

ROSÁLIA BRASIL RIBEIRO IAMAMURA

HIGIENE PESSOAL FORA DA RESIDÊNCIA: OS
SANITÁRIOS PÚBLICOS NA ÁREA CENTRAL DA
CIDADE DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de Mestre em Urbanismo, ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo de Sousa Moretti
Co-orientadora: Prof. (a) Dr. (a) Maria da Penha Costa Vasconcellos

PUC-CAMPINAS
2006

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação – SBI – PUC-Campinas

t628.4098161 lamamura, Rosália Brasil Ribeiro.

I11h Higiene pessoal fora da residência: os sanitários públicos na área central da cidade de São Paulo / Rosália Brasil Ribeiro lamamura. - Campinas: PUC-Campinas, 2006.
185 p.

Orientador: Ricardo de Sousa Moretti.
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências Exatas, Ambientais e de Tecnologias, Pós-Graduação em Urbanismo.
Inclui bibliografia.

1. São Paulo (SP) - Saneamento. 2. Saúde pública. 3. Cidades e vilas - Melhoramentos públicos. 4. Banheiros - Saneamento. 5. Higiene. 6. Trabalhadores - Saúde e higiene. 7. Vasos sanitários. I. Moretti, Ricardo de Sousa. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências Exatas, Ambientais e de Tecnologias. Pós-Graduação em Urbanismo. III. Título.

22.ed.CDD – t628.4098161

BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador Prof. Dr. Ricardo de Sousa Moretti

Co-orientadora Prof^a Dr^a Maria da Penha Vasconcellos

Prof^a Dr^a Rosilda Mendes

Prof^a Dr^a Maria Amélia Devitte Ferreira D`Azevedo Leite

Campinas, 31 de outubro de 2006

Ao meu querido filho, **Ciro**, e ao meu marido, **Sílvio**, pelo carinho e companheirismo na realização de mais um sonho.

E a minha mãe, grande batalhadora!

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem tenho como Mestre.

Ao Prof. Dr. Ricardo de Sousa Moretti, orientador entusiasta, que confiou em mim, fazendo germinar e se desenvolver um saber que tanto me enriqueceu.

À Profª Dra. Maria da Penha Costa Vasconcellos, com seu olhar competente de ver a cidade e a saúde, pelo incentivo e orientação.

Ao Dr. Wagner, pela ajuda nos momentos certos e pela dedicação à saúde e à qualidade de vida das pessoas.

À Eneida, companheira querida e sempre pronta a colaborar, por suas idéias e opiniões que enriqueceram muito este trabalho e por todo o material disponibilizado.

Ao Conrado, grande amigo, pelo incentivo e força durante a realização do trabalho.

À Lúcia, pela força, amizade e companhia durante as investigações.

À Margarete, por sua afeição e incentivo.

Aos amigos da Emurb, parceiros de longa caminhada, pelas experiências e alegre convivência.

À Célia pela amizade sincera e oportunidades profissionais.

À Egle e Liane, pela dedicação, paciência e carinho na revisão de cada trecho do trabalho, importante para a sua lapidação final.

À Kátia, pelo apoio, criatividade e dedicação.

À Maria Helena, Priscila e Yonne, pelo cuidado na impressão do trabalho.

Ao Samuel, Rafael, Nélio e Luís, pelo auxílio durante a pesquisa de campo.

Ao Jefferson, Lilhian, Marília, Regiano, Renner e Tatiana pelo apoio e compreensão com as minhas ausências no grupo.

A todos os amigos da Uninove, que colaboraram ouvindo, comentando e contribuindo para a finalização do trabalho, principalmente a profª Juli Christi pelas aulas de Saúde Pública.

À equipe do Metrô de São Paulo – Beatriz, Fábio, Verinha, Eliete, Bárbara, Ílvio, Néri; ao Sergio Calvett – coordenador do projeto Banheiro Limpo da Petrobrás; e à equipe do Sesc, pelo apoio e pela contribuição na realização da pesquisa.

Aos funcionários dos locais por onde passei em busca de informações, pela gentileza e atenção.

Aos amigos, funcionários e professores da PUC-Campinas, onde tudo começou, pelos bons ensinamentos e pela vivência.

Aos trabalhadores sem base fixa da região central de São Paulo, pela forma carinhosa e também esperançosa com que participaram da pesquisa.

À toda minha família, que está no meu coração, em especial, à Íris e Lourdes, sempre prontas a me ajudar a conciliar tempo e vida.

Ao meu irmão Cacá (em memória), por toda ajuda solícita durante o curso, entre idas e vindas de Campinas, e que, com certeza, hoje é luz neste trabalho.

E um agradecimento especial à S.JudasTadeu pela sua proteção !

*“Apenas quando somos instruídos pela
realidade é que podemos mudá-la.”*

*Bertold Brecht
(1898-1956)*

RESUMO

IAMAMURA, Rosália Brasil Ribeiro. *Higiene pessoal fora da residência: os sanitários públicos na área central da cidade de São Paulo*. Campinas, 2006. 185 p. Dissertação (Mestrado)–Curso de Pós-Graduação em Urbanismo, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2006.

No decorrer do seu processo civilizatório, os agrupamentos humanos dão conta de respostas diversas à questão dos locais de satisfação das necessidades fisiológicas, de seu escoamento e saneamento. Esta monografia tem por escopo o exame desse tema e como objeto de estudo os sanitários públicos em logradouros da área central da cidade de São Paulo (Subprefeitura Sé) e seus usuários, especificamente os trabalhadores sem base fixa – aqueles que exercem alguma atividade econômica nessas vias. A expressão higiene pessoal é usada para as funções fisiológicas de defecação e micção e ações de asseio. Como direito fundamental, a saúde implica o completo bem-estar físico, mental e social do cidadão e baseia-se na definição das necessidades humanas e sua satisfação, papel este atribuído aos representantes do poder público. Para avaliar o desempenho desse papel, estuda-se a evolução dos hábitos e costumes relacionados à higiene pessoal e as soluções encontradas ao longo dos tempos para escoar e tratar os dejetos humanos. Discorre-se sobre as transformações sociais advindas do processo de industrialização e do surgimento de uma classe operária que passa a ocupar o tecido urbano em condições e espaços insalubres, originando a disseminação de doenças epidêmicas e prejuízos ao corpo social, o que força o Estado a assumir a saúde do povo. Em São Paulo, o descompasso das políticas públicas com o desenvolvimento socioeconômico e cultural da população e o crescimento acelerado da cidade gera uma metrópole de contrastes extremos em termos de infra-estrutura, distribuição de renda e acesso à educação, saúde, trabalho, moradia e transporte. Tais contrastes podem ser identificados na pesquisa de campo realizada com 360 trabalhadores sem base fixa da região central da cidade, em que se procura delinear as soluções por eles encontradas para satisfação da higiene pessoal fora da residência. A partir da análise da gestão dos serviços de sanitários públicos em logradouros do centro da cidade, oferecidos pelo poder municipal, e do conhecimento da experiência de outros gestores, especialmente do Metrô, em virtude da similaridade com este estudo em relação à localização, demanda e utilização dos seus sanitários, busca-se caracterizar os desafios existentes para melhoria dessa prestação de serviços.

Termos de indexação: sanitários públicos, urbanização, saneamento, saúde pública, trabalhadores sem base fixa, Subprefeitura Sé.

ABSTRACT

IAMAMURA, Rosália Brasil Ribeiro. *Personal hygiene outside one's residence: public lavatories in the central area of the city of São Paulo*. Campinas, 2006. 185 p. Dissertation (Master's degree)–Graduate Course in Urbanism, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2006.

