Recife, que também se tornaram fundamento de várias posturas municipais adotadas na segunda metade do século XIX,

voltam-se para as habitações precárias da cidade, denominadas, na época, de mocambos. Tais moradias proliferaram a partir do final do século XIX, em função da implantação das usinas de açúcar em Pernambuco^[22], que ocasionou uma decomposição do complexo rural da região, da abolição da escravatura e da proletarização de parte dos trabalhadores do campo, que gerou um imenso contingente migratório que afluiu para o Recife, do qual grande parte não foi absorvida pelo mercado de trabalho local.

Os mocambos ocupavam, predominantemente, os alagados e manguezais localizados em áreas centrais da cidade, objeto de grande interesse econômico e imobiliário para expansão da cidade. No início do século XX, os interessados pelas áreas de mangue, mesmo sem a comprovação de sua posse, expulsavam os mocambos ali fixados para aterrá-los, ou obrigavam seus habitantes a pagarem o “aluguel do chão”. Como destaca 1º Autor (ano 1), em ambos os casos, seria possível a reivindicação ao poder judiciário do direito do uso da terra alegando benfeitorias, conforme encontrava-se estabelecido na Lei de Terras (Lei nº. 601/1850)^[23].

A referida Lei de Terras, em seu artigo 5º, concedia oportunidades aos “posseiros, cuja posse ‘mansa e pacífica’ seria legitimada, mediante a comprovação de cultivo ou benfeitoria, ou, ainda, moradia habitual” (grifo dos autores). Tais regras se estendiam, também, às “terras de marinha” – terras de praia, de margem, de beira-mar, de mangue, de maré – onde se localizavam predominantemente os mocambos, apesar de essas serem submetidas a uma regulamentação especial^[24] e serem incorporadas ao patrimônio da União. A excepcionalidade dessas terras encontra-se no impedimento da alienação plena da sua propriedade, uma vez que, pela sua natureza, as terras de marinha podem ter apenas o seu domínio útil alienado, o que se efetiva mediante o pagamento de uma taxa – o foro, denominado popularmente de “aluguel do chão”, permanecendo com a União o domínio pleno (1º AUTOR, ano 1).

Os moradores dos mocambos, com precárias condições econômicas, haviam travado uma luta contínua e diária contra as águas e a maré alta, nos terrenos alagadiços e nos manguezais, para construir seu espaço de moradia, donde, também, extraíam seu sustento e sua alimentação. Essa condição de ocupação “mansa e pacífica” configurava a presunção do direito desses moradores sobre a terra que ocupavam, de acordo com a Lei de Terras, direito que não foi por eles requerido.

As manifestações de rejeição aos mocambos como ameaças à saúde pública se tornam evidentes no primeiro Congresso Médico de Pernambuco, em 1907, sendo emblemática a fala de Dr. José Carlos Torres Cotrim^[25], engenheiro-chefe da Comissão das Obras do Porto do Recife, que realiza estudos sobre possibilidades de saneamento para a cidade.

Constituem infelizmente um dos maiores defeitos desta cidade as habitações da população proletária. Os mocambos e os cortiços são uma ameaça constante à saúde pública. Sem conforto e sem a mínima observância dos preceitos higiênicos a pobre gente que os habita, concorre com adultíssimo contingente para o aumento da mortalidade e as suas condições de vida constituem-se um perigo sério para a parte da população mais favorecida da fortuna. (CHERMONT, 1907, p. 602).

Tal depoimento repercutiu entre membros do governo estadual, que, também, manifestaram reação à permanência dos mocambos na cidade. Um problema que, na época, era de difícil enfrentamento, diante da magnitude com que se apresentava, como comprova o Recenseamento realizado no Recife em 1913, no qual foram constatados mais de 16 mil mocambos, que representavam 43,3% do total das habitações da cidade (1º AUTOR, ano 1).

É ainda nessa segunda década do século XX, no período de setembro a dezembro de 1918, que a pandemia denominada de gripe espanhola se instala no Recife. A doença já vinha se espalhando pelo mundo, principalmente, por conta da movimentação de tropas de soldados no período final da Primeira Guerra Mundial (1918), tendo um impacto direto nos países que participavam desse conflito. Assume grandes proporções, estendendo-se por diversos países e continentes, transformando-se em uma ameaça à humanidade (SILVA, 2017).

Há controvérsias entre os historiadores sobre a origem dessa gripe, se procede dos Estados Unidos da América, ou da Europa, ou, mais especificamente, da Espanha. Silva (2017) comenta que a sua denominação se deve à forte divulgação da doença na imprensa espanhola, uma vez que a Espanha não se encontrava envolvida na Primeira Guerra Mundial e, como tal, sua imprensa não estava submetida à forte censura imposta pelos países envolvidos no conflito. Estes procuravam evitar a divulgação de notícias de que a gripe espanhola tinha afetado suas tropas para não impactar o moral dos soldados, nem espalhar pânico na população.

No Brasil, a doença penetrou pelos portos do Recife, de Salvador e do Rio de Janeiro, em setembro de 1918, espalhando-se por todas as regiões do país e causando a morte de cerca de 35 mil brasileiros. Como ressalta Silva (2017), essa doença assume no Recife uma feição de epidemia grave, uma vez que cerca de 120.000 pessoas adoeceram, correspondendo a 60% de uma população estimada em 200.000 habitantes. O período mais grave da doença, segundo o autor, ocorreu no mês de outubro, quando mais de 1800 casos de óbito no Recife decorrentes dessa gripe representam 70% da mortalidade geral no Recife naquele mês. Já no mês de dezembro, o sanitarista Otávio de Freitas controla e põe termo à enfermidade.

Os primeiros a contraírem a gripe espanhola na cidade foram os trabalhadores do Porto do Recife, por ser entrada principal de pessoas de outras regiões do Brasil e do mundo. Logo em seguida, a doença atinge os transeuntes do centro urbano da cidade, afligindo com mais destaque os desprovidos socialmente, e, posteriormente, alcança todos os segmentos da população residente, sem distinção de posição social, provocando uma verdadeira mudança nos hábitos da sociedade em geral. Como relata Silva (2017), o espaço público, que desde o fim do século XIX e início do século XX era desbravado pela população, passou a representar um perigo para a saúde e a vida dos habitantes da cidade. Os órgãos sanitários locais aconselhavam o afastamento de grupos e que se evitassem locais públicos.

As medidas que foram adotadas pelas autoridades sanitárias do Recife da época, implantadas pelo governo municipal, contemplaram: a higienização de espaços públicos com a lavagem e varrição de ruas; alterações e proibições à vida rotineira da população, com o fechamento de escolas, clubes, cinemas; e, até mesmo, a proibição de celebrações de missas enquanto durasse a epidemia na cidade, para evitar aglomerações. Registra-se, também, na época, a divulgação de orientações de prevenção à doença, incluindo medidas de higiene pessoal. Tais medidas foram redefinidas com o declínio da epidemia, no final de outubro, quando o poder público passou a permitir o retorno das atividades urbanas ligadas à diversão, enquanto as escolas retornaram às suas atividades no início de 1919 (SILVA, 2017).

Apesar do período relativamente curto da gripe espanhola no Recife, seu impacto sobre a cidade foi significativo. Mais do que um problema a ser tratado no âmbito da medicina, essa doença intensifica os questionamentos que envolvem problemas sociais estruturais. Ao evidenciar as precárias condições de parte expressiva das moradias do Recife, bem como a precariedade de saneamento na cidade, com carência de serviços básicos como de água e esgoto, a gripe espanhola contribui para transformar a forma de pensar a saúde pública, fazendo surgir no Recife a possibilidade de reformas futuras na cidade, algumas das quais se efetivaram a partir da década de 1920.

Já nos anos de 1920, o interesse pelos alagados situados nas áreas centrais do Recife havia se ampliado. Como ressalta 1º Autor (ano 1), para expandir a cidade, fazia-se necessário articular a expansão do centro com os arrabaldes em desenvolvimento, por meio da drenagem e aterro de grande área de mangues e alagados que os separava, onde se alojava a grande maioria dos mocambos da cidade. Essas habitações precárias, consideradas uma ameaça à saúde pública, angaria *status* de decisão política, dando origem a diversas iniciativas locais de intervenção pública para reforçar o seu combate e a sua substituição.

Nesse contexto, a estigmatização das moradias precárias da cidade serviu de respaldo para a implantação da Política de Erradicação dos Mocambos, efetivada no início da década de 1940, quando já se constata a existência de 45.581 mocambos (63,7% das habitações da cidade), situados no perímetro urbano do Recife, onde residiam 164.637 habitantes. Uma política que resultou na demolição de 12.454 mil mocambos (27% dos 45.581 mil recenseados) localizados nos mangues centrais da cidade, bem como no incentivo à emigração de cerca de 20 mil moradores dessas habitações, assumindo o próprio custo (1º AUTOR, ano 1).

