



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS EXATAS E NATURAIS  
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA E GEOGRAFIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM HISTÓRIA DO MARANHÃO

MARIZA PINHEIRO BEZERRA

**A MORTE SOB OS DITAMES DA CIÊNCIA:** a medicalização dos mortos e as políticas higienistas voltadas para a morbiletalidade – São Luís (1900-1904)

São Luís  
2012

MARIZA PINHEIRO BEZERRA

**A MORTE SOB OS DITAMES DA CIÊNCIA:** a medicalização dos mortos e as políticas higienistas voltadas para a morbiletalidade – São Luís (1900-1904)

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em História do Maranhão da Universidade Estadual do Maranhão, para obtenção do grau de Especialista em História do Maranhão.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lúvia Bonfim

São Luís  
2012

Bezerra, Mariza Pinheiro.

A morte sob os ditames da ciência: a medicalização dos mortos e as políticas higienistas voltadas para a morbiletalidade – São Luís (1900-1904) / Mariza Pinheiro Bezerra.– São Luís, 2012.

81 f

Monografia (Especialização) – Curso de História do Maranhão, Universidade Estadual do Maranhão, 2012.

Orientador: Profa. Dra. Ana Livia Bonfim Vieira

1.Morte. 2.Saúde pública. 3.Medicalização. Peste bubônica.  
I.Título

CDU: 616-036.88(812.1)"1900/1904"

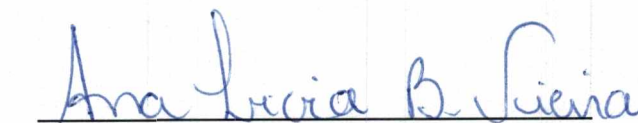
MARIZA PINHEIRO BEZERRA

**A MORTE SOB OS DITAMES DA CIÊNCIA:** a medicalização dos mortos e as políticas higienistas voltadas para a morbiletalidade – São Luís (1900-1904)

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em História do Maranhão da Universidade Estadual do Maranhão, para obtenção do grau de Especialista em História do Maranhão.

Aprovada em 05/10/2012

BANCA EXAMINADORA



**Prof.ª Ana Lúcia Bonfim (Orientadora)**

Doutora em História

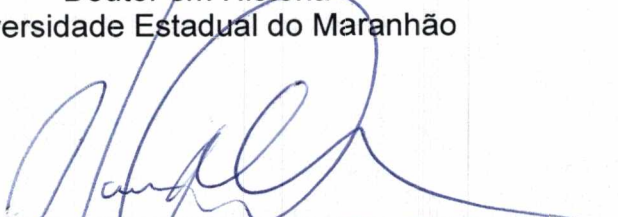
Universidade Estadual do Maranhão



**Prof. Marcelo Cheche Galves**

Doutor em História

Universidade Estadual do Maranhão



**Prof. Yuri Michael Pereira Costa**

Mestre em Ciências Sociais

Universidade Estadual do Maranhão

A Rivaldo Bezerra, pelo incondicional apoio.

Aos amigos Elizabeth Martins e Marcelo Fortaleza pelas palavras e ações de incentivo.

## AGRADECIMENTOS

De início, agradeço a Deus, força maior, que permitiu que eu continuasse a desfrutar o dom da vida.

De forma especial, agradeço ao meu pai, Rivaldo Bezerra, que de tanto participar de minha trajetória acadêmica já discute, a sua maneira, sobre os temas e questões que eu me dedico.

A minha mãe Dina e meu irmão Márcio pelo apoio e incentivo recebidos.

A Tragic Bezerra (*in memoriam*) pelo companheirismo inconfundível.

Aos amigos de sempre Elizabeth Martins e Marcelo Fortaleza pela dedicação incondicional, pelos bons momentos passados juntos e por se permitirem, nos últimos anos, ouvir sobre meu objeto de estudo.

A Josemar Oliveira pelo carinho e por tantas perspectivas de futuro.

A minha (nova) família na Ilha do Marajó e em Belém pelo acolhimento na proximidade e na distância.

Aos amigos do curso de História da UEMA, Isabel Medeiros, Nayara Meggie e Uslan Junior, pelo companheirismo que não se limitou à Universidade.

Aos professores do curso de História da UEMA, Henrique Borrvalho, Julia Constança, Adriana Zierer, Elizabeth Abrantes, Yuri Costa e, principalmente, à professora Ana Livia Bonfim pela paciência na reta final desse estudo. Todos esses professores tem o meu respeito e admiração. Agradeço as contribuições para o desenvolvimento desse texto e da minha pesquisa de Mestrado, seja pelo olhar cuidadoso que dispensaram aos meus estudos e preferências temáticas, ou mesmo, pelas orientações diretas e incentivos.

Em especial, agradeço ao professor Marcelo Cheche pelos esclarecimentos em relação aos caminhos das minhas pesquisas e a disponibilidade para lidar com esta aluna que mesmo concluindo a Graduação e a Especialização em História na UEMA, não perde os laços com o curso. Também agradeço ao professor Ayala Gurgel do curso de Filosofia da UFMA, profissional que admiro e que ainda alicerça muitas das minhas concepções teóricas.

Aos amigos do Curso de Especialização em História do Maranhão, Gabriela Melo e Massudi, pelas importantes indicações de documentos históricos e agradável convivência. Também agradeço a Maria Cleocélia pelo companheirismo e pelas caronas ao término das aulas.

*“Um morto é sempre demais, por ocupar espaço estreito para os vivos”.*

Afrânio Peixoto

## RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar o controle social exercido pelo discurso médico e pelas políticas higienistas perante os corpos mortos, no centro urbano de São Luís – MA, entre os anos 1900-1904. A partir de uma recomposição do centro urbano ludovicense, apresentamos as condições de insalubridade prevalentes nesse contexto e a emergência de discursos ligados à Medicina Social que visavam combater as epidemias de varíola e, principalmente, a peste bubônica que se destacava. Identificamos o discurso civilizador republicano como mecanismo de difusão do modelo medicalizado de morrer, com ênfase no combate ao contágio de doenças através de corpos vitimados pelas doenças transmissíveis. Analisamos o modo pelo qual o discurso médico e as políticas higienistas se apropriavam dos corpos mortos, com base em preceitos ligados à Saúde Pública vigente que priorizava a saúde dos vivos, mas interditava práticas de aproximação entre vivos e mortos. Enfatizamos a frente de combate à peste bubônica, sob a administração do médico paulista Victor Godinho, e seus impactos para a divulgação do modelo medicalizado de morrer. Nesse momento, analisamos, também, a instituição de procedimentos, novas leis e novos espaços de convivência entre vivos e mortos naquela sociedade. Esses elementos foram analisados à luz da História Cultural, dimensão teórica que reconhece a importância de representações sociais, enquanto construtoras de significados, para compreensão de um dado momento histórico.

Palavras-chave: Morte. Saúde pública. Medicalização. Peste bubônica.



## ABSTRACT

This study aims to analyze the social control exercised by the medical discourse and policies hygienists before the dead bodies in the urban center of São Luís - MA, between the years 1900-1904. From a rearrangement of the urban center ludovicense, we present the unsanitary conditions prevalent in this context and the emergence of discourses related to Social Medicine aimed combat epidemics of smallpox and mainly the bubonic plague that stood out. We identified the speech as Republican civilizing diffusion mechanism model medicalized death, with emphasis on combating contagious diseases through bodies victimized by diseases. We analyze the way in which medical discourse and policies hygienists appropriated the dead bodies, based on principles related to the current Public Health prioritizing the health of the living, but forbade practices approach between living and dead. We emphasize the battlefield to the bubonic plague, under the administration of medical Victor Paulo Godinho and their impacts for the dissemination of the model medicalized death. Right now, we analyze also the establishment of procedures, new laws and new living spaces between living and dead in that society. These elements were analyzed in the light of Cultural History, theoretical dimension that recognizes the importance of social representations, while construction of meaning, to understand a given historical moment.

Keywords: Death. Public health. Medicalization. Bubonic plague.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 SÃO LUÍS NO INÍCIO DO SÉCULO XX: epidemias e insalubridade para os vivos .....</b>	<b>19</b>
2.1 Centro urbano de São Luís: um espaço insalubre.....	19
2.2 Discurso médico e controle social dos corpos: uma das faces do discurso capitalista de medicalização social.....	28
<b>3 SAÚDE PÚBLICA E REPÚBLICA: políticas higienistas voltadas para os mortos .....</b>	<b>37</b>
3.1 A “influência nefasta dos mortos” e a civilização dos costumes fúnebres .....	37
3.2 “Thanatoscopia” e controle social: os mortos como objeto de preocupação da Saúde Pública no início do século XX.....	46
<b>4 “CHEGOU ENFIM A SAUDE”: a frente de combate à peste bubônica sob a administração do Dr. Victor Godinho .....</b>	<b>56</b>
4.1 “A grande revista dos mortos e vivos”: medidas de combate à peste bubônica .	57
4.2 Código Sanitário de 1904: novas leis e novos espaços para a convivência entre vivos e mortos .....	65
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>
REFERÊNCIAS .....	78

## 1 INTRODUÇÃO

O objetivo desse estudo é analisar o controle social exercido pelo discurso médico e pelas políticas higienistas perante os corpos mortos, no centro urbano de São Luís – MA, entre os anos 1900-1904.

Nos últimos anos, diversos estudos sobre a morte e os mortos, no campo das Ciências Humanas e Sociais, tem surgido como resposta a um fenômeno reconhecido por Ariès (2003, p.84) e Baudrillard (1996, p.176) como “interdição do morrer”. A esses autores têm-se atribuído certo pioneirismo na crítica a um processo de ocultação da morte e dos mortos que as modernas sociedades industriais apresentam.

Desenvolvendo ampla argumentação para o tema, de forma geral, esses autores observaram a retirada do tema morte do nosso vocabulário atual, bem como a emergência de comportamentos mais restritos em relação ao luto, o exagero nos mecanismos de assepsia destinados aos mortos e o advento da morte estritamente hospitalizada. Esses fatores, conforme explicam, contribuíram decisivamente para que o homem ocidental mudasse a sua visão sobre o término da vida. Por isso, a proximidade, a aceitação e os ritos domésticos da morte, frequentes em épocas passadas, praticamente deixaram de existir no Ocidente.

Essa mudança foi elaborada historicamente, ao longo dos séculos XIX e XX e está diretamente associada à difusão dos discursos voltados à medicina social (FOUCAULT, 2007, p.80) que, desde sua gênese, almejava o controle dos corpos sadios, moribundos, falecidos e enlutados nos grandes centros urbanos.

Essa difusão, claro, teve implicações em nossa contemporaneidade, como a soberania da *visão médica* perante a morte ou, como também denominamos, a soberania da *medicalização* referente a todos os aspectos ligados à finitude humana.

Justamente pela ênfase no controle dos corpos, Helman (2009, p.150) explica que a medicalização é vista cada vez mais na atualidade como um “agente de controle social”, capaz de engendrar indivíduos cada vez mais dependentes da profissão médica, da indústria farmacêutica e outros setores a esses campos

ligados<sup>1</sup>. Trata-se, também, como aponta o autor, de formas de controle do chamado “comportamento social desviante”, em que os indivíduos são classificados, segundo critérios da medicina, em “doentes”, “loucos”, em vez de “maus”, “ruins”, como há séculos a tradição religiosa compreendia.

É possível afirmar que os preceitos médicos são assumidos quase como uma religião a ser seguida na atualidade. Isto sem falar na questionável concepção de corpo difundida por esses discursos. Resumido apenas em uma perspectiva mecânica o corpo humano é visto, nessa lógica, como uma mera máquina e a morte um fenômeno técnico caracterizado por uma “falha mecânica”.

Nesse caso, desconsidera-se a dimensão social que um corpo comporta, seja ele vivo ou falecido. Algo que deve ser criticado, pois na ótica de Rodrigues (1983, p.65) a “imagem da morte” é a “imagem da sociedade”. Transformado em cadáver, o corpo também expressa a vida coletiva que faz parte. Representa, portanto, o modo de uma sociedade conceber e enfrentar a morte através dos ritos destinados a este símbolo maior que a morte deixou para trás.

Nessa direção e, no que diz respeito à sociedade contemporânea, pelo tratamento dispensado aos mortos, exclusivamente dotado do aparato técnico que a medicina comporta, evidencia-se um modelo de sociedade que não admite sua finitude e que busca a todo custo interdita-la e torná-la o mais neutra possível.

Essa realidade nem sempre é percebida e, muitas vezes, é vista como desejável diante das conquistas da medicina na atualidade. Todavia, lançando um olhar histórico-crítico perante a questão, é possível afirmar que as modificações trazidas pela medicalização dos mortos diminuíram um poder, conferido em séculos de tradição e, restrito aos moribundos, de gerenciar de sua própria finitude. Foucault (2000, p.294), chama esse processo de “desqualificação progressiva da morte”, ocasionado pela deposição dos grandes e espetaculares ritos fúnebres em nome de padrões considerados mais “adequados” para a época.

Nessa lógica, a morte aos poucos tornou-se assunto do discurso médico-científico em voga, e do Estado, de modo que essas *instâncias de poder* responsabilizaram-se pela instituição de *um modelo de morrer*, calcado na

---

<sup>1</sup> Com base nos estudos de Garelli (1995, p.283) a categoria *controle social* é utilizada nesse estudo de forma geral, pois trata-se de quaisquer “[...] meios de intervenção, quer positivos, quer negativos acionados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam”.

medicalização, higienização, interdição, jurisprudência e não interferência dos mortos na saúde dos vivos.

Essas inquietações do presente nos levaram a buscar historicamente alguns aspectos dessa complexa realidade contemporânea na sociedade ludovicense de mais de um século.

Nosso posicionamento toma por base um princípio delineado por Dosse (2003, p. 101), ao destacar que “[...] o historiador parte do presente para remontar o fio do tempo até as sociedades do passado”. Desse ponto de vista, torna-se imprescindível um “olhar para trás” buscando compreender as indagações que se apresentam na atualidade. Esse processo inicia-se a partir daquilo que Reis (1994, p. 42) chamou de “espanto”, que corresponde a um momento em que o historiador percebe, através da sua experiência e realidade, uma inquietude que o leva a historicizar. Nessa lógica, nasce *uma narrativa* sobre o passado, historicamente situada.

Sem querer tomar essa postura como um tipo de “ídolo da tribo dos historiadores”, buscando, tão somente, um começo que seja “suficiente” para explicar todo o processo (BLOCH, 2001, p.56), delimitamos uma dada singularidade para investigação. Esta, é marcada por uma temporalidade, que são os anos iniciais do século XX (1900-1904) em um dado espaço, o centro urbano de São Luís.

A escolha dessa singularidade não se deu de maneira fortuita. O centro urbano de São Luís nos anos iniciais do século XX foi atingido por epidemias de amplas proporções, como as de varíola e peste bubônica. Nesse momento, temos a emergência de leis e regulamentos mais específicos para o combate à morbiletalidade e, por consequência, o combate aos riscos da contaminação, em uma sociedade complexificada por relações industriais.

É importante considerar que esses ordenamentos voltados ao combate a morbiletalidade, bem como a medida emergencial de trazer um serviço de saúde de São Paulo para combater a peste bubônica em São Luís, materializam uma (confusa) política higienista que visava sanear/civilizar os aspectos físicos e morais da população. Essa “política higienista” será expressa em discursos, decisões e ações de saúde, aqui denominadas de “políticas higienistas”. Mas, é preciso deixar claro ao leitor, a diferença entre esse conceito e as atuais concepções de “políticas públicas” e “políticas de saúde”. Não se trata de afirmar que naquela época existia, uma série de decisões organizadas, coordenadas e voltadas para o espaço público

e para os serviços de saúde pública da capital. O que se difundiam a época, eram diferentes discursos e decisões do poder público da capital para emergencialmente sanar a morbiletalidade da população. Essas decisões, apesar de concordarem com um objetivo maior (civilizar os costumes da população), em verdade, expressavam a instabilidade da administração pública da capital.

Essa instabilidade era patente porque somente nesse início de século três governadores atuaram em São Luís: João Gualberto Torreão da Costa e Alexandre Collares Moreira Junior, sendo que, este último, assumiu a administração da cidade no lugar de Manuel Lopes da Cunha. Isso nos permite inferir que esse período foi caracterizado pela ausência de uma unidade política que assegurasse eficientes políticas sanitárias na capital. Ademais, podemos afirmar, também, que existia a quase incompreensão por parte da administração pública<sup>2</sup> (Estadual e Municipal) daquilo que era de sua competência perante os problemas urbanos da capital<sup>3</sup>.

Essa singularidade delimitada para estudo também é relevante porque, no cenário nacional, a Capital Federal passava por um programa de grandes reformas urbanas e sanitárias que servia de modelo para as demais capitais da Jovem Nação Republicana. Essas reformas assumiam perspectivas civilizatórias, com base nas políticas médicas e urbanas da Europa, e incentivavam um saneamento material e moral da população. Assim, hábitos considerados “atrasados”, como doenças epidêmicas, habitações populares, antigas práticas fúnebres, eram vistos como um empecilho para a formação, no Brasil, da “civilização europeia nos trópicos” (CHALLOUB, 1996, p.35).

Nesse contexto, intensifica-se a necessidade (e seu repetitivo reforço discursivo) de medicalizar os mortos, vistos como perniciosos à saúde dos vivos. Por isso, estudos mais complexos sobre tema serão divulgados, fruto da preocupação das autoridades republicanas em verificar a insalubridade proveniente dos mortos e da vontade de remanejar os corpos falecidos definitivamente para os ditames do cientificismo da época. Mas o que queremos deixar claro ao leitor é que não se trata

---

<sup>2</sup> Também chamada nesse de estudo de “poder público”.

<sup>3</sup> Isso sem falar da instabilidade administrativa da instituição incumbida de proporcionar serviços de saúde pública na capital, a inspetoria de Higiene do Maranhão. Instabilidade promovida por razões que nos escapam, pois poderia estar relacionada a um jogo político entre os médicos inspetores e o cenário político local, dentre outras razões. No recorte submetido a estudo administraram essa repartição dois médicos inspetores, o Dr. Oscar Lamagnéu Leal Galvão e seu substituto, o Dr. Felicíssimo Rodrigues Fernandes. As atividades desse último médico foram interrompidas quando o caos epidêmico tomou grandes proporções e o Dr. Victor Godinho assumiu a administração dos serviços de saúde da capital, com a instauração do “Serviço extraordinário de Hygiene”.

apenas da discussão sobre a separação geográfica entre vivos e mortos, vivenciada intensamente ao longo do Oitocentos com a criação dos cemitérios.

Na virada do século XX, sob os auspícios da República, temos estudos mais complexos sobre os mortos, com ênfase em análises sobre a salubridade dos cemitérios outrora construídos, autópsias, demografias, cremação desses despojos humanos e complexos tratamentos dispensados aos cadáveres para inibir os riscos da proliferação de doenças. Dentre outras questões, é sobre essa amplitude de temas que nosso estudo busca compreender.

É bem verdade que estudos sobre a morte e os mortos no campo da História já adquiriram certo espaço de atuação, especialmente, a partir da História das Mentalidades com obras renomadas como *História da Morte no Ocidente e As atitudes do Homem Diante da Morte* de Phillipe Ariès. Além desses, temos diversos escritos do historiador Michel Vovelle sobre o tema.

Trazendo essa temática para o Brasil, enquanto perspectiva historiográfica, temos as análises de João José Reis que tratou da revolta popular conhecida como Cemiterada no livro *A Morte é uma Festa*; E em uma perspectiva histórico-sociológica, o livro *Tabu da Morte* de José Carlos Rodrigues.

Em São Luís, algumas monografias já trouxeram a morte e mortos para o campo das investigações, especialmente analisando as disputas políticas e religiosas que envolveram a construção dos cemitérios laicizados em meados do século XIX em São Luís. É o caso de *A morte e os mortos na sociedade ludovicense (1820-1855)* de Agostinho Júnior Holanda Coe e *A Misericórdia e os Cemitérios: disputas pelos ritos de enterros frente à (re) organização do espaço público em São Luís (1830- 1870)* de Carlos Henrique Pinto da Silveira, dentre outros restritos trabalhos.

Todavia, desconhecemos um estudo que investigue os controles dirigidos pelas políticas higienistas e o cientificismo em voga perante os corpos mortos no período republicano, como o que realizamos. Trata-se de um campo que merece realce, pois a discussão sobre a separação geográfica entre vivos e mortos com a implantação dos cemitérios não está sozinha nesse momento, como já enfatizamos.

Para alicerçar nosso estudo, a leitura de *Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)* de José Leopoldo Rodrigues foi fundamental. Dentre outras questões, o autor trata dos três grandes domínios que sofreram impactos do discurso médico ao longo do projeto republicano

no Brasil: o crime, o sexo e, de forma pioneira, o autor trata da visão médica perante os mortos nesse período da História do Brasil.

Tomando por base os “lotes da história” propostos por Barros (2004, p.15-22), destacamos que o presente estudo pode ser compreendido pelo viés da História Cultural. Esta dimensão historiográfica tornou-se mais evidente a partir das últimas décadas do século XX, com o aperfeiçoamento das concepções históricas que, lentamente, se distanciavam dos tradicionais estudos políticos e econômicos e, claro, dos estudos homogeneizantes sobre o mental.

Para Pesavento (2004, p.39), as interpretações de sentidos, a partir da História Cultural, trouxeram mudanças epistemológicas para o historiador. Uma dessas mudanças diz respeito à incorporação do conceito de *representação*. A autora retoma M. Mauss e Durkheim para definir as representações como “formas integradoras da vida social”. Correspondem a construções humanas que aspiram a coesão dos grupos e podem ser expressas através de instituições, normas, imagens, discursos, ritos etc. Nesse sentido, os indivíduos explicam suas existências e suas formas de enfrentamento da morte através das representações que tomam para si.

