



Revista Historiar

ISSN: 2176-3267

Vol. 11 | Nº. 21 | Jul./Dez. de 2019

Dhenis Silva Maciel

Universidade Federal do Ceará - UFC

dhenis.maciel@gmail.com

REMODELAÇÕES URBANAS NA FORTALEZA OITOCENTISTA: um olhar higienista.

RESUMO

O presente artigo objetiva analisar a forma como a constituição do traçado urbano e o ordenamento de espaços de cura foram pensados em Fortaleza (capital do Ceará) nos meados do século XIX por ocasião de diversos momentos de surtos epidêmicos como cólera e varíola. Abordando debates relativos ao urbanismo e as diversas correntes médicas que se encontravam em maior evidência no período supracitado.

Palavras-chave: Urbanismo. Medicina. Fortaleza. Higienismo.

URBAN RENOVATIONS IN EIGHTEENTH CENTURY FORTRESS: a hygienist look.

ABSTRACT

This article aims to analyze how the constitution of urban design and the planning of healing spaces were designed in Fortaleza (capital of Ceará) in the mid-nineteenth century during various times of epidemics such as cholera and smallpox. Addressing debates concerning urbanism and various medical streams that were most evident in the stated period.

Keywords: Urbanism; Medicine; Fortaleza; Hygienism.

O século XIX no Brasil foi marcado por ser um período de grande desenvolvimento das cidades. Juntamente a elas, algumas questões acabaram se tornando latentes, tais como: mobilidade, uso do espaço público, aceleração dos meios de comunicação, discursos de modernização, epidemias e tentativas governamentais de diminuir ou preveni-las. É justamente sobre esses últimos tópicos elencados que lançaremos nossa atenção.

Os meados do século XIX, na província cearense, bem como em boa parte do Brasil, foram marcados pela tentativa de aproximação e inserção em uma economia de nível internacional cada vez mais rápida, latente e gulosa: o capitalismo.

As cidades brasileiras com pouco ou nenhum ordenamento urbano, cheias de ruas tortuosas, vielas que acabavam em muros particulares e dificultosas para o trânsito de pessoas e/ou mercadorias acabaram sendo alguns dos principais alvos de atenção dos poderes públicos instituídos.

Destaquemos que tais condições urbanísticas, ou a falta delas, foram alvos de inúmeros debates teóricos nas últimas décadas tanto por parte da história, da sociologia, da geografia, da arquitetura e urbanismo, entre outros. Durante muito tempo a leitura acerca da herança urbanística lusitana no Brasil fora pautada na ideia de “desleixo”, propagada a partir da afirmativa de Sérgio Buarque de que “A rotina e não a razão abstrata foi o princípio que norteou os portugueses (...). Preferiam agir por experiências sucessivas, nem sempre coordenadas umas às outras, a traçar de antemão um plano para segui-lo até o fim” (HOLANDA, 2008, p. 109).

Tal premissa exposta na obra *Raízes do Brasil* ganhou grande capilaridade no mundo acadêmico tornando-se uma espécie de cânone não questionável afirmar que os portugueses eram desleixados porque aventureiros, eram plásticos, e isso seria fruto de uma visão de mundo providencialista. Ao mesmo tempo, a outra parte da América do Sul experimentava uma colonização baseada na norma, no enquadramento e na métrica espanhola que previa regras rígidas para a escolha do local onde deveriam ser erigidas as sedes das vilas, bem como todo o espaço interno da mesma priorizando a escolha de locais altos que facilitassem a defesa e da edificação de ruas retilíneas para que a vigilância fosse facilitada, bem como a circulação de pessoas e bens.

Essa postura passou a ser questionada depois da tese de doutoramento de Nestor Goulart Reis Filho que acabou por estabelecer uma “relação entre interesses econômicos, política de colonização centralizada, política de urbanização e urbanismo.” (BUENO, 1996, p. 502). Ao apresentar que havia sim projetos para o território brasileiro