As preocupações higienistas com a cidade, que respaldaram essas intervenções, expressam-se nas primeiras legislações municipais que disciplinam o uso, a ocupação e a construção na cidade. No decorrer do século XX, essas legislações passaram a assumir novos formatos, com a incorporação dos princípios do urbanismo moderno, desenvolvidos na Europa a partir da década de 1920. As preocupações higienistas perdem, relativamente, destaque frente aos novos padrões de regulação urbanística, mas reacendem sua importância no momento atual em que a pandemia do Covid-19 impõe uma concepção mais saudável e extensiva a todos que habitam a cidade.

A PANDEMIA DO COVID-19 NO RECIFE DO SÉCULO XXI

No encerramento da segunda década do século XXI, no ano de 2019, a ocorrência de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em uma província da China disparou um alerta acerca do risco de expansão da contaminação em escala global. Tal preocupação tinha uma razão: os efeitos do fenômeno da globalização, que traz em si a intensificação do contato (virtual ou real) entre pessoas, culturas e economias. Ela possibilita a retração de fronteiras e a aceleração dos ritmos desses contatos, eliminando limites físicos e temporais do intercâmbio entre países.

Harvey (1992), ao delinear as características do período pós-moderno, elenca entre suas implicações a compressão espaçotemporal, advinda das mudanças profundas da natureza e relações entre espaço e tempo. Sublinha, ainda, que a troca, por implicar em movimentos (de mercadorias, capital e pessoas), inscreve-se no âmbito do espaço-tempo relativo (no sentido de relacional), mais suscetível à referida compressão. Ocorre que, na esteira das transformações globalizantes, a cadeia de trocas, de mútua colaboração e de interdependência se amplia. As crises não se restringem mais à ordem e às fronteiras dos Estados nacionais, pois elas têm o potencial de afetar todas as nações e

povos. E o fazem em um ritmo acelerado. As crises econômicas e financeiras recentes, como a causada pela exacerbação da especulação imobiliária em 2008, são um exemplo claro dessa afirmação.

No final do ano de 2019, o advento da pandemia da nova *Corona Virus Disease* (Doença do Coronavírus, ou Covid-19) se dá nesse contexto. Sua propagação e o desenvolvimento de respostas preventivas e mitigadoras de seus impactos seguem duas dimensões essenciais:

- A expansão rápida e exponencial de casos pelo mundo, facilitada pela circulação de pessoas, bens e serviços entre continentes, tendo os transportes aéreos como aceleradores de deslocamentos. Apesar de se expandir para todos os continentes, no início a Covid-19 se manteve restrita ao grupo de países mais relevantes nos intercâmbios globais, os chamados *global players*.
- A necessidade de uma reação coordenada em escala mundial, baseada em organismos de governança internacional como a Organização Mundial da Saúde (OMS). A oposição a essa articulação evidencia um movimento para enfraquecer esses organismos e as ações cooperativas. Tal embate é encampado por lideranças como o governo estadunidense, que, para defender suas posturas isolacionistas, opõem-se a uma pretensa “ideologia do globalismo”.

Diferente das doenças denominadas “pestes” em séculos anteriores, a pandemia da Covid-19 tem uma peculiaridade: seu combate está muito ligado à questão comportamental. As soluções propostas consubstanciam-se em medidas como: a incorporação de hábitos de higiene; a manutenção de distanciamento social; e o uso de máscaras faciais para prevenir o contágio. Essas são orientações expedidas pela OMS, que deveriam ser seguidas ou respeitadas em todo o mundo.

No Brasil, em escala nacional, observam-se aspectos das duas dimensões delimitadas. Por um lado, a propagação de casos de contágio do novo Coronavírus se inicia nos grandes centros urbanos, com ocorrência concentrada em bairros habitados por um segmento de mais alta renda da população. Tratava-se, então, de casos ditos “importados”, decorrentes de contágio de pessoas que retornavam de viagens ao exterior, em especial de países da Europa (um dos epicentros da propagação). Rapidamente o contágio passou a se dar em nível “comunitário”, ou seja, fruto de transmissão ocorrida entre habitantes do próprio território nacional.

Por outro lado, num alinhamento incondicional com posturas de países que (*a priori*) negavam o risco representado pela pandemia, o governo brasileiro, representado pelo Poder Executivo Federal, reage contrariamente à chamada de cooperação internacional e às recomendações da OMS. Na verdade, questiona-se a própria competência da OMS em seu papel de coordenador das ações em escala global, tendo como justificativa uma hipotética apologia desse organismo à “ideologia do

globalismo”. Tal posição pautou a condução de políticas de saúde pública, na qual o “negacionismo” repercutiu numa inação dos organismos nacionais na esfera federal e na restrição de repasses de recursos para gestão da crise pelos outros entes federativos.

Isso levou a questionamentos quanto à constitucionalidade das ações do Governo Federal. O Partido Democrático Trabalhista (PDT) propôs a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 6341, na qual questiona a Medida Provisória (MP) nº 926, de 20 de março de 2020, apontando a inconstitucionalidade formal, pelo uso de medida provisória em matéria reservada à lei complementar, bem como indicando violação à Constituição Federal, por indicar a União como competente no enfrentamento da emergência de saúde pública gerada pelo coronavírus, quando na Carta Magna a matéria pertinente à vigilância sanitária e epidemiológica se insere entre as atribuições do Sistema Único de Saúde e como tema de saúde pública, encontra-se no rol de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, nos termos do artigo 23, II, da Constituição Federal.

Diante desses argumentos, o Supremo Tribunal Federal, nos autos da ADI nº 6341, reconheceu por unanimidade que a MP nº 926/2020 editada pelo Executivo Federal com medidas a serem adotadas pelo Governo Federal para o enfrentamento do novo Coronavírus, não tinha o condão de afastar a competência comum dos Estados, Distrito Federal e Municípios nessa matéria, em especial na adoção de medidas de isolamento, quarentena, restrição de locomoção por rodovias, portos e aeroportos, bem como interdição de atividades e serviços essenciais. Sem uma coordenação nacional, os Estados, Municípios e Distrito Federal passaram a editar de modo autônomo medidas para o enfrentamento à Covid-19, assumindo o protagonismo nesse campo.

O estabelecimento de medidas de âmbito local se dá, inclusive, por meio da organização de ações de natureza cooperativa, a exemplo da iniciativa do Consórcio Nordeste, que reúne os governadores dos nove estados da região em torno do objetivo de desenvolvimento sustentável. No contexto da pandemia, o Consórcio Nordeste criou um Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (C4), para orientar as ações nesse sentido. Além do papel de levantar, analisar e monitorar dados e informações, com base no que se traçam as estratégias de combate à Covid-19, o C4 recomendou a criação de Brigadas Especiais de Saúde, responsáveis pela atuação de proximidade (nos Municípios, nos bairros, nas residências) para a prevenção do contágio e o tratamento das pessoas.

A análise das diretrizes de ordem normativa que orientam iniciativas como a citada pressupõe a compreensão básica do problema aos quais elas buscam responder. De início, pelo que se conhece dos mecanismos de propagação da Covid-19, deve-se atentar para aspectos básicos de higiene pessoal

(como lavar as mãos), de proteção pessoal contra partículas em suspensão (com o uso de máscaras) e de redução do contato físico entre pessoas (através do afastamento ou isolamento social).

Ainda que haja medidas de natureza mais rigorosa, no domínio das atividades médico-hospitalares e funerárias, essas são atenções de repercussão mais ampla e mais compreensíveis pela população em geral. As restrições e cuidados a elas associados repercutem sobre duas dimensões referentes às relações entre cidadão e sociedade: o proteger-se a si mesmo, como indivíduo; e o proteger aos outros, nas relações com os demais membros de uma comunidade.

No âmbito legal, essas dimensões regulam direitos e deveres individuais e coletivos: o direito de ter condições de manter a higiene pessoal; o direito de não se expor ao contágio no contato com os demais; o dever de não se tornar veículo de contaminação; o dever de adotar as medidas preconizadas para todos etc. Medidas inseridas no chamado Poder de Polícia da Administração Pública, que consiste na “faculdade de que dispõe a Administração Pública para condicionar e restringir o uso e gozo de bens, atividades e direitos individuais, em benefício da coletividade ou do próprio Estado” (MEIRELLES, 2002, p. 127). Nesse particular, encontra-se no enfrentamento à Covid-19 o exercício pleno e legal pelos entes federativos da chamada polícia sanitária, que abrange “normas e medidas específicas, requeridas por situações de perigo presente ou futuro que lesem ou ameacem lesar a saúde e a segurança dos indivíduos e da comunidade” (MEIRELLES, 2002, p. 138).