Assumir essa perspectiva corresponde dizer que o conjunto de valores assumidos socialmente nos anos iniciais do século XX, no que tange à morte e aos mortos, são representações sociais, pois estão estruturadas em um “[...] campo de concorrências e de competições” (CHARTIER, 1990, p.17). Desse ponto de vista, expressam relações de poder e dominação, onde, por exemplo, as medidas civilizadoras da administração pública de São Luís impõem um novo modelo de morrer, a *morte asséptica*, ou *morte medicalizada*.

Há que se considerar, nessa lógica, que tal representação de morte interage com valores, percepções, tradições e práticas sociais outrora difundidas, resultando em novas representações para que os indivíduos expressem sua coesão social em uma dada cultura operante. Esta, segundo Pesavento, (2004, p.15) corresponde à um “[...] conjunto de significados partilhados e construídos pelos homens para explicar o mundo”. Além disso, a cultura é algo que se traduz de forma simbólica, pois essas formas de explicação da realidade se dão de forma cifrada e valorativa, conforme a dinâmica dos acontecimentos na História (PESAVENTO, 2004, p.15-16). Tendo em vista as diferentes apropriações culturais que a morte



sofre ao longo dos tempos, julgamos adequado estudar a morte, também, sob um ponto de vista cultural.

Com base nos pressupostos delineados até o momento, nossa narrativa histórica sobre os anos iniciais do século XX utilizou diversos documentos institucionais produzidos por autoridades políticas e sanitárias atuantes no contexto epidêmico submetido a estudo. Assim, foram analisados relatórios e ofícios da Inspetoria de Higiene do Maranhão, mensagens de governantes em exercício, textos jornalísticos, leis, decretos, dentre outros.

Enfatizamos em nosso estudo os discursos do médico paulista Victor Godinho sobre sua atuação em São Luís. Através de um relatório produzido como prestação de contas de seus serviços na capital ludovicense, intitulado *A Peste no Maranhão*, pudemos acompanhar a difusão de um saber, à época considerado “moderno”, voltado ao exercício da medicina e higiene pública em São Luís.

Além desse relato, um livro de memórias sobre sua estadia no Maranhão, ao lado de seu parceiro de trabalho Adolpho Lindenberg, também foi analisado. O livro *Norte do Brazil, através do Amazonas, Pará e Maranhão*, de autoria desses médicos, corresponde a uma coletânea de artigos publicados no jornal *O Estado de São Paulo*, que durante um tempo sanou a curiosidade dos paulistas sobre terras tão distantes que esses médicos foram higienizar, portanto, “civilizar”.

Ao lado do Código Sanitário de 1904, instituído com o término da epidemia de peste bubônica na capital, e outros documentos produzidos com o surto de varíola, temos nesses relatos importantes representações sobre a morte e os mortos em um período de difusão do saber médico nas capitais da República.

Nessa direção, esse estudo está dividido em três momentos. Em primeiro lugar, trataremos das condições de insalubridade que o centro urbano de São Luís proporcionava aos seus habitantes, especialmente, para aqueles mais expostos a essas condições. Nesse momento, destacaremos a divulgação de preceitos ligados à Medicina Social a partir da intensificação das relações industriais naquela sociedade.

Em seguida, analisamos a estreita relação entre morte e Saúde Pública na República, destacando a importância da civilização dos costumes fúnebres para o enfraquecimento da morbiletalidade. Destacamos, também, o fortalecimento de um “pensamento médico aplicado à morte” (ANTUNES, 1999, p.236), com ênfase no *tratamento* dispensado aos mortos, para manutenção da salubridade local.

Por fim, analisaremos as medidas de combate à peste bubônica proporcionadas pelo médico Victor Godinho, e suas implicações para o fortalecimento de uma visão higienizada, medicalizada e burocrática perante os cadáveres. Na ocasião, serão analisadas as novas regras impostas aos mortos, como expressão de uma cidade idealizada pelas autoridades políticas e sanitárias, a partir do advento da lei n.358 de 9 de junho de 1904 e do novo Código Sanitário instituído.

## **2 SÃO LUÍS NO INÍCIO DO SÉCULO XX: epidemias e insalubridade para os vivos**

Nos anos iniciais do século XX a capital ludovicense foi acometida por graves surtos epidêmicos, como os de varíola e peste bubônica. A rápida disseminação dessas doenças e a necessidade de proporcionar ações médicas àquela capital tornou-se objeto de atenção de diversas autoridades políticas que discursavam sobre a necessidade de diminuir o número de óbitos prevalente.

Dito isto, julgamos que uma análise histórica desse contexto parte de uma visão multilateral sobre a atuação das epidemias em uma dada sociedade. Segundo Foucault (1977, p.27), existem diferentes fatores que proporcionam, mantêm ou intensificam o surgimento dessa forma de manifestação de doenças. Por isso, esse autor explica que toda “constituição epidêmica”, na realidade, é capaz de manter certa “individualidade histórica”, pois suas características se manifestam “uma única vez no tempo e no espaço”. Por isso, o olhar lançado pelo investigador perante a atuação das epidemias, em dado momento histórico, precisa ser muito amplo.

Nessa lógica, postulamos que diferentes fatores foram responsáveis pelo surgimento de doenças na capital ludovicense desse período. Dentre esses, podemos citar: a estruturação do centro urbano de São Luís, a forma pela qual este espaço era apropriado pela população, a ineficiência dos serviços públicos ligados à salubridade (distribuição de água, rede de esgotos e coleta de lixo) etc., são fatores que por apresentarem um mau funcionamento, ou mesmo inexistirem, naquela época interferiam decisivamente para a morbiletalidade da população. Por isso, julgamos relevante esboçar um quadro urbano da capital nesse início de século.

### **2.1 Centro urbano de São Luís: um espaço insalubre**

Em primeiro lugar, é importante considerar que a região que estamos representando ainda guardava feições coloniais, pois o conjunto arquitetônico de épocas passadas ainda estava quase inalterado. Os médicos Victor Godinho e Adolpho Lindenberg, logo ao desembarcarem em terras ludovicenses, afirmavam,

em suas primeiras impressões, que São Luís era uma cidade antiga, pois na época estava perto de completar 300 anos.

Além disso, os médicos esclareciam que essa antiguidade também estava expressa nas feições do centro urbano, pois a “parte velha” da cidade, com seu imponente conjunto arquitetônico, era a inspiração para a construção das casas e ruas novas. Por isso, os médicos demonstravam certo estranhamento diante da localidade, pois afirmavam que: “[...] ao forasteiro é difícil afirmar pelo typo das ruas e dos edifícios qual a cidade colonial, qual a contemporanea” (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.153).

Sobre as casas ludovicenses, esses médicos caracterizavam os sobrados coloniais que serviam de modelo para as demais habitações. Essas residências ajudavam a compor o “aspecto antigo” da cidade:

Os sobrados do Maranhão dão-lhe uma característica nota architectonica. Ver um é ver todos. A forma é a de um cubo, mais ou menos; a fachada é liza, sem uma aresta, sem nenhuma reintrancia em que se detenha o olhar. Nos primeiros andares as clássicas sacadas verdes; nos segundos, que são frequentemente sotams, janellas, ás vezes. O azulejo é usado por toda parte e fórma essencial attributo das residências distinctas; seus padrões variam, mas os azues são os preferidos [...]. A feição da cidade é, portanto, por suas casas, sempre a mesma, quer se trate de edificios antigos ou modernos. Deste a impressão é pouco animadora; não passam de simples imitação dos antigos. Dão a idéa de certas crianças, que filhas de pais decaídos, já nascem velhas (GODINHO; LIDENBERG, 1906, p.154).

Outro dado relevante a ser considerado sobre esse contexto refere-se ao fato de que a cidade estava recortada pelos rios Bacanga e Anil, e limitada pela Baía de São Marcos, destacando-se, sobremaneira, como região portuária. Por isso, áreas próximas à Rampa do Comércio e ruas como a de Nazareth, Trapiche e Caminho Grande eram constantemente alvo da circulação de pessoas e mercadorias.

A constante movimentação do porto, claro, tornava-se um agravante para a disseminação de doenças de caráter epidêmico. Godinho & Lindenberg (1906, p.147) também registraram um constante movimento na zona portuária de São Luís:

[...] mensalmente visitam-no oito paquetes do Lloyd, dois transatlânticos inglezes, dois allemães, além de grande numero de vapores fluviaes que diariamente navegam para o interior, dando assim ao porto muita vida.

As demais ruas de São Luís, diziam os médicos, registravam um aspecto “calmo demais” (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.162). Por isso, o pouco movimento que se fazia presente nesse contexto epidêmico era proveniente dos “[...] carros que se via transitar [e que] eram ambulancias ou carros de desinfecções” (GODINHO, 1904, p.9).

Outro documento relevante para respaldar uma tentativa de recomposição do espaço urbano de São Luís refere-se à obra do engenheiro do Estado do Maranhão, Palmerio de Carvalho Cantanhede, intitulada *Saneamento das cidades e aplicação à capital do Maranhão* (1902). Nessa obra, é possível vislumbrar algumas características do espaço físico da cidade, como a prevalência do terreno acidentado, que causava muitas ladeiras, e a considerável quantidade de mananciais na capital. Alguns desses já severamente comprometidos pela contaminação e o desmatamento (CANTANHEDE, 1902, p.12).

Além disso, o autor enfatiza os diversos problemas decorrentes da ocupação desordenada na capital, especialmente nos bairros recentes, como o do Apicum e da Currupira. A visão que Cantanhede (1902, p.132) mantinha sobre São Luís era de uma cidade com grande quantidade de espaços arborizados como jardins e praças. Todavia, em sua opinião, tratava-se de uma cidade que carecia de estudos que estabelecessem os atuais e futuros limites territoriais. Em consequência disso, a maior preocupação do autor era em relação às habitações populares que se multiplicavam à época e causavam transtornos à higiene pública que priorizava o arejamento e o alargamento das ruas.

Os médicos Godinho & Lindenberg (1906, p.154) também criticaram a ausência de ruas largas em São Luís. Isso, na visão desses autores, comprometia a circulação de ar e favorecia a umidade nas casas:

Estreitas, algumas de suas ruas mal permitem a entrada do sol nas casas, que delle tanto precisam no tempo das chuvas. Este mal é ainda agravado pelo grande numero de sobrados, alguns de tres e quatro andares, verdadeiros caixões de pedra e cal, dominando às vezes ruas inteiras e transformando-as em simples corredores.

Nas observações do engenheiro Palmerio Cantanhede, identificamos os bairros mais recentes àquela época, assim como a forma desorganizada pela qual foram estabelecidas as casas mais recentes junto às edificações antigas. Para o autor, os novos bairros eram fruto da omissão do poder público que não estabelecia

medidas rigorosas para essas construções. Por isso, não atendiam aos padrões de estética de época e eram vistos como “defeituosos”:

Outras casas foram se construindo ao lado d'essas [as mais antigas] e dentro de pouco tempo, acharam-se encorporados á cidade muitos bairros defeituosos, que vieram se juntar aos outros, como eles formados e respeitados pelos poderes municipaes. O bairro da Currupira com suas ruas de 5 e 6 metros, o de São Pantaleão, o do Apicum, o que se está formando nas proximidades da estação Ferro Carril e bem assim outro, além dos Dois Leões no Caminho Grande; tudo isso constitue a futura cidade, ou antes a cidade nova – expansão da actual. Como as casas primitivas sejam geralmente ordinárias, muitas de palha e fora do perímetro da cidade, ninguém lhes impõe arruamentos a obedecer. Não ha lei regulamentando a matéria e uma vez construidos esses casebres, a população vae se aglomerando em torno, as habitações vão, pouco a pouco, sendo substituídas por outras melhores e a cidade com maior numero de vielas tortuosas e feias (CANTANHEDE, 1902, p.132-133).

Mas, o que se tem destacado até o momento sobre a cidade de São Luís, diz respeito à sua *materialidade*, relacionada a alguns aspectos de insalubridade, sendo essa *materialidade* reconhecida como um tipo de ação humana sobre a natureza e “distinta de um espaço rural” (PESAVENTO, 2007, p.14). Essa forma redutora de se conceber o espaço urbano exclui outras dimensões do fenômeno como as *sociabilidades* e as *sensibilidades* que as cidades comportam.

Por isso, partimos da ideia de que a cidade é uma *expressão social*, pois compõe um “tecido urbano sempre renovado de relações sociais”, estabelecido através de personagens, atores sociais, práticas de interação, etc., como exemplifica Pesavento (2007, p.14.). Há mais, contudo. A cidade também pode ser vista sob o ângulo das “emoções e sentimentos dados pelo viver urbano”, pois identificam utopias, esperanças, desejos e medos, proporcionados pela vida em proximidade.

Nessa lógica, a visão que lançamos sobre a cidade de São Luís naquela época, versa sobre a necessidade de construir uma narrativa que identifique também as “marcas, as pegadas” (PESAVENTO, 2007, p.14) daqueles que, naquele contexto, habitaram a capital ludovicense, mesmo tendo uma informação de que o centro urbano, naquele cenário epidêmico, estava quase deserto.

Os médicos Victor Godinho e Adolpho Lindenberg (1906, p.148) exprimiam certo desalento ao desembarcarem em São Luís:

Grande numero de amigos e parentes se tinha ausentado da cidade com o aparecimento da peste. Os sítios do Cutim, da Mayoba, do Anil, do Turú, as cidades de Alcantara, Vianna, achavam-se superpovoados de famílias

foragidas. A melhor gente fugira do flagello. Iremos, pois, desembarcar em uma cidade deserta e triste...

Com esse ponto de vista, julgamos que é importante considerar as interações existentes entre os habitantes, o espaço urbano e o desenvolvimento das doenças, como formas de *sociabilidades* e *sensibilidades* de *um viver urbano* em São Luís em épocas passadas.

Mas quem eram os moradores deste espaço urbano naquela época? De início, nos limitaremos a uma visão geral sobre a quantidade de habitantes da capital, mesmo sabendo que sobre essa questão não temos dados confiáveis, pois não há um serviço eficiente de contagem da população. Palhano (1988, p.155) destaca que o Censo demográfico de 1900 firmou que a população da capital era de 36.798 habitantes. De outro modo e, com base em um cálculo realizado a partir do serviço de inspeção de domicílios, Victor Godinho (1904, p.105) estimou uma média próxima à 60.000 habitantes.

O engenheiro Cantanhede (1902, p.132), por sua vez, também estipulou um número próximo aos dados fornecidos por Victor Godinho. Segundo destaca, a população aproximava-se a 50.000 pessoas, distribuídas em 5.000 casas, em uma área que abarcava 360 hectares. É notório que se existia um número de habitantes próximo ou superior a 50.000 pessoas nesse centro urbano, correspondia a uma densa população comprimida em um espaço consideravelmente restrito e mal ordenado.

A grande quantidade de habitantes no centro urbano de São Luís e a desorganização do espaço físico juntavam-se à quase inexistente infraestrutura sanitária da cidade. Esses elementos causavam diversos problemas, especialmente, para as classes populares que cotidianamente conviviam com as condições de insalubridade. Isso, claro, culminava em diferentes doenças endêmicas e epidêmicas<sup>4</sup> na região.

Essa população também era obrigada a conviver com precários serviços públicos ligados à salubridade<sup>5</sup>. Observamos, de acordo com Palhano (1988, p.

---

<sup>4</sup> Sobre as doenças de caráter epidêmico já destacamos a presença da varíola e peste bubônica nesses anos iniciais do século XX. No que diz respeito às endemias reinantes tomamos por base os discursos dos médicos Godinho & Lindenberg (1906, p.203-205) ao identificarem, principalmente, a presença do beri-beri, chamado também de "mal de Ceylão", o impaludismo, a febre amarela - reconhecida como "mal de Sião", a morphéia, a dysenteria e a tuberculose.

<sup>5</sup> Referimo-nos aos serviços de distribuição regular de água, saneamento urbano advindo de uma rede de esgotos eficiente e serviço de coleta de lixo.

142), a prevalência de uma “ordem escravocrata” que alocava esses serviços às elites políticas e econômicas da cidade. Evidentemente, isso excluía boa parte da população da capital, que se apropriava do espaço urbano desordenadamente, consumia a água que pudesse dispor e se desfazia de seus detritos nas ruas da cidade, ou mesmo lançando-os ao mar.

Sobre isso, diferentes autores, contemporâneos ou não, já trouxeram a tona os problemas advindos da insalubridade urbana na capital desse período<sup>6</sup>. Observa-se, também, que os discursos de governantes e autoridades sanitárias da capital também estavam consoantes a esses problemas, mas pelo que percebemos, pouco se preocupavam em reverter a situação.

O relatório da Inspetoria de Higiene do Estado, documento anexado à *Mensagem apresentada ao Congresso do Estado* (1901) pelo governador Gualberto Torreão da Costa, faz um levantamento dos principais problemas de infraestrutura urbana, dos quais destacamos três principais: a falta de água, a ineficácia do serviço de coleta de lixo e a ausência de uma rede de esgoto. O inspetor sanitário Felicissimo Rodrigues Fernandes, inicialmente, se ocupa em denunciar o problema da falta de água na capital:

A quantidade de agua fornecida à nossa população é por demais insufficiente para as mais urgentes necessidades da vida. Desde Setembro é tal a falta d'agua, que se pode dizer que a cidade não recebe agua para beber, há bairros onde se tem comprado vinte litros d'agua por 800 reis e mais (INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1901, p.14).

Não somente a quantidade de água era insuficiente para suprir as necessidades básicas da população, como a qualidade do líquido estava comprometida. Na ótica do inspetor isso ocorre por que:

Nos mananciaes do Barreto, o fundo do reservatório superior, que é de vasa acha-se descoberto e exposto á acção directa dos raios solares, transformado em um verdadeiro pântano; acham-se nas mesmas condições dois pequenos reservatorios ultimamente abertos nas proximidades da casa da machina (INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1901, p.14).

Sobre a remoção do lixo das casas e ruas prevalecia o descaso, tal como denunciou em outro momento Palhano (1988, p.235). O engenheiro Palmerio

---

<sup>6</sup> Cf. Meireles (1993), Palhano (1988), Medeiros (2006) dentre outros.



Cantanhede (1902, p. 126), por sua vez, criticava o estado de abandono que a capital vivenciava nesse quesito:

A remoção do lixo é um serviço que está para ser organizado no Maranhão. Quem percorrer o littoral da cidade, os seus arredores, alguns chãos vasios de certos quintaes há de ficar pasmo, ao ver a quantidade de resíduos de toda sorte, atirados por essa vasta extensão. Os covões do Campo d'Ourique estão cheios de detritos vegetaes e animaes, e a parte que se acha aterrada deve ao lixo o serviço feito.

Mas o que mais nos chamou atenção, é que os discursos do inspetor Felicissimo Rodrigues Fernandes, anteriormente mencionados, não se voltam ao problema mais grave que é a ineficiência do serviço de coleta de lixo. As poucas linhas que o inspetor propõe para expor a situação às autoridades estão relacionadas às condições do *transporte* do lixo e não sobre a sua *eficácia* ou *regularidade*:

Entre nós a remoção do lixo e da lama podre do interior das nossas habitações, por conta de particulares, é feito ainda nos mesmos carros que se empregam no transporte de toda sorte de mercadorias, inclusive as destinadas á alimentação publica. Não precisa grande esforço para se comprehender os graves prejuisos que tal pratica resultam para saude publica. É portanto urgente necessidade a adopção de medidas que a isso ponham termo (INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1901, p.16).

A ausência de uma eficiente rede de esgotos também era objeto de preocupação do referido inspetor, que criticava o acúmulo de “águas servidas” nos quintais ou a dispersão desse tipo de líquido nas ruas da cidade:

As actuaes latrinas recebem apenas as materias escrementarias. As águas servidas ou ficam estagnadas nos quintaes onde se putrefazem ou são lançadas na rua. No fim de algum tempo ellas transformar-se-hão em focos permanentes de infecção por que não são esvasiadas e desinfectadas como convem, e alem disso podem concorrer para a contaminação dos poços que fornecem a maior parte d'agua que actualmente se consome nas nossas habitações. Em uma cidade como a nossa que não possui meios de remoção das matérias fecaes e que mal dispõe d'agua para beber, os que tem o dever de zelar pela saude publica luctam com serias dificuldades quando se trata de impedir a propagação de moléstias transmissíveis, e por via de regra pouco ou quasi nada conseguem (INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1901, p.15).

Percebemos que a lógica das denúncias contra a situação de abandono da capital era a seguinte: em primeiro lugar, a falta de água na capital obrigava a

população a consumir águas comprometidas pela contaminação. A ausência de uma rede regular de esgotos contaminava os mananciais e as ruas da capital e, a ausência de coleta de lixo, favorecia a proliferação dos ratos que disseminavam doenças, como a própria peste bubônica.

Diante da gravidade dos fatos, o caos de insalubridade também era exposto nos jornais de circulação no centro urbano de São Luís. São inúmeros os relatos que enfatizavam a relação entre o precário estado sanitário da capital e o surgimento de epidemias:

Agora que a ameaça em que nos temos achado de vermos cada momento surgir entre nos o flagello da peste bubônica, que, segundo as auctoridades competentes da Republica, está grassando na capital federal, veio despertar entre nós ideia de cuidar-se da publicyca hygiene, é occasião asada para chamarmos attenção dos poderes públicos para uma providencia indispensavel ao saneamento desta capital, cujas condições higiênicas deixam muito a desejar nos últimos tempos. Refiromo-nos ao estabelecimento d'uma rêde regular de esgoto, cuja necessidade há muito se faz sentir entre nós. É conhecido de todos o pessimo e insuportavel systema de fossas fixas nos fundos dos quintaes, adoptado entre nós para n'ellas serem vasadas as materias fecaes. Estas ali ficam por muito tempo; enchendo a athmoshera dos seus miasmas e dest'arte envenenando a população, obrigada a sorver pela respiração um ar viciado (JORNAL DA MANHÃ, 11.07.1900).