Reis Filho acabou sendo apontado por alguns como uma espécie de antagonista do pensamento de Buarque, como se ao provar a existência dos projetos ficasse clara a preocupação administrativa da coroa portuguesa em estabelecer uma autoridade centrada na norma e na técnica, contudo, o próprio Reis Filho, em palestra recentemente acontecida no “Seminário ‘Cursos Livres’ organizado pelo Instituto de Estudos Brasileiros da USP (IEB-USP) em 2011 intitulado: Atualidade de Sérgio Buarque de Holanda – Sobre o semeador e o ladrilhador.” Afirmou que em sua obra defende apenas o fato de que a norma existia e que em determinados momentos foi aplicada o que não indis põe conceitos chaves do pensamento de Buarque como o da plasticidade, mas que servem para questionar o desleixo principalmente se conectados a pesquisas como a de Clovis Jucá que trata da constituição de vilas no interior do Ceará durante o período pombalino.¹

Sendo por desleixo ou por pouquíssima relevância na rede de comércio do império ultramarino português, Fortaleza e o Ceará, como um todo, pouco sofreram com interferências bem coordenadas durante o período colonial, o que o colocou como um espaço propício a grandes modificações urbanísticas nos meados dos mil e oitocentos com o advento de uma nova economia de mercado baseada na dual produção que tinha por um lado, os víveres para consumo do mercado interno brasileiro como a carne seca que já vinha sendo produzida desde o período colonial e que remete ao início do processo de ocupação do território cearense, e por outro lado, o surgimento de uma nova rede de produção agrícola mais voltada para itens de maior apreciação pelo mercado externo como café e algodão que, ao serem produzidos no entorno de Fortaleza, acabaram por tornar o porto da capital cada vez mais atrativo subjugando o do Aracati como o principal porto cearense e dando a Fortaleza uma real centralidade de capital não só política, mas também econômica (TAKEYA, 1995)

Esse mesmo período intermediário do século XIX marca, no Brasil, o embate entre dois grandes modelos médicos teóricos explicativos acerca da origem das doenças e de como elas deveriam ser combatidas, de um lado: neo-hipocráticos, defensores da teoria humoral, e de outro: os defensores da crescente teoria microbiana. Ressaltamos que em muitos momentos tais teorias conviveram ou foram alvo de misturas dentro do pensamento médico brasileiro, contudo, nosso olhar sobre esse tema se pautará, principalmente, em como essas teorias influenciaram de formas distintas no processo de repensar as cidades em transformação no recorte cronológico acima levantado.

¹ ATUALIDADE DE SÉRGIO BUARQUE DE HOLANDA – SOBRE O SEMEADOR E O LADRILHADOR. Palestra com Nestor Goulart Reis Filho. 27’30”. Disponível no sítio da internet: <<http://iptv.usp.br/portal/video.action?idItem=7011>> Acesso em 09/09/2014.

Promotor e fruto de saltos tecnológicos grandiosos, o capitalismo ganhou força como modelo econômico e trazendo em sua esteira a revolução industrial que teve como principal premissa a aceleração, seja ela da produção ou do escoamento dos produtos. Máquinas a vapor eram desenvolvidas com profusão. Engenhocas gigantescas e fumacentas passavam a fazer com muito mais rapidez o serviço de inúmeros homens e mulheres. Contudo, como pensado pelo principal teórico do capitalismo Adam Smith (1984), em sua principal obra, *A riqueza das Nações*, ao tratar de “Como a divisão do trabalho é limitada pela extensão do mercado”:

Seria até impossível haver uma profissão como a do fabricante de pregos nas regiões afastadas e interioranas da Alta Escócia. Tal operário, produzindo 1000 pregos por dia, e com 300 dias de trabalho no ano, produzirá 300 mil pregos por ano. Acontece que, nessa região, seria impossível vender 1000 pregos, ou seja, a produção de apenas um dia de trabalho (SMITH, 1984, p. 17)

Tal citação aponta uma questão fundamental para o desenvolvimento da economia de mercado, ou seja, a produção nunca pode ser maior do que a capacidade de escoamento dela. Sendo assim, não é nada surpreendente que justamente com o advento do modelo capitalista como sistema econômico predominante nas relações comerciais do século XIX, que seja este período marcado pela ação em diversos níveis e intensidades de órgãos públicos e particulares para o aumento da fluidez de pessoas e produtos.

Tal questão de mobilidade estava de tal modo na pauta dos embates políticos que até motivou o pensamento de diversos grupos sociais e colocou a questão do transitar em pauta corrente.

No que tange o mercado internacional, os navios à vapor acabaram por contornar as distancias entre os continentes. A velocidade imposta pela força da queima do carvão que levava a ebulição da água e fazia com que o vapor canalizado movimentasse catracas que conseguiam percorrer distâncias imensas em muito menos tempo que os antigos barcos a vela ou a remo despendendo uma menor quantidade de mão de obra.