No entanto, ao passo que atos normativos decorrentes dessas recomendações se voltam ao controle do comportamento social, emergem críticas no sentido de que seriam meios de cerceamento das liberdades e direitos individuais. Posta em perspectiva a atribuição do Estado de mediar conflitos e tutelar o interesse coletivo (ou comum) em relação aos individuais (ou pontuais), há que se reconhecer a necessária relativização dessas liberdades e direitos em eventos epidêmicos e/ou pandêmicos, em especial quando fundamentada no Poder de Polícia que a Administração Pública detém em razão do interesse social e fundamentada na supremacia da atuação estatal (MEIRELLES, 2002, p. 129).

Na verdade, sob esse ponto de vista, mais que o atendimento a direitos individuais, importa ao legislador e ao fiscal da aplicação das leis dar respostas às desigualdades do exercício de direitos coletivos. Nas cidades, a desigualdade socioespacial é a expressão dos desequilíbrios em termos das condições de higiene, proteção e redução de riscos de contaminação em geral. E no Recife essa questão não é diferente. De modo claro, as assimetrias no acesso à água potável, ao esgotamento sanitário, à drenagem de águas e à coleta e destinação final dos resíduos sólidos incidem sobre a vulnerabilidade das populações urbanas.

Num paralelo útil à presente análise, vale recorrer ao conceito de *territórios hidrossociais* cunhado por Boelens e outros (2016 *apud* INCT OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2017) – e empregado para abordar os conflitos em torno da gestão do uso das águas (e do saneamento) em meio urbano – como suporte à análise da questão central deste trabalho: a regulamentação da vida urbana diante de eventos como as epidemias e pandemias. Segundo esses autores, tais territórios são compreendidos como a

materialização imaginária e socioambiental de uma rede multi-escalar [sic] espacialmente interligada em que os seres humanos, os fluxos de água, as relações ecológicas, as redes de infraestrutura hidráulica, os meios financeiros, os arranjos jurídico-administrativos e as instituições e práticas culturais são definidos, alinhados e mobilizados de forma interativa. (BOELEN *et al.*, 2016 *apud* INCT OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2017, p. 4.

Ao qualificarem os territórios hidrossociais como "natureza humanizada", os autores em tela assumem que esses territórios (e os processos de sua formação) devem ser tratados e analisados "como redes espacialmente vinculadas, [...] produzidas por atores que colaboram e competem em torno da definição, composição e ordenação desse espaço em rede" (BOELEN *et al.*, 2016 *apud* INCT OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2017, p. 5). Tal composição, condicionada pelas desigualdades socioambientais que caracterizam as cidades, evidencia os conflitos da acumulação fundiário-imobiliária e a distribuição marcadamente desigual dos investimentos públicos em infraestruturas e serviços associados à prevenção e ao combate à propagação da Covid-19, como os de saúde e de saneamento básico.

O desafio de fazer face às mencionadas assimetrias, expressas na exclusão de uma parcela significativa da população do Recife ao saneamento básico^[26] – cujo acesso deveria ser garantido pelas referidas políticas públicas –, engloba um aspecto sensível à vida humana: a segurança hídrica. Esta última se relaciona com o cumprimento do Direito Humano à Água e ao Esgotamento Sanitário (ONU, 2010), que visa assegurar o acesso à água para consumo doméstico, em quantidade e qualidade adequadas e aceitáveis, envolvendo soluções de acesso cultural, física e economicamente acessíveis a todos os seres humanos.

Neves-Silva e Héller (2016) apresentam de modo claro o vínculo entre o nível relativo de acesso aos serviços de esgotamento sanitário e do exercício do direito humano à água como um direito instrumental para a promoção da saúde de populações vulneráveis. De tal modo, transpostos para o caso do Recife, esses conceitos dizem respeito à universalização dos serviços de saneamento básico,

envolvendo a integração dos subsetores das políticas públicas a eles vinculados, incluído o de saúde pública.

Esses aspectos exigem atenção, pois condicionam os mecanismos de prevenção e mitigação dos impactos de doenças como a Covid-19. A exposição ao vírus tende a ser tanto maior quanto menor é a oferta de infraestruturas e serviços associados ao saneamento. A ausência de abastecimento d'água limita medidas de asseio preconizadas pela OMS. O lançamento de esgotos *in natura* a céu aberto, em canaletas de drenagem e vertedouros improvisados, pode propagar o vírus por contato com águas contaminadas. As restrições físicas e financeiras de acesso à moradia e ao ambiente salubre de grande parcela da população do país se colocam como um desafio maior.

Isso explica, parcialmente, a maior concentração de condições de precariedade e risco nas áreas pobres das cidades brasileiras. Ao expor a inter-relação entre elementos de políticas urbanas e de saúde, o enfrentamento à pandemia do novo Coronavírus assume a perspectiva de garantia do Direito à Cidade, conforme delineado por Harvey, para o qual

muito mais do que um direito de acesso individual ou grupal aos recursos que a cidade incorpora [...] é um direito de mudar e reinventar a cidade mais de acordo com nossos mais profundos desejos. Além disso, é um direito mais coletivo do que individual, uma vez que reinventar a cidade depende inevitavelmente do exercício de um poder coletivo sobre o processo de urbanização. (HARVEY, 2014, p. 28)

A esse propósito, cabe ressaltar o descompasso entre as ações das políticas públicas, nos diversos níveis da Federação, e o grau de urgência em planejar e implementar soluções de combate à pandemia. Apesar da existência de marcos legais que definem as obrigações do Estado para a promoção da equidade territorial, a ausência de ações concretas para transformar essa realidade impele soluções comunitárias, cooperativas e solidárias, levadas a efeito pelos próprios moradores. Como destaca Rezende (2017, p. 11), “Na difícil arte de curar os homens eles terminam por se tornar íntimos de outros homens, aprendem a dividir suas dificuldades, trazem lembranças vivas de que a solidariedade move a história com gestos de generosidade tão antigos, mas também tão modernos”.

Judith Butler (2018, p. 40) afirma que a precariedade “designa a situação politicamente induzida na qual determinadas populações sofrem as consequências da deterioração de redes de apoio sociais e econômicas mais do que outras, e ficam diferencialmente expostas ao dano, à violência e à morte”. E no quadro de desigualdade urbana do Recife, seria presumível que a Covid-19 não teria uma incidência “democrática” no território.

O quadro historicamente desenhado se agravou em um contexto de abandono das políticas de solidariedade estatal. Contudo, a capacidade demonstrada pelos ocupantes dos assentamentos onde residem as comunidades de interesse social do Recife para desenvolver ações de solidariedade no tecido social parece revelar a preexistência de redes sociais. Estruturadas a partir da auto-organização popular, tais redes são capazes de enfrentar coletivamente não apenas as privações materiais decorrentes do estado de pobreza ou miserabilidade, mas também necessidades cotidianas oriundas da ausência de serviços e políticas públicas e históricas violações do direito à cidade nas periferias. Trata-se de iniciativas autônomas, protagonizadas pela própria sociedade civil, no âmbito das comunidades de interesse social, que vêm surpreendendo a sociedade em geral.

Diante disso, é preciso que se enfatize que tal precarização da vida urbana não pode ser dissociada da racionalidade que orienta a ação da autoridade política. Como diz Butler (2018, p. 27):

[...] ninguém sofre de falta de moradia sem que exista uma falha, sem que haja um fracasso social no sentido de organizar a moradia de um modo que ela seja acessível a toda e qualquer pessoa. E ninguém sofre com o desemprego sem que exista um sistema ou uma economia política que fracasse em salvaguardá-lo dessa possibilidade. Isso significa que em algumas das nossas experiências de maior vulnerabilidade em termos de privação social e econômica, o que se revela não é apenas a nossa precariedade como indivíduos – embora isso também possa ser revelado –, mas também os fracassos e as desigualdades das instituições socioeconômicas e políticas.

O caso brasileiro desvenda uma faceta dessas instituições, reveladora não somente de desigualdades como as já listadas, mas de um fracasso evidente na condução do enfrentamento à crise gerada com o advento do novo Coronavírus. O ponto de partida para decifrar o paradoxo nacional pode ser apontado na confluência de um negacionismo frente ao saber científico e da inação do Governo Nacional diante da pandemia. A referência à Covid-19 como uma "gripezinha", a recomendação de uso de medicamentos cuja ação na prevenção ou tratamento de doentes nunca foi comprovada e a difusão de uma postura de recusa às vacinas, feitas pelo mandatário maior da nação, são marcos que maculam avanços que se imaginavam consolidados, como a estrutura de suporte à saúde pública oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – integrada em nível nacional – e a enorme experiência em campanhas de vacinação, reconhecidos por organismos como a OMS.