In the course of their civilizatory process, human groupings have been able to account for different answers as to places for the fulfillment of their physiological needs, their disposal and sanitation. The purpose of the present dissertation is to examine this issue and to study public restrooms in the central area of the city of São Paulo (City Hall's Sé Subdivision) and their users, specifically workers not based in the area – those who carry out some kind of economic activity in the streets. Personal hygiene is the expression used for the physiological functions of defecating, urinating and personal cleaning. As a fundamental right, a citizen's health entails his/her total physical, mental and social wellbeing and is based on the definition of human needs and their fulfillment, a role that is assigned to the representatives of the public authority. In order to evaluate the performance of such a role the evolution of habits and customs related to personal hygiene is studied as well as the solutions found in the course of times to dispose of and treat human wastes. The discussion is on the social transformations derived from the industrialization process and the emergence of a working class which starts to occupy the urban fabric under insalubrious spaces and conditions, giving rise to the dissemination of epidemic diseases and the damaging of the social body, forcing the State to take over the people's health. In São Paulo, the lack of timing of public policies with the socio-economic and cultural development of the population as well as the fast growth of the city result in a metropolis of extreme contrasts in terms of infrastructure, income distribution and access to education, health, work, housing, and transportation. These contrasts can be identified in the field research carried out with 360 workers not based in the central area of the city, in an effort to delineate the solutions they found to satisfy their personal hygiene when not in their houses. From the analysis of the management of the public restrooms services, offered by the municipal authorities, in public grounds of the city center, and from the experience of previous managers, and especially those from the Subway Railway, due to the similarity with this study in relation to location, demand and utilization of their restrooms, we try to characterize the existing challenges for the improvement of the ways to provide these services.

Key words: public restrooms, urbanization, sanitation, public health, workers not based in the area, City Hall's Sé Subdivision.

LISTA DE QUADROS, TABELA E GRÁFICOS

QUADROS

1. Evolução da urbanização no mundo	18
2. Cronologia	40
3. Distribuição dos serviços de água e esgoto em São Paulo	61
4. Características distritais de São Paulo por volta de 1918	78
5. Iniciativas saneadoras na cidade de São Paulo.....	98
6. Leis e decretos referentes a sanitários públicos	103
7. Sanitários públicos na Subprefeitura Sé: situação atual	105
8. Subprefeitura Sé: distritos e densidade populacional	110

TABELA

1. Números da amostragem e margem de erro	108
---	-----

GRÁFICOS

1. Atividades econômicas exercidas pelos entrevistados (360)	113
2. Distribuição dos entrevistados por local de moradia	114
3. Tempo de deslocamento casa/trabalho	114
4. Distribuição por sexo dos entrevistados.....	115
5. Quantidade de horas de trabalho diário	115
6. Número de vezes que o entrevistado utiliza o sanitário público por dia.....	116
7. Locais com sanitários públicos utilizados pelos entrevistados.....	117
8. Fatores determinantes p/ uso dos sanitários públicos apontados no Gráfico 7.....	118
9. Pontos negativos dos sanitários usados	119
10. Avaliação dos sanitários usados pelos entrevistados	120
11. Sanitários gratuitos e sanitários pagos	121
12. Distribuição (em %) do valor pago para uso do sanitário público.....	122
13. % de entrevistados que pagariam pelo uso de sanitários públicos municipais	122
14. Valor que os 270 entrevistados (75%) estariam dispostos a pagar	123
15. Sugestões sobre a adequação do serviço	124
16. Disponibilidade dos sanitários de estabelecimentos comerciais.....	127
17. Motivos p/ restrição de uso dos sanitários nos estabelecimentos comerciais	127

LISTA DE FIGURAS

1. Cuspideira e aparelho higiênico: exemplos da inventiva brasileira (virada do século XIX para o XX)	26
2. Evolução dos aparelhos sanitários	38
3. Banho portátil e vaso sanitário de 1909	39
4. Núcleo central de São Paulo no início do séc. XX: travessias do vale do Anhangabaú	75
5. Plano de Avenidas	80
6. Casarão transformado em cortiço no bairro de Santa Ifigênia, em São Paulo .	81
7. Mictório circular, fotografado em 1887, próximo à rua Direita	85
8. “Beco da Merda”	90
9. Sanitário público no Jardim da Luz em 1905	94
10. Latrinas públicas	95
11. Mictório no Largo da Sé em 1916.....	96
12. Mictório na rua Direita em 1887	96
13. Projetos de sanitários públicos elaborados pela Emurb na década de 1980...	97
14. Modelos de sanitários públicos desenvolvidos pela Clear Channel	100
15. Situação atual dos sanitários públicos da região central de São Paulo	107
16. Área da Subprefeitura Sé	110

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 URBANIZAÇÃO, SANEAMENTO E SAÚDE PÚBLICA	17
1.1 Os núcleos urbanos nos séculos XVIII e XIX	18
1.1.1 A dimensão da medicabilidade nas urbes.....	20
1.1.2 Ações e inventos para a higiene das cidades	22
1.2 Aspectos da expansão dos centros urbanos no Brasil	27
1.2.1 O arranjo do espaço urbano: hábitos e costumes do cidadão	29
1.3 Mecanismos de regulação sanitária das cidades	32
1.3.1 Serviços de água e esgoto.....	34
1.3.2 Soluções para o saneamento de dejetos humanos	35
2 SERVIÇOS PÚBLICOS DE SANEAMENTO EM SÃO PAULO: POSTURAS LEGAIS DE ATUAÇÃO	42
2.1 A criação do Serviço Sanitário estadual	43
2.1.1 Os gestores e os Códigos Sanitários.....	43
2.2 Saneamento básico: do primeiro chafariz às intervenções da Light.....	51
2.2.1 Da criação do DAE à Sabesp	57
2.3 A Constituição de 1988 e o direito à saúde	63
2.3.1 Participação popular: os Conselhos de Saúde	66
2.3.1.1 Conselho Municipal de Saúde de São Paulo	68
3 SÃO PAULO, DE VILA A METRÓPOLE: O CENTRO DA CIDADE, OS SANITÁRIOS PÚBLICOS E AS AÇÕES DE SANEAMENTO	70
3.1 A história de uma rápida expansão	71
3.1.1 Da iniciativa jesuíta à avenida Paulista.....	71
3.1.2 Da criação da Diretoria de Obras ao germen da regionalização.....	77
3.1.3 A descentralização da estrutura administrativa.....	83
3.2 A área central da cidade: crescimento e ocupação	84
3.3 Higiene pessoal fora da residência e as condições das vias públicas.....	89
3.3.1 Sanitários públicos e a evolução das ações de saneamento.....	92
4 ESTUDO DE CASO: OS SANITÁRIOS PÚBLICOS DA ÁREA CENTRAL DA CIDADE SÃO PAULO	106
4.1 O campo de estudo	107
4.1.1 Os limites da área central da cidade de São Paulo	114
4.2 Metodologia e levantamento de dados.....	115
4.2.1 Resultado da pesquisa.....	117
4.2.2. Análise dos resultados	130
4.2.3 Informações complementares.....	133
4.2.3.1 De ordem médica e de saúde pública	133

4.2.3.2 De ordem operacional, de manutenção e conservação	135
4.3 A experiência de outros gestores	138
4.3.1 Companhia do Metropolitano de São Paulo (Metrô)	138
4.3.2 Serviço Social do Comércio (Sesc)	140
4.3.3 Petróleo Brasileiro S.A. (Petrobras)	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
CONCLUSÃO	148
REFERÊNCIAS	151
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	157
ANEXOS	162
ANEXO A – Questionário de levantamento de campo	163
ANEXO B – Planta de sanitários das estações do Metrô e pesquisa de opinião.	165
ANEXO C – Programa Banheiro Limpo, da Petrobras	182

Este trabalho parte da constatação de que cabe à esfera municipal de poder, como gestora dos espaços públicos, a responsabilidade pela construção, manutenção e fiscalização das instalações sanitárias públicas. Parte também da realidade, após amplo trabalho de pesquisa bibliográfica, de que faltam estudos sobre políticas públicas que contemplem esse tema.

Para efeito desta dissertação, considera-se a Subprefeitura Sé como o órgão municipal responsável pela oferta de sanitários públicos e, como seus usuários, os trabalhadores sem base fixa, ou seja, aqueles que exercem alguma atividade nas vias e logradouros da área central da metrópole paulistana.

Essa região foi a selecionada por ser um centro de vital importância para a sua população – por lá transitam cerca de dois milhões de pessoas/dia – e por estar passando por um grande processo de recuperação e revitalização. E higiene pessoal foi a expressão escolhida para se referir à satisfação das necessidades fisiológicas de defecação e de micção e às ações de asseio.

Três vertentes foram analisadas, importantes para se verificar as razões do quadro conjuntural de colapso em que se encontram os poucos sanitários instalados em logradouros públicos da região sob a administração do poder público municipal.