No mesmo texto citado acima, Adam Smith reconhecia a preponderância do transporte marítimo como facilitador do escoamento produtivo, tal pode ser visto quando ele afirma que “é ao longo da costa marítima e das margens dos rios navegáveis que todos os tipos de indústria começam naturalmente a subdividir-se e desenvolver-se” (SMITH, 1984, p. 18). Tal percepção de Smith faz todo sentido, principalmente, ao percebermos o autor como um membro do império inglês, que no momento de sua escrita, final do século XVIII e início do século XIX era o maior império do globo. Império

este que contava com a maior frota de navio de guerra e mercantes do globo. Não à toa, desde a guerra provocada pelos Atos de Navegação proclamados por Oliver Cromwell quando derrotara a esquadra holandesa em 1654, a Inglaterra era a autointitulada Rainha dos Mares. Assim como o outrora gigantesco império ultramarino português, os ingleses investiram em um império pautado na constituição de redes de contato que permitissem a fluidez comercial.

O principal porto inglês no continente asiático era localizado na Índia, de onde ingleses retiravam ópio para ser vendido na China e, principalmente, algodão que era levado para a Inglaterra onde era usado como principal matéria prima da grande impulsionadora da revolução técnica que estava acontecendo, a indústria têxtil.

Ressaltamos que a presença inglesa no território indiano se diferia do que antes havia sido experimentado pelos portugueses. Enquanto para estes últimos “o estado da Índia”, muito mais que um território geograficamente definido, era: um conjunto dos territórios, estabelecimentos, bens, pessoas e interesses administrados, geridos ou tutelados pela Coroa portuguesa no Oceano Índico e mares adjacentes ou nos territórios ribeirinhos, do cabo da Boa Esperança ao Japão (THOMAZ, 1998, p. 207).

Já os ingleses, mesmo tendo tomado para si uma rede comercial de um Portugal mercantilmente decadente, começou seus contatos mais intensos quando, em meados do século XVIII, a Companhia Inglesa das Índias Orientais tomou posse da região de Bengala e começou um processo de aproximação com as autoridades indianas e anexação de territórios que levou a que em menos de um século a Inglaterra já fosse a virtual senhora de todo o subcontinente indiano e passasse a intervir de forma muito mais direta e invasiva com os governos locais da Índia impondo-lhes uma dominação realmente colonial que entre outras coisas substituiu a relação comercial até então pautada na compra de manufaturas inglesas e especiarias pelos britânicos para a imposição da produção de matérias-primas, em especial, algodão para abastecer as tecelagens inglesas.

Exatamente da Índia é que provêm os relatos mais antigos, acerca de um conjunto sintomático que se convencionou chamar de cólera. Em meio a rituais de abluções e banhos nas sagradas e insalubres águas indianas o cólera manifestava-se de forma endêmica.

Entretanto, com o aludido processo de aceleração da velocidade das relações comerciais do mundo ocidental, aquele que depois foi descoberto como o causador da

doença por Filippo Pacini em 1854², mas popularizado pelo já então renomado Robert Koch, o vibrião colérico (por muito tempo o agente causador da doença foi nomeado como bacilo do cólera, contudo, na segunda metade do século XX, a Comissão Judicial de Nomenclatura Bacteriana renomeou o agente causador do cólera para *Vibrio Colerae* em homenagem e reparação a descoberta e nomenclatura adotada por Pacini que havia sido ofuscada pela tardia, mas mais popular pesquisa de Koch) pôde ser levado a outras regiões do globo dentro dos navios mercantes, que por si só já eram vistos como grandes focos de doenças, algo que levou o médico português Ribeiro Sancheza referir-se a eles como “pântanos flutuantes”³, postura essa que coaduna com a defendida por Alain Corbin principalmente na obra *Saberes e Odores*. Alimentos e água contaminados eram levados porto a porto juntos às mercadorias.

Seguindo o curso das rotas comerciais marítimas, o vibrião colérico empreendeu uma marcha rumo ao ocidente. A primeira grande pandemia colérica se deu entre 1817 e 1824 quando, após uma breve manifestação no Bengala marchou para o norte e para o leste, alcançando a Sibéria e o Japão deixando uma média de 20 a 30% de mortos entre as populações acometidas pelo mal.