Fica claro que as posturas de ocasião dos governantes têm influência direta sobre a operação das políticas públicas de respostas a emergências sanitárias. Destaca-se, no contexto presente, a interpretação assumida pelo Governo Federal frente à decisão do STF diante do questionamento da Medida Provisória nº 926, de abril de 2020, que centralizava na Presidência da República as decisões

quanto às ações de enfrentamento da Covid-19. Dada a Estados e Municípios a autonomia para decidir quanto ao isolamento, quarentena, interdição de circulação e funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais, o Poder Executivo Nacional assumiu um discurso em que se via "desobrigado", para não dizer "impedido", de atuar, por conta dessa decisão do STF.

Diante da lacuna aberta por uma posição explicitamente oposta ao saber técnico-científico, ilustrada também na troca de um médico epidemiologista por um militar da ativa na condução do Ministério da Saúde, os Estados e Municípios estabelecem uma linha respeitosa a esse saber, adotando de modo mais rigoroso medidas restritivas (como o caso extremo dos *lockdowns*, ou bloqueios totais de determinadas regiões), que talvez não fossem assumidas pelo governo central. Paralelamente a isso, destacam-se as ações de solidariedade mencionadas, fruto de um saber popular preexistente, consolidado ao longo do tempo, pela necessidade de comunidades assentadas em ocupações precárias de encontrarem soluções de provimento das condições de vida urbana na ausência ou inação dos organismos operadores das políticas públicas.

Esse contexto político-institucional tem repercussões sobre grandes aglomerados urbanos, como o do Recife, que, como visto, não se diferencia das demais grandes capitais do país, onde a desigualdade social refletiu de forma gritante os impactos gerados pela Covid-19. Como afirmam Dias, Raiol e Nonato (2017, p. 1786), “mais do que expressarem diferenças socioeconômicas, tais desigualdades têm implicações nefastas na organização e no funcionamento socioespacial das cidades, onde segmentos populacionais de baixo poder aquisitivo habitam locais precários onde o saneamento básico inexistente ou é deficitário”, o que agrava as condições de expansão da pandemia.

Retomar a ideia das heranças culturais que fundaram as bases das desigualdades no Brasil pode auxiliar no entendimento da dinâmica de casos e óbitos por Covid-19 nas grandes cidades no contexto da pandemia. No caso do Recife, que se destaca no cenário nacional como uma das cidades mais desiguais do país, um dos desafios enfrentados por pesquisadores da Universidade Federal de Pernambuco foi compreender como a doença aparece em territórios onde assentamentos precários dividem o mesmo bairro com populações de rendas mais altas, uma vez que as médias dos casos e óbitos divulgados na escala dos bairros poderiam não expressar as desigualdades neles existentes (BITOUN *et al.*, 2020).^[27]

O referido estudo se pauta na análise das taxas de casos confirmados da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)^[28], decorrente da Covid-19, por 100 mil habitantes, e da taxa de mortalidade por 10 mil habitantes, a partir do agrupamento dos bairros recifenses em cinco estratos, considerando

como variável para esse agrupamento o percentual da área do bairro localizado em assentamentos precários (ou Comunidades de Interesse Social - CIS).^[29]

Como resultado, foi constatado que os casos registrados de SRAG por Covid-19 para 100 mil habitantes passam de 600 nos 21 bairros sem ou quase sem assentamentos precários. Diminuem para 400 a 500 casos nos estratos com até um terço de suas áreas nesses assentamentos precários. Os dois estratos com maiores proporções de assentamentos precários estão com valores ainda menores, em torno de 300 casos/100 mil habitantes. Por outro lado, nesses estratos de bairros onde predominam assentamentos precários, o aumento do ritmo dos óbitos/10 mil habitantes foi muito maior que nos demais estratos de bairros (BITOUN *et al.*, 2020).

Para os pesquisadores, “CONSEGUIR SER REGISTRADO COMO SRAG PARECE SER UM PRIVILÉGIO vinculado à possibilidade de ser atendido em hospitais privados ou públicos e a ter pleno acesso e saber operar a aplicativos de celular lançados com o objetivo de adiantar diagnóstico por internet e realizar consultas remotas” (BITOUN *et al.*, 2020, p. 4, grifo do texto original). Nos bairros com muitos assentamentos precários, tais possibilidades parecem ser reduzidas pela dependência exclusiva por atendimento em hospitais públicos e, possivelmente, pelas limitações existentes no acesso a tecnologias digitais para diagnóstico e consultas remotas.

Nesse sentido, Bitoun e outros (2020, p. 4) também consideram que:

MANTER-SE VIVO APÓS SER ACOMETIDO POR SRAG É OUTRO PRIVILÉGIO, como demonstram as gradações para piores valores do número de óbitos/10 mil habitantes e das taxas de letalidade do estrato formado pelos bairros sem assentamentos precários até o estrato dos bairros com toda ou quase toda a área ocupada por assentamentos precários.

Para esses pesquisadores, “a resolutividade do sistema de saúde (público e suplementar) é claramente vinculada e limitada por privilégios tanto no diagnóstico, como na capacidade de curar” (BITOUN *et al.*, 2020, p. 4). Nos bairros com muitos assentamentos precários, o direito ao diagnóstico é menos efetivo e a chance de cura menor. Inversamente, nos bairros com proporção menor de áreas de interesse social (CIS), há mais diagnósticos e menores taxas de letalidade.^[30]

Um tal nível de contrastes se apresenta como um risco de ser aprofundado na revisão do Plano Diretor da Cidade (Lei Municipal nº 17.511/2008). No mesmo período em que a Covid-19 obriga os cidadãos recifenses a se recolherem e se isolarem, a Câmara de Vereadores Municipal leva adiante a análise e alteração do Projeto de Lei do Executivo Municipal (PLE nº 28/2018), referente à revisão do Plano Diretor em vigor, com proposta de redução do número e da área de Zonas Especiais de Interesse

Social (ZEIS). Proposta encampada pelos agentes do mercado imobiliário e da construção civil, ela não se fundamenta na incorporação de áreas pobres já urbanizadas e legalizadas à "cidade formal", mas na erradicação de assentamentos precários e sua substituição por empreendimentos privados "formais", como meio de se expandir os espaços de realização do capital.

No caso do poder municipal do Recife, diversos decretos foram editados, a partir de março de 2020, quando a pandemia passa a assolar o país. Para o presente artigo, interessam aqueles decretos editados principalmente com vistas a regular medidas de controle do isolamento social no território do Município do Recife. Entre eles, destacam-se:

- Licenças de eventos em locais públicos ou privados no âmbito do território do Município do Recife e proibição de realização de eventos com mais de 500 (quinhentas) pessoas (Decretos nº 33.510, de 14.03.2020 e 33.527, de 18.03.2020);
- Suspensão de atividades das Escolas Públicas Municipais, Escolas Privadas e Instituições de Ensino Superior localizadas no âmbito Municipal (Decreto nº 33.512 de 15.03.2020); prorrogação dessa suspensão (Decreto nº 33.577 de 30.03.2020); e autorização das atividades escolares através de tutoria por trabalho remoto (Decreto nº 33.610 de 09.04.2020);
- Medidas restritivas e adequações ao exercício da atividade econômica por supermercados e hipermercados, bancos e casas lotéricas (Decretos nº 33.614, de 13.04.2020 e nº 33.746 de 19.06.2020);
- Liberação parcial das medidas restritivas aplicáveis ao uso de parques, praças, beiras de rio, praia e orla de Boa Viagem e demais espaços públicos abertos (Decretos nº 33.752 de 19.06.2020 e nº 33.811 de 17.07.2020);
- Controle de visitantes e acompanhantes (Portaria nº 032/2020 – GAB/SS de 13.04.2020).

Não se observam nesses decretos medidas de ordem urbanística, como previsão, por exemplo, de regras de uso e ocupação do solo, direcionamento de recursos públicos para a implantação ou ampliação de infraestruturas de saneamento e melhoria sanitária de habitações, ou fortalecimento e integração coordenada de redes de solidariedade nascidas da iniciativa da sociedade civil e movimentos sociais, mas comandos dirigidos diretamente ao comportamento das pessoas para garantir o isolamento social. O conceito de direito à cidade, como direito à fruição das benesses da urbanização e da participação no processo de concepção do porvir da urbe, apesar de permear parte das medidas de regulamentação da vida urbana frente à epidemia, não assume papel de destaque nos textos legais.

O ENFRENTAMENTO DE EPIDEMIAS E PANDEMIAS NO RECIFE NOS DIVERSOS TEMPOS

A caracterização e análise dos eventos epidêmicos e pandêmicos, abordados neste artigo, oferece um panorama suficientemente claro dos contextos históricos em que eles se desenvolvem. Também favorecem a correlação entre os desafios enfrentados em cada um dos períodos em que as epidemias e pandemias têm lugar e a natureza das regulamentações da vida urbana definidas para o combate às doenças.