A primeira, histórica, relata os problemas de saneamento básico decorrentes da formação dos núcleos urbanos, na Europa e no Brasil, mais especificamente pós-industrialização, e os inventos e as ações direcionadas para sua resolução.

A segunda, contextual, abrange o estado de São Paulo, sua capital e a área do enfoque do trabalho, o centro da cidade, pontuando seu desenvolvimento e as políticas públicas relacionadas a saneamento.

E a terceira, técnico-metodológica, delimita o problema, realiza pesquisas, aponta seus resultados e sugestões para aprimoramento das políticas públicas voltadas para o assunto-objeto da dissertação.

Assim, aborda-se, no primeiro capítulo, o processo acelerado e desordenado de urbanização, que, a partir da Revolução Industrial, no século

XVIII, promove transformações marcantes nos espaços e em seus ocupantes, bem como nas relações sociais e de trabalho dos núcleos urbanos. As superpopulações, o congestionamento das moradias, o crescimento das periferias, bem como as condições insalubres de viver e estar ocasionam inconvenientes de ordem higiênica e surtos epidêmicos nas grandes cidades européias. No Brasil, a gênese urbanística ocorre mais tardiamente (segunda metade do século XIX), mas igualmente em curto espaço de tempo – algumas décadas apenas – e vinculada ao desenvolvimento industrial, trazendo consigo, sobretudo para os grandes centros, um estado geral de insalubridade, agente da proliferação de doenças epidêmicas, que motivaram diferentes medidas saneadoras.

A noção de salubridade como o “estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível” passa, então, a pontuar ações públicas e privadas de saneamento e ordenamento dessas cidades. Criam-se mecanismos de regulação sanitária e os primeiros serviços de água e esgoto. Com relação ao saneamento dos dejetos humanos, várias soluções se apresentam, com seu registro cronológico desde a constatação da existência de vasos sanitários já no século 2500 a.C., passando pelos banheiros públicos instalados em Roma em 325 d.C., pelo patenteamento do primeiro vaso sanitário com descarga de água e vedação de odor em 1775, pela construção da primeira usina de tratamento de esgotos na Inglaterra em 1889, até os sanitários químicos portáteis do fim do século XX e começo do século XXI.

No segundo capítulo, apresenta-se um breve histórico da criação e das várias gestões do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, suas diferentes posturas de atuação, de acordo com as políticas vigentes de higiene e saúde pública. Trata-se, na seqüência, dos primeiros serviços de saneamento básico, da criação da Companhia Cantareira de Águas e Esgotos, dos planos apresentados pelos brasileiros, o sanitarista Saturnino Braga e o engenheiro Plínio Whitaker, passando pelas intervenções da *Tramway, Light & Power C. Ltd. (Light)*, pela criação do Departamento de Águas e Esgotos de São Paulo (DAE) e chegando à atual Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp), sua prestação de serviços e projetos em andamento. Também se reporta à carta de princípios resultante da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, à Carta

Constitucional de 1988 e seus artigos que tratam da proteção e defesa da saúde, à outras leis, serviços e Conselhos de Saúde. E, ainda, ao Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (CMSSP), instituído em 1988 e com representantes da sociedade civil, dos trabalhadores da saúde, das instituições governamentais e dos prestadores de serviços e produtores ou fornecedores de materiais de saúde.

Após o estudo mais globalizado dos temas referentes à urbanização, saneamento e saúde pública, o trabalho se volta, no terceiro capítulo, para a cidade de São Paulo, que é apresentada por meio de uma retrospectiva histórica, focalizando as diferentes fases de sua transformação urbana, sob a perspectiva das políticas da higiene e da saúde públicas. Considera-se como matéria de capital interesse a área central paulistana e seu processo de crescimento e ocupação, sob esses mesmos aspectos. Para melhor delineamento do problema, utiliza-se como base do estudo pesquisas bibliográficas e documentais.

No quarto capítulo, visando o entendimento da dinâmica na oferta de sanitários públicos e serviços de higiene pessoal à população-alvo na área central de São Paulo, bem como a caracterização dos desafios que esse tema representa atualmente para o poder público, desenvolve-se uma etapa exploratória e descritiva. Verifica-se a legislação municipal referente a sanitários públicos, delimita-se a área central da cidade sob a administração da Subprefeitura Sé, bem como se descreve a situação atual dos sanitários públicos de sua responsabilidade.

Realiza-se, em seguida, um levantamento por amostragem (questionário aplicado individualmente a 360 pessoas, com um pré-teste para sua validação) e estudo de caso. As variáveis utilizadas para caracterizar o perfil dos entrevistados incluem sexo, idade, nível de escolaridade, ocupação/ramo de atividade e tempo de deslocamento casa/trabalho. As demais variáveis servem para indicar hábitos de higiene fora da residência. Busca-se, assim, definir o perfil socioeconômico e cultural da população-alvo e os locais públicos e as condições em que são satisfeitas suas necessidades de higiene pessoal.

A análise e interpretação dos dados aferidos na pesquisa servem à apresentação das conclusões e sugestões de procedimentos, a partir, inclusive,

do conhecimento da experiência de outros gestores do setor privado e depoimentos de prestadores de serviços nessa área da abordagem do estudo.



Sistema aperfeiçoado de janelas corrediças e contrapeso, denominada guilhotina. Inventor: Rodolfo Ahrons, 1906. Privilégio Industrial 4442. Patente concedida. Tinha por objetivo facilitar a limpeza e a ventilação. (Arquivo Nacional)

1 URBANIZAÇÃO, SANEAMENTO E SAÚDE PÚBLICA

“Todas as vezes que homens se reúnem, seus costumes se alteram; todas as vezes que se reúnem em lugares fechados, se alteram seus costumes e sua saúde.”

Pierre Jean George Cabanis (1757-1808), médico e filósofo francês.

1.1 Os núcleos urbanos nos séculos XVIII e XIX

O processo rápido e desordenado de urbanização (Quadro 1), a partir do nascimento da Revolução Industrial¹, traz em seu bojo certo número de problemas comuns às grandes cidades europeias – a superpopulação, o congestionamento das moradias, o inchamento das periferias, o acúmulo de águas servidas e lixo, o ar poluído –, decorrentes, em parte, da constituição de uma numerosa classe operária pobre.

Quadro 1. Evolução da urbanização no mundo

ANO	1800	1900	1950	1975	1990	2000
População total (em milhões de habitantes)	954	1 608	2 525	4 010	5 384	6 350
População urbana (em milhões de habitantes)	87	260	733	1 540	2 390	3 200
Taxa de urbanização (%)	9,0	16,0	25,6	38,4	45,0	48,0
Nº de cidades (100.000 habit.)	86	292	-	2 990	-	4 600
Nº de cidades (> 1 milhão habit.)	0	17	70	157	-	320
Nº de cidades (> 5 milhões habit.)	0	1	6	20	34	45
Nº de cidades (> 10 milhões habit.)	0	0	1	4	14	19

Fonte: SCHICCHI e BENFATTI, 2003, p. 11.

¹ A Revolução Industrial teve início na Inglaterra no século XVIII e significou o princípio da mecanização dos meios de produção, gerando profundas mudanças nas relações sociais e de trabalho.

O espaço urbano, sem as mínimas condições de higiene, aparece então como um meio perigoso para a população das cidades. Nessa época, não há instalações sanitárias nas residências. As necessidades fisiológicas são satisfeitas em latas, urinóis e latrinas² e as várzeas dos rios são o destino natural dos dejetos. A higiene pessoal é resolvida em casas de banho, para quem pode pagar por esse luxo, mas a maioria dos cidadãos se lava nas águas dos rios. Os cemitérios e matadouros invadem as áreas centrais das cidades com suas emanações fétidas e pútridas. No Cemitério dos Inocentes, localizado no centro de Paris, os cadáveres das pessoas que não podem pagar por um túmulo individual são jogados uns sobre os outros, empilhando-se nos muros até caírem do lado de fora, invadindo áreas residenciais (FOUCAULT, 2005, p. 87).

A consequência direta dessas condições em que vive a população urbana, sobretudo a plebe, onde a falta de saneamento e de salubridade são a tônica, é o aparecimento de uma multiplicidade de doenças contagiosas³ devastadoras, que ceifam vidas humanas, causando pânico e inquietação. Nasce o que Foucault chama de “medo urbano, medo da cidade”.