O segundo surto epidêmico ocorreu entre 1829 e 1837 e teve como principal característica o fato de ter, segundo Bourdelais e Raulot (1987, p. 28), colocado em cheque toda a construção simbólica de superioridade da civilização que embalava os sonhos megalomaniacos europeus, pois neste segundo surto, não era mais o distante Ganges que sofria com a peste, mas sim o Tâmis, no coração de Londres, que neste momento era o centro do mais poderoso império comercial marítimo do mundo. Mas o segundo surto não se limitou a chocar a “sanitária” Europa, atravessou o Atlântico e fez suas primeiras vítimas na Guiana.

A terceira pandemia data de 1840 a 1860 e é dividida em duas vagas, a primeira, que vai até 1850 teve como *locus* principal a América do Norte, e a segunda vaga, que é composta pelos dez anos seguintes, trouxe o cólera definitivamente para a América do Sul. Este terceiro surto produziu aquela que “foi sem dúvida a mais mortífera das pandemias de cólera do século XIX” (WITTER, 2007, p. 34).

² Na edição de 2 de outubro de 2012 do New York Times se pode achar o seguinte comentário: Dr. Koch, as it turned out, was not the first to find the bacterium, as The Times reported on Aug. 3, 1884. In a roundup on Page 6 of bits of news from Europe, the second-to-last item begins: “A newspaper published at Milan declares that the cholera germ described by Dr. Koch was first discovered 30 years ago by an Italian doctor named Filippo Pacini. He published in the Italian Medical Gazette, in 1854, a treatise on the cholera, in which he said the disease was due to ‘a very simple organism which I shall call a choleraic microbe.’” Disponível no sitio da internet <<http://goo.gl/f3qTwR>> Acesso em 12 de Agosto de 2014.

³ In: < <http://www.uc.pt/chsc/recursos/aca> > Acesso em 25 de Julho de 2013.

Foi justamente nesta terceira pandemia que o Brasil entrou na rota direta do vibrião colérico. Grandes cidades brasileiras foram acometidas pelo mal que encontrava nas águas vetor de propagação. Pará, Piauí, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Paraíba, Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul sofreram grandemente com esse primeiro surto epidêmico em terras brasileiras.

Em 1855 o Ceará passou ileso a doença, contudo, a sua grande fatalidade em províncias vizinhas acabou mobilizando, de modo especial, vários agentes públicos que se aperceberam da necessidade de repensar as estruturas sanitárias das grandes cidades, dando um impulso maior a um ciclo de reformas urbanas que começam tímidas na primeira metade do século XIX e que chegam a seu apogeu no último quartil dos 1800 com a chamada *Belle Époque* e seus *bulevares* construídos no modelo francês.

A partir de tal ensejo acredito ser importante olharmos para como as teorias médicas em disputa (microbiana e miasmática) explicavam como surgiam as doenças e como combatê-las para vermos como os dois movimentos, se encontram conectados.

A teoria hipocrática, ou miasmática, possuía dois pilares: o equilíbrio dos humores e os miasmas. Segundo Claude Moussé (1991), a escola médica grega, que foi fundada e baseada em Hipócrates, que viveu de 460 a.C. a 377 a.C., mas que, contou com a contribuição de diversos outros autores que acabaram tendo seus textos e tratados atribuídos ao famoso médico grego. A escola hipocrática teve como principal característica e contribuição o fato de que:

[...] afastando-se das práticas mágicas dos adivinhos, como das receitas empíricas dos curandeiros, queria elaborar uma medicina racional, a partir do duplo procedimento: procurar as causas das doenças com a ajuda de múltiplas observações e depois aplicar os remédios apropriados (MOUSSÉ, 1991, p 40).

Seguindo esse raciocínio, os hipocráticos acabaram por identificar a causa das doenças nos desregramentos dos diversos fluidos e energias que compunham o corpo. A teoria hipocrática pensava esse equilíbrio relacionando o mundo interno com o mundo externo, os humores com os climas.