O direito à cidade, conceito cunhado no período contemporâneo, e os desafios vinculados à sua conquista podem servir de baliza para compreender os distintos patamares da contribuição aportada pelas regulamentações em termos da qualidade da vida urbana. Os conteúdos trazidos à luz permitem ainda o cotejamento entre os momentos, as doenças e as medidas adotadas, revelando especificidades e similaridades entre eles, fim ao qual o Quadro 1 serve como base.

Quadro 1: Síntese das Regulamentações da vida urbana, por período, evento e dimensões abordadas

Período	Evento	Posturas / Normativas	Dimensões Abordadas
Século XVII	Peste de Febre Amarela	<ul style="list-style-type: none"> - Aterro de áreas alagáveis. - Restrição de atividades poluentes. - Relocação de equipamentos públicos. - Limpeza pública. - Rudimentos de esgotamento sanitário. - Medidas de higiene edilícia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Urbanística e ambiental. - Uso-ocupação do solo. - Sanitária e de higiene. - Arquitetônica. - Serviços e equipamentos públicos. - Atividades e costumes.
Século XIX	Epidemia de Febre Amarela	<ul style="list-style-type: none"> - Controle de aterros. - Limpeza pública. - Restrição de atividades poluentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Urbanística e ambiental. - Uso-ocupação do solo. - Sanitária e de higiene. - Serviços e equipamentos públicos. - Atividades e costumes.
	Epidemia de Cólera Morbo	<ul style="list-style-type: none"> - Regulação de condições de higiene em serviços de abastecimento. - Normas de registro de óbitos. 	
Século XX	Epidemia da Gripe Espanhola	<ul style="list-style-type: none"> - Higienização de espaços públicos; - Limpeza de vias públicas; - Restrição de atividades no ambiente público. - Fechamento de instituições ligadas à diversão, ao ensino, a atividades religiosas; - Medidas de higiene pessoal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sanitária e de higiene. - Serviços e equipamentos públicos. - Atividades e costumes.
Século XXI	Pandemia da Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> - Regime de situação de emergência. - Controle de isolamento social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades e costumes. - Serviços e equipamentos públicos.

		<ul style="list-style-type: none">- Oferta de leitos e estruturas hospitalares especiais.- Medidas preventivas.- Contratação de pessoal, bens, serviços e insumos.- Medidas de planejamento e gestão de ações públicas.- Medidas de apoio a comunidades de interesse social.- Luto oficial da cidade.	<ul style="list-style-type: none">- Administrativa.- Sanitária e de higiene.
--	--	--	---

Fonte: Elaborado pelos autores.

A primeira correspondência a ser feita, quanto aos recortes de eventos escolhidos, é a amplitude espaçotemporal das principais pandemias que assolaram o Recife nos séculos XVII, XIX, XX e XXI. Ainda que no primeiro período já se possa observar as trocas (de mercadorias e pessoas) entre países de distintos continentes, elas se davam de modo menos amplo e mais lentamente. A doença enfrentada no século XVII, a febre amarela, não era endêmica das Américas, pois tinha origem na África, o que revela o impacto já representado por essas relações intercontinentais, devido, principalmente, ao tráfego de escravos. Nessa fase, com o Recife em formação como núcleo urbano, percebe-se a limitada abrangência da epidemia, abordada pelas normativas em nível da cidade.

Nesse aspecto, das pandemias do século XIX e XX, a cólera-morbo e a gripe espanhola também possuíam origem em outros continentes, a Ásia e a Europa (ou Estados Unidos), respectivamente. Sua propagação temporal era mais rápida e espacialmente mais expandida, pois de veiculação hídrica e acometendo uma cidade já consolidada e em crescimento. Naquele século, a febre amarela já era considerada endêmica no Brasil. A Covid-19, por sua vez, surge no século XXI, no qual as relações espaçotemporais se transformam fortemente. Sua abrangência é global, implicando em normativas articuladas em todas as escalas: local, regional, nacional, continental e global.

A segunda correspondência entre esses eventos diz respeito à territorialidade das doenças. Aquelas dos séculos XVII, XIX e XX, apesar de se concentrarem nas áreas mais pobres e insalubres da cidade, atingem igualmente as populações mais abastadas. Tinham como fator territorial determinante não a renda, mas os hábitos culturais de higiene (doméstica e urbana) e a parca oferta de serviços sanitários e médicos. Já a Covid-19, trazida para o Brasil por pessoas de classe social mais elevada que realizaram viagens internacionais, tem sua disseminação mais forte nas classes mais baixas. A pandemia se instala de forma mais severa em comunidades de baixa renda, onde famílias numerosas dividem pequenos espaços para habitar e não possuem condições mínimas de higiene, estando ausentes de boa parte das habitações nessas áreas o abastecimento de água e o saneamento básico.

Um terceiro vínculo de correspondência se percebe na natureza das medidas regulamentadoras frente às doenças. Nos séculos XVII e XIX, quando as instalações sanitárias domiciliares e urbanas eram rudimentares (quando não inexistentes), as posturas urbanas como normas de regulação da vida na cidade se concentravam em ordenar aspectos de natureza física: diretrizes urbanísticas, ambientais, arquitetônicas e de uso do solo como meio de controlar os focos de contaminação; organização de serviços e funcionamento de equipamentos públicos ou comuns. Mas também abrangiam aspectos de ordem comportamental: ordenamentos quanto às práticas de higiene e práticas (hábitos e costumes) em espaços públicos.

Os séculos XX e XXI trazem desafios distintos às normativas. Frente às pandemias da gripe espanhola e da Covid-19, elas focam dimensões vinculadas às atividades e costumes, associados à convivência humana e a prevenção da contaminação por meio de um novo “código” comportamental. Com a Covid-19, em especial, sobressai a natureza administrativa das regulamentações, tanto no que tange às regras de desenvolvimento de atividades privadas (produção, distribuição, prestação de serviços, consumo etc.) quanto na gestão das ações públicas (notadamente as vinculadas à prevenção e tratamento da Covid-19), com foco em serviços, equipamentos públicos e insumos da área de saúde.

Destaca-se, no período contemporâneo, a dimensão sanitária e de higiene. Isso de certo modo revela o fracasso relativo das políticas públicas em alcançar um patamar aceitável do nível de cobertura de atendimentos de serviços dessa natureza. Isso, após mais de três séculos das primeiras constatações (expressas nas normativas) da existência de um vínculo de causalidade entre saneamento, higiene e saúde. Na verdade, os dados trazidos pela pesquisa de Bitoun e outros (2020) demonstram que a falta de saneamento básico e água potável agrava a situação de vulnerabilidade das populações periféricas.

Seguir as recomendações de higiene e isolamento é mais difícil nesses territórios. O acesso ao atendimento pela rede pública de saúde, cada vez mais limitado pela progressiva retração da cobertura dos serviços sociais no Brasil, impede até mesmo saber se alguém está acometido ou não pela doença. Nos territórios onde reside a população mais pobre, a atuação estatal se faz ainda mais necessária para o enfrentamento da Covid-19.

A pandemia reclama por uma ação coordenada em dois sentidos: primeiramente, no campo da ação das políticas públicas de saúde – sendo o Estado o agente social para mediação e enfrentamento desse tipo de conflito; em seguida, no plano da sociedade civil organizada (em especial dos segmentos populares) – como alvo e beneficiário da ação estatal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um relato do historiador Pernambuco da segunda metade do século XIX, Pereira da Costa (1966, v. 10, p. 44), ao retratar comportamentos vividos no Recife em meio a surtos epidêmicos ocorridos em meados do século XIX, sendo os mais graves os de febre amarela (de 1849 a 1852) e o do cólera-morbo (1956), faz ver que tais ocasiões assemelham-se aos processos vivenciados na cidade com a Covid-19, em pleno século XXI.

a epidemia em seu furor não poupou quase habitante algum desta cidade. Viam-se fechadas as lojas de ruas e distritos inteiros. Os sinos não deixavam de dobrar anunciando ao povo aterrado o falecimento ou o estado mórbido dos habitantes. Os médicos, exaustos de forças, não chegavam para os doentes. De noite, por todas as ruas se encontravam ricos e pobres: transluzia em todos os semblantes a incerteza do futuro e o horror do presente.

Nos tempos atuais de pandemia, com o coronavírus obrigando todos ao regime de prisão domiciliar severa, levando todos a desconfiar dos demais e de tudo que gravita em seu entorno, a leitura de tempos terríveis, vividos pelo Recife, quando outras epidemias assolaram a cidade, contribui para uma reflexão sobre a ação do poder público no âmbito das medidas normativas e administrativas, seja para controle da doença na cidade, pautado no saber médico vigente, seja como procedimentos que representam desafios ao direito à cidade.