Para dominar esse estado de coisas, médicos, autoridades policiais e governamentais passam a discutir o estado de saúde das urbes, propor soluções e métodos de controle, vigilância e organização dos seus múltiplos e diferentes espaços, sujeitos e agentes.

Nasce então a medicina moderna, que, sobretudo na Alemanha, tem como sujeito e objeto o Estado e seus corpos constituídos; na França, tem como

² “Em Manchester, na Inglaterra, há duas latrinas para cada 250 pessoas. Nos quintais, uma tina, o ‘urinol’, onde se colocam os dejetos para serem esvaziados pela manhã. A imundície que se forma nas proximidades dessas tinas favorece a transmissão de doenças. As casas são entrecortadas por ruelas imundas, sem pavimentação e com esgoto a céu aberto, ao longo das quais se acumulam entulhos e dejetos. As famílias se aglomeram por todos os aposentos dessas moradias, incluindo os porões e sótãos, que são aproveitados para compensar os caros aluguéis. Surtos de sarampo e varíola se disseminam com facilidade. As infestações de piolho provocam epidemias de tifo nos bairros pobres. A tuberculose, existente desde a Antiguidade, encontrou condições ideais para se propagar e o século XIX ficou conhecido como o século da tuberculose” (SCIENTIFIC AMERICAN BRASIL, 2006, p. 79-80).

³ A cólera de 1832 (infecção intestinal aguda, extremamente contagiosa, causada por um bacilo presente em águas poluídas), que começa em Paris, se propaga por toda a Europa, matando milhares de pessoas em epidemias que se proliferam em outras grandes cidades como Londres e Lisboa.

suporte as nascentes estruturas urbanas e suas condições insalubres de ser e estar; e, na Inglaterra, em benefício e salvaguarda das classes abastadas, presta assistência aos pobres e trabalhadores, mantendo-os sob um rígido controle e vigilância médicos (FOUCAULT, 2005).

1.1.1 A dimensão da medicabilidade nas urbes

A medicina moderna é uma medicina social, não centrada no indivíduo, mas na população em geral, nos espaços sociais, nas coisas, nos locais, que considera a saúde do povo como uma responsabilidade social. A medicina social, concebida pelo médico alemão Rudolf Virchow (1821-1902), resulta de um movimento iniciado na Europa, particularmente na Alemanha, a partir da segunda metade do século XVIII. Seus seguidores vêem uma relação direta de causa e efeito entre miséria e doença.

Nasce marcada pela crescente industrialização e pelo início do sistema capitalista, que precipitam o surgimento de novas estruturas urbanas, a constituição de uma classe trabalhadora proletária e a ascensão da burguesia.

Para Foucault (2005), essa medicina se forma em três momentos distintos e com três diferentes faces: como medicina de Estado, como medicina urbana e como medicina da força de trabalho.

A medicina de Estado que se desenvolve na Alemanha, durante o século XVIII, é resultado das peculiaridades políticas e econômicas que marcam um país “onde não havia potência política ou desenvolvimento econômico”. É uma medicina “coletivizada”, que propõe intervenções efetivas e organizadas para melhorar o nível de saúde “dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado”, por meio da “organização de um saber médico estatal, da normalização da profissão médica, da subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, da integração de vários médicos em uma organização médica estatal” (FOUCAULT, 2005, p. 84).

Na França, a medicina social que aparece em fins do século XVIII tem como suporte a urbanização e como objetivos “analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença, lugares de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos”; o controle da circulação, não dos indivíduos, “mas das coisas ou dos elementos, essencialmente a água e o ar”; e

[...] a organização do que chamarei distribuições e seqüências. Onde colocar os diferentes elementos necessários à vida comum da cidade? É o problema da posição recíproca das fontes e dos esgotos ou dos barcos-bombeadores e dos barcos-lavanderia. Como evitar que se aspire água de esgoto nas fontes onde se vai buscar água de beber; como evitar que o barco-bombeador, que traz água de beber para a população, não aspire água suja pelas lavanderias vizinhas? Essa desordem foi considerada, na segunda metade do século XVIII, responsável pelas principais doenças epidêmicas das cidades”. (FOUCAULT, 2005, p. 91)

Segundo a análise de Foucault (2005, p. 93), essa medicina social urbana traz em sua esteira duas noções que têm papel de destaque nas políticas públicas de saúde a partir de então: a noção de salubridade – “o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível”; e a noção de higiene pública – “técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde”.

A terceira direção da medicina social – da força de trabalho – surge no século XIX e o exemplo inglês se presta corretamente à sua análise, pois a Inglaterra é o “país em que o desenvolvimento industrial e, por conseguinte, o desenvolvimento do proletariado, foi o mais rápido e importante” (FOUCAULT, 2005, p. 95). É uma medicina que tem os pobres e os trabalhadores como objetos da sua prática, oferecendo-lhes uma assistência gratuita, e sob os quais exerce “[...] um controle da saúde e do corpo [...] para torná-los mais aptos ao trabalho e menos perigosos às classes mais ricas”. A Lei dos Pobres, de 1834, é a legislação médica que comporta o controle médico da plebe, para garantir a segurança política da burguesia. É ampliada, em 1875, por meio do sistema de *health service* (ou *health officers*), que, com poder de polícia, passa a controlar a vacinação (obrigatória) e a ocorrência de doenças perigosas e intervir diretamente nos locais insalubres (FOUCAULT, 2005, p. 97).

Nos séculos vindouros, essas três vertentes da medicina transparecem nos sistemas médicos ocidentais e nas condutas dos Estados modernos em questões de saúde pública.

1.1.2 Ações e inventos para a higiene das cidades

A inquietação com as condições insalubres do espaço urbano promove ações no mundo todo para transformar o estado de higiene vigente. A observação do ar, da água, das condições de vida e do meio favorecem novas práticas médicas, nova arquitetura, nova legislação, novas formas de estar e viver em sociedade, orientadas para a salubridade, para a higienização das ruas, das casas e dos indivíduos.

Segundo Santos, “a difusão do conhecimento sobre as relações entre saúde e saneamento fortaleceu-se, sendo responsável pelo desenvolvimento da ciência moderna e dos fundamentos da saúde pública” ((2004, p. 21).

A vida nas urbes e os hábitos e costumes de seus habitantes começam a sofrer mudanças sob o impacto da expansão, em todas as áreas do conhecimento, de idéias, inventos, maquinários e técnicas que traduzem as preocupações da sociedade e da medicina social, que responsabiliza o caos urbano pela degeneração da saúde da população.

Na França, trata-se de transpor para a periferia os cemitérios e os matadouros instalados no centro de Paris, medida referendada por homens das ciências, como uma forma de controlar as doenças epidêmicas e endêmicas. Segundo Foucault (2005), “[...] quando se pensou na transferência do Cemitério dos Inocentes, de Paris, apelou-se para Fourcroy, um dos grandes químicos do final do século XVIII [...]. É o químico que pede a transferência do cemitério. No caso dos matadouros, localizados no centro da cidade, atendendo a parecer da Academia de Ciências, resolve-se instalá-los [...] nos arredores de Paris, a oeste, em La Villette” (p. 90).

A circulação do ar, da água e a organização da rede dos “diferentes elementos necessários à vida comum da cidade” promovem uma reurbanização demográfica. Já preocupada com esses aspectos, a França elabora, em 1742, o 1º plano hidrográfico de Paris, considerado como a

primeira pesquisa sobre os lugares em que se pode dragar água que não tenha sido suja pelos esgotos e sobre polícia da vida fluvial. De tal modo que em 1789, quando começa a Revolução Francesa, a cidade de Paris já tinha sido esquadrinhada por uma polícia médica urbana que tinha estabelecido o fio diretor do que uma verdadeira organização de saúde da cidade deveria realizar. (FOUCAULT, 2005, p. 91)

Em 1842, o reformador social sir Edwin Chadwick (1800-1890), pioneiro da moderna saúde pública, escreve um relatório sobre a condição sanitária da população trabalhadora da Grã-Bretanha, salientando “a necessidade da criação de um órgão administrativo para cuidar da saúde pública, relacionando pobreza e insalubridade” (RESENDE *apud* SANTOS, p. 40).