Um dado importante a ser considerado nesse contexto é a divulgação das novas concepções derivadas da bacteriologia e microbiologia nos meios científicos e intelectuais. Todavia, como era esperado, o enfraquecimento das “teses miasmáticas” não ocorreu repentinamente, sendo recorrentes alguns elementos das antigas concepções fundamentadas nos supostos “gases” ou “vapores” causadores de epidemias e contaminações, perante as novas teses sobre o caráter pernicioso da insalubridade.

Antunes (1999, p.268-269) explica que enquanto não foi concretizada a diferença entre “micróbios” e os supostos “eflúvios” da matéria orgânica em decomposição, as conquistas da microbiologia apenas intensificavam a ideia de que elementos como o lixo, plantas e animais em putrefação contaminavam o ar e, sendo assim, eram vetores de moléstias. Desse ponto de vista, “micróbios” ou “miasmas” deveriam ser combatidos com desinfecções e severas práticas higiênicas.

Por isso, nesse contexto, o surgimento de epidemias na capital culminava na urgência em afastar os mortos da comunidade dos vivos. Afinal, o higienismo do

século XIX, em muitos sentidos ainda reinante naquele contexto, foi o grande responsável pela divulgação do caráter pernicioso dos cadáveres em decomposição.

Aliás, com essas teses, a imagem dos corpos mortos passava a ser divulgada em meio a um pavor construído pelos pressupostos da medicina que, nada mais era, do que o pavor da contaminação. Essa representação é de acordo com a tese de Machado (et. al. 1978, p.288) ao explicar que o horror proveniente do cadáver, ao longo do século XIX, é consequência, de uma possível “transmissão do estado de morte” que o mesmo está em vias de difundir perante uma comunidade de vivos.

E, com base no que foi exposto, é de se esperar, que diante de tantas omissões do poder público em relação às questões de insalubridade urbana, o serviço de remoção de cadáveres deixados pelas doenças também fosse deficiente.

O descaso em relação à retirada dos corpos mortos da proximidade dos vivos, no auge da epidemia de peste bubônica, foi evidenciado por Victor Godinho (1904). Aliás, para o médico em questão este era um dos principais motivos para a ascensão da epidemia reinante na capital. Identificamos em seu discurso uma severa crítica ao serviço do Desinfetório, repartição ligada a Inspetoria de Higiene do Estado do Maranhão, responsável pela remoção, destino e tratamento adequado dos cadáveres:

O serviço feito pelo Desinfetorio assim montado não podia deixar de ser defeituoso. As remoções de doentes faziam-se com uma morosiade apenas justificada pela fraqueza das parêntes e pela marcha ascendente da epidemia, ficando frequentemente doentes para serem removidos no dia seguinte ao da notificação. **O mesmo se dava com os cadáveres que, as vezes, só eram removidos 24 ou 36 horas depois de se ter dado óbito** (GODINHO, 1904, p.16. Grifo nosso).

A omissão das autoridades políticas da capital, também estava expressa, segundo o referido médico, através da ausência de registros ou dados precisos sobre os óbitos vitimados pelo *morbis*. O controle da doença e a promoção da saúde dos vivos eram comprometidos devido a práticas ineficientes daqueles que deveriam zelar pela salubridade. Por isso, no início de sua atuação o próprio médico desempenhava uma função básica, como a contagem dos enfermos em regime de isolamento. Em seguida, o médico questionava a ausência de informações sobre os sepultamentos realizados até então:

Era preciso que os defeitos da engrenagem administrativa se fossem evidenciando na prática diária para serem corrigidos. Eu não consegui saber qual o número exacto de doentes e de obitos que tinha havido até então, qual media diária, semanal ou ao menos mensal. O isolamento até então não remetia boletins diários a repartição, de sorte que para se saber quantos doentes existiam no hospital, em um momento dado, era preciso ir contá-los. Os enterramentos eram feitos sem registro de espécie alguma e por ordem da própria hygiene, que não conseguiu harmonisar a urgencia dos enterramentos com o fornecimento de notas indispensaveis ao registro civil e ao cemiterio; ignorava-se quem tinha sido sepultado, sabendo-se apenas o numero de enterramentos. Esta situação já vinha desde de 1 de janeiro e corria anormal desde o começo da epidemia (GODINHO, 1904, p.19).

Essa situação, aos poucos, estava em vias de se tornar insustentável. Tornava-se urgente realizar a “grande revista dos mortos e vivos” (FOUCAULT, 1987, p. 163). Consequentemente isso trazia a necessidade de viabilizar preceitos ligados à medicalização social. Todavia, os discursos médicos também estão permeados de interesses sociais. Afinal, como diz Foucault (2009, p.10), o discurso não é meramente aquilo que “traduz as lutas ou os sistemas de dominação”. Corresponde àquilo, “por que” se luta, “pelo que” se luta. E, em suma, corresponde àquilo “pelo qual” queremos nos apoderar. Diante dessa advertência, poderíamos nos questionar: a que interesses respondiam a intervenção do poder público da capital, traduzidas em discursos e práticas de combate às epidemias que grassavam?

## **2.2 Discurso médico e controle social dos corpos: uma das faces do discurso capitalista de medicalização social**

Outra característica importante sobre São Luís no início do século XX diz respeito ao aumento da capacidade produtiva de sua indústria têxtil, algo que trouxe significativos lucros para aqueles que se beneficiavam diretamente desse sistema. Além disso, a prevalência das fábricas na capital correspondia a um importante alicerce de referências “morais e materiais”, que trouxe, em fins do século XIX, valores e discursos ligados à modificação do espaço urbano e das relações sociais, além de transformações na organização do trabalho (CORREIA, 2006, p.185).

O que se quer destacar é que mesmo assumindo algumas continuidades com os sistemas político-econômicos desenvolvidos em outras épocas, o sistema fabril ludovicense colocava a capital em contato com relações mais consoantes ao modelo capitalista industrial. Isso, claro, incidia no modo pelo qual as políticas voltadas à Saúde Pública eram desenvolvidas na capital.

Por isso, Sabroza (2012, p.14) esclarece que essa forma de conceber a medicina das populações, entendida também como “higiene pública”, ao longo de sua formação, também pode ser vista como um mecanismo estratégico de um “[...] processo de controle social sobre as condições de reprodução dos grupos sociais, direcionado ao saneamento do ambiente urbano e mudanças nos padrões culturais do proletariado”.

Em sua atuação, o médico Godinho (1904, p.104-105) expressou uma visão sobre a capital ludovicense desse período, já acenando um dos problemas da aglomeração urbana causada pelo advento das fábricas: “[...] S. Luiz é uma cidade de população muito condensada. É um centro muito industrial e por isso dando abrigo a grande número de pessoas de pouco conforto na vida social, como são em regra os operários”.

A partir de outro ângulo, Cantanhede (1902, p.5) destacava que o desenvolvimento econômico das capitais trazia diversos problemas que, atualmente classificaríamos, como “problemas ambientais”. Para o engenheiro, grande parte da humanidade, nos grandes centros populosos, lutava contra um “ar viciado”, e a água e o solo contaminados, algo que comprometia severamente a saúde das populações. Por isso, esses elementos deveriam gerar mudanças na forma de se conceber a gestão pública das cidades. Cantanhede (1902, p.37) chegava até a criticar um dos símbolos da “modernidade” e do “progresso” em São Luís: a Fábrica de Fiação e Tecidos Rio Anil. Segundo argumenta, o consumo exacerbado de recursos hídricos, que a fábrica necessitava, exauria as capacidades do rio Anil, algo que comprometia a distribuição de água na capital.

Do ponto de vista das classes dirigentes, o início do século XX, correspondia a um momento em que as elites da capital auferiam os lucros do período conhecido como “euforia industrial”, vivenciado em fins do século XIX. Segundo Melo (1990, p.34), a desestruturação do sistema econômico anterior, em decorrência, especialmente, do fim do trabalho escravo e do Império, teve como consequência os investimentos de capitais na atividade têxtil em São Luís e em

outras regiões do Maranhão, como Caxias e Codó. Em consequência disto, como registram Godinho & Lindenberg (1906, p.208) a capital tornava-se reduto de “gente abastada” e “[...] para proval-o basta dizer que as grandes empresas de navegação fluvial e marítima, e todas as fabricas de tecido foram montadas exclusivamente com capitaes maranhenses, na avultada somma de 24.000 contos de réis”.

Em São Luís, os investidores que possuíam maiores participações no capital das fábricas tinham suas atividades ligadas ao comércio, os demais eram ligados à Bancos e outros setores da indústria (MELO, 1990, p. 34-35). Com base nessas características foram implantadas na capital, “[...] sete fabricas de tecidos, em que se occupam milhares de operarios” (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.208). Com essas características, as fábricas trouxeram novos comportamentos em relação ao trabalho, muitas vezes tornando essa atividade, em *assalariada* e os trabalhadores em *operários*.

Buscando perceber as “marcas” ou “pegadas” (PESAVENTO, 2007, p.14) desses habitantes na cidade, os estudos de Correia (1990, p. 186) são importantes, pois esclarecem que a presença maciça do aglomerado urbano na capital era formado, especialmente, de ex-escravos recém-libertos e pobres em geral que se refugiavam das secas nordestinas em busca de melhores condições de vida.

A presença dessas pessoas na capital ludovicense foi registrada pela fala do Inspetor de higiene Felicissimo R. Fernandes, em relatório direcionado ao governo do Estado. Segundo diz o inspetor, essas pessoas geralmente eram moradoras de habitações coletivas chamadas de “baixos sobrados”, considerados à época “focos de infecção”:

[...] o morador que em regra é um individuo desprovido de meios, até para subsistência, e com muita dificuldade obtém o necessario para o pagamento do aluguel que quando vem do interior deste Estado, do Ceará e do Piauí, aqui permanecem por alguns dias em transito para o Pará, e Amazonas a procura de trabalho, ou quando de lá regressam na sua quasi totalidade com a saude comprometida (INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1901, p. 2).

Nessa lógica, a população urbana pobre formava o grande contingente de operários das fábricas, sendo a maioria dos postos de trabalho ocupados por mulheres e crianças, sendo, também, esse tipo de mão-de-obra o mais explorado e desvalorizado. Sobre isso, os médicos Godinho & Lindenberg (1906, p.169) assim

registraram: “[...] é grande o numero de familias de operários, sobretudo mulheres, que se occupam nas fabricas de tecidos”.

Nesse contexto, se intensificam discursos sobre o caráter imprescindível da medicalização dos cidadãos, em especial para os pobres urbanos, compreendidos como risco moral e sanitário. Nessa ótica, São Luís sofre influências de preceitos da medicina social e, por isso, os “agentes da inteligência local” (LAPA, 1996, p.17)<sup>7</sup>, passavam a se ocupar com as “baixas repentinas” - morte por epidemias, e também com as doenças endêmicas que “corroem as forças produtivas” das sociedades (FOUCAULT, 2000, p.291).

Isso, claro, ocorre conforme o processo de expansão do modelo industrial no restante do mundo. Afinal, o capitalismo exige não somente o controle dos corpos, mas também seu reforço para a manutenção do sistema excludente. Por isso, esse sistema exige, especialmente, “[...] o ajustamento da acumulação dos homens ao capital” (FOUCAULT, 1999, p.133). Com base nessas premissas, Palhano (1988, p.152-153) defende que as campanhas emergenciais, que visavam a salubridade do espaço urbano ludovicense, podem ser atribuídas ao desejo das elites em proteger as forças produtivas da sociedade, principais responsáveis pelo progresso econômico da capital.

Nessa lógica, a fala do inspetor Felicissimo R. Fernandes pode ser novamente utilizada. Após explicar a necessidade de instalação de um eficiente sistema de esgoto na capital, almejando alcançar a “coletividade”, o inspetor apresenta a sua concepção de sociedade, alicerçada em argumentos que misturam política, saúde e princípios da economia:

[...] Todos os sacrificios feitos com o estabelecimento de um bom systema de esgotos e com o abastecimento de água abundante e de boa qualidade são perfeitamente justificados quando se attenta para os beneficios que desse serviço resultam para 'sociedade inteira e principalmente para esta parte activa cujos braços dão a força e a riqueza de um Estado'. As despesas feitas com a hygiene não são improduttivas. – Cada individuo representa na sociedade um capital que contribue para a comunidade doravante todo o período activo da sua vida, com um juro certo representado pelo valor d'aquilo que elle e seus filhos comem, vestem, etc.; ainda mais, - é um capital que se reproduz sob a forma dos filhos que elle alimenta e prepara com o resultado de seu trabalho (INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1901, p. 15-16).

<sup>7</sup> Elite intelectual formada por autoridades políticas, jornalistas, médicos, bacharéis em advocacia e estudiosos de diversos campos do saber que julgavam-se intermediadores e interventores de práticas que visavam superar a insalubridade que atravessava o país.

Em seguida, o inspetor reitera que a perda dos membros de uma sociedade é uma prática que necessita ser erradicada, pois deve-se considerar a contribuição que cada indivíduo fornece à Nação:

A sociedade é portanto prejudicada em seus interesses toda vez que perde um dos seus membros. Os indivíduos que morrem na guerra podem, em determinadas circunstancias, concorrer para o engrandecimento da sociedade de que fazem parte, mais os que morrem de molestia, seja Ella qual for, prejudicam-na sempre (INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1901, p. 16).

Há que se considerar que a medicalização das forças produtivas na sociedade ocidental está ligada, especificamente, ao modelo de medicina social inglês do século XIX. Esse tipo de medicina reuniu as conquistas médicas do Estado Alemão desse período aos eficientes resultados da medicina urbana francesa, em um único modelo que coloca em perspectiva os pobres e os trabalhadores em geral (FOUCAULT, 2007, p. 93-98). Para Foucault (2007, p.97), esse modelo é caracterizado pela realização:

[...] de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la.

É possível perceber diversas características dessa forma de se conceber a Saúde Pública nos discursos que os higienistas atuantes em São Luís veicularam em nosso recorte temporal, como já citamos em trechos de documentos oficiais.

Sintonizado a esses preceitos, o médico Victor Godinho (1904), esclarece medidas imprescindíveis para que as doenças epidêmicas não causem transtornos à capital. Inicialmente o autor levanta a omissão do Estado em relação ao problema das habitações dos operários:

São Luiz é uma cidade industrial e por isso de operarios. Pois bem, tem havido descuido por parte das companhias ou sociedades industriaes em fazer casas higienicas e baratas para os seus operarios, e descuido do poder municipal em auxiliar a iniciativa particular neste sentido por meio de favores especiaes (GODINHO, 1904, p.129).

Em seguida, o médico expõe a necessidade de viabilizar práticas europeias para a resolução do problema. As habitações populares eram vistas como



“focos de peste”, “ninho de tuberculose” que deveriam ser erradicadas por atingir a população em duas vertentes: pela corrupção de sua saúde e pelo comprometimento de suas precárias economias. Por isso, Godinho (1904, p.129-130) estabelece que:

[...] é preciso imitar o que tem sido feito na Inglaterra e Belgica sobre este assumpto. Lá as municipalidades mandam fazer á sua custa villas operarias, não com o fim de auferir lucros, mas com o de favorecer as classes pobres, offerencendo-lhes abrigo confortável, hygienico e barato, sem prejuízo, está visto, para os cofres municipaes. Os governos na Belgica mandam até que as caixas econômicas empresetem dinheiro a juro módico aos proprietários de fabricas que fazem villas operarias hygienicas. Só desta forma os operarios aqui se verão livres dos exploradores de uma outra industria muito rendosa, mas muito pouco humana, a da construcção de cortiços, estes focos de peste, ninho de tuberculose e de quanta molestia que estiola a vida e a bolsa do povo.

Observa-se, portanto, que a compreensão que se tem sobre a proliferação de doenças epidêmicas no início do século XX, em São Luís, está relacionada à necessidade de viabilizar ações médicas perante a classe operária ou os pobres em geral, não permitindo que os mesmos façam isso por iniciativa própria. Isso ocorre em virtude das autoridades não conceberem as práticas da população como “adequadas” aos princípios da medicina da época.

No caso de nossa pesquisa, corresponde, também, a um conjunto de fatores que mesclam concepções higiênicas de séculos passados, como a contaminação por “emanações miasmáticas”, às novas teorias científicas, como a teoria microbiana. Some-se a isso, principalmente, os maus hábitos da população, que segundo a visão das elites intelectuais da época comprometiam a saúde de toda a cidade.

Desse ponto de vista, a maneira mais eficaz das políticas locais alcançarem o controle e a higienização dos habitantes de São Luís é através de seus corpos. Utilizando um preceito dado por Foucault (1987, p. 117) podemos dizer que trata-se de uma tentativa de transformar os pobres urbanos em “corpos dóceis”, algo que ocorre através da “apropriação” do corpo para a eficácia do controle social. Em outro momento, Foucault, (2007, p. 80), explica que essa forma de controle dos indivíduos não é firmado meramente por aquilo que chama de “ideologia” ou “consciência”. Nesse caso, o controle é estabelecido através de uma “somatização”, que corresponde à reformulação de comportamentos tradicionalmente desenvolvidos em uma dada sociedade.

Em meio a esses discursos sobre higiene pública, daquele início de século, observamos que se difundem valores que prescrevem a reformulação de práticas fúnebres. Essas mudanças são incorporadas através de diferentes procedimentos científicos, punitivos, coercitivos, jurídicos, instaurados pelo Estado com o objetivo de elaborar novos procedimentos a serem adotados perante os cadáveres e moribundos. Observa-se, portanto, que os processos que envolvem a finitude humana, nessa lógica, são submetidos a *relações de poder*<sup>8</sup>.

Com base nessas premissas, observamos que se por um lado o início do século XX foi marcado por surtos epidêmicos na capital ludovicense, também devemos considerar a reação do poder público da capital frente a esse grave problema. Daí emerge uma série de políticas com a finalidade de instituir leis e códigos que visavam a administração do contingente urbano atingido por doenças.

Algumas dessas leis foram estabelecidas no final do século XIX, mas ainda estavam em vigência na virada do século, como Código de Postura de 1893. Além disso, temos o Regulamento Sanitário de 1898, conjunto de artigos que explicava, genericamente, as atribuições e funções dos funcionários da Inspetoria de Higiene do Estado.

Com a ameaça de epidemia de varíola em 1899 e o agravamento dos problemas ligados à infraestrutura urbana na capital (problemas que envolviam, dentre outras questões, a administração das forças de trabalho), a partir de 1900 surgem legislações mais abrangentes, culminando em leis e decretos instituídos com a ascensão e término da epidemia de peste bubônica na capital. Assim, temos o Decreto n. 33 de 8 de fevereiro de 1904 – que, sob o comando do médico Victor Godinho, criava o Serviço Extraordinário de Higiene na capital. Além dessas legislações, temos a Lei n. 358 de 9 de junho de 1904 que reorganizava o serviço sanitário da capital e, finalmente, o Código Sanitário de 1904, maior expressão da visão médica perante o espaço público que São Luís já vivenciara até então. Além disso, há que se considerar que a população ludovicense ainda contava com normalizações e procedimentos expressos em relatórios da Inspetoria de Higiene do

---

<sup>8</sup> Diante de ampla argumentação para o tema podemos apreender nos escritos de Foucault (2007), que o conceito *relações de poder* pode ser entendido como um conjunto de condições histórico sociais em que são estabelecidas *ações de poder* de uns sobre os outros. Dito isto, o poder é visto como algo “relacional” ou como estabelece Foucault (2000, p.32), como algo “capilar”, pois não existe o “[...] fato maciço de ‘uma’ dominação global de uns sobre os outros, ou de um grupo sobre o outro, mas as múltiplas formas de dominação que podem se exercer no interior da sociedade” (FOUCAULT, 2000, p.31-32).

Estado, que eram direcionados ao governador em exercício, como modelos de conduta a serem seguidos na capital<sup>9</sup>.

Mas é importante considerar, como faz Meireles (1993, p.66), o alcance dessas leis na capital. Pois, como reitera o autor: “[...] tantas leis e outros tantos decretos deles decorrentes, não impediram que o Maranhão, e especialmente sua bela capital, voltassem a sofrer o flagelo de uma devastadora epidemia logo no começo da nova centúria”. Nesse contexto, o caos de insalubridade, ocasionado por uma ineficiente e, mesmo, ausente infraestrutura sanitária, era maior do que as autoridades de saúde imaginavam.

Some-se a isso as divergências entre as autoridades políticas e as autoridades de saúde da época, pois poder público (Governo e Município) e Ciência, apesar de tornarem-se aliados no combate às doenças do início do século XX, não podem ser vistos como um segmento hegemônico. Essas instâncias também estão preenchidas de interesses sociais, pois são direcionadas por *atores sociais* responsáveis pela *veiculação de discursos*.