No contexto da alteração da qualidade de vida urbana, em particular naquilo que ela representa como alcance do direito à cidade, o que a análise consolidada revela é o contraste dessas ações. Por um lado, a inconsistência das normativas estatais, que se afastam parcialmente da distribuição de atribuições pelos entes federativos, que não cooperam entre si. Por outro lado, vê-se um nível de organização da sociedade civil acima das expectativas, trazendo ao enfrentamento da pandemia um aspecto ausente nas normas: o exercício da cooperação, da solidariedade e da capacidade de resolução de problemas na ausência do Estado.

Constata-se, finalmente, pela marcante ausência de diretrizes de ordem urbanística nas normativas municipais recentes, que, após quatro séculos, o Recife, como também o Brasil, vê-se às voltas com os mesmos desafios de antes. Mais revelador ainda: sem avanços significativos na redução das desigualdades que estão na fonte das precariedades e riscos que, de tempos em tempos, concretizam-se em surtos de doenças, epidemias e pandemias.

Resta constatar que as regulamentações da vida urbana que emergem do enfrentamento à Covid-19, talvez mais que aquelas de combate à febre amarela, ao cólera-morbo e à gripe espanhola, não são capazes de enfrentar efetivamente os desafios ao Direito à Cidade. Hoje, vê-se nela uma natureza compatível com o nível de desorganização relativo das ações estatais: elas são de ordem emergencial, não estrutural.

As preocupações com as condições sanitárias do Recife, recorrentes em cada um dos momentos em que a cidade era tomada por doenças que atacam, simultaneamente, grande número de seus moradores, reacendem sua importância no momento atual em que a pandemia da Covid-19 impõe uma concepção mais saudável e extensiva a todos que habitam a cidade. Mais uma vez evidenciam a estreita relação entre o exercício do poder público e o saber médico vigente. Reeditam relações entre poder e saber que respaldam medidas de caráter civilizatório e humanitário, mas que também respaldam mecanismos e ações de caráter discriminatório.

O nível de contrastes sociais que, ainda hoje, caracteriza a cidade do Recife se apresenta como um risco para os assentamentos precários de serem considerados como potenciais áreas de permanência e propagações futuras da Covid-19 e, assim, veríamos repetir-se, em pleno século XXI, o mesmo fenômeno de estigmatização que tornou os assentamentos e moradias pobres corpos indesejáveis na cidade do início do século XX, respaldando a política que os erradica. Mais que isso, a persistência dessas assimetrias no acesso a infraestruturas, equipamentos e serviços torna o exercício pleno do direito à cidade um objetivo ainda distante.

NOTAS

[1] O Dossiê Nacional publicado pelo Observatório das Metrópoles (RIBEIRO, 2020), intitulado “As Metrópoles e a Covid-19: Dossiê Nacional”, encontra-se entre as análises desses efeitos potenciais da pandemia de coronavírus nas metrópoles brasileiras. Esse Dossiê se compõe de três documentos com análise nacionais – (1) *O combate à pandemia Covid-19 nas periferias urbanas, favelas e junto aos grupos sociais vulneráveis*; (2) *O universo dos invisíveis: a Covid-19 e o mercado de trabalho*; e (3) *O paradoxo da Covid-19 nas periferias: a retomada da cultura associativa como forma de resistência à necropolítica* – e mais 13 documentos com análise locais sobre as metrópoles: Belém, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Goiana, Maringá, Natal, Paraíba, Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador e Vitória.

[2] A Sesmaria era um instituto jurídico português, que normatizava a distribuição de terras destinadas à produção agrícola, implantado no início da colonização do Brasil no século XVI.

[3] A denominação *negra* se fez em decorrência da presença de placas enegrecidas na pele dos enfermos, a respeito das quais se soube posteriormente, por meio da evolução do saber médico, que se tratava de zonas gangrenadas que se desenvolviam em torno das mordidas das pulgas.

[4] A febre amarela é causada por um vírus transmitido ao homem pela picada de um mosquito infectado – *Aedes aegypti* – encontrado na África, América Central e América do Sul. A transmissão ocorre quando os mosquitos vetores se contaminam com o vírus ao se alimentarem com o sangue de um doente. Os sintomas da febre amarela são muito variados: principiam com febre alta, calafrios, dor de cabeça, cansaço e dores nas costas. O enfermo apresenta o rosto, os lábios e a língua avermelhados e inchados. Os rins, frequentemente, infeccionam-se e deixam de funcionar, acarretando incontinência urinária. Náuseas, vômitos e problemas hepáticos são, também, formas comuns de manifestações da doença. São essas consequências da doença que levam o paciente à morte.

[5] O governador Montebelo instaurou, em 1691, o “Bando sobre o Superintendente da Saúde ter cuidado em tomar a rol a gente do mar; e os doentes irem para o hospital”.

[6] São denominadas *posturas* as normas e preceitos estabelecidos pelas Câmaras dos Municípios brasileiros, pautados nas Ordenações do Reino Português. São normas que obrigam os municípios a cumprirem certos deveres de ordem pública, especialmente aqueles ligados à organização, ao disciplinamento e à construção do espaço da cidade, bem como ao exercício de atividades e de convívio no meio urbano.

[7] *Comissão de Hygiene Pública (1855): Bases para um Plano Geral de Edificações da Cidade*. Publicado no Diário de Pernambuco em 28.08.1855, p. 2.

[8] *Idem* à citação anterior.

[9] www.crl.uchicago.edu/info/Brazil/pindex.htm – Comissão de Hygiene Publica. *Relatório do Estado Sanitário da Província de Pernambuco durante o anno de 1854*. Anexo ao Relatório: *Pernambuco (Província). Presidente (Figueredo) Relatório*. 01.03.1854 (p. 4). (Medidas ratificadas pelo Relatório da mesma Comissão datado de 1856).

[10] Lei Provincial nº 650 de 20.03.1866; Lei Provincial nº 1178 de 5.06.1878; Lei Provincial nº 1777 de 26.06.1883; Lei Provincial nº 1909 de 24.10.1888. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1866, 1878, 1883, 1888].

[11] Lei Provincial nº 1777 de 26.06.1883; Lei Provincial nº 1909 de 24.10.1888. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1883, 1888].

[12] Lei Provincial nº 1909 de 24.10.1888; [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1888].

[13] Lei Provincial nº 1903 de 3.10.1888; Lei Provincial nº 1910 de 24.10.1888. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1888].

[14] Lei Provincial nº 570 de 5.10.1888; Lei Provincial nº 1910 de 24.10.1888. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1888].

[15] Lei Provincial nº 1178 de 5.06.1875. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1875].

[16] Lei Provincial nº 1347 de 18.02.1879. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1879].

[17] Lei Provincial nº 650 de 20.03.1866; Lei Provincial nº 1330 de 4.02.1879; Lei Provincial nº 1331 de 4.02.1879. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1866, 1879].

[18] Lei Provincial nº 1934 de 17.11.1888. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1888].

[19] Lei Provincial nº 1733 de 10.05.1853. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1853].

[20] Lei Provincial nº 1480 de 2.07.1879. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1879].

[21] Lei Provincial nº 1187 de 14.06.1875. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1875].

[22] A substituição do modo de produção baseado nos Engenhos, demandante de uma mão de obra extensiva e permanente (predominantemente escrava), fixada nas terras das propriedades rurais, por aquele das Usinas, com base em uma mão de obra intensiva e sazonal, que dispensava que os trabalhadores residissem nas terras dos proprietários dos meios de produção, levou a um êxodo rural intenso, em curto período, indo fixar-se os antigos trabalhadores dos engenhos nas periferias das grandes cidades.

[23] Essa Lei nº 601/1850 e o Decreto nº 1318 de 1854 instauram novas formas de aquisição e alienação de terras, pautadas na compra e venda e nos princípios da propriedade privada.

[24] Com o objetivo maior de defesa da costa, as *Terras de Marinha* foram definidas como as terras inundadas pela preamar média do ano de 1831, acrescidas de 33 metros, conforme disposições do Império brasileiro, consolidadas no período republicano, conforme o Aviso de 18 de novembro de 1818 (CAMPOS, 1980, p.5) e as leis e decretos a seguir: Lei Orçamentária de 15 de novembro de 1831 (art. 51 §§ 14 e 15); Instruções n.º 348 de 14 de novembro de 1832; Decreto n.º 4105 de 22 de fevereiro de 1868 e Decreto-Lei Federal nº. 9760 de 1946.

[25] Relatório de Dr. José Carlos Torres Coltrim *apud* CHERMONT, O. *Casas para Proletários em Anaes do I Congresso Médico de Pernambuco*. Recife, 1907, p. 559-603.