Na Inglaterra, em 1848, publica-se a Lei da Saúde Pública, e o esquadrinhamento das condições sanitárias das cidades inglesas acaba por evidenciar a incidência de doenças infecciosas à falta de higiene. Desse levantamento, surgem alguns dos norteadores das reformas urbanas – limpeza das ruas, drenagem de alagamentos, suprimento de água limpa e construção de redes de esgoto.

Em 1854, o médico inglês John Snow (1813-1858), considerado o pai da epidemiologia, mesmo ignorando a existência de bactérias transportadas pela água, rejeita a hipótese de caráter miasmático⁴ da transmissão da cólera e formula a hipótese da sua transmissão pela água. A partir de um foco epidêmico, que mata mais de 500 pessoas em um período de dez dias na cidade de Londres, demonstra que a origem é uma fonte muito próxima de um esgoto.

As investigações do químico francês Louis Pasteur (1822-1895) evoluem para o esclarecimento sobre as origens e transmissão das doenças. No ano de 1864, ele constata a existência de microrganismos no ar, demonstrando

⁴ A teoria dos miasmas surge na Europa no século XIX. Acredita-se que o “ar corrompido”, as emanações fétidas que circulam no ar são a causa das enfermidades. Miasma. [do gr. *miasma*.] S.m. 1. Hig. obsol. Emanação mefítica do solo, supostamente nociva, tida como causa de várias doenças endêmicas, como, por exemplo, em certos locais, a malária, até que se viesse a conhecer a verdadeira etiologia destas (FERREIRA, 1999, p. 1331).

que são a causa das doenças endêmicas e epidêmicas e não as emanações miasmáticas dos ambientes impuros das cidades, gerando o progresso na ciência da imunologia, da criação de vacinas, do saneamento e da higiene.

Ao médico francês Claude Bernard (1813-1878), autor da obra clássica *Introdução à Medicina Experimental*, lançada em 1865, cabe o mérito de ter aperfeiçoado os métodos de estudo da fisiologia humana, por meio da vivissecção (1847), operação feita em animais vivos para fins de investigação.

A assepsia tem sua primeira indicação pelo obstetra húngaro Ignaz Phillip Semmelweis (1818-1865), que associa o grande número de morte de parturientes por febre puerperal à falta de higiene dos médicos que fazem os partos com as mãos infectadas pelo contato com cadáveres nas salas de autópsias ou com materiais contaminados. Cabe ao médico inglês Joseph Lister (1827-1917) introduzir nos hospitais a prática da assepsia a partir de 1865. “Seu método consistia em desinfetar o ferimento, os instrumentos cirúrgicos, as mãos do médico e até mesmo o ar em torno do ambiente por meio de uma máquina *spray* com uma mistura de ácido carbólico” (SCIENTIFIC AMERICAN BRASIL, 2006, p. 53).

O emprego dos Raios X, em 1895, é devido ao físico alemão Wilhelm Roentgen (1845-1923); a inglesa Florence Nightingale (1820-1910), considerada a fundadora da moderna enfermagem, inicia um trabalho de higienização das enfermarias militares, diminuindo em 60% a taxa de mortalidade; o médico alemão Heinrich Robert Hermann Koch (1843-1910) isola o bacilo da tuberculose (também conhecido como bacilo de Koch) em 1882. Estetoscópios, exames laboratoriais, a utilização do microscópio (conhecido desde o século XVII) como instrumento de diagnóstico, a anestesia imprimem novas posturas em relação à higiene e à saúde.

“O período entre 1870 e 1910 é caracterizado como um tempo de novidades e transformações mundiais geradas pela industrialização, pelo início da utilização da energia elétrica, pelo surgimento do telégrafo e do telefone, entre outras” (RAINHO, 1996, p. 320-321). No Brasil, grande número de pedidos de patentes (privilégios) é registrado nesse período no Arquivo Nacional, em sua

Coleção Privilégios Industriais⁵, refletindo a preocupação das autoridades, de cientistas e homens públicos com a salubridade, a medicina social e a higienização das ruas, das moradias e dos habitantes das cidades.

Inúmeros inventos tratam da questão dos esgotos, do lixo e do saneamento. Os esgotos das cidades foram contemplados com inventos relativos à lavagem, desinfecção, tratamento e purificação [...]. O lixo também era alvo de inúmeros pedidos de patentes relativos à sua incineração, transporte, aproveitamento, esterilização, coleta, desinfecção. Alguns inventos chegavam a propor a sua transformação em adubo ou carvão. [...] destacam-se os inventos relativos à desinfecção de água estagnada, escoamento de águas pluviais, produção de água potável, as inúmeras cuspeadeiras, os banheiros públicos e os aparelhos para lavagem de banheiros, o aparelho para renovação e filtração da água subterrânea da cidade, entre outros. (RAINHO, 1996, 322-323)

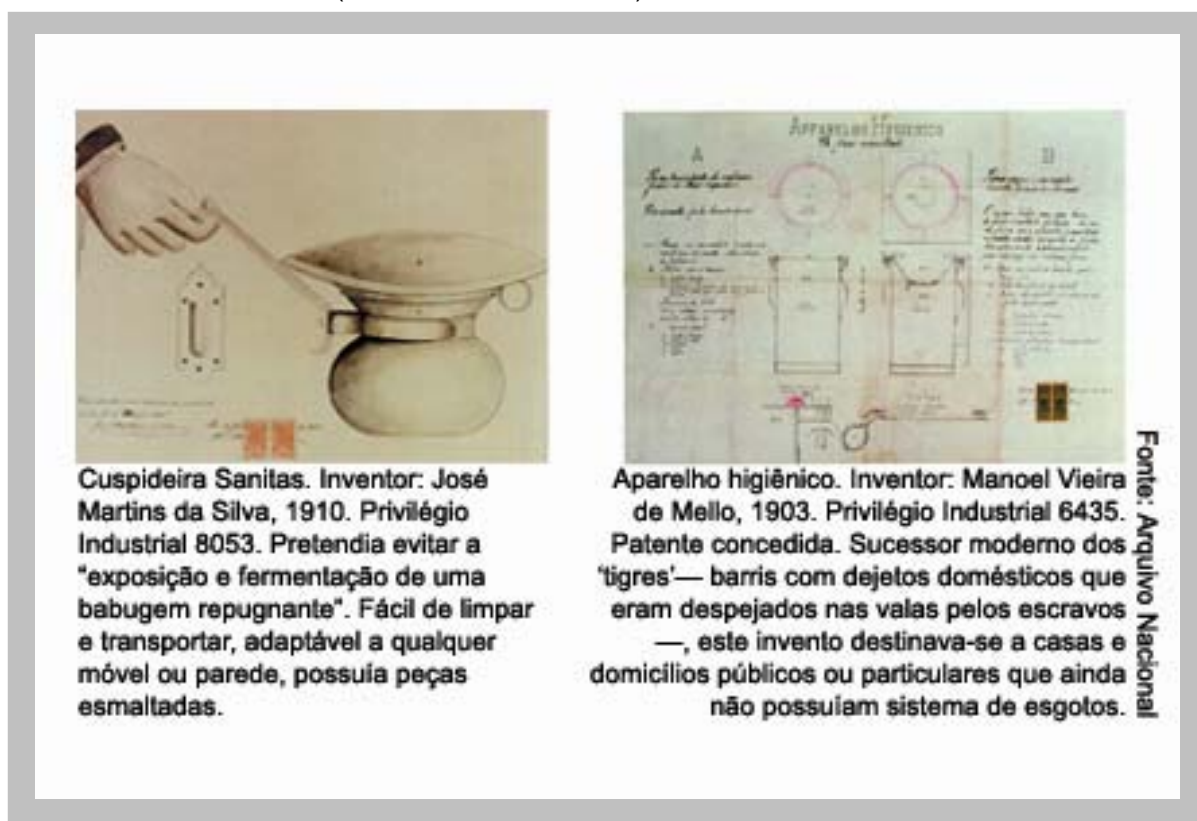


Figura 1. Cuspeira e aparelho higiênico: exemplos da inventiva brasileira (na virada do século XIX para o XX).