A nota a seguir, impressa em jornal de circulação no centro urbano de São Luís, inicialmente destaca a omissão do Governo do Maranhão em fiscalizar ou mesmo impedir a entrada de mercadorias provenientes do Sul do País, local em que a peste bubônica já fazia óbitos. Por isso, a nota denuncia que procedimentos básicos como a quarentena das mercadorias e de passageiros eram realizados precariamente com a chegada de navios advindos do Sul:

[...] nem as quarentenas na Ilha Grande são feitas, como deviam ser-o e nem a Saude do Porto protege os Estados como era de seu dever. Mais do que a saude publica, **parece lhe estar influenciando no espirito o interesse comercial, sem duvida respeitavel, mas não tanto quase sobrepondo ao interesse superior de salvar os Estados do contagio daquela enfermidade** (PACOTILHA, 04.06.1900. Grifo nosso).

Mas no Brasil nos primórdios da República essa concepção de proteger as forças produtivas da sociedade, era apenas um dos vários lados da questão. Essas ideias estavam sintonizadas a uma necessidade de “civilizar os costumes” de uma população tradicionalmente ligada a hábitos, vistos agora, como “atrasados”.

<sup>9</sup> Por hora nos interessou indicar, através do esboço das leis desse período, a reação das autoridades políticas perante o surgimento de epidemias. Observamos que esta reação restringia-se à instituição de leis que não revertiam a situação. No decorrer desse estudo algumas dessas leis serão retomadas limitando-se, nesse estudo, aos aspectos ligados ao controle social exercido pelo Estado e Ciência perante os corpos mortos.

Assim, criava-se a legitimidade do argumento que defende uma necessidade de “imitar” as ações da medicina social Europeia<sup>10</sup>. No caso de São Luís, assim como em outras capitais da jovem República, além do referencial Europeu, também deveria seguir preceitos médico-sanitários aceitos na Capital Federal que passava por um amplo programa de reforma e saneamento de sua malha urbana.

Mas é importante considerar que os meios utilizados para medicalizar a sociedade, naquele início de século, no contexto europeu e brasileiro, também devem ser compreendidos como formas de segregação social, visto que se destinavam quase que exclusivamente à população pobre. Aliás, esse público era cotidianamente perseguido pelas investidas médicas que excluía alguns corpos da sociedade – como os corpos falecidos, por exemplo. Daí emergem severas regras de conduta que os cidadãos de uma *urbe* devem seguir.

Nessa lógica, os fenômenos ligados à morte também estarão adstritos aos preceitos da Medicina Social e, por isso, ligados à civilização dos costumes naquela sociedade. Mas há que se considerar outra questão. Ao proporcionar ações médicas à população e, conseqüentemente, ao prolongar a vida e a saúde das pessoas, os processos ligados à morte também sofrerão os impactos da medicalização. Ocorre, portanto, algo que Foucault (2000, p. 294) denomina como “desqualificação progressiva da morte” com o enfraquecimento dos tradicionais ritos fúnebres em nome de padrões higiênicos ou mais “adequados” para aquele contexto.

---

<sup>10</sup> Como exemplo, basta lembrar que diversos trechos das obras de Palmerio Cantanhede e do médico Victor Godinho traziam como ponto de partida as ações desenvolvidas na Europa para justificar as intervenções médico-políticas na capital ludovicense.

### 3 SAÚDE PÚBLICA E REPÚBLICA: políticas higienistas voltadas para os mortos

Os ideais republicanos vivenciados no Brasil, na virada do século XX, viabilizaram o processo de medicalização da vida e da morte dos cidadãos nas principais capitais da jovem Nação. Ganha relevo, também, a difusão de valores sobre a necessidade de *civilizar* os costumes da população e, com isso, alcançar o nível de bem-estar que algumas cidades europeias já haviam alcançado através de políticas voltadas ao espaço urbano. Nessas políticas, a ênfase está no combate à insalubridade, por isso as vacinações em massa, o afastamento de práticas fúnebres, o controle dos portos, e a repressão às condutas consideradas desviantes serão práticas difundidas como meios para atingir o saneamento urbano e moral.

Nessa ordem dos fatos, alcançar a tão sonhada “civilização” será uma das prioridades entre autoridades político-sanitárias da República. A emergência de um discurso civilizador, que respaldava as ações de Saúde Pública, nesse momento, tornava-se patente ao passo que as epidemias grassavam nas capitais da República. Mas não devemos esquecer que, ao longo do século XIX, as decisões do Império já demonstravam interesse com a questão, especialmente, no que diz respeito à separação geográfica entre vivos e mortos, com a construção dos cemitérios das capitais.

Todavia, no período republicano esse discurso é *aperfeiçoado*, especialmente, no tocante ao *tratamento* destinado aos corpos mortos. Algo que, para nós, denota um aumento da responsabilidade da Administração pública da capital perante a finitude humana e, evidentemente, a perda de autonomia de enlutados e moribundos perante o gerenciamento de seus corpos. Por isso, partimos do pressuposto de que os ritos fúnebres, desde o século XIX, deixaram de pertencer ao âmbito doméstico, destinando-se ao longo do regime Republicano, cada vez mais, aos discursos normalizadores da administração pública.

#### 3.1 A “influência nefasta dos mortos”<sup>11</sup> e a civilização dos costumes fúnebres

---

<sup>11</sup> Foucault (2007, p.90).

Segundo Palhano (1988, p.152), na virada do século XX não era apenas a capital ludovicense que era atingida pela insalubridade e por doenças de caráter epidêmico. Conforme afirma o autor, “[...] o Brasil todo era um país pestilento”. Isso, claro, era visto como um empecilho para o desenvolvimento da Nação, algo que incentivava a localização desse problema no alvo das ações modernizadoras e civilizatórias do regime Republicano.

Outra característica das capitais da República, nesse período, diz respeito à complexa estrutura urbana fomentada pela política econômica iniciada a partir da segunda metade do século XIX com o fim do sistema escravista. Nesse contexto, estava situada a implantação das fábricas ludovicenses, principal componente para a complexificação das relações econômicas e sociais em São Luís no início do século XX.

Esse contexto pode ser compreendido através da grande quantidade de discursos voltados às questões urbanas e sociais, configurado, principalmente, em normalizações incentivadas pela nascente Saúde Pública, consoante às políticas europeias de medicalização. Aliás, os “agentes da inteligência local” (LAPA, 1997, p.17) compreendiam os problemas ligados à insalubridade, prevalente nas capitais, como uma continuidade dos tempos coloniais, algo que deveria ser combatido em nome da “modernização” e da “civilização”.

No que diz respeito ao modelo francês de medicalização social, amplamente divulgado nas capitais da República do Brasil como meio para se atingir a modernização, Foucault (2007, p.85-93) explica que esse modelo teve sua gênese em fins do século XVIII, por razões ligadas ao âmbito econômico<sup>12</sup>. Tendo como prioridade a regulamentação do espaço urbano da capital francesa, esse mecanismo médico-político, ao longo do século XIX, se tornará cada vez mais eficiente, com a formação de uma população operária capaz de reivindicar espaço e meios de subsistência. Nesse momento, a cidade se voltará para a angústia e o medo da vida nas cidades, devido à ausência de um serviço político-sanitário capaz de suprir as necessidades do complexo tecido urbano que se delineava.

Nesse ínterim, a solução encontrada pelo Estado e as elites da época para resolver esses problemas na capital francesa foi a adoção do modelo médico-político conhecido como “quarentena”. Daí difunde-se ações voltadas para a

---

<sup>12</sup> Relações comerciais e de produção vividas na Europa desse período.

localização dos doentes, vigilância, produção de relatórios, desinfecções, controle dos portos, revista de vivos e mortos, etc. Essas ações estavam destinadas a *excluir* ou *internar* determinados corpos que poderiam corromper a saúde dos vivos. Nessa lógica, estava alicerçado o tratamento dispensado aos doentes acometidos por lepra e peste bubônica, respectivamente (FOUCAULT, 2007, p.88).

Assim, o modelo médico-político da quarentena objetivava abarcar o espaço urbano de Paris, pois fora traduzido, inicialmente, em análises de todo tipo de acúmulo e amontoamento advindos desse espaço e que poderiam provocar doenças. Em seguida, foi estabelecido o controle da circulação dos elementos, como a água, o ar, os esgotos, ou qualquer base material que pudesse comprometer a saúde humana. E, por fim, esse modelo visava a organização, as distribuições e as sequências dos elementos no espaço citadino, algo que demandava estudos cada vez mais detalhados para encontrar o melhor lugar para a rede de esgotos ou para a distribuição de água para o consumo, por exemplo (FOUCAULT, 2007, p. 90).

No Brasil, esses preceitos tomaram proporções imperiosas a partir das políticas de higienização e saneamento da Capital Federal, empreendidas nos primeiros anos do século XX. De forma mais incisiva com as políticas do presidente Rodrigues Alves, que concedeu poderes “quase ditatoriais” ao prefeito Pereira Passos e ao médico Oswaldo Cruz na tentativa de transformar o Rio de Janeiro insalubre da época em “réplica tropical da Paris de Haussmann”<sup>13</sup> (CARVALHO, 1999, p.95). Nessa lógica, as autoridades políticas, revestidas de um discurso científico acima de qualquer condição, exigiam não só reformas estruturais da Capital Federal, mas também a reformulação de hábitos e costumes da população daquela localidade.

Assim, o tão requerido saneamento urbano era estendido, também a um “saneamento moral”, pois ações ligadas à pobreza, marginalização, loucura, doenças, prostituição<sup>14</sup>, e outros comportamentos das camadas populares deveriam ser banidos do centro da cidade. Esses discursos também eram assimilados pelas autoridades ludovicenses, antes mesmo da política saneadora do presidente

---

<sup>13</sup> O engenheiro George-Eugène, conhecido também como o barão de Haussmann, foi nomeado prefeito de Paris em 1853 e liderou um amplo programa de reforma urbana calcado em demolições e desapropriações que viabilizaram o alargamento de ruas e avenidas na capital. Algo que atingia diretamente a população urbana pobre, sem qualquer manifestação de apoio para o enfrentamento da situação.

<sup>14</sup> A época também conhecida como “vida airada”.

Rodrigues Alves, seja através de documentos exclusivos a autoridades políticas, ou mesmo na forma de notícias em jornal de circulação na capital.

O documento a seguir, produzido pelo inspetor Oscar Lamagnéu Leal Galvão e encaminhado ao Governador João Gualberto Torreão da Costa, reproduz os mecanismos de exclusão e estigmatização impostos aos leprosos na capital. Ademais, denota a necessidade de mudança de hábitos dessas pessoas para evitar a corrupção dos sadios:

Morphéa - Vem agora de molde tocarmos n'esta entidade nozológica que vai gradativamente alastrando, como erva daninha em terreno baldio, e a qual convem derrancar de golpe para que não a vejamos medrar em nosso torrão como o liken parasita sobre tronco apodrecido das arvores caducas [...]. Na nossa vida intima, no seio desta sociedade existe um cancro que convem extirpar, sem mínima demora. Ha um enorme saneamento que a nós compete indicar e a V.S. como chefe do município mandar executar. Com a união da Hygiene e da Edilidade quando da parte desses dois poderes há unidade de vistas pode-se com a nímia facilidade alcançar a felicidade de um povo [...]. Realmente doe e vexa-nos ver como esses infelizes de rostos patibundos vivem promiscuamente no seio d'esse povo, e o que mais de admirar é, negociando e entretendo relações de intimidade com elle! Urge, pois, affastar sem perda de tempo, do centro da cidade o hospital dos Lazaros, livrando assim de vez a sociedade de uma moléstia microbiana e de contagiosidade provada. Outro sim deveis mandar fechar immediatamente ao publico a Quinta emcimada pelo dito hospital a qual serve de logradouro á lavadeiras e onde os leprosos vão continuamente supprir-se d'agua para seus diversos misteres (INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1900, p.6).

Em outro momento e, expressando a lógica da medicalização social, o inspetor Oscar Lamagnéu Leal Galvão em ofício encaminhado ao governador João Gualberto Torreão da Costa, em 1900, comunicava as medidas que a Inspetoria de Higiene assumia frente ao surgimento da varíola na capital. Observamos que sua fala já está sintonizada aos princípios da “quarentena”, mencionada há pouco, com ênfase no controle do porto de São Luís. O discurso do inspetor também destaca a necessidade de observação e controle da população que deveria ser vigiada por visitas domiciliares. Seu discurso soma-se a tantos outros veiculados à época sobre a necessidade de tomar atitudes que a “ciência aconselha” para o controle do *morbus*. Assim segue o documento:

Comunico vos que hoje a Repartição de Hygiene resolveo, para a impedir que se propague neste Estado a variola que está reinando no Ceará e Pará e a peste bubônica no Rio propor as seguintes medidas que julga necessarias:



- a. Visitas domiciliares quotidianas.
- b. Visitas aos passageiros desembarcados neste porto vindos dos portos Contaminados.
- c. Desinfecções e lavagens das hospedarias que recebem passageiros vindos de portos contaminados.
- d. Ferver as roupas vindas de portos Contaminados na Caldeira do Anjo da Guarda, quando não tiverem sido passadas pela estufa de bordo.
- e. Vacinação e revaccinação que serão feitas nos dias uteis das 7 as 9 horas da manha no Edifício da Repartição. Saúde e Fraternidade. O inspetor int. Oscar Lamagnéu Leal Galvão (OFÍCIO DA INSPETORIA DE HIGIENE DO ESTADO, 23.08.1900).

O que se percebe, nessa época, é a difusão de preceitos da Medicina Social, já acenados anteriormente, como principal argumento para civilizar o espaço público e privado dos cidadãos, não deixando escapar nem mesmo os seus costumes. A incorporação desses ideais na Europa e na Capital Federal, aos poucos, era divulgada como referência para as demais capitais da República. Esse ponto de vista levou as autoridades de São Luís, na virada do século XX, a aperfeiçoarem suas concepções sobre o espaço urbano ludovicense e a saúde pública em fase de divulgação.

A veiculação de princípios ligados à Medicina Social também trouxe mudanças para os ritos fúnebres, exigindo novos parâmetros para a convivência entre os corpos vivos e mortos. Isso porque a morte também deveria ser abarcada pelos discursos que promoviam a salubridade do meio urbano.

Mas esse contexto não era exclusivo ao período Republicano no Brasil. Observamos que na França, em fins do século XVII, as ações civilizatórias já se estendiam à construção e readequação dos espaços destinados aos mortos. As políticas desse contexto buscavam coibir a antiga prática de deixar ao abandono e amontoados os cadáveres em cemitérios no centro da cidade, propondo medidas que estabelecessem os corpos falecidos longe do perímetro urbano. Na ótica de Foucault (2007, p.89), não é correto estipular que o cristianismo fora responsável pelo culto e individualização dos cadáveres em cemitérios. Antes disso, devemos pensar esse fenômeno como resultado das investidas político-sanitárias proclamadas a partir do século XVII:

Para que os vivos estejam ao abrigo da influência nefasta dos mortos, é preciso que os mortos sejam tão bem classificados quanto os vivos ou melhor, se possível. É assim que aparece na periferia da cidade, no final do século XVII, um verdadeiro exército de mortos tão bem enfileirados quanto uma tropa que passa em revista. Pois é preciso esquadrihar, analisar e reduzir esse perigo perpétuo que os mortos constituem. Eles vão, portanto,

ser colocados no campo e em regimento, uns ao lado dos outros, nas grandes planícies que circundam as cidades.

Essas ideias ganharam força ao longo do século XIX no Brasil Imperial, pois essa “influência nefasta” destacada por Foucault (2007, p.89) diz respeito a certas “emanações”, também conhecidas como “miasmas” provenientes do corpo falecido. Direcionados pelo vento, esses miasmas corrompiam as cidades causando doenças, especialmente entre os que estavam próximo aos cemitérios. Como se tratava de algo invisível esses miasmas aguçavam a imaginação das pessoas e autoridades locais.

Os médicos dessa época concordavam que os miasmas surgiam de fontes vegetais e animais em decomposição e que desprendiam odores que em contato com o corpo vivo trazia doenças epidêmicas e até mortes súbitas (REIS, 1996, p.253). Nessa ótica, é de se esperar que os mortos passassem a ser um sério problema de saúde pública e muitos foram os discursos sobre pessoas sadias que morreram através de supostas emanações miasmáticas advindas dos corpos mortos. Por isso, ao longo do século XIX o discurso médico preocupou-se, prioritariamente, com a separação geográfica entre vivos e mortos, com a construção dos cemitérios laicizados.

Algo que deve ser considerado nesse contexto refere-se a intervenção da medicina perante a morte estar voltada, inicialmente, aos “despojos humanos”, sob o argumento de controlar a insalubridade proveniente desses corpos. Portanto, é uma perspectiva diferente da atual medicalização da morte, reconhecida através da atenção e o lucro da empresa médica com os cuidados dispensados aos moribundos, vistos como consumidores de modernos cuidados médicos.

Em consequência disso, Antunes (1999, p.236) explica que o mais apropriado seria falar em “medicalização dos mortos” em vez de “medicalização da morte”, pois eram os cadáveres os objetos da disputa pelo controle social fúnebre de épocas passadas. Por isso, evidenciavam-se discursos voltados à uma “revolução cultural” frente a atitudes assumidas em séculos de tradição, como a aproximação entre vivos e mortos, em nome de um objetivo maior que era a formação e consolidação do “homem higiênico” (REIS, 1991, p.249).

No que diz respeito ao regime republicano, o discurso médico almejava direcionar os mortos definitivamente para o campo da ciência médica e da saúde pública em vigência, pois existiam transgressões às leis fúnebres estabelecidas

desde meados do século XIX. Além disso, tratava-se de um contexto de grande incidência de epidemias e aumento da população. Daí vislumbrava-se a necessidade de reformulação ou mesmo a criação de leis mais específicas para o convívio entre vivos e mortos.

Reforça essa tese o fato de que somente com o advento da República é que temos a primeira providência legal, em instância Federal, sobre os requisitos para os sepultamentos no Brasil. Especialmente no tocante às responsabilidades que as instâncias estaduais e municipais deveriam dispensar aos mortos e enlutados. Estamos falando do decreto n. 789 de 27 de novembro de 1890, que determinava a secularização dos cemitérios na jovem Nação Republicana, algo que pode ser entendido como uma tentativa de enfraquecer o discurso religioso perante o controle social fúnebre (ANTUNES, 1999, p.261).

Localizando a cidade de São Luís nesse debate, observamos que o *Código de Postura* do Município de São Luís, promulgado em 1893, estava sintonizado aos preceitos da Medicina Social. Desse conjunto de leis destacamos o *Título II, Higiene e Saúde Pública*, que estabelecia normalizações que pudessem viabilizar a salubridade da capital.

Nessas leis apreendemos os meios que as autoridades políticas utilizavam para exercer o controle social perante os corpos falecidos. Especialmente a partir do *Capítulo III*, denominado *Cemiterios, inumações e exumações de cadáveres, enterramentos de animaes e carnes deterioradas*, que assumia uma lógica punitiva para os transgressores das leis fúnebres. Trata-se de uma forma de controle alicerçada em mecanismos que priorizavam as punições por multas, tendo como finalidade inibir transgressões e, conseqüentemente, adequar os hábitos da população:

Art. 44. Somente nos cemiterios existentes ou n'aqueles permittidos pelo governo Municipal e pelo modo por este determinado, poderá ser enterrado cadáver humano. Ao infractor, que será o que ordenar o enterro, a multa de 25\$000 [...]. Art. 47. Nenhuma inumação se poderá fazer antes das 6 horas da manhã e depois das 6 da tarde, salvo nos casos de epidemia. Art.46. Os cadaveres conduzidos á sepultura deverão ir hermeticamente encerrados em caixões de modo que não deixem exhalar o menor cheiro. Ao infractor que é encarregado do enterro a multa de 25\$000 (MARANHÃO, Lei nº. 8 de 23 de julho de 1893. p.43).

A fala descrita acima demonstra que os cheiros desprendidos pelos mortos ainda é uma preocupação para as autoridades. Em fins do século XIX e início do século XX já existe uma ampla divulgação dos conceitos ligados à bacteriologia e microbiologia nos meios científicos e intelectuais. Mas o que se observa é que o enfraquecimento das “teses miasmáticas” não ocorreu subitamente, e por isso as autoridades médico-políticas da República ainda faziam uso de antigas concepções sobre o caráter insalubre dos mortos.

Afinal, já dissemos no início desse estudo que, enquanto não foi concretizada a diferença entre “micróbios” e os supostos “cheiros” ou “miasmas” oriundos da matéria orgânica em decomposição, as teses da microbiologia reiteravam a ideia de que o lixo, plantas e animais em putrefação corrompiam o ar, ocasionando doenças (ANTUNES, 1999, p.268-269).

Outro ponto de destaque nesse Código de Posturas refere-se ao aumento da responsabilidade do Estado em conhecer as causas dos óbitos da população através da observação do corpo morto. Assim, torna-se obrigatório, sob pena de multa, os sepultamentos com o respaldo de uma autoridade competente, expressa em documento por escrito, sobre a causa do óbito. Algo que também pode ser visto como uma tentativa de traçar os dados nosográficos de uma região, com o objetivo de descobrir os agentes causadores da morbiletalidade:

Art. 50. Aquelle que apresentar cadaver para ser inhumado sem attestado competente da causa do fallecimento e prova da identidade da pessoa, por certidão do escrivão respectivo, pagará a multa de 30\$000 (MARANHÃO, Lei nº. 8 de 23 de julho de 1893. p.43-44).