Sendo assim, estabeleceram o corpo saudável na seguinte correlação: a bÍlis amarela seria produzida no fígado e se relacionaria com o fogo e com o tempo do verão, produzindo humores coléricos. O sangue seria produzido no coração, se relacionaria com a umidade e com o tempo da primavera, sendo esta correlata do ar. Já a bÍlis negra seria produzida no baço e se relacionaria com o outono, criando um ar melancólico, e com o elemento terra. E, por fim, a fleuma, que seria produzida no cérebro, sendo fria e

úmida, relacionar-se-ia com o elemento água e o tempo do inverno. Segundo essa ordem explicativa, o papel do médico seria identificar qual desses humores encontra-se desregrado e combatê-lo com seu total oposto; ou seja, problemas úmidos seriam tratados com alimentos quentes e assim por diante. Segundo o historiador Henrique Carneiro (2003):

Muitos Herbários do século XVI chamavam-se justamente História das plantas (De Historia Stipium, Leonhardt Fuchs, 1542) e História dos frutos (Frugum Historia, Rembert Dodoens, 1552), e descreviam as plantas tanto alimentícias como medicinais a partir de suas supostas virtudes para o corpo humano, derivadas da natureza de seu temperamento, quente ou frio e seco ou úmido e, conseqüentemente, relacionado com um órgão, um humor, uma estação do ano, um momento do dia ou da noite etc. O temperamento quente e seco era visto como o modelo ideal e, portanto, característico do homem. A mulher seria fria e úmida. O quente possuiria a qualidade de excitar e despertar, e o frio, de adormecer e acalmar. Os alimentos quentes seriam o vinho, o sal, o açúcar, o mel, a canela, o cravo, a pimenta, a mostarda, o alho. Os frios seriam a alface, o vinagre, os pepinos, o ópio, a cânfora, os cogumelos e as frutas em geral. O vinho era uma bebida tão quente para Galeno, o mais importante médico da época romana, que ele o interditava antes dos 22 anos, pois até essa idade já haveria calor natural nos corpos. O chocolate, no século XVIII, era considerado tão quente que não deveria ser dado a crianças! (CARNEIRO, 2003, p. 8-9).

No livro hipocrático Da Natureza do Homem, tem-se a afirmação de que “A saúde é, em primeiro lugar, o estado em que estas substâncias constituintes estão numa proporção correta de uma em relação a outra, tanto em força como em quantidade, estando bem misturadas”. De tal maneira que é o equilíbrio (ou a mediania) não apenas defendido enquanto verdade filosófica moral e sim também uma máxima para a manutenção da saúde física do homem. Seguindo essa mesma lógica de compreensão do corpo humano, “[...] A doença aparece quando uma dessas substâncias é, ou deficitária, ou excedentária, ou se encontra separada no corpo e não misturada com as outras” (CARNEIRO, 2003, p. 8).

Essa abordagem acerca do corpo atravessou séculos e mesmo recebendo diversas contribuições não teve a sua essência modificada de tal forma que assim como apontado por Denise Sant’Anna (2007), em São Paulo do século XIX, o banho a seco era uma indicação corrente, principalmente, para idoso e crianças uma vez que se acreditava que “havia o risco de mudanças abruptas da temperatura do corpo, ou quando a água era aquecida, o perigo de deixá-la infiltrar-se pelos poros desequilibrando os humores” (SANT’ANNA, 2007, p. 121).

Dessa forma percebe-se um cuidado para não estimular a produção de um ou outro humor em detrimento dos outros, o que, segundo a lógica hipocrática aqui apresentada levaria ao aparecimento de doenças. Contudo, Denise continua sua leitura

sobre posturas médicas na São Paulo oitocentista dizendo que “As concepções médicas e de limpeza se entrecruzavam e eram variadas. O receio do contágio e o medo da infecção ora se opunham, ora se associavam a um mesmo preceito de higiene”. (SANT’ANNA, 2007, p. 121)

Como fica claro diante do exposto, a corrente hipocrática e a microbiológica em muitos momentos se entrecruzavam. A microbiologia acreditava na teoria do *contagium vivum*, ou seja, que as doenças são causadas por microorganismos patológicos, que por sua vez encontrou sua confirmação com as experiências do francês Louis Pasteur, ocorridas no último quartil do século XIX, o que foi uma dificuldade a mais na busca de consolidação da tese microbiológica entre os médicos, uma vez que o cientista francês não era médico, e sim químico e biólogo, e suas ideias foram confirmadas dentro de laboratórios, que eram considerados espaços de menor legitimidade para a ordem médica vigente.

Para os defensores do contagionismo, as doenças eram fruto de algum microorganismo presente na natureza que ao entrar em contato com o ser humano acabava por provocar reações:

A hipótese de que as doenças infecciosas fossem causadas por pequenos “animalículos”, “sementes” ou “vermes” não era recente, já sendo uma suposição na Antiguidade. Porém, a partir do uso do microscópio como poderoso auxiliar nessa tarefa, diferentes cientistas vão contribuindo para o estabelecimento de uma importante ruptura epistemológica: o início da era bacteriológica⁴.