[26] Menos de 46% dos domicílios do Recife são atendidos pelo sistema de saneamento básico. A população da cidade e da sua Região Metropolitana (RMR) sofre com a precária cobertura dos sistemas de coleta e tratamento de esgotos, com índice de atendimento de 25% na RMR e 44% no Recife. A capacidade de exploração dos recursos hídricos e de abastecimento é capaz de ofertar um volume de água tratada de 96 milhões de m³/dia, frente a uma demanda de 8 milhões de m³/dia. Entretanto, a irregularidade da disponibilidade de água ainda obriga, neste ano de 2021, o racionamento em todos os municípios metropolitanos, inclusive o Recife. A distribuição temporal e espacial dos índices pluviométricos em seu território resulta num balanço hídrico anual em que se registra déficit hídrico de setembro a janeiro. (SANTOS, Daris Correia *et al.* *Estimativa do balanço hídrico climatológico em Recife-PE* [sic]. 2016. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/303966025_ESTIMATIVA_DO_BALANCO_HIDRICO_CLIMATOLOGICO_EM_RECIFE-PE. Acesso em: 21 set 2020).

[27] O estudo que fundamentou essa Nota Técnica se vincula ao Projeto *Meios informacionais digitais interativos na produção e difusão de orientações para públicos específicos sobre a Covid-19*, da Universidade Federal de Pernambuco.

[28] No estudo foram trabalhados apenas os casos de SRAG decorrentes da Covid-19, pois é o dado que está disponível na escala dos bairros nos boletins epidemiológicos da Secretaria Municipal de Saúde.

[29] As Comunidades de Interesse Social (CIS) correspondem aos assentamentos precários da cidade, segundo o *Atlas das Infraestruturas Públicas em Comunidades de Interesse Social* (Prefeitura do Recife; SANEAR, 2014/2017).

[30] A taxa de letalidade é calculada a partir do número proporcional de óbitos em relação ao número de casos registrados num determinado território.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BITOUN, Jan *et al.* **Distribuição desigual dos casos, óbitos e letalidade por SRAG decorrentes da COVID-19 na Cidade do Recife**. Nota Técnica. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2020.

BOCCACCIO, Giovanni. **Decamerão**. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

BRASIL. **[Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BUTLER, Judith. **Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia**. Trad. Fernanda Siqueira Miguens. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CAMPOS, Virgílio. **Natureza Jurídica dos Terrenos de Marinha: Parecer**. Recife, mimeografado, 1980.

CANZI, Idir; TEIXEIRA, Marcelo Markus. A Produção do Espaço Jurídico-Político da Cidade: Uma abordagem a partir da teoria de Henri Lefebvre. **Revista de Direito da Cidade**, v. 9, n. 4, p. 1815-1833, 2017. ISSN 2317-7721.

CHERMONT, Olympio L. Casas para Proletários. *In*: CONGRESSO MÉDICO DE PERNAMBUCO, 1., Recife, 1907, **Anais [...]**. Recife, 1907, p. 559-603.

COSTA, Nilson do R. A Questão Sanitária e a Cidade. **Espaço e Debates**, São Paulo: NERU, ano VII, v. 1, n. 22, 1987.

CZERESNIA, Dina. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 2, p. 341-356, 2001.

DIAS, Daniella Maria dos Santos; RAIOL, Raimundo Wilson Gama; NONATO, Domingos do Nascimento. Saneamento e Direito à Cidade: Ponderações sobre abastecimento de água e esgotamento sanitário na cidade de Belém/PA. **Revista de Direito da Cidade**, v. 9, n. 4, p. 1784-1814, 2017. ISSN 2317-7721.

DUARTE, Eustáquio. Tratado único da constituição pestilencial de Pernambuco. *In*: MORÃO; ROSA & PIMENTA. **Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil**. Recife: Arquivo Público Estadual, 1956.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Tradução Roberto Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: História da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1977.

HARVEY, David. **Cidades Rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

HARVEY, David. O direito à cidade. **Lutas sociais**, São Paulo, n. 53, p. 73-89, 2008.

HARVEY, David. **A condição Pós-Moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

INCT OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. **Termos de referência do projeto de pesquisa “Gestão das águas urbanas e do saneamento básico em Regiões Metropolitanas: impasses e possibilidades de universalização”**. Rio de Janeiro: INCT Observatório das Metrópoles-IPPUR, 2017.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2008.

MACHADO, Roberto. (org.). **Danação da norma: medicina e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 27 ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da Colônia: limites e espaços da cura**. 3. ed. Recife: Editora UFPE, 2017.

MORÃO, Simão Pinheiro; ROSA, João Ferreyra; PIMENTA, Miguel Dias. **Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil: Estudo crítico de Gilberto Osório de Andrade. Introdução histórica, interpretações e notas de Eustáquio Duarte. Prefácio de Gilberto Freyre. [Nota do editor por Jordão Emerenciano]**. Recife: Arquivo Público Estadual, 1956.

NEVES-SILVA, Priscila; HELLER, Léo. O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 21, n. 6, p. 1861-1870, 2016. ISSN 1678-4561. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.03422016>. Acesso em: 5 jan. 2021.

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. **Termos de referência do projeto de pesquisa “Gestão das águas urbanas e do saneamento básico em Regiões Metropolitanas: impasses e possibilidades de universalização”**. Rio de Janeiro: INCT Observatório das Metrópoles-IPPUR, 2017.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Human Right to Water and Sanitation**. United Nations General Assembly - 2020. Genebra: UNGA, 2010. UN Document A/RES/64/292.

PEREIRA DA COSTA, Francisco Augusto. **Anais Pernambucanos**. Recife: Arquivo Público Estadual, 1966. (10 vol.).

RAVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre. **História: novos objetos**. 4. ed. Tradução Terezinha Marinheiro. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

RECIFE. **Atlas das Infraestruturas Públicas em Comunidades de Interesse Social**. Recife: Prefeitura do Recife, Sanear, 2017.

REZENDE, Antônio Paulo. Prefácio. In: MIRANDA, Carlos Alberto C. **A arte de curar nos tempos da Colônia: limites e espaços da cura**. 3. ed. Recife: Editora UFPE, 2017. p. 9-12.

RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz. **As Metrôpoles e a COVID-19: Dossiê Nacional**. Rio de Janeiro: Observatório das Metrôpoles, 2020. Disponível em:
<https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/as-metropoles-e-a-covid-19-dossie-nacional/>. Acesso em: 27 set. 2020.

SANTOS, Daris Correia *et al.* **Estimativa do balanço hídrico climatológico em Recife-PE**. 2016. Disponível em:
www.researchgate.net/publication/303966025_ESTIMATIVA_DO_BALANCO_HIDRICO_CLIMATOLOGICO_EM_RECIFE-PE. Acesso em: 21 set. 2020.

SILVA, Alexandre Caetano da. **Recife, uma Cidade Doente: A Gripe Espanhola no Espaço Urbano Recifense (1918)**. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, UFPE, Recife, 2017.

SOURNIA, Jean-Charles; RUFFIE, Jacques. **As epidemias na história do homem**. Lisboa: Edições 70, 1984.

SOUZA, Arnaldo de. **Articulações entre o Público e o Privado: O caso do Programa Cidade Saneada**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano, UFPE, Recife, 2019.

UFPE. **Projeto Meios informacionais digitais interativos na produção e difusão de orientações para públicos específicos sobre a Covid-19**. Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 2020

DOCUMENTOS

Colleção de Leis da Província de Pernambuco (1835 – 1889). Recife, Arquivo Público Estadual Jordão Emereciando (APEJE).

Lei Provincial n.º 650 de 20.03.1866; Lei Provincial n.º 1178 de 5.06.1878; Lei Provincial n.º 1777 de 26.06.1883; Lei Provincial n.º 1909 de 24.10.1888. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1866, 1878, 1883, 1888.]

Lei Provincial n.º 1777 de 26.06.1883; Lei Provincial n.º 1909 de 24.10.1888. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1883, 1888.]

Lei Provincial n.º 1909 de 24.10.1888; [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1888.]

Lei Provincial n.º 1903 de 3.10.1888; Lei Provincial n.º 1910 de 24.10.1888. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1888.]

Lei Provincial n.º 570 de 5.10.1888; Lei Provincial n.º 1910 de 24.10.1888. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1888.]

Lei Provincial n.º 1178 de 5.06.1875. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1875]

Lei Provincial n.º 1347 de 18.02.1879. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1879]

Lei Provincial n.º 650 de 20.03.1866; Lei Provincial n.º 1330 de 4.02.1879; Lei Provincial n.º 1331 de 4.02.1879. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1866, 1879]

Lei Provincial n.º 1934 de 17.11.1888. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1888.]

Lei Provincial n.º 1733 de 10.05.1853. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1853]

Lei Provincial n.º 1480 de 2.07.1879. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1879]

Lei Provincial n.º 1187 de 14.06.1875. [APEJE. *Leis Provinciais de Pernambuco*. Ano 1875]

Collecção da Legislação Antiga e Moderna do Reino de Portugal. 2. Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1998, 10 volumes:

Ordenações Afonsinas, Livros I a V;

Ordenações Manuelinas, Livros I a V;

Ordenações Filipinas, Livros IV e V.