Mas é importante considerar que o estabelecimento de punições dessa natureza podem não significar um resultado positivo quanto àquilo que é exigido pelos discursos de autoridades políticas da época. Sobre isso, relacionamos a ineficiência do Art. 50 da lei acima destacada à crítica empreendida pelo bacharel da Diretoria do Registro Civil, Raul da Cunha Machado. Segundo dados apontados em relatório realizado em 1901, o referido diretor da repartição destaca a ignorância das autoridades políticas em relação às causas das mortes da população, justamente pelo registro de óbitos serem expedidos sem as causas de falecimento. Esse registro, sem informações obrigatórias sobre o cadáver, eram aceitos pelos administradores dos cemitérios:

Por uma facilidade, em tempos que já lá vão, abriu-se o precedente de fazer um registro de obito sem attestado medico. Esse exemplo foi seguido de outros e o resultado é o que se vê actualmente – a terça parte, mais ou menos, dos obitos registrados com a nota – sem assistencia medica (DIRETORIA DO REGISTRO CIVIL, 1901, p.3).

Algo relevante, que também pode ser mencionado nesse Código, refere-se não apenas aos mecanismos de ocultação do “cheiro da morte”, mas também a diminuição dos “sons” ligados aos ritos fúnebres. Especialmente em épocas de epidemias, desde o século XIX, vigoravam leis que restringiam o badalar dos sinos das Igrejas. Visando a continuidade dessa ação silenciadora da morte, o Título II, Art. 51 do código estabelecia que “[...] Em ocasião de epidemias não são permitidos dobres de sinos sob qualquer pretexto. Ao infractor a multa de 20\$000” (MARANHÃO, Lei nº. 8 de 23 de julho de 1893. p.44).

Com isso, postulamos que o enfraquecimento dos discursos ligados à morte, sobretudo, a forma anunciadora da “morte de si mesmo” (REIS, 1999, p.266), com os avisos dos sinos das igrejas, é correspondente à supremacia do poder médico, aliado à jurisdição local, com a finalidade de higienizar os corpos e os comportamentos da população.

Com a finalidade de estabelecer preceitos ligados à salubridade na capital, podemos também mencionar outro conjunto de leis ainda em vigência. Trata-se do *Regulamento Sanitário* de 26 de janeiro de 1898, em que a questão dos mortos, como responsabilidade da Saúde Pública é direcionada à Inspetoria de Higiene. Por isso, o Capítulo 2º. Art. 2º. 10º determinava à esta Instituição a fiscalização de “todos os trabalhos de utilidade publica”, algo que abarcava a vigilância dos cemitérios e de qualquer tipo de edificação.

Além disso, o Regulamento ainda estabelecia que essas fiscalizações fossem realizadas pelo Inspetor de Higiene, que segundo o Cap. 3º. Art. 6º. 14 º, estava destinado à:

[...] Solicitar dos intendentos as providências que se tornarem necessárias relativamente aos matadouros e cemiterios, assim como as que forem convenientes á realisação dos planos de melhoramento sanitario dos municípios (REGULAMENTO SANITÁRIO DO MARANHÃO, 1898, p. 6).

No exercício de suas atividades, o inspetor ainda contava com a ajuda de funcionários da repartição que, segundo o Cap. 4 º. Art.7 º. 13 º, buscavam “[...] Inspeccionar os hospitaes, casas de saúde, maternidades, cemitérios e depositos de

cadáveres” (REGULAMENTO SANITÁRIO DO MARANHÃO, 1898, p. 8). Isso, claro, não deixa de ser uma forma de distribuição do poder médico nos meandros da sociedade, alcançando com maior eficiência as instâncias que gerenciam a vida e a morte dos cidadãos, como hospitais, maternidades, cemitérios etc.

Nesse ínterim, as discussões sobre os mortos se intensificavam e, no início do século XX, as políticas médicas em vigência na capital, tomarão amplas dimensões naquela sociedade acometida por graves problemas de Saúde Pública.

### **3.2 “Thanatoscopia” e controle social: os mortos como objeto de preocupação da Saúde Pública no início do século XX**

Em 1901, um médico atuante no Rio de Janeiro publicava um livro chamado *Manual da thanatoscopia jurídica: estudo medico-legal da morte, de acordo com a legislação brasileira vigente, destinado ao uso de magistrados, peritos e médicos peritos*. Estamos falando de Afrânio Peixoto que, dentre tantas considerações ligadas à medicina legal, se ocupou em também explicar, especificadamente nessa obra, a importância da salubridade do local em que os cadáveres se decompõem<sup>15</sup>.

No ano de lançamento desse livro, o doutor Afrânio Peixoto exerceu atividades ligadas ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e foi convocado para elaborar um projeto que criasse, na Capital Federal, um serviço médico-legal de autópsias. Segundo Antunes (1999, p.248), o médico em questão priorizava em seus discursos a necessidade de estabelecer um “critério superior” ou uma “sanção científica” que respaldasse as práticas de médicos e peritos que buscavam estabelecer as causas de morte da população. Suas ações, ainda segundo esse autor, culminaram no Decreto n. 4864 de 15 de junho de 1903 que regulamentava os procedimentos periciais das autópsias.

---

<sup>15</sup> No Rio de Janeiro, Afrânio Peixoto dedicou-se, também, à literatura, mas exerceu vários cargos de destaque na área da medicina e Higiene pública. Em 1902 foi Inspetor de Saúde Pública e em 1904 dirigiu o Hospital de Alienados. Dois anos depois, foi titular da cátedra de Higiene e Medicina Legal da Faculdade de Medicina, e em 1907 esteve à frente do Serviço Médico Legal do Estado (DA SILVA, 2010, p.1-2).

No que diz respeito às questões ligadas aos mortos, nesse início de século, Afrânio Peixoto não era o único intelectual interessado. Antunes (1999, p.236) expõe diversos nomes de destaque no Brasil para o “pensamento médico aplicado à morte”, como os doutores Agostinho José de Souza Lima, Antonio Lecha Marzo, Henrique Tanner de Abreu, o médico legista Nina Rodrigues e vários outros que reivindicavam junto ao Governo Republicano a criação de serviços e repartições específicos para os mortos.

Desse ponto de vista, Antunes (1999, p.235) esclarece que no regime republicano, especialmente nos primeiros anos do século XX, os discursos médicos voltaram-se a vertentes mais complexas desse tema. Ainda priorizando as questões ligadas à Saúde Pública e, em consequência disso, destacando a manutenção da saúde dos vivos, os médicos estudavam diferentes aspectos da morte e dos mortos, como a multiplicação dos cemitérios, o estabelecimento de critérios para sepultamentos, a elaboração de estatísticas demografo-sanitárias de mortalidade, as discussões sobre os atestados de óbito, as verificações de óbitos, as desinfecções terminais de ambientes e objetos, o adequado trato destinado aos cadáveres, etc.

Afrânio Peixoto, por exemplo, defendia diversas vantagens trazidas à sociedade quando os mortos eram submetidos à tratamentos segundo os preceitos da medicina e da Higiene Pública. Uma dessas vantagens diz respeito ao rápido registro do falecimento, algo que promove o urgente afastamento do corpo falecido da habitação em que estava sendo velado. Isso porque, segundo reitera o autor, “[...] um morto é sempre demais, por ocupar espaço estreito para os vivos” (PEIXOTO, 1901, p.9).

Outro elemento que destacamos na obra desse autor diz respeito à teoria miasmática que, mesmo diante da veiculação da teoria microbiana no período, ainda se fazia presente em sua argumentação. Isso é perceptível quando o autor defende a existência de procedimentos adequados para se prosseguir em uma eficiente exumação. Afinal, a confiança no método, capaz de conduzir o investigador à “verdade” é uma das características da Ciência Moderna que, naquele contexto, era o respaldo para os médicos vislumbrarem os mais recônditos aspectos da finitude humana. Sobre isso, diz o autor do *Manual da thanatoscopia*:

A's exumações judiciais tem-se ainda objetado o perigo de suas praticas: vae longe tambem a supposição de epidemias, etc., produzidas por gazes das sepulturas. **Cessado o perigo da putrefação não existem perigos**

**reaes, se se procede com as cautelas devidas.** A percebido de todo o instrumental necessario, de antisepticos e desodorantes (acido phenico, chlorueto de cal, água de La barraque, formalina, etc.) para aspensão de logares das mãos, auxiliado por operarios fortes e bem nutridos, em numero sufficiente para se poderem revesar, procurando uma hora conveniente, a manhã de preferencia, e uma boa orientação para que o vento não traga ao operador e auxiliares as emanações fetidas, o peritonada deve rewear (PEIXOTO, 1901, p.290. Grifo nosso).

A partir de autores como Peixoto (1901), podemos perceber que o início do século XX não deve ser meramente reconhecido por debates, especialmente ligados à primeira metade do século XIX, sobre a delimitação geográfica entre vivos e mortos com a construção dos cemitérios laicizados. Estudos mais complexos sobre o tema, como temos dito, eram difundidos e notamos que existia uma ênfase maior em discursos que destacam um “tratamento adequado” aos corpos falecidos, de acordo com um “critério superior”, que era a ciência médica e a saúde pública.

Nesse caso, Afrânio Peixoto pode ser compreendido como um representante de um cenário de efervescência intelectual sobre o tema. Por isso, julgamos que esse contexto deslocava os fenômenos da morte cada vez mais para o campo das discussões científicas, expresso através da ciência médica que investia perante o corpo morto para a compreensão da doença, ou mesmo, expresso pela saúde pública que objetivava promover a saúde dos cidadãos, com a proibição de práticas fúnebres consideradas insalubres.

Desse modo, relacionando o contexto gerador de ideias como essas ao livro de Afrânio Peixoto, o termo *thanatoscopia* (do grego *thanatos* – “morte” – *skopein* – “ver”) torna-se muito apropriado. Em especial porque expressa adequadamente o objetivo de um estudo como esse “[...] que se ensina a observar a morte para deduções de alcance medico e judiciária” (PEIXOTO, 1901, p.VI).

“Observando a morte” muitos médicos e “agentes da inteligência local” (LAPA, 1998, p.17), em São Luís, foram influenciados por discursos semelhantes. Por isso, algo que queremos destacar é que essas ideias circulavam nos meios intelectuais da época, pois notamos que os discursos sobre os mortos e a necessidade de medicalizá-los é uma constante entre médicos inspetores e as elites intelectuais atuantes na sociedade ludovicense no início do século XX. Assim, esses representantes da medicina “observavam a morte” e aperfeiçoavam seus discursos e as legislações vigentes acerca dos mortos, lançando ações inéditas naquela



sociedade com o advento de um elevado quadro de mortalidade promovido pelo surto de peste bubônica em 1903.

Um exemplo da mudança de postura em relação aos mortos nesse período refere-se à institucionalização de uma Diretoria Geral de Registro Civil no Maranhão. Fundada em maio de 1899 e dirigida pelo bacharel em advocacia Raul da Costa Machado, os primeiros anos dessa instituição foram marcados por dificuldades em esclarecer a quantidade e as características dos nascimentos e óbitos da população. Isso, segundo o diretor da repartição citada, ocorria porque os maranhenses não se adequavam às normalizações que obrigavam o fornecimento de informações sobre a vida e a morte das pessoas<sup>16</sup>.

Além disso, a população não estava acostumada com burocracias “até para morrer”, como a exigência de aval de especialista médico que explicasse as causas de morte para enfim dar consecução ao sepultamento. Assim, o discurso do bacharel Raul Machado é muito semelhante ao dos médicos da Capital Federal, sobre a importância de criar repartições ou serviços regulares para a análise dos cadáveres. Em relatório dirigido ao governador João Gualberto Torreão da Costa, inicialmente, o diretor da repartição destaca os esforços que tem empreendido para superar as dificuldades de seu serviço. O início de seu discurso é marcado pela constatação da dificuldade em cumprir a lei que obriga o laudo médico como pré-condição para os sepultamentos:

Em virtude da disposição do art. 440 das Instruções de 1898 o registro de óbito será feito em vista de attestado medico ou cirurgião, si o houver no logar de fallecimento, e se o não houver, de duas pessoas qualificadas, que tenham presenciado ou verificado o óbito. Grande celeuma já houve n'esta capital por causa do fiel cumprimento dessa disposição regulamentar. Ficou então adoptado que aqui na secção da capital, pode ser feito o registro de óbito, em virtude de attestado de pessoas qualificadas, com auctorisação da policia para proceder-se a inhumação (DIRETORIA DO REGISTRO CIVIL, 1900, p.3).

Em seguida, o diretor da Instituição expõe os motivos por que condena os sepultamentos sem o aval de especialistas que comprovem as causas de morte.

---

<sup>16</sup> Segundo Foucault (2000, p.290) as primeiras demografias surgiram na segunda metade do século XVIII com o objetivo dos Estados exercerem controle perante os fenômenos gerais que atingem o corpo social, como os nascimentos, as mortes, as doenças e a velhice. As estatísticas demográficas, nessa ótica, tem função preponderante para a manutenção da vida da população, pois permitem não apenas o mapeamento das mortes causadas por epidemias, mas também o esclarecimento dos óbitos causados por doenças endêmicas, responsáveis pela “subtração” das forças produtivas de uma sociedade.

Notemos que, em última instância, a preocupação com a saúde dos vivos ainda é prevalente, pois a prática condenada pelo bacharel, que são os sepultamentos que não passaram pela análise de especialistas, inibem a produção de estudos sobre a mortalidade da população. Por isso, diz o diretor: “[...] Semelhante praxe [...] é muito pernicioso e dificulta, de modo extraordinário todo e qualquer estudo sério que algum competente queira fazer das causas da mortalidade entre nós” (DIRETORIA DO REGISTRO CIVIL, 1900, p.3). Por isso, o bacharel sugere a criação de um serviço regular de assistência aos falecidos:

Para remover esse mal, que está a exigir prompto reparo, parece que seria conveniente a criação de um serviço de assistência pública, regular e fácil, cuja despesa há de ser plenamente compensada pelas grandes vantagens que, sem dúvida alguma, resultarão para a parte da população menos favorecida da fortuna. Uma vez creado esse serviço, as autoridades policiaes, logo que tiverem conhecimento de haver fallecido alguma pessoa, sem assistência medica, farão conduzir o cadáver ao necrotério, afim de que os médicos da policia ou da assistência pública possam fazer os necessarios exames e determinar a causa do óbito, para, a vista do attestado que passarem, feito o competente registro (DIRETORIA DO REGISTRO CIVIL, 1900, p.3).

O que temos enfatizado até então é a difusão do discurso médico, proferido por quem tem o poder para realizar esse discurso, como uma fala competente para dar “a última palavra” sobre a morte e o morrer. Afinal, uma das grandes preocupações do bacharel diz respeito à multiplicação dos mortos “sem assistência”, ou seja, os mortos que não passaram por análises de especialistas em discursos médicos. Isso, segundo argumenta, poderia culminar em dúvidas e acusações sobre os enterramentos de corpos vitimados por crimes.

E isso chegou a ocorrer, segundo o diretor, um ano depois da fala destacada acima:

Não há muitos mezes deram-se n'esta capital dois obitos sem assistência medica. N'esta Directoria foram feitos os competentes registros, em virtude de attestados de eleitores, visados por auctoridades policiaes. Dias depois, em consequencia de suspeitas, de que os jornaes se tornaram echo [?], teve a policia de mandar proceder á exhumação d'esses cadaveres para serem submetidos a exame (DIRETORIA DO REGISTRO CIVIL, 1901, p.5).

Além disso, ainda eram comuns falas e boatos envolvendo casos de mortos enterrados vivos. Esses relatos ganhavam as páginas de jornais nas capitais da República e também em São Luís. A preocupação de ser enterrado vivo, consequência da inobservância da medicina, única capacitada a realizar a correta

verificação da morte, na ótica dos médicos, aparece no conto intitulado *A Peste*, de autoria do autor ludovicense Astolfo Marques.

No livro, as personagens Euzébia e Libânea, ambas mulheres de “vida airada”, demonstram preocupação em serem atingidas pela mortificação da peste bubônica. No relato de Euzébia à amiga, essa desconfiança vem à tona com o caso de uma menina que possivelmente foi enterrada viva, pois seu corpo foi encontrado, posteriormente, em posição diferente da deixada no ato do sepultamento:

[...] E a qualquer hora lá vai a gente, ainda quente, no carro da Mãe da Lua, caminho do Gavião. Cá para nós: - Falou-se muito que uma menina, conduzida no ‘bahú negro’, seu Furtado a encontrou de bruço! (MARQUES, 1905, p.193)<sup>17</sup>.

Com base em amplo levantamento de documentos oficiais percebemos a ausência de estudos específicos sobre a morte e os mortos em São Luís, no período submetido à estudo. Justamente porque, ao que parece, os médicos atuantes na capital não produziram teses de doutoramento ou literatura especializada nos assuntos ligados aos fenômenos mórbidos. Por isso, consideramos que a elite intelectual ludovicense absorvia e se reapropriava dos discursos produzidos nas tradicionais escolas de medicina da República, sendo, essa característica fator decisivo para estruturação do olhar médico perante a morte em São Luís.

Evidentemente, isso deve ser compreendido com base nesse contexto nacional em que as ideias médicas circulavam e as legislações eram copiadas e reapropriadas a partir de leis, princípios e valores instituídos na Capital Federal e demais regiões atingidas pela Medicina Social. Nessa direção, mesmo diante da diversificação das análises sobre a morte e os mortos, o caráter pernicioso ou “nefasto” dos corpos mortos ainda era prevalente, por isso a Saúde Pública ainda era uma prioridade.

Diante dessas assertivas, ao considerarmos os discursos do Estado ludovicense perante o combate à varíola, a partir de 1900, verificamos a ênfase dada à necessidade de dar *tratamento adequado* aos “despojos humanos” (ANTUNES, 1999, p.236), deixados por essa doença, revelando-se, essa necessidade, como uma forma de *aperfeiçoamento* dos discursos e leis fúnebres.

<sup>17</sup> Segundo Meireles (1993, p.67) “Mãe da Lua” era um carro que recolhia os cadáveres vitimados pela peste na capital ludovicense. Esse serviço surgia quando os carros do desinfectório não conseguiam suprir essa necessidade e eram um indicativo de que a peste atingia proporções elevadas.

Esse “aperfeiçoamento” pode ser visto como uma forma de controle social exercido pela elite intelectual para a manutenção da legitimidade de sua fala, como a única autorizada a proferir discursos sobre os mortos.

Corresponde, também, à chegada de valores relativos ao projeto capitalista de medicalização social, que sujeitava os indivíduos visando manter as forças produtivas das sociedades industriais. Todavia, essa dominação não se faz exclusivamente através da repressão ou punição direta. Entram em cena diferentes mecanismos que visam a *dominação* e não a *destruição* daquele que é o alvo das políticas de salubridade e morbiletalidade<sup>18</sup>.

Todavia, como iremos perceber em discursos posteriores, essa mudança de atitude em relação aos mortos, inicialmente, tem um caráter denunciativo das condições de insalubridade dos serviços fúnebres. Há que se considerar que perspectivas de mudanças só foram difundidas na capital com a frente de combate à peste bubônica, sob o comando do médico Victor Godinho, em 1904. Todavia, para nós, já revelavam *uma mudança de postura*, muito mais detalhada de como os mortos eram concebidos como grave problema de Saúde Pública na época.

Desse ponto de vista, o Inspetor de Higiene Oscar Lamagnéu Leal Galvão, em ofício encaminhado ao Governo do Estado, reivindicava medidas para conter o surto de varíola na capital. Dentre as ações emergenciais que solicita, o aterramento do antigo Cemitério de São Pantaleão torna-se uma prioridade. De início, o inspetor faz um histórico da situação desse cemitério e, em verdade, acaba por revelar a transgressão de uma lei fúnebre do município:

[...] Em 1855, quando aqui desenvolveu-se uma mortificação de variola, foi mandado fechar por prejudicialíssimo á saude publica o Cemiterio de São Pantaleão, por não comportar mais enterramentos visto o sólo achar de sem força para destruir os cadaveres e esgota los. No corrente ano (1900), porem não obstante uma lei municipal que prohihe o revolvimento do sólo e exumação de cadaveres de variolosos, foi esse cemiterio transformado em praça demolindo-se as catacumbas constituídas sobre o paredao e revolvido o sólo para ser transferido para o Cemiterio Publico no jazigo monumental que lá existe [...] (OFÍCIO DA INSPETORIA DE HIGIENE DO ESTADO, 11.09.1900).

<sup>18</sup> Com isso não queremos afirmar que existe uma dominação *absoluta* ou *intransponível* entre os sujeitos participantes das *relações de poder*. A concepção de poder, como uma forma de se apropriar de algo, usada nessa assertiva, está consoante à afirmação de Foucault (1987, p.26) para qual o poder investe, atravessa, luta e até apóia-se no objeto de controle. Desse ponto de vista, em vez de “apropriação”, seria mais adequado falar em “disposições”, “manobras” e “técnicas” de funcionamento e de subserviência.

A lei que o inspetor se refere corresponde ao art. 48 do Código de Postura de 1893, ainda em vigência em 1900, que determinava a impossibilidade de exumar cadáveres vitimados por varíola:

Art . 48. Nenhuma exumação poderá ser feita, antes de 3 annos para adultos e de dous para impúberes, salvo-nos casos de diligencias policiaes ou quando com attestado da Junta de Hygiene se prove não haver inconveniente para a salubridade publica, precedendo participação á Intendencia. § unico. As sepulturas de variolosos não se poderão abrir sob pretexto algum; e no caso de epidemia o Intendente providenciará para que seja designado logar apropriado para os enterramentos.

No officio encaminhado pelo doutor Oscar Galvão a teoria microbiana é utilizada como argumento perante as autoridades políticas. Segundo explica o médico, o “germem” da varíola conserva suas forças por mais de 50 annos e estava fazendo vítimas nas proximidades, daí a necessidade de interromper os serviços de revolvimento do solo em execução:

[...] ora é sabido que o germen da variola conserva debaixo do sólo toda sua actividade por mais de 50 annos; nos parece portanto que forão o revolvimento do terreno no Cemiterio e a demolição de catacumbas que deram origem aos casos de variola que agora tem surgido nesta cidade.