Para arejar as cidades, são abertas largas avenidas e legisla-se sobre a disposição e o alinhamento de ruas e moradias. A construção e a permanência de habitações como os cortiços, as casas de cômodos, as estalagens são

⁵ Acervo do Arquivo Nacional que contém desenhos, amostras e pedidos de patentes dos mais variados produtos, compondo um registro da trajetória da inventiva nacional entre 1870 e 1910. O Arquivo Nacional, criado em 1838 como Arquivo Público do Império, é um órgão subordinado à Casa Civil da Presidência da República (desde 2000), responsável pela guarda, preservação e divulgação do patrimônio documental do país.

controladas pelo poder público por meio de códigos e regulamentos, que ditam posturas de convivência social.

Também a prática da medicina e os medicamentos têm a atenção da inventiva brasileira, resultando em técnicas de conservação de cadáveres; no esterilizador de material cirúrgico; na produção de algodão esterilizado; em estojos para médicos e dentistas; em remédios para curar desde sapinho a sífilis e tuberculose, entre outras inúmeras invenções para solucionar os problemas da época. E o que aqui não é inventado, importa-se – materiais, projetos, técnicas, tecnologia e “cérebros”, como expõe Freyre (2003, p. 678), referindo-se à década de 1820 até meados do século XIX:

Não tardariam a nos chegar, inteiros ou em esqueletos, barcos a vapor. E no meado do século (19), trilhos de vias férreas, locomotivas, vagões. Viriam os canos: água encanada das fontes para as casas. Canos de esgotos das casas para o mar ou para os rios. Aparelhos sanitários como os ‘cambrones’⁶ do engenheiro francês em Pernambuco. Canos de gás. Era o desaparecimento do chafariz, da água carregada por escravo, do excremento conduzido por negro, das ruas iluminadas a azeite, quando não pelos particulares que se faziam preceder por escravos com lanternas ou tochas. Toda uma revolução técnica que assumiria aspectos de renovação não só da economia como da organização social e da cultura brasileira. Da própria paisagem. Principalmente na área dos sobrados e dos mucambos.

O Brasil deve as melhorias urbanas – serviços de energia elétrica, gás, bondes, abastecimento de água e esgoto – principalmente à presença britânica no país (beneficiada pela Abertura dos Portos ao comércio internacional, patrocinada por D. João VI em 1808). “Foram os ingleses que conceberam uma doutrina [‘circulação contínua’] com três princípios básicos, estabelecendo as condições fundamentais para o saneamento das cidades: distribuição abundante de água pura, canalização subterrânea de águas servidas e purificação desses líquidos antes de serem escoados para os rios, prevenindo-se a propagação de doenças [...]” (SEGAWA, 1994b, p. 7).

⁶ Na cidade do Recife, em 1858, o engenheiro francês Charles Louis Cambronne propõe a implantação de “latrinas inodoras” – caixas metálicas para depósito dos excrementos humanos a serem recolhidas de 15 em 15 dias e devolvidas limpas às residências –, que acabam sendo conhecidas por “cambrones”.

1.2 Aspectos da expansão dos centros urbanos no Brasil

A chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, e a proclamação da Independência, em 1822, precipitam a ascensão dos centros urbanos e de suas atividades peculiares, fato esse que acontece simultaneamente ao declínio do sistema agrário (monocultura latifundiária escravocrata) e do modo de vida patriarcal, predominante no país desde a primeira metade do século XVI.

Começa, então, a se conformar um novo panorama econômico, político e social, protagonizado pelos grandes proprietários rurais e suas famílias, por escravos alforriados⁷ e os recém-chegados imigrantes, muitos deles trabalhadores qualificados, com ofício, que transportam seus hábitos e costumes para as cidades.

A partir da segunda metade do século XIX, o crescimento populacional acelerado, nas cidades de São Paulo e do Rio de Janeiro, em parte ocasionado pelo fim da escravidão e pelo início da imigração estrangeira, traz o desemprego, a fome, alto índice de criminalidade, a proliferação de habitações promíscuas e uma sucessão de doenças infecciosas e epidemias⁸. Já em 1831, de acordo com Rebelo (1963),

o Rio de Janeiro, na voz unânime dos viajantes, não constituía nenhum modelo de limpeza – ruas estreitas e tortas, cortadas no centro por uma vala onde se acumulava toda espécie de imundície, casas sem luz, nuvens de moscas, nuvens de mosquitos, malária e febre amarela endêmicas, que as procissões noturnas de encapuzados não debelavam, e por toda a parte, baratas, lacraias, cupim, feiúra, descaso, negligência e abandono”. (*apud* MACHADO, 1998, p. 4-5)

Nas palavras de Segawa (1994b, p. 4), “a conturbação sanitária no Rio de Janeiro não decorria de um quadro de desenvolvimento industrial à maneira das cidades européias, mas resultava de sua posição

⁷ A Lei Eusébio de Queiroz, de 1850, acaba com o tráfico negreiro no Brasil, mas apenas em 1888 (13 de maio) é assinada a Lei Áurea, que põe um ponto final em mais de 300 anos de escravidão.

⁸ “Entre 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras continuaram a ser assaltadas por varíola e febre amarela e ainda por peste bubônica, febre tifóide e cólera, que mataram milhares de pessoas” (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 12).

como principal assentamento urbano no Brasil do século XIX e com todas as correlações inerentes da sua condição de capital – inicialmente do Reino Unido, depois do Império”.

Em São Paulo, o crescimento urbano, como expõe Bueno (1994, p. 61), “é acompanhado de uma série de endemias e epidemias diretamente relacionadas à existência de áreas propícias ao desenvolvimento de vetores de doenças como a febre amarela e malária e ao contato com a água contaminada como cólera e febre tifóide”⁹. Para o seu controle, a Câmara Municipal de São Paulo determina o isolamento dos doentes e a purificação de suas casas.

A pandemia de *influenza* (gripe espanhola) de 1918-1919, “considerada uma epidemia típica das grandes concentrações urbanas [...] foi responsável por cerca de 20 milhões de mortes, cifra próxima a 1,5% de toda a população mundial do período. No Brasil, dados oficiais apontam 35.240 óbitos pela gripe, sendo 12.388 no Rio de Janeiro, 12.386 no estado de São Paulo – 5.429 na capital paulista – e o restante nos demais estados”. (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 72-73). Ainda segundo o autor,

Apesar da permanência da idéia de ser a *influenza* de 1918 um mal que atingiu indistintamente qualquer cidadão, a melhor averiguação dos dados permite observar que, como qualquer outra enfermidade, a gripe espanhola atingiu de forma desigual os diversos segmentos da sociedade paulistana, causando um coeficiente de mortalidade bem superior entre os grupos menos favorecidos. (p. 95)

São Paulo apresenta também, no período de 1909 a 1940, altíssimos índices de mortalidade infantil: para cada 1.000 nascidos vivos, cerca de 170 morriam, sendo as principais causas de morte as diarreias e gastroenterites – sintomas da maior parte das doenças de veiculação hídrica (BUENO, 1994, p. 62).

Em razão dos preços elevados dos aluguéis e dos terrenos, as alternativas viáveis de moradias para os mais pobres e escravos alforriados eram os cortiços, as estalagens e as casas de cômodos, onde um único sanitário e uma única cozinha e lavanderia serviam a duas ou mais famílias, como documenta o

⁹ Além dessas doenças, em 1893, São Paulo sofre uma epidemia de cólera. O tifo é considerado endêmico e surtos epidêmicos acontecem em 1896/1897, 1913/1914, 1920/1921 e 1925/1926.

escritor carioca Lima Barreto, em romance¹⁰ de 1911, ambientado na cidade do Rio de Janeiro:

[...] os subúrbios têm mais aspectos interessantes, [...] as casas de cômodos (quem as suporia lá!) constituem um deles bem inédito. Casas que mal dariam para uma pequena família, são divididas, subdivididas, e os minúsculos aposentos assim obtidos, alugados à população miserável da cidade. Aí, nesses caixotins humanos, é que se encontra a fauna menos observada da nossa vida, sobre a qual a miséria paira com um rigor londrino. (2004, p. 83-84)

O romancista brasileiro Aluísio Azevedo, em obra¹¹ publicada no ano de 1890, retrata fielmente as condições inadequadas e anti-higiênicas, propiciadoras de doenças, dos cortiços fluminenses: “[...] naquela terra encharcada e fumegante, naquela umidade quente e lodosa, começou a minhocar, a esfervilhar, a crescer, um mundo, uma coisa viva, uma geração, que parecia brotar espontânea, ali mesmo, daquele lameiro, e multiplicar-se como larvas no esterco” (2002, p. 26).