Relatórios de Presidentes da Provincia de Pernambuco. Recife, Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciando (APEJE).

COMISSÃO DE HIGIENE PÚBLICA. *Relatório do Estado Sanitário da Província de Pernambuco durante o anno de 1854*. Anexo ao Relatório: *Pernambuco (Província)*. Presidente (Figueredo) Relatorio. 1º mar. 1854. Disponível em

COMISSÃO DE HIGIENE PÚBLICA. *Relatório do Estado Sanitário da Província de Pernambuco durante o anno de 1856*. Anexo ao Relatório *Pernambuco (Província)*. Presidente (Figueredo) Relatorio. 1º mar. 1856.

Diário de Pernambuco (1825-1888). Recife, Fundação Joaquim Nabuco (FJN), Microfilme. *Diário de Pernambuco*.

COMISSÃO DE HIGIENE PÚBLICA (1855): *Bases para um Plano Geral de Edificações da Cidade*. Publicado no *Diário de Pernambuco* em 28.08.1855.

Colecção de Leis do Império do Brasil (1808 - 1889)

BRASIL. **Decreto nº 1318 de 30 de janeiro de 1854**. In: *Collecção das Leis do Império do Brasil de 1854*. Tomo XVII Parte II. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1854. p. 10. Disponível em:

https://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18361/collecao_leis_1854_parte2.pdf?sequence=2. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. **Decreto nº. 4105 de 22 de fevereiro de 1868**. In: *Collecção das Leis do Império do Brasil de 1868*. Tomo XXXI Parte II. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1868. p. 92. Disponível

em: https://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18541/collecao_leis_1868_parte2.pdf?sequence=2. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. **Instrução nº 348 – FAZENDA. – de 14 de novembro de 1832**. In: *Collecção das Decisões do Governo do Império do Brazil, 1832*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1875. p. 342. Disponível em

https://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18461/collecao_leis_1832_parte3.pdf?sequence=4. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. **Lei de 15 de novembro de 1831**. In: *Collecção das Leis do Império do Brazil de 1931*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1875. p 229. Disponível em

https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18460/collecao_leis_1831_parte1.pdf?sequence=3. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 601 de 18 de setembro de 1850**. In: *Collecção de Leis do Império do Brasil de 1850*. Tomo XI Parte I. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, [data ilegível]. p. 307. Disponível em:

https://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18364/collecao_leis_1850_parte1.pdf?sequence=1. Acesso em: 21 set. 2020.

Outros Atos Normativos:

BRASIL. Governo Federal. **Decreto-Lei Federal nº 9760 de 5 de setembro de 1946**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del9760compilado.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20os%20bens%20im%C3%B3veis%20da%20Uni%C3%A3o%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Governo Federal. **Medida Provisória nº 926 de 20 de março de 2020**. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv926.htm. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Governo Imperial **Decreto nº 1318 de 30 de janeiro de 1854**. In: *Collecção das Leis do Império do Brasil de 1854*. Tomo XVII Parte II. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1854. p. 10. Disponível em:

https://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18361/collecao_leis_1854_parte2.pdf?sequence=2. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Governo Imperial **Lei de 15 de novembro de 1831**. In: *Collecção das Leis do Império do Brasil de 1931*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1875. p. 229. Disponível em:

https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18460/collecao_leis_1831_parte1.pdf?sequence=3. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Governo Imperial **Lei nº. 601 de 18 de setembro de 1850**. In: *Collecção de Leis do Império do Brasil de 1850*. Tomo XI Parte I. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, [data ilegível]. p. 307.

Disponível em:

https://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18364/collecao_leis_1850_parte1.pdf?sequence=1. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Governo Imperial. **Decreto nº. 4105 de 22 de fevereiro de 1868**. In: *Collecção das leis do Império do Brasil de 1868*. Tomo XXXI Parte II. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1868. p. 92.

Disponível em:

https://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18541/collecao_leis_1868_parte2.pdf?sequence=2. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Governo Imperial. **Instrução nº. 348 de 14 de novembro de 1832**. In: *Collecção das Decisões do Governo do Império do Brasil*. 1832. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1875, p. 342.

Disponível em:

https://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18461/collecao_leis_1832_parte3.pdf?sequence=4. Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Decreto nº 33.510, de 14.03.2020**. Recife: Prefeitura da Cidade, 2020.

Disponível em:

http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/decreto_33510_coronavirus_medidas_temporarias_e_emergenciais_-_suspensao_de_eventos.pdf. Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Decreto nº 33.512 de 15.03.2020**. Disponível em:

[https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391333#:~:text=Decreta%3A&text=I%20%2D%20suspe ns%C3%A3o%20das%20atividades%20das,DOM%20de%2015.03.2020\)%3B](https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391333#:~:text=Decreta%3A&text=I%20%2D%20suspe ns%C3%A3o%20das%20atividades%20das,DOM%20de%2015.03.2020)%3B). Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Decreto nº 33.527, de 18.03.2020**. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=390874>. Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Decreto nº 33.577 de 30.03.2020**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/pe/r/recife/decreto/2020/3357/33577/decreto-n-33577-2020-prorroga-a-suspensao-das-atividades-das-escolas-publicas-municipais-e-das-escolas-e-universidades-particulares-situadas-no-municipio-do-recife-e-disciplina-a-entrega-de-cesta-basica-e-material-de-higiene-para-as-familias-dos-estudantes-das-unidades-educacionais-publicas-da-rede-municipal-de-ensino-do-recife-no-referido-periodo>. Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Decreto nº 33.610 de 09.04.2020**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/decreto/2020/3361/33610/decreto-n-33610-2020-confere-nova-redacao-ao-2-do-art-1-do-decreto-n-33577-de-30-de-marco-de-2020?q=33610>. Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Decreto nº 33.614, de 13.04.2020**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/decreto/2020/3362/33614/decreto-n-33614-2020-estabelece-novas-medidas-restritivas-e-adequacoes-ao-exercicio-de-atividade-economica-por-supermercados-e-hipermercados-bancos-e-casas-lotericas-situados-no-municipio-do-recife-no-curso-da-atual-fase-da-pandemia-de-covid-19-provocada-pelo-novo-coronavirus-sars-cov-2?q=33614>. Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Decreto nº 33.746 de 19.06.2020**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/decreto/2020/3375/33746/decreto-n-33746-2020-altera-o-decreto-n-33614-de-13-e-abril-de-2020-adaptando-as-medidas-restritivas-aplicaveis-na-atual-fase-da-pandemia-da-covid-19-ao-exercicio-de-atividade-economica-por-supermercados-hipermercados-bancos-e-casas-lotericas-situados-no-municipio-do-recife?q=33746>. Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Decreto nº 33.752 de 19.06.2020**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/decreto/2020/3376/33752/decreto-n-33752-2020-autoriza-na-atual-fase-da-pandemia-de-covid-19-no-municipio-do-recife-a-reabertura-dos-parques-pracas-beiras-de-rio-praia-e-orla-de-boa-viagem-e-demais-espacos-publicos-abertos-situados-no-municipio-do-recife-todos-com-restricoes-de-usos-alem-da-ciclofaixa-de-turismo-e-lazer-do-recife?q=33752>. Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Decreto nº 33.811 de 17.07.2020**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/decreto/2020/3382/33811/decreto-n-33811-2020-dispoe-na-atual-fase-da-pandemia-da-covid-19-no-territorio-do-municipio-do-recife-sobre-a-liberacao-parcial-das-medidas-restritivas-aplicaveis-ao-uso-de-parques-pracas-beiras-de-rio-praia-e-orla-de-boa-viagem-e-demais-espacos-publicos-abertos-conferindo-nova-redacao-ao-decreto-n-33752-de-19-de-junho-de-2020?q=33811>. Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Lei Municipal nº 17.511 de 29 de dezembro de 2008**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/plano-diretor-recife-pe>. Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Portaria nº 032 de 13.04.2020** – GAB/Secretaria de Saúde. Disponível em: <http://200.238.101.22/docreader/docreader.aspx?bib=R20200414&pasta=Abril\Dia%2014>. Acesso em: 21 set. 2020.

RECIFE. Governo Municipal. **Projeto de Lei do Executivo Municipal nº 28/2018**. Recife: Câmara de Vereadores Municipal, 2020. Disponível em: https://sapl.recife.pe.leg.br/consultas/materia/materia_mostrar_proc?cod_materia=83964. Acesso em

STF. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6341. Processo eletrônico nº 0088693-70.2020.1.00.0000. Brasília Supremo Tribunal Federal, 2020. Disponível em <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5880765>. Acesso em: 21 set. 2020.

Trabalho enviado em 30 de setembro de 2020
Aceito em 01 de março de 2021