O discurso do médico aqui apresentado não deixava de ser uma forma de sensibilizar, com mais urgência, as autoridades políticas para o problema da disseminação de doenças epidêmicas. Aliás, esse debate sobre a contaminação do solo destinado aos sepultamentos também era encontrado nos discursos de Palmerio Cantanhede.

Entretanto, como o engenheiro não conseguia estabelecer a duração de vida de determinados microrganismos da matéria orgânica em decomposição, outros elementos são trazidos para suas análises, como a composição do solo e outras circunstâncias, como determinantes para a prevalência dos agentes nocivos:

As aglomerações de princípios nocivos á saúde, sujeitos á putrefacção e muitas vezes contaminados de aggentes morbidos, que se desenvolvem ou permanecem no fundo d’esses aterros, constituem focos de infecção e pontos de irradiação de molestias infecciosas. A parte superficial, aquella que fica exposta ao contacto do ar e aos raios do sol, não offerece perigos após um certo tempo. Outrotanto não acontece áquella que se acha abaixo da superficie. As experiencias de Lösener sobre os bacillos typhicos enterrados com cadaveres, mostram que a vida desses e outros microbios não passa de algumas semanas. Outros experimentadores, porém provam

o contrario, donde se deprehede que composição variavel do solo e muitas outras circunstancias, podem ser ora desfavoraveis á permanencia de germens nocivos á saude. O que é fora de duvidas é que as escavações em terrenos constituídos de lixo e em logares contaminados, produzem o desenvolvimento de molestias (CANTANHEDE, 1902, p.127-128).

Um ano após a reivindicação do doutor Oscar Galvão, seu sucessor, o médico inspetor Felicissimo Rodrigues Fernandes, também apresenta ao governador Gualberto Torreão da Costa, algumas práticas destinadas aos mortos que contrariavam os princípios da higiene naquela sociedade. Julgamos que esse inspetor era um árduo defensor das leis que regulavam a convivência entre vivos e mortos, ao ponto de sempre localizar suas cobranças ao lado de outros problemas relevantes para aquele contexto de insalubridade, como a ineficiente rede de distribuição de águas e esgotos, e a irregular coleta de lixo.

O médico destacava a necessidade de regularizar o transporte dos corpos mortos em carros destinados a esse propósito, “[...] afim de evitar-se que continue a empregar nesse serviço carros de aluguel e até bonds” (INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1901, p. 16). Mas não era apenas o transporte dos cadáveres que chamava atenção do inspetor. Felicissimo Rodrigues prescreve o isolamento do cadáver, evitando assim a aproximação entre os familiares:

É igualmente indispensavel prohibir-se o transporte de cadaveres em caixões abertos, sem distincção de classes nem idades; o féretro deverá ser hermeticamente fechado e na presença da familia do morto para não mais ser aberto (INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1901, p. 16).

Nessa ótica, o Dr. Felicissimo Rodrigues determina procedimentos fúnebres adequados aos princípios de higiene, algo que nos leva a pensar que se tratava de uma forma de interferir e ditar padrões médicos para a manipulação dos corpos. Mas, ao que parece as reivindicações do inspetor não surtiram efeito. No relatório do ano seguinte, o médico em questão ainda solicitava do governo mudanças em relação ao trato destinado aos mortos:

Enterramentos. Remoção e depositos de lixo. Transporte de carne verde. Releve-me chamar de novo a vossa atenção para os serviços acima enumerados, que continuam a ser feitos nas mesmas condições que referi no relatorio e estão reclamando providencias que aponteí sobresaando entre ellas os seguintes referentes aos enterramentos [...] (INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1902, p. 15).

O que podemos observar nos discursos dos médicos inspetores do período trata-se do uso dos argumentos ligados à ciência da época, no que tange à “correta” manipulação dos corpos falecidos, para legitimar suas condutas naquela sociedade. Esses argumentos eram utilizados com frequência em relatórios anuais, especialmente, quando a atuação da Inspeção de Higiene era questionada pela sociedade.

Por isso, julgamos que essa instituição almejava deter os discursos ligados à medicina e, conseqüentemente, julgava-se como a difusora de padrões médicos, objetivando colocá-los a frente dos saberes relativos à morte, há tempos difundidos, e que cada sociedade tradicionalmente desenvolve. Isso porque, no período submetido à estudo, os médicos sabiam das dificuldades para instituir o saber científico a frente dos outros saberes aceitos naquela capital. Por isso, as práticas da instituição deveriam ser sumariamente compreendidas como as *mais adequadas* e higiênicas do período.

Diante dos discursos mencionados até o momento postulamos o aumento da responsabilidade do Estado, respaldado no discurso científico da época, frente às questões que envolvem o controle das práticas fúnebres, ainda sob um “bem maior” que era a manutenção da saúde dos vivos. Conseqüentemente, percebemos a difusão de uma cultura científica universalizante, que estabelece um modelo de morrer a partir da soberania do *saber médico* que desloca para um segundo plano as singularidades histórico-sociais do fenômeno.

Todavia, como já acenamos, os discursos tratados até o momento tem um caráter denunciativo das condições de insalubridade, sobretudo, para se evitar o perigo da disseminação da varíola a partir de corpos vitimados por essa doença. Afinal, defendemos a tese de que mudanças efetivas só vieram a partir da frente de combate à peste bubônica em 1903, como veremos posteriormente.

#### **4 “CHEGOU ENFIM A SAUDE”<sup>19</sup>: a frente de combate à peste bubônica sob a administração do Dr. Victor Godinho**

A chegada da peste bubônica em São Luís, em outubro de 1903, exigiu das instâncias Federais e das políticas locais uma nova postura em relação à Saúde Pública da capital ludovicense. Segundo Meireles (1993, p.67) o agravamento da situação e o medo de que a peste atingisse todo o país motivou as autoridades sanitárias federais a enviar para São Luís, primeiramente, dois médicos atuantes no Rio de Janeiro, o Dr. Adolpho Gomes Pereira e o Dr. Alvaro de Sousa Sanches que, ao chegarem, desenvolveram atividades preliminares de isolamento de doentes.

Uma equipe de médicos paulistas, sob a liderança do Dr. Victor Godinho desembarcou dias depois em terras ludovicenses com a missão de por fim à doença. A gestão desse médico em São Luís estava respaldada pelo governador Alexandre Collares Moreira Junior, com base no decreto n. 33 de 8/02/1904 a qual estabelecia o “Serviço Extraordinário de Hygiene” na capital e que depositava confiança ilimitada em suas ações.

Nesse documento, o governador do Maranhão se direciona ao médico: “[...] Devo declarar-vos que este Governo vos dá a mais ampla liberdade de acção na direção do serviço, que vos é confiado, e espera que com os vossos auxiliares não poupareis esforços para debelar a epidemia reinante”.

O convite para exercer a frente de combate à peste, feito a Victor Godinho, partiu do Senador Benedito Leite e, tão logo aceito, o médico assumia um tipo de “missão salvacionista” revestindo-se, também, de neutralidade política e autonomia para gerenciar os serviços de Saúde. Sobre isso, dizia Victor Godinho (1904, p.2): “[...] O meu intento (e do governo não era e nem podia ser outro) era socorrer igual e indiscritivamente a todos aquelles que fossem feridos pela mão invisível do cego genio epidemico”.

Em outro momento o médico explica que sua comissão “parecia trazer novo animo para a lucta”, e por isso os médicos inspetores que formavam sua

---

<sup>19</sup> Victor Godinho e Adolpho Lindenberg (1906, p.148) teriam se expressado dessa forma logo ao desembarcarem em São Luís. Julgamos que uma frase como essa, naquele contexto, tinha por objetivo a valorização de suas presenças diante da epidemia de peste bubônica que grassava.



equipe eram recebidos como “salvadores de uma situação afflictiva e já demorada” (GODINHO, 1904, p.8).

Com base nos escritos desse médico, especialmente no relatório produzido após o fim do *morbus* em São Luís, documento intitulado *A Peste no Maranhão*, identificamos que suas ações estavam alicerçadas em procedimentos que valorizavam o registro constante e centralizado da doença, fomentando, portanto, informações que priorizavam a onisciência e a onipresença do Estado no centro e periferia da cidade. Essa atitude levava as autoridades a atingir os meandros daquela sociedade.

Esse pensamento era perceptível na fala dos médicos Victor Godinho e Adolpho Lindenberg (1906, p.189) após alguns meses de estadia em São Luís:

[...] a cidade do Maranhão já não tem segredos para nós. Os misteres da nossa vida profissional levaram-nos aos seus mais remotos recantos. Os hábitos hospitaleiros da sua sociedade fizeram-nos surpreendê-la no meio das suas espontaneas alegrias e dos mais íntimos sofrimentos.

No que diz respeito ao nosso objeto de estudo, importa destacar a partir dos escritos do referido médico, a construção de uma *visão médica* perante os mortos, como forma de viabilizar ações de saúde eficientes e que, conseqüentemente, diminuíssem o contágio do *morbus*.

#### 4.1 “A grande revista dos mortos e vivos” <sup>20</sup>: medidas de combate à peste bubônica

Ao longo de quatro meses de combate à peste, Victor Godinho (1904, p.9-20) ocupou-se da ineficiente estrutura médica do município. O “hospital” utilizado para o isolamento, um pequeno conjunto de casebres contínuos, era precário e o contato entre familiares e doentes era constante. Victor Godinho (1904, p.21) expõe em relatório que reorganizou os serviços sanitários existentes e gerenciou os funcionários destinados a promover ações de saúde. Para isso, julgou que deveria determinar atividades mais eficientes no Desinfectório e na Polícia Sanitária. Além

<sup>20</sup> Foucault (1987, p.163).

disso, conseguiu transferir os doentes da precária casa de isolamento para o Hospital Militar, onde pode oferecer-lhes um tratamento adequado<sup>21</sup>.

Analisando os escritos do médico verificamos que suas ações se aproximavam ao “modelo compacto do dispositivo disciplinar” exemplificado por Foucault (1987, p. 163) através de um documento do fim do século XVII que relatava os procedimentos adotados em uma cidade europeia em tempos de peste. Segundo o autor, trata-se de uma forma de exercer o poder “[...] onde cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído entre os vivos, os doentes e os mortos” (FOUCAULT, 1987, p. 163).

Nessa lógica, o Dr. Victor Godinho estabelece mudanças perante a Secretaria dos serviços de Higiene do Estado, pois a “[...] maior lacuna que se lhe notava era a falta absoluta de registros, de dados oficiais ou ao menos de resumos do movimento epidêmico e dos serviços delles decorrentes” (GODINHO, 1904, p.22). Com isso, o médico buscava localizar e direcionar os mortos para uma contagem subsidiada por ditames oficiais:

Comecei por tomar quatro livros para registros de informações ou de notas: um para notificações de doentes; outro para notificações de óbitos [...] Nos livros de notificações, tanto de doentes como de obitos, eram consignados em columnas próprias: - a residência do doente ou lugar do falecimento; a hora da notificação; a hora da verificação; a hora da remoção; o nome do médico que fizera o serviço; o diagnóstico; e observações varias, quando fosse o caso dellas. Desta forma, consultando apenas o livro, eu sabia que trabalhos havia a fazer e com que regularidade iam sendo feitos (GODINHO, 1904, p.22).

A preocupação com os registros e informações sobre o estado da doença na capital incentivava a formação de uma “burocracia médica” elaborada pelo médico. Por isso, a intervenção de Victor Godinho exigia uma grande quantidade de impressos:

Todo o serviço feito na Repartição, de então por diante teria de deixar nella documentação escripto, pelo que tive de mandar fazer grande numero de impressos indispensaveis: - guias de remoção de doentes; **guias de remoção de cadaveres**; notas diversas para o serviço de desinfecções;

---

<sup>21</sup> O tratamento destinado aos pestosos, no novo Hospital de Isolamento, consistia em injeções intravenosas de soro antipestoso. Além disso, havia o tratamento sintomático para a doença que consistia na extirpação do bubão, espécie de tumor característico da peste bubônica (GODINHO, 1904, p.38).

memoranda para partes dos medicos; livro de pedidos de fornecimento para as varias secções, etc., (GODINHO, 1904, p.23)<sup>22</sup>.

Além disso, Victor Godinho ainda elaborou algumas “instruções sanitarias” que foram impressas e direcionadas à população, maior vítima do flagelo<sup>23</sup>. Assim, o médico afirma que foi distribuído perante a população uma espécie de “folheto” com regras básicas de higiene, com ênfase nos seguintes procedimentos: isolamento, vacina, desinfecções e extermínio de ratos (GODINHO, 1904, p.44-50).

Para nós, essa importância dada aos impressos pode expressar um mecanismo de controle e vigilância, com base “num sistema de registro permanente”, pois para Foucault (1987, p.163) o “registro patológico deve ser constante e centralizado”. Nessa lógica, o autor esclarece que “[...] a relação de cada um com sua doença e sua morte passa pelas instâncias do poder, pelo registro que delas é feito, pelas decisões que elas tomam”.

Para garantir o chegada das informações advindas dos meandros da sociedade até a hierarquia máxima do conhecimento científico naquele momento (o Dr. Victor Godinho) era exigido como conduta regular a prestação de contas das atividades dos funcionários da Higiene. Diz o médico:

Á noite todos os collegas e auxiliares da comissão prestavam-me contas, por meio de partes escritas, do serviço feito durante o dia. O Dr. Lindenberg, incubido da Direcção do desinfectório, relatava-me o movimento daquela seção. O serviço de remoção de doentes e óbitos ficava assim duplamente registrado: - na Repartição Central e no Desinfectório, e a nota das desinfecções realizadas servia para se dar baixa nos pedidos de desinfecções feitos na Repartição Central (GODINHO, 1904, p.24).

Também observamos que essa burocracia pode ser comparada à procedimentos “militares” voltados à disciplina dos corpos sadios, moribundos e falecidos. A intenção era separá-los e identificá-los perante o governo local, com base no cientificismo de época, para então combater a contaminação. Isso ocorre, segundo Foucault (1987, p.164), justamente porque a peste deve ser entendida

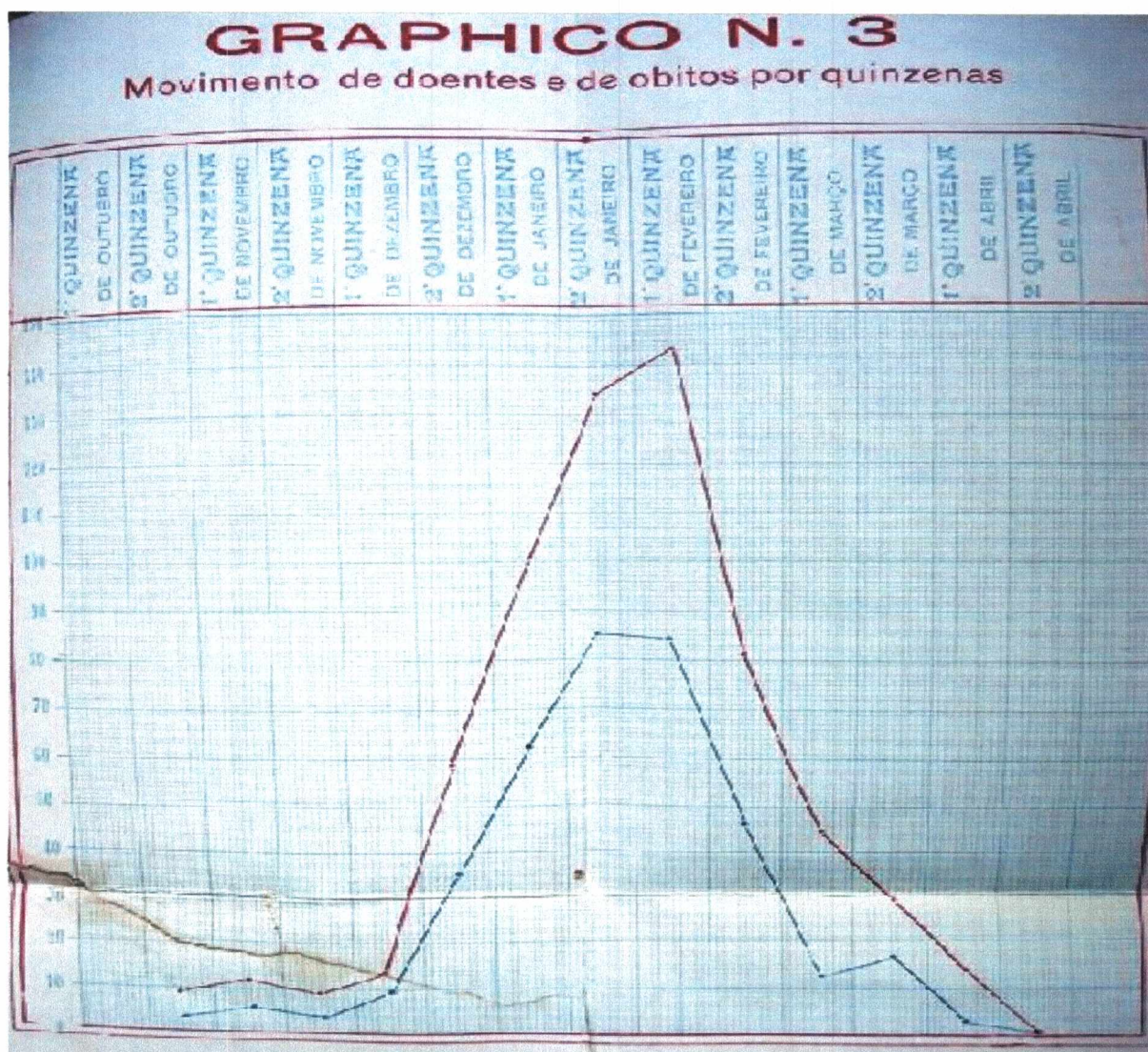
<sup>22</sup> Destacamos a atitude do médico, sem precedentes nas políticas médicas anteriores, referente à educação dos funcionários do Desinfectório. Segundo cita, no excerto destacado, Victor Godinho elaborou um guia para “remoção de cadáveres”, algo que para nós representa um mecanismo de controle social perante os cuidados dispensados aos mortos.

<sup>23</sup> É possível postular as limitações e o alcance dessas instruções higiênicas em uma sociedade em que apenas uma pequena parcela da população é alfabetizada. Com essa ação o médico expressa uma medicina elitista - burguesa sem alcance significativo perante uma população iletrada e mais exposta às condições de insalubridade.

como “mistura” e somente procedimentos disciplinares são capazes de analisar e distribuir os elementos constituintes do espaço epidêmico.

Transformar os mortos em dados precisos para o Governo de São Luís também foi atitude corrente no relatório final de Victor Godinho. Nessa ótica, *A Peste no Maranhão* se destaca de outros escritos científicos da época, ou mesmo dos relatórios da Inspetoria de Higiene produzidos por médicos inspetores que lhe antecederam, porque trazia gráficos ou mesmo curvas estatísticas, visando o detalhamento e alcance do discurso médico perante os mortos.

Como exemplo dessa atitude, citamos o gráfico que se segue. Em nota explicativa o médico destaca que a linha vermelha denota o número de doentes e a azul, por sua vez, corresponde às vítimas que vieram a óbito no início da epidemia:



**Figura 1. Movimento de doentes e de obitos por quinzenas**

Fonte: (GODINHO, 1904, p.113)

Nos escritos de Victor Godinho ainda se destaca à instituição de um eficiente “policimento sanitário” na capital, capaz de localizar, examinar e oferecer tratamento adequado aos corpos dos ludovicenses, sejam eles sadios, moribundos ou falecidos. Victor Godinho (1904, p.41) explica em seis pontos as funções e vantagens deste tipo de policimento que estava sob a administração de seu primeiro ajudante, o Dr. Augusto Militão Pacheco. Os procedimentos descritos a seguir não deixam de ser mecanismos de “revista” de vivos e mortos:

Nas epochas epidemicas o policimento sanitario tem importancia extraordinaria. É assim que: a) Procura surprehender em seus domicilios os doentes que se occultavam da hygiene, ou trata de ter conhecimento da sua existencia antes da notificação official.

b) Orienta a Repartição sobre o estado sanitario das habitações e da cidade em geral, tratando de corrigir os vicios pelo menos mais prejudiciaes á saúde publica e que possam ser modificados com mais promptidão.

c) Estabelece a vigilancia sanitaria ou observação quarentenaria de todos os habitantes da visinhança dos fócios mais recentes e daquelles que tiveram communicação com doentes.

d) Faz a historia sanitaria de cada casa de modo a saber quantos doentes ou obitos de peste se tenham nella dado até a epocha da visita, se o doente fóra removido para o hospital ou se fallecera no proprio domicilio.

e) Esclarece a Repartição de Hygiene sobre as reformas, reconstrucções, demolições, reparos ou limpezas que devam soffrer as habitações quando a epidemia declinar, de sorte que realisadas as necessarias obras fiquem todas as casas e, portanto, a cidade, abrigadas contra a possibilidade de uma reviviscencia do germen e nova erupção epidemica.

f) Institue uma parte da hygiene defensiva, trazendo em vigilancia constante quarteirões ainda não infectados, examinado os seus habitantes, ouvindo-lhes as queixas, dando-lhes consultas e muitas vezes descobrindo casos novos no início da infecção (GODINHO, 1904, p.41-42).