1.2.1 O arranjo do espaço urbano: hábitos e costumes do cidadão

A falta de planejamento que caracteriza a edificação das cidades brasileiras¹² é evidenciada neste retrato documental do Rio de Janeiro, feito por Lima Barreto em princípios do século XIX.

Nada mais irregular, mais caprichoso, mais sem plano qualquer, pode ser imaginado. As casas surgiram como se fossem semeadas ao vento e, conforme as casas, as ruas se fizeram. [...] Os cuidados municipais também são variáveis e caprichosos. Às vezes, nas ruas, há passeios, em certas partes e outras não; algumas vias de comunicação são

¹⁰ “Triste fim de Policarpo Quaresma”. Seu criador, Afonso Henriques de Lima Barreto (1881-1922), filho de pais mestiços, nasce e morre em meio a pobreza e o caos dos subúrbios cariocas de fins do século XIX, que retrata em várias de suas obras.

¹¹ “O cortiço”. Seu autor, Aluísio Tancredo Gonçalves de Azevedo (1857-1913), nasce em São Luís (MA), mas constrói sua carreira como jornalista e escritor de romances na cidade do Rio de Janeiro, onde vai morar em 1881.

¹² Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, fundada em 12 de dezembro de 1897, é a primeira cidade planejada do Brasil. “Concebida pelo engenheiro [paraense] Aarão Reis, foi construída dentro dos conceitos da teoria urbanística da época, [com] uma atenção especial à questão sanitária” (SILVEIRA, 2002, p. C6).

calçadas e outras da mesma importância estão ainda em estado de natureza. Encontra-se aqui um pontilhão bem cuidado sobre o rio seco e passos além temos que atravessar um ribeirão sobre uma pinguela de trilhos mal juntos. Há pelas ruas damas elegantes, com sedas e brocados, evitando a custo que a lama ou o pó lhes empanem o brilho do vestido; há operários de tamancos; há peralvilhos à última moda; há mulheres de chita; e assim pela tarde, quando essa gente volta do trabalho ou do passeio, a mescla se faz numa mesma rua, num quarteirão [...]. (2004, p. 83 - 84)

A rua, e não mais a casa-grande das fazendas de cana-de-açúcar e de café, passa a ser o espaço onde esses e muitos outros diferentes tipos humanos se cruzam, destacando as camadas e subcamadas que passam a compor o tecido social urbano. Em todo seu comprimento, sem qualquer pavimentação, circulam indistintamente pessoas, animais e carros puxados por animais.

Regida por essa desordem urbana, as cidades oitocentistas não têm ainda claramente definidos os limites entre o mundo rural e o urbano. Convivem com os banhos e lavagens de roupas nas várzeas dos rios, a criação de animais em ruas, largos e praças, a circulação de carros de bois, o comércio ambulante de pequenos lavradores, tropeiros e quitandeiras, o depósito de dejetos fecais, (domésticos, de oficinas e estabelecimentos comerciais nas ruas), que provocam a indignação dos transeuntes, registrada nas páginas do jornal *Correio Paulistano*, de 18 de maio de 1870, sob o título “Hygiene”:

Crescem na cidade os casos de tifo e febres semelhantes [...]. De onde vem isto, bem se sabe, não é do nosso belo clima, é das imundicies que infectam a cidade até nas ruas principaes, e principalmente nas várzeas do Tamanduateí e Anhangabaú, que por consentimento tácito da camara, da policia e da higiene, estão constituídas em esterquilinos, aonde se faz noite por noite o despejo da cidade, quando não é nas próprias boccas de lobo e sargetas das ruas. (FREHSE, 2005, 102-103)

Tal cenário, resultado da falta de outras alternativas para o escoamento dos dejetos afora os logradouros públicos, não se modifica mesmo quando, em janeiro de 1883, é inaugurado o serviço gratuito de esgotos em São Paulo e as latrinas são instaladas nas casas. Pois a água encanada¹³ – fundamental para o bom funcionamento desse serviço – precisa ser paga pela população e o preço parece ser bem elevado, segundo atesta o presidente de província, Domingos Antonio Raiol (1830-1912), num relatório apresentado à Assembléia Legislativa

¹³ A água em São Paulo, até então e ainda por algum tempo mais, é coletiva e gratuita nos chafarizes públicos, por aduções; ou, ainda, comercializada por vendedores ambulantes (os aguadeiros).

Provincial em 16 de janeiro de 1884: “Quanto aos systemas postos em pratica para a distribuição d’agua nos domicílios, nenhum delles satisfaz as classes menos favorecidas de recursos por serem mui dispendiosas, quer o systema de pennnas, que o de hydrometro, até hoje empregados” (FREHSE, 2005, p. 171).

De acordo com Yázigy (2000, p. 83) “da Independência até 1865, o espaço público apresenta-se ainda muito carente de tudo, salvo de iluminação pública, feita de azeite de peixe, inaugurada em 1842. Ruas e becos terminavam em capões transformados em depósito de lixo”.

Em São Paulo, o destino dos cadáveres da gente pobre – escravos, indigentes e pessoas mortas na forca – eram os buracos “abertos em um quarteirão na rua dos Aflitos (no atual bairro da Liberdade). [...] Em 1851, moradores da região fizeram um abaixo-assinado solicitando da província de São Paulo a mudança do cemitério, [...] foco de doenças devido ao mau cheiro. [...] O primeiro cemitério paulistano, mantido pela municipalidade com jazigos e valas corretamente dispostas, só foi inaugurado em 1858, na rua da Consolação” (SÃO PAULO, 1992, p. 37).

Em meados do século XIX, o modelo econômico da agroexportação, principalmente do café, garante certa estabilidade interna, acúmulo de capital e favorece um processo mais sistemático de urbanização no país. Segundo Yázigi (2000, p. 80-81),

por esse tempo, o café já representava cerca de metade das exportações brasileiras, atingindo 61,5% no último decênio do período monárquico. São Paulo é líder no processo. O café se expande do Vale do Paraíba para o noroeste de São Paulo, não sem enorme influência sobre a capital, por onde se daria o escoamento para Santos. [...] Coloca-se a necessidade de regulação da terra que vem se valorizando, num Estado que se moderniza.

Inicia-se a construção de uma rede ferroviária pensada para o escoamento do café, que, “convergindo para São Paulo, teve vários efeitos na vida do espaço público. Desenvolve-se o mercado interno, fazendeiros já podem dispor mais facilmente de uma casa na capital, onde iriam construir um modo de vida que exigia, entre outras coisas, um espaço público que não os envergonhasse” (YÁZIGI, p. 80-81).

Empresas estrangeiras, capitalistas nacionais e o governo paulista atuam em conjunto para isso, transformando sua área urbana e os hábitos e costumes de seus habitantes. Como expõe Bueno (1994):

Num primeiro momento, o capital nacional investiu em loteamentos, transporte (carris e ferrovia) e nos serviços de água e esgotos (Cia. Cantareira). O capital estrangeiro investiu em iluminação pública (lâmpadas a gás e luz elétrica) e iniciou ações para investir em transporte público e produção e distribuição de energia. O governo estadual (da província) realizava obras de dessecamento de várzeas, retificação de cursos d'água e pontes. O poder local (Câmara Municipal e, após a República, a Prefeitura) ficava com as obras de pavimentação e embelezamento da cidade. (p. 56)

Então, “a rua não só se torna objeto de regulamentações legais (‘posturas’) de comportamento e atividades sociais, mas também se transforma em cenário para a implantação de serviços de infra-estrutura urbana” (FRESHSE, 2005, p. 58), que tentam imprimir principalmente higiene e ambiente salubre aos espaços públicos.

1.3 Mecanismos de regulação sanitária das cidades

O ideário científico preconizado pela medicina social urbana (subitem 1.1.1) aos poucos se concretiza nas medidas saneadoras e nas legislações que passam a orientar médicos, instituições e autoridades públicas.

O Senado da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, já em 1789, procura o esclarecimento dos médicos para identificar as causas da insalubridade na cidade e os meios de saná-la, “identificando nos morros¹⁴ elementos que barrariam a ventilação e aumentariam o calor da cidade, supostamente criando condições para o desenvolvimento de doenças” (SEGAWA, 1994b, p. 4).