Contudo, como afirmamos anteriormente, essa teoria médica microbiológica só veio a se tornar predominante no segundo quartil do século XIX sendo, portanto, a teoria miasmática a mais influente no período em que a epidemia de cólera atacou pela primeira vez as terras cearenses no ano de 1862 e era essa teoria a base da formação da grande maioria dos médicos que atuavam na província.

Se para os médicos hipocráticos o maior inimigo que poderiam ter era:

O ar degenerado, o mefitismo, a proximidade do nauseabundo, a molécula pútrida emanada da corrupção, o “miasma aéreo”, que perdeu sua origem, mas cujo poder dissolvente da matéria viva aumentou consideravelmente; o miasma cujo poder corruptor se estende aos vegetais, à carne exposta no açougue, aos metais no buffet (CORBIN, 1987, p. 32).

A leitura deste “ar” produziu uma mudança na sensibilidade olfativa. As pesquisas de ordem pneumática levaram a situações de coleta de inúmeros tipos de ar por sábios

⁴In: <http://www.epsiv.fiocruz.br/pdts/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=13&arquivo=ver_conteudo_2>
Acesso em: 25 de julho de 2013.

em toda a Europa, motivados pelo interesse de perceber os efeitos de cada um dos ares sobre o corpo animal. As constantes pesquisas levaram à percepção do ar como uma mistura de gases que, de acordo com as proporções em que se encontravam distribuídas, determinaria sua maior ou menor qualidade.

Partindo dessa preocupação, percebia-se que uma das melhores maneiras de se constituir espaços urbanos sanitários e que não propiciassem a propagação de doenças passava diretamente pela ideia de evitar aglomerações promovendo a circulação de pessoas, produtos e ares, uma vez que um espaço aberto e arejado faria com que os ares miasmáticos fossem dispersos a níveis tão baixos que não fossem capazes de infectar os cidadãos.

Tal premissa manifestou-se de forma clara em reformas urbanas promovidas pelo poder público e com orientação de diversos médicos (que muitas vezes eram eles mesmos políticos).

No caso cearense isso fica muito claro na ação dos dois primos Dr. José Lourenço e o Dr. Castro Carreira que além de médicos em determinado momento também exerceram cargos políticos. Entre as diversas atribuições que os dois tiveram se destaca a necessidade de pensarem soluções para minimizar a incidência de moléstias comuns na capital cearense.

Foi justamente tentando atender a essas atribuições que deram as diretrizes para as reformas nas ruas do centro de Fortaleza, muitas delas que hoje carregam seus nomes. Alguns pontos ficam latentes nos posicionamentos sugeridos pelos primos médicos que mesmo tendo concepções distintas de política e até de técnicas de tratamento, mantinham uma mesma postura quando o assunto era a salubridade da cidade de Fortaleza: estimulavam o alargamento das vias, a manutenção de linhas retas e quadriculadas bem como a coleta constante do lixo para evitar o acúmulo dos mesmos e uma reordenação urbana com a realocação de alguns prédios de utilidade pública que tivessem maior incidência enquanto locais emanadores de miasmas como podemos ver no comentário do presidente da província Souza de Mello (*Apud* SILVINO, 2007, p. 72-73):

O pestífero ar que se respira na igreja do Rozario, e deveis estar convencidos que graves males podem provir da inspiração dos miasmas exalados continuamente de inúmeros corpos em putrefação, apenas cobertos com pequenas camadas de terra mal apertado e algumas taboas apresentando grandes fendas.

Mesmo a igreja sendo para muitos um lugar sagrado, o zelo olfativo anti-miasmático também não a poupou e ao criticar as emanações deletérias oriundas dos enterramentos de pouca fundura do estabelecimento religioso, prática bastante antiga e ainda comum nos meados do século XIX. A luta pela melhoria dos ares da vila acabou passando pela sugestão de construção de um novo cemitério público com espaço amplo, distante do centro e localizado a sotavento da cidade.

Matadouros, cemitérios, lazaretos localizados a sotavento significavam que, mesmo não tão afastados assim do centro de Fortaleza, o vento faria seu papel na dispersão dos humores pestilentos. No mapa abaixo extraído da dissertação de mestrado *Cidades (in)salubres*, de Carla Silvino vemos de forma clara essa nova espacialização dos espaços miasmáticos.