Outro aspecto relevante desse contexto refere-se à urgência na remoção dos cadáveres que segundo Godinho (1904, p.27), não passava de uma hora entre a verificação do óbito até a condução deste ao cemitério. Nessa ótica, a gestão administrativa dos corpos exige uma economia do tempo e das ações, incentivando, assim, a eficiência do combate à peste e a interdição de qualquer atitude de aproximação entre vivos e mortos:

Logo que uma verificação tivesse sido confirmada pelo medico do dia, para a casa do doente (ou logar do obito) seguiam o medico, e todos os vehiculos indispensaveis. Desta forma a remoção era sempre seguida da desinfecção do predio e predios vizinhos e do recolhimento de roupas infectas que iria passar pela estufa. **Entre a verificação e a entrada do doente no hospital ou do cadaver no cemiterio, o tempo necessário e gasto não costumava passar de uma hora na media** (GODINHO, 1904, p.26-27. Grifo nosso).

A política de afastamento de cadáveres da comunidade dos vivos foi conduta intensificada nas ações médicas de Godinho (1904, p.25), que adquiriu mais dois carros para essa finalidade, passando, assim, de cinco para sete carros. Conforme seus escritos, um desses novos meios de transporte era apropriado para rotas mais demoradas, alcançando até a Vila do Anil. Além disso, também tinham a função de remover corpos vitimados por outras doenças, como explica o médico:

Foram feitas 117 remoções de cadáveres pelos carros do Desinfectorio. Não se fazia somente a remoção de cadáveres de peste porém também os de indigentes, embora de moléstias communs. A uns e outros a Repartição fornecia gratuitamente um caixão mortuário (GODINHO, 1904, p.67).

Observa-se, portanto, que essa “gestão calculista da vida” (FOUCAULT, 1999, p.131), desenvolvida pelo autor de *A Peste no Maranhão*, tinha como uma das prioridades a separação entre mortos e vivos, por razões ligadas à salubridade e, conseqüentemente, a saúde dos vivos.

A política médica de Victor Godinho chegou até a organizar um espaço específico para os mortos no Hospital Militar, eleito Hospital de Isolamento logo após sua chegada: “[...] A capella do hospital foi aproveitada para deposito mortuário, o côro para a sala de agonisantes (circumdados os leitos de biombos) e a sachristia guardava os caixões fúnebres (GODINHO, 1904, p.36)”.

Essa atitude responde a um contexto maior em que nas sociedades Ocidentais diversos interditos sobre a morte e os mortos foram estabelecidos. Por isso, desenvolveu-se a ideia de que o lugar “correto” para se morrer deve ser um espaço neutro, escondido e asséptico (o hospital), e não um ambiente doméstico com a presença da família. Segundo Rodrigues (1983, p.189):

[...] a expulsão do doente e a invenção do hospital como lugar onde se vai morrer são contemporâneas do desenvolvimento da ideologia da higiene e da decomposição da instituição familiar: o hospital se transforma em asilo a proteger a família da doença e da morte, a proteger o doente das pressões emocionais de sua família, a proteger a sociedade da publicidade da morte.

A visão médica lançada aos mortos, naquele contexto de caos epidêmico, compreendia o fenômeno apenas do ponto de vista técnico, entendido meramente como o fim de organismos humanos vitimados pela morbiletalidade. Trata-se de uma visão que exclui a *complexidade do fenômeno* e as diversas *apropriações culturais* da morte em diferentes tempos históricos. Nesse caso, a medicalização dos mortos

desconsiderava a *dimensão social da morte* marcada pelo “fim da identidade social da pessoa” (HELMAN, 2009, p.209). Isso significa deslocar para um segundo plano “[...] uma série de cerimônias, incluindo o funeral, quando a sociedade despede-se de um de seus membros e reafirma sua continuidade sem ele” (HELMAN, 2009, p.208-209).

As ações de combate à peste em São Luís, sob a administração do Dr. Victor Godinho, foram exaltadas em jornais locais, em relatórios da Inspetoria de Higiene, nas Mensagens de autoridades políticas e n’*A Revista do Norte*. Esta última destinou nove páginas da edição de maio de 1904 para exaltar os serviços do médico e a estruturação do novo Hospital de Isolamento. Os leitores ainda foram agraciados com nove fotografias relativas a essa atuação, reproduzidas nas páginas desse periódico.

Observamos, também, que a figura do médico e sua equipe, naquele contexto, representava o efeito simbólico do saber científico que almejava se legitimar frente às demais formas de combate a doenças e demais procedimentos destinados aos mortos culturalmente estabelecidos. Esse efeito poderia ser visto através das práticas de separação entre vivos e mortos, divulgados como comportamento correto para o combate à peste. Nessa lógica, o médico recorre a mecanismos simbólicos capazes de fabricar “[...] constrangimento interiorizado, necessário onde quer que falte o possível recurso a uma violência imediata” (CHARTIER, 1990, p.22).

Assim, tornar-se-á imprescindível assumir com prática padrão o uso de elementos simbólicos que reforcem essa autoridade médica, como as roupas brancas, procedimentos veiculados como “corretos” perante os corpos, o uso de carros específicos de remoção de cadáveres, diferentes artefatos médicos, discursos, substâncias de uso farmacêutico para a cura etc. Sobre isso, diz Chartier (1990, p.22):

[...] e se os médicos não tivessem sotainas e mulas e os doutores não tivessem barretes quadrados e becas demasiadamente largas a quatro panos, nunca teriam enganado o mundo, que não consegue resistir a essa montra tão autêntica. Se aqueles últimos detivessem a verdadeira justiça e se os médicos possuíssem a verdadeira arte de curar, não teriam necessidade de barretes quadrados; a majestade dessas ciências seria por si própria suficientemente venerável [...] é-lhes necessário lançar mão desses vãos instrumentos que impressionam a imaginação daqueles com que têm de tratar; é desse modo, que se dão respeito.

Para exemplificar o que temos dito, tomemos o caso das vestimentas utilizadas pela equipe do Dr. Victor Godinho. A fotografia a seguir representa a equipe médica em questão, no pleno exercício de suas funções, no Hospital de Isolamento:



**Figura 2. Dr. Victor Godinho e equipe médica em enfermaria masculina do Hospital de Isolamento**  
Fonte: A Revista do Norte (1904, p.142)

Observando essa imagem como “discurso”, destacamos que a roupa dos profissionais em questão tem funções práticas, pois protegem médicos e pacientes do contato, mas, também, simbólicas, pois traduzem associações relativas à presença de especialistas, representantes de um grupo seletivo de “homens de ciência”, capaz de trazer “confiabilidade” aos pacientes.

Segundo Helman (2009, p.205), a vestimenta clara do médico e tantos outros artefatos requeridos por essa profissão, representam “[...] um grupo que tem poder de usar as forças da ciência e tecnologia para benefício de seus pacientes”. Ainda segundo esse autor, essa forma de exercer poder, de um ponto de vista simbólico, não se distancia de outros rituais de cura, como aqueles praticados por curadores não-ocidentais preenchidos de religiosidade e discursos míticos.



## **4.2 Código Sanitário de 1904: novas leis e novos espaços para a convivência entre vivos e mortos**

A política médica empreendida por Victor Godinho e sua equipe, em São Luís, não se restringiu a ações imediatas de combate à peste. Sob o impacto dessa epidemia de amplas proporções, foi decretada, após o término oficial da doença, a lei n.358 de 9 de junho de 1904 que reorganizou o serviço sanitário da capital. A segunda parte dessa lei foi nomeada como Código Sanitário e concentrou a maior parte das orientações urbanísticas da capital. Esse conjunto legislativo não faz referência à autoria de seus princípios, todavia, julgamos que o médico em questão fora responsável por sua elaboração.

Essa tese também é acenada nos estudos de Almeida (2005, p. 86-87) ao tratar de “um estilo médico considerado moderno” em gestação em São Paulo na virada do século XX. Segundo aponta a autora, em um momento em que o “[...] aparato médico paulista aos poucos transformava-se num símbolo de eficiência sanitária para o país”, a missão de Victor Godinho se encaminhava para além das ações de combate à peste, estendendo-se, portanto, à reestruturação dos serviços sanitários da capital ludovicense.

Todavia, em estudos mais específicos sobre a referida lei, a autoria dessa legislação não é referenciada. Medeiros (2006, p.77-105), por exemplo, analisa detidamente a segunda parte dessa lei e suas perspectivas urbanas para a capital. Mas em nenhum momento remete a autoria à Victor Godinho.

Assim, defendemos a tese de que o referido médico fora responsável pela elaboração desse documento, ou pelo menos parte dele. Isso porque verificamos que em relatório sobre os serviços prestados ao Governador Alexandre Collares Moreira Junior, as ações descritas pelo médico não se limitaram às ações práticas de saúde como isolamento, remoção de doentes e vacinações. Na ocasião, Victor Godinho (1904, p.118) explica que uma de suas funções durante a estadia em São Luís era reorganizar o Serviço Sanitário:

Quando convidado para vir ao Maranhão afim de combater a peste fiquei sciente de que também teria de reorganizar o serviço sanitario do Estado. Com effeito, estando o Congresso reunido, o governador do Estado, Coronel Alexandre Collares Moreira Junior e o Senador Benedicto Leite

incubiram-me de confeccionar um projeto de lei reorganizando o serviço de hygiene representado pela antiga Inspectoria do Estado.

Em seguida, o médico em questão destaca a necessidade de elaborar, também, o novo Código Sanitário da cidade, ação que contou com a ajuda de um profissional de sua equipe, o Dr. Augusto Militão Pacheco:

Sendo azada a occasião, entendi que devia preparar também o código sanitário que regulasse as construcções novas, já que a ausência de leis tinha feito com que a cidade ficasse eivada de vícios de architectura e de construcções. Desta segunda parte, para sub-dividir o trabalho, incumbi o meu collega e ajudante Dr. Augusto Pacheco, indicação que se impunha duplamente pela sua competência no assumpto e porque já havia probabilidades que o ilustre hygienista se demorasse no Maranhão por mais dois annos (GODINHO, 1904, p.118-119).

O autor também expressa os parâmetros utilizados na elaboração desse esquema disciplinar, que ambicionava definir padrões médicos para organização do espaço urbano da capital. Há que se considerar a opinião de Almeida (2005, p.87-88) sobre a atuação de Victor Godinho em terras tão distantes de São Paulo. Conforme esclarece a autora, as ações voltadas à saúde pública, empreendidas pelo médico em questão, faziam parte de uma “missão civilizatória”, como um tipo de propaganda do Serviço Sanitário Paulista. Além disso, segundo a autora, essas ações também “[...] representavam uma competição entre Rio de Janeiro e São Paulo – nem sempre explícita – pela hegemonia de qual cidade poderia representar a moderna medicina da nação”.

A ideia de que normalizações sanitárias de outras localidades, sobretudo, as provenientes da cidade de São Paulo, poderiam alicerçar as leis de São Luís fica perceptível na fala reproduzida a seguir, quando Victor Godinho destaca a orientação de seu colega de equipe, o Dr. Pacheco, na elaboração da segunda parte da lei sanitária de 1904. Segundo aponta o autor de *A Peste no Maranhão*, o parâmetro utilizado era o código sanitário paulista, único com critérios urbanísticos já estabelecidos para as novas edificações:

**Eu tomei a mim a reforma da lei propriamente dita do Serviço Sanitario e modelei o meu trabalho pelos regulamentos Sanitarios de São Paulo, da Bahia e da Capital Federal. Este último recentemente publicado. O Dr. Pacheco modelou o seu código tambem pelo de São Paulo, unico Estado do Brasil que até há pouco possuía codificadas as suas leis de construcções.** Seria longo descrever toda a orientação que presidiu a

organização do serviço sanitário do Maranhão. Limito-me pois a dizer que procurei tirar das leis referidas e anteriormente feitas tudo o que elas tinham de melhor, esforçando-me sempre por simplificar a engrenagem administrativa quanto possível. Creio que o consegui em muitos capítulos. Quanto á orientação científica procurei dar abrigo a todas as opiniões em voga (GODINHO, 1904, p. 119. Grifo nosso).

Para Foucault, (1987, p.164), as ações voltadas ao enfrentamento da peste em uma dada sociedade correspondem à “utopia da cidade perfeitamente governada” e representam uma forma pela qual as autoridades políticas gostariam de controlar e “desmanchar” as “perigosas misturas” da população. Naquele contexto epidêmico, julgamos que a lei n.358 de 9 de junho de 1904 expressa uma atitude normalizadora nunca vivenciada em São Luís, e representa a mais completa idealização de como aquela sociedade deveria ser *disciplinada, esquadrihada e, sobretudo, higienizada*. Isso porque,

[...] a peste (pelo menos aquela que permanece no estado de previsão) é a prova durante a qual se pode definir idealmente o exercício do poder disciplinar. Para fazer funcionar segundo a pura teoria dos direitos e as leis, os juristas se punham imaginariamente no estado de natureza; para ver funcionar suas disciplinas perfeitas, os governantes sonhavam com o estado de peste (FOUCAULT, 1987, p.164-165).

Assim, a epidemia de peste bubônica suscitou uma sociedade ludovicense idealizada, calcada em valores médicos e urbanísticos priorizados naquela legislação. Nessa direção, percebemos grandes diferenças entre esse documento e as normalizações anteriormente decretadas em São Luís. Isso porque a nova legislação sanitária estabelece critérios mais específicos, detalhados e aperfeiçoados sobre o espaço urbano e, especialmente, para a convivência entre vivos e mortos.

É possível identificar nesse documento valores e padrões assumidos como corretos por uma elite médica e burguesa empenhada na Medicalização social. Assim, padrões ligados à estética e à higienização eram eleitos como necessários para a condução da capital ludovicense à tão sonhada “civilização europeia nos trópicos” (CHALLOUB, 1996, p.35). Essa atitude já era vista nas políticas urbanas empreendidas em Paris, Rio de Janeiro e São Paulo, como já acenamos.

No que diz respeito ao nosso objeto de estudo, a lei n.358 de 9 de junho de 1904 atribui ao serviço sanitário do município a responsabilidade pelos mortos, tal

como era visto em leis anteriores da capital. Por exemplo, o Art. 3º. 3 da nova lei retoma essa responsabilidade municipal de assistência aos mortos, tal como especificado no Regulamento Sanitário de 1898. Segundo diz o Art. 3º. 3 da nova lei os serviços de “assistência pública” estavam sob a competência da política municipal:

Art. 3º. 3 - A organização e direção do serviço de assistência pública, como a extinção de incendios, socorros e accidentes na via pública: escolas veterinárias, hospitaes, maternidades, asylos, creches, orphanatos e todas as instituições destinadas ao tratamento, protecção e abrigo dos enfermos, cegos, creanças, velhos, inválidos, alienados, surdos e mudos; **a instituição de necrotérios, serviços funerarios, cemiterios**, matadouros, açougues, lavanderias e fontes publicas; a organização e direcção do serviço de vacinação e revaccinação obrigatórias (Grifo nosso).

Ao estabelecer normalizações para os serviços voltados à desinfecção da cidade a nova lei ainda estabelece princípios mais específicos para a condução e o tratamento destinado aos cadáveres vitimados por doenças infecto-contagiosas. Essas ações aperfeiçoavam os mecanismos que visavam interditar comportamentos de aproximação entre vivos e mortos:

Art. 140º O feretro de individuo fallecido de moléstia infectuosa nunca poderá ser levado á mão. Art. 141º Os cadáveres de individuos fallecidos de moléstias infecciosas só poderão ser dados á sepultura após preparo do corpo feito pelo desinfectório. (p. 155).

Especificamente, o artigo 140º, descrito acima, buscava restringir a atuação de profissionais que viabilizavam os sepultamentos no centro urbano da capital. Por isso, essa lei atingia mais diretamente os carregadores de caixões fúnebres, os chamados “gatos pingados”, mais expostos à insalubridade dos féretros. A maneira pela qual os médicos Godinho & Lindenberg (1906, p.188) descreviam os serviços desses profissionais, em pleno século XX, era cercado por um tradicionalismo, que lembrava os grandes cortejos fúnebres idealizados pelas Irmandades religiosas responsáveis, nos séculos XVIII e XIX, pelos ritos fúnebres da população:

Typos originalísimos são os carregadores de feretros nos enterros, que no Maranhão são todos feitos a mão, havendo para essa condução profissionaes. Estes usam chapéu alto, com uma larga fita dourada, casaco preto, tambem, enfeitado com cadarços dourados. Andam descalços e munidos de grandes bastões, sobre os quaes atravessam o caixão

mortuário, que assim é conduzido como si fosse um piano. A esses carregadores chamam *gatos pingados* (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.188. Grifo do autor).

Mas, é a segunda parte da lei, o Código Sanitário de 1904, que melhor aperfeiçoa os mecanismos de controle sobre os mortos. Uma análise geral do código em apreço evidencia a amplitude e complexidade que o mesmo possui em relação ao mais recente conjunto de leis sanitárias publicadas na capital. O documento possui 21 capítulos e 364 artigos, enquanto o Regulamento Sanitário de 1898 possui apenas 10 capítulos e 85 artigos. Os aspectos da sociedade ludovicense, que o novo código almejava normalizar e higienizar, vão desde ruas, praças, habitações em geral e coletivas, passando por prisões, escolas, hospitais, açougues, lavanderias públicas, dentre outros.

No que diz respeito aos mortos, como objetos de atenção da Saúde Pública, o Regulamento Sanitário de 1898 faz poucas referências, destacando apenas algumas atribuições de médicos inspetores diante da questão, como já acenamos (Cf. p.68). O Código de Posturas de 1893, por seu turno, chegava a delimitar a questão, destacando em restritos 8 artigos os procedimentos que deveriam ser ditados perante cadáveres, sepultamentos e comportamentos fúnebres, como o toque de sinos ao longo dos cortejos.

Mas foi com o Código Sanitário de 1904 que a questão foi detalhada e aperfeiçoada, pois o mesmo apresenta detidamente em 2 capítulos e 25 artigos as normalizações voltadas para a questão dos mortos. Daí, seu caráter inovador para época.

Desse ponto de vista, o Capítulo XVI do referido código estabelece uma ação inédita naquela sociedade: a criação de um necrotério. Esse espaço deveria atender aos padrões de assepsia destacados no código, como a ênfase na higiene do lugar e o seu afastamento do perímetro urbano da capital. Portanto, deveria ser diferente dos conhecidos “depósitos de cadáveres” prevalentes naquele momento.

Há que se considerar que a criação desse espaço responde a uma necessidade que não é apenas higiênica, mas também jurídica-científica ou mesmo demografo-sanitária, pois o futuro lugar seria apropriado para a realização de autópsias que esclareceriam as causas de falecimentos possivelmente ocasionados por crimes e doenças contagiosas:

Art. 259. O necroterio deve ser construído fora da aglomeração urbana. Art. 260. Deve estar bem afastado de qualquer especie de habitação. Art. 261. O necroterio deve ser simples, perfeitamente claro e arejado, de solo e paredes revestidas de ladrilho-mosaico e vidrado; com mesas de autopsia de mármore sobre supportes de metal. 262. O necroterio terá o tamanho que fôr exigido pela população do lugar onde tiver de ser instalado. Art. 263. A pintura dos necroterios deverá ser a oleo e de côr branca. Art.264. Diariamente os necroterios serão rigorosamente lavados e desinfectados.

Verifica-se, igualmente, uma atenção especial à qualidade do ar que circunscrevia o futuro necrotério da capital. Percebemos que o debate sobre os possíveis vapores fétidos – os “miasmas” que emanavam dos corpos falecidos em decomposição, ainda prevalecia nesse conjunto de leis, mesmo diante das conquistas da microbiologia em fins do século XIX. Nessa lógica, a purificação do ar estava prevista através do plantio de árvores ao redor deste espaço. Assim estabelece o Código: “[...] Art. 265. Em volta dos necrotérios devem ser plantadas arvores de raízes profundas, de folhagem exuberante e resistente”.

No capítulo seguinte, são estabelecidas novas diretrizes para a construção e para os usos dos cemitérios na capital. O lugar destinado aos sepultamentos, semelhante às leis de meados do século XIX, ainda deveria permanecer em regiões periféricas da cidade. Com base em pressupostos higiênicos, com ênfase na separação entre vivos e mortos através de uma “barreira asséptica”, promovida pelo distanciamento, o capítulo XVII do Código Sanitário de 1904 assim estabelecia:

#### Capitulo XVII

##### Cemiterios.

Art. 266. Os cemiterios deverão ser collocados longe dos centros populosos e a 300 metros, pelo menos, distantes das habitações. Art. 267. Deverão ser construidos, sempre que for possivel, em pontos elevados e na contra-vertente das águas que tenham de alimentar cisternas ou poços. Art. 268. Deverão ficar em direcção opposta á dos ventos reinantes e na vertente opposta da colina em que assentar a povoação.

Segundo Antunes (1999, p.161), em fins do século XIX e início do XX a crítica médica ainda se debatia com a persistência dos enterramentos em Igrejas e conventos, daí a necessidade de aperfeiçoar as leis fúnebres. Essa proximidade em relação à decomposição dos corpos ainda era comum especialmente em regiões distantes dos centros urbanos, apesar de ampla legislação já estabelecida para o assunto. Para os médicos republicanos, essa era uma atitude escandalizadora e

revelava uma promiscuidade entre vivos e mortos que deveria ser combatida e vista como superada.

A crítica aos sepultamentos eclesiásticos é perceptível na fala do Inspetor Felicissimo Rodrigues Fernandes, que mesmo no início do século XX recebia denúncias desse tipo de enterramento no interior do Maranhão. Assim o médico inspetor cobrava providências do governador em exercício:

Em 31 de Dezembro de 1902.

Ao Cidadão Governador do Estado.

Chegando ao meo conhecimento, por ordem da autoridade policial da Villa do Arary se tem feito enterramentos na Igreja dessa localidade peço-vos que providencieis afim de que com essa pratica prejudicialissima a saude e contraria a todas as leis que regem esse ramo de serviço publico. Nesse sentido acabo de dirigir-me ao Intendente Municipal dessa Vila.

Saúdo-vos.

Dr. Felicissimo Rodrigues Fernandes. Inspetor (OFÍCIO DA INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO, 1902).

Além dessa crítica, tão comum ao longo do Oitocentos nas capitais do Império e que remetem a discussões levantadas por Reis (1996) ao tratar da revolta conhecida como Cemiterada em Salvador, o detalhamento e aperfeiçoamento das leis de sepultamentos em cemitérios laicos, nos anos iniciais do século XX, responde à um contexto em que os médicos eram chamados para estudar, esquadrihar e avaliar as condições de higiene dos cemitérios já em uso no período Republicano (ANTUNES, 1999, p.161). Esses médicos, atuantes, sobretudo, na Bahia e Rio de Janeiro, e mais tardiamente em São Paulo, elaboraram normas para reformar os antigos cemitérios.

Esses estudos, claro, influenciaram as legislações que visavam a construção dos novos espaços destinados aos mortos. Para Antunes (1999, p.261), esses médicos dedicavam-se à “geografia descritiva” dos cemitérios, com ênfase em aspectos relativos à localização, proximidade com a área urbana, dimensões, volume desses espaços, diferenciações entre as covas para adultos e para as crianças, capacidade para os enterros anuais, dentre outros aspectos.

Além disso, ainda segundo esse autor, estes estudos buscavam aferir a “[...] composição geológica do terreno [e o] posicionamento relativo às fontes de água subterrânea; enfim, tudo que pudesse interferir na barreira asséptica que se pretendia interpor entre vivos e mortos” (ANTUNES, 1999, p.261).

O Código Sanitário de 1904, pioneiramente apresenta considerações dessa natureza para o estabelecimento dos cemitérios na capital ludovicense. Tratando dos riscos da contaminação dos lençóis freáticos e dos tipos de solo mais adequados para essa finalidade, o novo código prescrevia até ações voltadas para minimizar os impactos que possíveis enchentes deixariam na morada dos mortos:

Art. 269. O terreno para cemiterio deverá ser moderadamente pôroso e formado de granulações até grande profundidade. Art. 270. Deverão ser sempre preferidos os terrenos calcareos e ferruginosos. Art. 271. São imprestáveis os terrenos que tiverem camadas impermeáveis á pequena distancia da superfície do solo. Art. 272. Nas localidades baixas, onde não houver terrenos elevados, os cemitérios poderão ser collocados na planície. Neste caso ter-se á em muita conta o nível do lençol d'agua subterrâneo. Art. 273. O lençol de água nos cemitérios deve ficar, pelo menos, a 2 metros de profundidade. Não se verificando esta hypotese, é forçoso deprimir o nível das águas subterrâneas. Para isso praticar-se-á a drenagem profunda. Art. 274. O nível dos cemiterios, em relação aos cursos de águas visinhas, deverá ser bastante elevado, de modo que as aguas das grandes enchentes nunca possam attingir ao fundo das sepulturas.

A intervenção médica perante os domínios da morte e sua capacidade de interferir no campo jurídico para garantir a excelência de suas ações, prescreve a individualização e localização dos corpos falecidos, que agora também deveriam seguir padrões definidos. Trata-se de uma atitude calcada em princípios da Medicina Social, com ênfase na Medicina Urbana francesa, a qual os mortos passaram a ser compreendidos, em fins do século XVIII, a um tipo de “exercito [...] tão bem enfileirado quanto uma tropa que passa em revista” (FOUCAULT, 2004, p.90).

A localização específica de uma sepultura, para cada corpo falecido, reforça o processo de individualização dos mortos. Para Rodrigues (1983, p.165), reforça o desejo das pessoas expressarem suas identidades no espaço destinado aos mortos, como se “[...] cada indivíduo procurasse reproduzir no espaço funerário a sua individualidade, [assim] o mundo dos mortos passa a espelhar o mundo dos vivos de maneira quase direta”, como diz o autor.

Essa atitude, com o advento das concepções higienistas, foi deslocada da Igreja, onde também era reproduzido o universo social dos vivos, e as desigualdades sociais provenientes dele, para o cemitério, em sociedades que buscavam a laicização de suas relações e, conseqüentemente, a neutralização da morte e os mortos. Desse modo, o Código em questão estabelece um espaço padronizado para cada corpo falecido:



Art. 275. A profundidade das sepulturas deverá ser de 1 metro e cinquenta centímetros, a sua largura de 80 centímetros e o seu comprimento para adultos de 2 metros e de 1<sup>m</sup>, 50 para as crianças. Art. 276. Entre duas sepulturas contíguas, deverá haver um espaço de 0,60<sup>m</sup>.

Em seguida, o código determinava as condutas dispensadas aos corpos vitimados por doenças infecciosas. Ademais, remete à necessidade de calcular a capacidade do espaço destinado aos sepultamentos realizados ao longo de um ano:

Art. 277. Os cadáveres de indivíduos que tenham falecido de molestia intransmissível, poderão ser exumados no fim de 3 a 5 annos. Os fallecidos de molestia transmissível não poderão ser exumados. Art. 278. A superficie dos cemitérios destinada ao enterramento deverá ser sempre, e pelo menos, 6 vezes maior do que a área necessária para os enterramentos annuaes.

A mesma atitude recomendada ao necrotério, para a purificação do ar que circundava esse espaço, é prescrita ao cemitério. Nessa ótica, o plantio de vegetação e relva nos cemitérios é “imposição hygiênica necessária”, além disso, notamos, também, uma preocupação estética nesses procedimentos, com a escolha dos tipos adequados de vegetação para cada região do cemitério:

Art. 279. A plantação de arvoredo e relva nos cemiterios é imposição hygienica necessária. Art. 280. A vegetação deve ser rasteira e composta de gramíneas e estendaes de relva. A grande arborisação deve ficar reservada para as alamedas. Art. 281. Os cemiterios deverão ser circundados por uma zona protectora e livre profundamente plantada de arvores de folhagem exuberante e persistente. Art. 282. Todo cemiterio deverá ser murado, devendo a muralha ter pelo menos 2 metros de altura.

O último artigo relativo à questão dos mortos refere-se à possibilidade de incinerar os corpos em vez das tradicionais inumações. Diz o Código: “Art. 283. A lei permite a construcção de crematórios cuja utilização é facultativa”. A presença dessa medida, ainda que de modo facultativo, expressa um processo de laicização da morte vivido naquele contexto, algo que deixava em segundo plano os aspectos morais e religiosos que a morte suscitava.

Expressa, também, a sintonia desse conjunto de leis a um debate vivido em fins do século XIX sobre as vantagens proporcionadas pela incineração de cadáveres. Fruto de reivindicações de médicos renomados como Dr. Alfredo Brito e o próprio Dr. Nina Rodrigues, além do literato Machado de Assis, os argumentos lançados por essa elite intelectual defendiam que a cremação dos despojos

humanos era uma solução para o problema da decomposição dos mortos e a superlotação dos cemitérios em tempos de epidemias. Além disso, essa prática evitaria as chamadas “mortes horríveis”, provocadas por sepultamentos de pessoas em estado de morte aparente (ANTUNES, 1999, p.262-263).

Apesar desses argumentos e, como, compreendemos a classe médica como um grupo heterogêneo, também existiam posturas contrárias à cremação de corpos. Antunes (1999, p.264), por exemplo, destaca a opinião do Dr. Agostinho José de Souza Lima, da Academia Imperial de Medicina, que defendia que a questão não deveria ser vista apenas através de aspectos morais e religiosos, ou tomando por base, unicamente, os aspectos higiênicos. Para o médico, a cremação desconsiderava aspectos relevantes para a Medicina Legal, como o estudo do corpo recém-falecido ou exumado para esclarecer eventuais crimes. A incineração, nessa lógica, era perniciosa às práticas judiciárias dessa natureza.

Para Rodrigues (1983, p.201) a incineração pode ser vista como um mecanismo “mais radical” de banimento dos mortos da comunidade dos vivos. A partir de uma dimensão simbólica, o argumento higienista não é totalmente convincente para a legitimação dessa prática, segundo explica Rodrigues (1983, p.202). Para o autor, a “principal [razão] é que a incineração é espetacularmente redutora e radicalmente exterminadora”. Trata-se da “morte da morte”, reduzida a cinzas, à um caráter secreto e à um esvaziamento de significações diferente daquilo que é representado através das sepulturas laicas ou eclesiásticas.

Sob o impacto de uma epidemia recente, a instauração desse código sanitário não deixava de apresentar um aumento da responsabilidade do poder público de São Luís perante a população que convivia na insalubridade. No relatório do Dr. Victor Godinho (1904, p.123) verificamos que o médico em questão chegou a determinar, junto ao governo, alguns dos novos espaços destinados à promoção da Saúde Pública na capital, atribuindo a responsabilidade de fiscalizar essas edificações ao Dr. Augusto Pacheco que iria permanecer na cidade por mais tempo:

Reorganizada e dotada a Repartição sanitaria era necessario fazer-se a escolha dos logares em que deveriam ser construídas as varias secções. escolhi para a sede do Hospital de Isolamento, Instituto Bacteriologico e Vaccinogenico e o Desinfectorio o sitio denominado Lyra que apresenta as seguintes vantagens: - vasto, terreno de pedregulho, água em abundancia, visinho da cidade embora em um dos seus extremos, bem situado em relação á parte mais populosa, e não muito distante do cemiterio. O governo está em negociações para aquisição desse sitio. Escolhi também o logar

destinado á Gafaria, logar em que já pensava o Senador Benedito Leite, tendo eu ido apenas para opinar sobre sua boa collocação. São os sítios denominados do Macario e do Outeiro. Ambos se prestam ao fim que lhes é proposto. Sobre essas escolhas dei a minha opinião mas, não obstante, como é natural, sei que a opinião que deverá prevalecer neste caso é a de Dr. Augusto Pacheco que tem de ficar no Estado, e que vae fiscalisar as construcções e o funcionamento das ditas repartições.

Todavia, esse inicial interesse das políticas locais não significou mudanças efetivas perante as leis sanitárias daquela sociedade, pois os anos seguintes não foram marcados pelas grandes reformas prescritas na nova legislação (PALHANO, 1988, p.242). Aliás, o Código Sanitário de 1904 serviu apenas para demonstrar a falta de sintonia entre as propostas políticas e a ineficiente estrutura sanitária legada de um passado de descaso com as questões de Saúde Pública.

Desse modo, o que se vislumbra é uma ausência de prioridade com a questão e uma aposta descomedida na difusão de discursos voltados à Higiene Pública. Por isso, Palhano (1988, p.242-243) reitera que:

[...] o código em apreço acabou sendo mais uma bela carta de intenções pois suas determinações não puderam ser implementadas, seguramente por estarem muito além da capacidade administrativa e técnica dos governos que se sucederam e, principalmente, muito na frente de sua própria vontade política [...] A lei 358, por seu turno, dava a exata dimensão da pouca experiência do Estado no trato das questões sanitárias, pois as medidas propostas revelavam, com maior grau de precisão, o irrealismo das determinações legais, bastando que se tomasse em conta o seu aparelhamento efetivo, comprovado no passado e depois confirmado no futuro, pois aquele serviço cedo entraria em descrédito diante da opinião pública.

Todavia, para nós, não somente o código em questão, mas também as políticas anteriores, voltadas ao combate da varíola, por exemplo, reforçam a abrangência do Estado em administrar os diversos aspectos do processo morte-morrer e, especialmente, a maneira pela qual as pessoas velam seus mortos.

Essas ações reforçam nossa tese de que a morte, reconhecida socialmente através dos corpos mortos, seu maior símbolo, é passível de *relações de poder*, em um jogo de forças muito complexo. Isso porque, naquela sociedade, vivenciava-se “ares de modernidade” proporcionado por um novo sistema político-econômico e pela difusão de saberes médicos, que apregoavam a Higiene Pública como requisito para civilizar os corpos (sadios, falecidos, moribundos e enlutados) e os espaços, sejam eles, públicos ou privados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos fazer algumas inferências a partir da análise de documentos que evidenciaram o controle social exercido perante os corpos mortos nos anos iniciais do século XX em São Luís.

Ao tomar conhecimento sobre a difusão de epidemias nesse contexto tínhamos uma noção restrita dos impactos dessas doenças em uma sociedade que ensaiava os primeiros passos de um sistema de Saúde Pública. Essas primeiras impressões estavam limitadas tão somente às ações de combate a peste, por exemplo, e não à legitimação e exaustiva repetição de discursos voltados à higienização e medicalização dos cadáveres, como os que se difundiam naquele momento.

Outro ponto que merece realce, nesse momento de avaliação de nossa narrativa histórica, diz respeito à amplitude que os discursos sobre os mortos, como objetos de atenção da Saúde Pública tomaram no Regime Republicano. Isso significa que o debate sobre a construção dos cemitérios, tão comum ao longo do Oitocentos, com os ditames do cientificismo republicano ganharam novas vertentes, o que reforçava a atuação do Estado e do discurso médico perante a finitude humana.

Essa atuação, segundo Antunes (1999, p.236), expressa um processo efetivo de medicalização sobre os domínios da morte, promovendo mudanças reais perante o modo pelo qual as pessoas enfrentam a morte e velam seus mortos. Basta lembrar, como citamos anteriormente, da “grande revista de vivos e mortos” em uma situação emergencial enfrentada pelo médico Victor Godinho. Por outro lado, algo diferente se estabeleceu se pensarmos na medicalização do crime e do sexo, por exemplo, também intensificado no projeto republicano, mas pouco viabilizado entre a população.

Essa mudança também se ampliava à forma pelo qual a medicina é pensada naquele momento, pois através de “uma reorientação de seus objetos e seus métodos” (ANTUNES, 1999, p.236) o discurso médico almejará interferir nos campos da sociologia, da moral do direito etc., enaltecendo uma prioridade maior que é a saúde dos vivos.

Apesar de várias divergências de concepções no pensamento médico aplicado à morte no período, diferentes estratégias e ações foram elaboradas visando a intervenção social do saber médico em nome da preservação da saúde população, ainda que muitas dessas práticas fossem ignoradas pelos habitantes dos centros urbanos ou até por outras vertentes do Estado.

Assim, a frente de combate à peste bubônica, sob a administração do médico paulista Victor Godinho, pode ser mencionada como modelo de reação do Estado com o objetivo de divulgar o modelo medicalizado de morrer, a instituição de procedimentos, leis e espaços considerados mais adequados para a convivência entre vivos e mortos naquela sociedade.

Nessa lógica, o discurso civilizador republicano cumpre um papel importante na difusão do modelo medicalizado de morrer. Isso ocorre através da ênfase no combate ao contágio de doenças através de corpos vitimados pelas doenças transmissíveis, mas também através de mudanças nos hábitos e comportamentos da população, vistos pela elite médica da época como perniciosos, insalubres e ligados aos tempos coloniais.

Por fim, destacamos que diante do caos de insalubridade e da necessidade de controlar os índices de morbiletalidade, o poder público de São Luís incorporou diversos discursos sobre o tratamento adequado destinado aos corpos mortos. Sob o signo da ciência médica vigente e a instituição de leis e decretos esses discursos interditavam práticas de aproximação entre vivos e mortos. Essa convivência era criticada por uma racionalidade burguesa que buscava mudança de comportamentos fúnebres, estabelecendo um padrão para a finitude humana: a morte medicalizada.

## REFERÊNCIAS

**1. Documentos:**

## 1.1 Jornais:

JORNAL DA MANHÃ, 11.07.1900.

PACOTILHA, 04.06.1900.

## 1.2 Leis

CÓDIGO DE POSTURAS DE 1893. In: **Publicações da Camara Municipal de S. Luiz do Estado do Maranhão**: Collecções de Leis e Resoluções Municipaes de 1892 a 1909. Maranhão: Typografia do Diario do Maranhão. 1910. (Impresso. APEM).

CÓDIGO SANITÁRIO DE 1904. In: Collecção das Leis do Estado do Maranhão. São Luís: Typogravura Teixeira, 1904. (Impresso – APEM).

REGULAMENTO Sanitário do Estado do Maranhão 1898. (Impresso – APEM).

## 1.3 Documentos da Inspeção de Higiene do Estado do Maranhão

INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1900. (anexos). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u378/000095.html>>. Acesso: 14/06/2012.

INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1901. (anexos). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u379/000106.html>>. Acesso: 12/07/2012.

INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO DO MARANHÃO, 1902, (anexos). Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u380/000087.html>>. Acesso: 25/07/2012.

OFÍCIO DA INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO, 23.08.1900. (Impresso – APEM).

OFÍCIO DA INSPETORIA DE HIGIENE DO ESTADO, 11.09.1900. (Impresso – APEM).

OFÍCIO DA INSPETORIA DE HYGIENE DO ESTADO, 1902. (Impresso – APEM).

## 1.4 Documentos gerais

CANTANHEDE, Palmerio de Carvalho. **Saneamento das cidades e aplicação à capital do Maranhão**. São Luís, Typogravura Frias. 1902. (Impresso - MHAM).

DIRETORIA DO REGISTRO CIVIL, 1900. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u378/000031.html>>. Acesso em: 20/06/2012.

DIRETORIA DO REGISTRO CIVIL, 1901. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u379/000144.html>>. Acesso em: 20/06/2012.

GODINHO, Victor. **A Peste no Maranhão**: Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Coronel Alexandre Collares Moreira Junior, Governador do Estado pelo Dr. Victor Godinho chefe do Serviço Extraordinario de Hygiene. São Luís, Typogravura Teixeira. 1904. Disponível em: <<http://www.cultura.ma.gov.br/portal/bpbl/acervodigital/Main.php?MagID=37&MagNo=86>> Acesso: 13/01/2012. (BPBL – Acervo virtual).

GODINHO, Victor; LINDENBERG, Adolpho. **Norte do Brazil**: através do Amazonas, do Pará e do Maranhão. 1906. São Paulo; Rio de Janeiro: Laemmert & Comp.

PEIXOTO, Afrânio. **Manual da thanatoscopia jurídica**: estudo medico-legal da morte, de accordo com a legislação brasileira vigente, destinado ao uso de magistrados, peritos e medicos peritos. Bahia, Typographia Bahiana de Cicinato. 1901. (BN – BRG. Impresso).

MARQUES, Astolfo. **A Vida Maranhense**. São Luís: Typografia Teixeira, 1905. (Impresso – CCJM).

## 2. Bibliografia

ALMEIDA, Marta de. São Paulo na virada do século XX: um laboratório de saúde pública para o Brasil. **Tempo**. nº 19. Rio de Janeiro, 2005. p. 77-89.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Medicina, leis e moral**: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930). São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.

ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARROS, José D'Assunção. **O campo da história**: especialidades e abordagens. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BAUDRILLARD, Jean. **A troca simbólica e a morte**. São Paulo: Edições Loyola. 1996.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados**: o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHARTIER, Roger. **A História cultural entre práticas e representações.** São Paulo: Ed. Bertrand, 1990.

CORREIA, Maria da Glória Guimarães. **Nos Fios da Trama: Quem é essa mulher? Cotidiano e Trabalho do Operariado Feminino em São Luís na Virada do Século XIX.** São Luís: Edufma, 2006.

DA SILVA, Renata Prudencio. **Ciências versus Letras no Brasil Republicano: ciência e Nação em Afrânio Peixoto.** 2010. Disponível em: <[http://www.coc.fiocruz.br/jornada/images/Anais\\_Eletronico/renata\\_silva.pdf](http://www.coc.fiocruz.br/jornada/images/Anais_Eletronico/renata_silva.pdf)>. Acesso:01/06/2012.

DOSSE, François. **A História em migalhas: dos Annales à Nova História.** São Paulo: EDUSC, 2003.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Editora Forense. 1977.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: o nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes. 1987.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Edições Graal. 1999.

\_\_\_\_\_. Em defesa da sociedade. In: \_\_\_\_\_. **Curso no Collège de France (1975-1976).** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal. 2007.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.** São Paulo: Edições Loyola. 2009.

GARELLI, F. Controle social. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política.** Brasília: Ed. UnB, 1995.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** Porto Alegre: Artmed. 2009.

LAPA, José Roberto do Amaral. **A cidade: os cantos e os antros.** Campinas (1850-1900). São Paulo: DEUSP, 1996.

MACHADO, R. et. al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MEDEIROS, Carlos Henrique Guimarães. **Peste bubônica em São Luís: Epidemia e perspectiva de reordenamento urbano.** 2007. 130 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2007.



MELO, Maria Cristina Pereira de. **O Bater dos Panos: um estudo das relações na indústria têxtil do Maranhão (1940-1960)**. São Luís, SIOGE, 1990.

MEIRELES, Mario. **Apontamentos para a História da Medicina no Maranhão**. São Luís: SIOGE. 1993.

PALHANO, Raimundo Nonato Silva. **A produção da coisa pública: serviços e cidadania na primeira república: republica ludovicense**. São Luís: IPES, 1988.

PESAVENTO, Sandra J. **História & História Cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

\_\_\_\_\_. Cidades Visíveis, Cidades Sensíveis, Cidades Imaginárias. **Revista Brasileira de História**. vol.27 no.53. Jan./Jun. São Paulo, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882007000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882007000100002&script=sci_arttext)>. Acesso: 15/05/2012.

REIS, João José. **A Morte é uma Festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

REIS, José Carlos. **Nouvelle Histoire e tempo histórico: a contribuição de Febvre, Bloch e Braudel**. São Paulo: Ática, 1994.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da Morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

SABROZA, Paulo Chagastelles. **Concepções sobre Saúde e Doença**. 2012. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso: 02/05/2012.