Recorte do Mapa dos pontos de infecção miasmática na cidade de Fortaleza nos anos de 1845 a 1850. Ênfase aos equipamentos urbanos.



FONTE: Mapa realizado a partir da planta de Fortaleza levantada pelo padre Manoel do Rego em 1856 e informações do jornal *O Cearense*, dos Relatórios dos Presidentes de Província e da documentação expedidas pelas autoridades médicas para o Presidente da Província⁵.

Por fim, concluímos estas breves linhas reforçando que, mesmo muitas vezes tentados por uma visão excessivamente academicista, que prioriza sujeitos diplomados como protagonistas históricos, não nos furtamos a perceber as teorias médicas em ação nos meados do XIX como parte de uma cultura maior em construção, a cultura de mercado, uma cultura “moderna” que priorizava a circulação e o trânsito e que para tal

⁵ In: OLIVEIRA, Carla Silvino. *Cidade (in)salubre: idéias e práticas médicas em Fortaleza (1838 -1853)*. Mestrado em História Social UFC. 2007. p. 76.

precisava de corpos asseados, de ruas limpas e reticuladas. Onde as cidades cresciam e, ao virarem polo de atração, acabavam repletas de conhecidos, mas mais ainda de desconhecidos, por isso a retícula não só era uma forma de propiciar a fluidez, mas também de vigilância pois o olhar policial podia se estender sobre uma maior distância, pois com o fim das vielas e dos becos diminuía-se os esconderijos, aumentava-se a vigilância.

Urbanismo e sanitarismo caminharam lado a lado na construção desse sonho higiênico e higienizador dos modernos anos da segunda metade do século XIX.

Referências

BOURDELAIS, Patrice et RAULOT Jean- Yves: **Une peur bleue**. Histoire du choléra en France 1832-1854. - Paris, Payot, 1987.

BUENO, Beatriz Piccolo Siqueira. *Particularidades do processo colonizador da América espanhola e portuguesa*. I: **Anais do IV Seminário de História da Cidade e do Urbanismo**. PROURB. Programa de Pós-Graduação em Urbanismo FAU/UFRJ. Rio de Janeiro. 1996

CARNEIRO, Henrique. Comida e Sociedade. **Uma história da alimentação**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CORBIN, Alain. **Saberes e Odores**: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX. São Paulo: Companhia das Letras, 1987

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26.ed. 29. Reimpressão. São Paulo: Cia. das Letras, 2008.

MACIEL, Dhenis S. **Valei-me, São Sebastião**: a epidemia de cólera morbo na vila de Maranguape (1862-1863). Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em História, Fortaleza-CE, 2011.

MOUSSÉ, Claude. *As lições de Hipócrates*. In: LE GOFF, Jacques (et. al). **As doenças têm história**. Tradução: Laurinda Bom. Lisboa: Terramar, 1991.

OLIVEIRA, Carla Silvino. **Cidade (in)salubre**: idéias e práticas médicas em Fortaleza (1838 -1853). Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em História, Fortaleza-CE, 2007.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Cidade das águas**: usos de rios, córregos, bicas e chafarizes em São Paulo. São Paulo: Senac/ SP, 2007.

SMITH, Adam. *Investigação sobre a natureza e as causas da riqueza das nações*/ Adam Smith. **Princípios da economia política e tributação**. Traduções de Conceição Jardim Maria do Carmo Cary, Eduardo Lúcio Nogueira, Rolf Kuntz. 3ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

TAKEYA, Denise Monteiro. **Europa, França e Ceará**: origens do capital estrangeiro no Brasil. São Paulo: Hucitec; Natal: Ed. UFRN, 1995.

THOMAZ, Luis Felipe F. R. *Estrutura política e administrativa do estado da Índia no século XVI. In: De Ceuta a Timor*. Memória e sociedade. 2 ed. DIFEL. Portugal, Algés. 1998.

WITTER, Nikelen Acosta. **Males e epidemias**: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX). Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, 2007.

Dhenis Silva Maciel

Doutor em História Social – UFC. Licenciado e Mestre em História pela Universidade Federal do Ceará. Professor da rede pública estadual do Ceará e da Faculdade Católica de Fortaleza. Vice coordenador estadual do GT História da saúde e das doenças (ANPUH-CE).