Também algumas determinações importantes em matéria edilícia são tomadas pelas câmaras municipais do Brasil colônia e grande parte delas

¹⁴ Considerações sobre o arrasamento dos morros estão contidas em um estudo de Manoel Vieira da Silva, intitulado “Reflexões para melhorar o clima do Rio de Janeiro”, publicado em 1808, quando da chegada da família real com toda a corte portuguesa ao Brasil, que, de certa forma, “catalizou o processo de medicalização do espaço urbano” (SEGAWA, 1994b, p. 4).

perduram no Império, após a instituição do “Regimento das Câmaras Municipais”¹⁵, por Lei de 1º de outubro de 1828, que atribui “aos vereadores competência para tratar dos bens e obras do Município e do governo econômico e policial da terra, e do que neste ramo for a prol dos seus habitantes” (SILVA *apud* SEGAWA, 1994b, p. 4).

Em 1832, o Rio de Janeiro¹⁶ já possui seu Código de Posturas, que pode ser considerado “o primeiro e importante progresso em matéria de legislação sanitária municipal” (SÃO PAULO, 1985, p. 30), para ditar regras gerais às questões sanitárias, elaborado com a participação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, fundada em 1829.

São Paulo conhece um similar em 1875, o Código de Posturas da Câmara Municipal da Imperial Cidade de São Paulo, que estabelece normas de construção, “fixando largura mínima para novas ruas e altura mínima para as edificações, impondo o calçamento das testadas, e proibindo rótulas, casinhas de meia-água e sótãos salientes” (CAMPOS NETO, 1991, p. 56).

Um novo Código de Posturas do Município de São Paulo é editado em 6 de outubro de 1886 e princípios de organização urbana, sobretudo os derivados de postulados médico-sanitários, são nele introduzidos.

São então regulados e sofrem restrições de modo a coibir sua construção ou instalação “[...] no centro da população ou em lugares que possam ser nocivos à saúde pública por falta de preceitos higiênicos [...], matadouros, açougues, mercados, hotéis, botequins, tavernas, casas de negócio, teatros e

¹⁵ Por se tratar de uma norma que regulava a vida jurídica dos municípios, abarcava amplo leque de preocupações, como costumes e comportamento moral, comércio, polícia, representação política, etc. – ao lado de questões como “alinhamento, limpeza, iluminação e despachamento das ruas, cais e praças, conservação e reparo de muralhas feitas para segurança dos edifícios e prisões públicas, calçadas, pontes, fontes, aquedutos, chafarizes, poços, tanques e quaisquer outras construções em benefício comum dos habitantes ou para o decoro e ornamento das povoações” ou “o estabelecimento de cemitérios fora do recinto dos templos, o esgotamento de pântanos e qualquer estagnação de águas infectas [...] ou [...] construções, preparo e conservação das estradas, caminhos, plantações de árvores para preservação de seus limites à comodidade dos viajantes” (SILVA, 1981, *apud* SEGAWA, 1994b, p. 4).

¹⁶ Em 1641, como esclarecem Barros e Neto (2003, p. 176), o Rio de Janeiro inicia a construção do que pode ser considerada sua primeira obra de saneamento – o alargamento do sangradouro de escoamento das águas da lagoa Santo Antonio, onde são lavados os couros de um curtume. Considerado insuficiente para afastar o mau-cheiro, mais tarde, é construído no local um canal aberto, “com a finalidade de levar as águas até a Praça XV”.

espaços de divertimento público [...] cortiços (salvo se atendessem a algumas normas), [...] estabelecimentos fabris nocivos à atmosfera, à pureza das águas potáveis ou que incomodem a vizinhança, ou movidas a vapor, além dos curtumes [...]" (SEGAWA, 1994b, p. 5).

1.3.1 Serviços de água e esgoto

A importância, a preocupação, o cuidado com a água e o desenvolvimento de técnicas de purificação para uso e consumo humanos já são evidentes na formação dos primeiros agrupamentos, como demonstra Santos (2004):

Muitas das civilizações antigas são reconhecidas e descritas em função das bacias hidrográficas que ocupavam e às quais pertenciam, sendo definidas pelos rios nos quais se estabeleceram e se desenvolveram. [...] as primeiras aglomerações humanas estavam nos vales dos rios Amarelo, Hindo, Tigre, Eufrates e Nilo, situados respectivamente na China, Paquistão, Mesopotâmia e Egito e também posteriormente muitas outras civilizações surgiram em vales de rios, os hebreus às margens do Jordão e os romanos às margens do rio Tibre (p. 13).

Em antigas escrituras, pinturas, afrescos e mosaicos se observam registros da aplicação de técnicas, métodos e leis de saneamento. Na antiga Roma imperial, a importância da água limpa e da higiene para a população era indiscutível. Tanto assim que

A importância de consumir água potável obtida em poços [...] surgiu nessa época, em que já se evitava a ingestão da água do rio Tibre. Com o constante desenvolvimento das cidades foram construídos 14 aquedutos que forneciam água limpa e potável para a população a partir do final do século IV a.C. Roma tinha ainda uma rede eficaz de esgotos. Existiam mais de 150 latrinas públicas em toda a cidade, que encaminhavam adequadamente os dejetos para um sistema de esgoto subterrâneo. Mesmo desconhecendo as bactérias, os romanos construíram uma rede de abastecimento de água potável e um sistema de esgotos responsável pela profilaxia de diarreias. No entanto, esse sistema eficaz, construído há dois mil anos, não foi adotado após a decadência do Império, sendo retomado somente no século XIX. (SCIENTIFIC AMERICAN BRASIL, 2006, p. 76-77)

No Brasil, a primeira intervenção no ambiente urbano, com a intenção de propiciar boa condição de vida à população, se dá na cidade do Recife (PE).

Com a invasão dos holandeses no litoral nordestino e sob o seu domínio, entre 1630 e 1654, a cidade passa a apresentar condições sanitárias nunca vistas em nenhuma outra do Brasil colônia.

De acordo com Santos (2004, p. 25), é mostrado,

pela primeira vez em nosso território, as preocupações de uma administração pública com o saneamento. Durante a administração de Maurício de Nassau, a preocupação com a saúde da população foi determinante. Foram realizadas obras de saneamento como: drenagem e dessecamento de terrenos alagados, a construção de barragens, diques, canais e ancoradouros. Os holandeses construíram três grandes canais para drenar a Ilha de Antônio Vaz, onde construíram sua nova cidade, a Mauricéia, que era até então um vasto brejo.

No século XVIII, com a descoberta do ouro e pedras preciosas em Minas Gerais, surgem novos povoamentos nos locais de mineração e o aumento da população começa a exigir ações coletivas nas vilas e cidades, principalmente em relação ao provimento de água e distribuição de dejetos.

Essas ações implicam o aproveitamento das águas das nascentes e fontes já existentes nas áreas urbanas ocupadas (ou próxima delas) para a construção de bicas. Em locais desprovidos de nascentes são abertos poços. Onde existem mananciais (nascentes ou córregos) fora das áreas habitadas, canalizam-se as águas e se constroem chafarizes em vários pontos da cidade, para distribuição de água à população.

Em Ouro Preto (MG), os chafarizes começam a ser instalados entre 1720 e 1740. Na cidade do Rio de Janeiro (RJ) é inaugurado, em 1723, o primeiro sistema de abastecimento público da cidade, com o funcionamento do chafariz do Largo da Carioca.

1.3.2 Soluções para o saneamento de dejetos humanos

As descobertas de arqueólogos e o registro de historiadores dão conta das diversas respostas oferecidas pelos grupos humanos, em diferentes períodos

de sua história, ao problema da satisfação de suas necessidades fisiológicas e do esgotamento dos dejetos humanos.

Dentre os inúmeros problemas sanitários a serem equacionados, a questão do saneamento dos dejetos humanos assume importância por tratar da saúde pública, higiene pessoal e prevenção de doenças. Técnicas, métodos, obras e leis, relacionados com a higiene e a limpeza do ar, da água e dos locais de assentamento dos aglomerados humanos, em função de uma vida saudável para suas populações, remonta às civilizações mais antigas de que se têm registros.

O apontamento mais antigo que se tem a respeito do assunto é de 2500 a.C. Nessa época, em *Mohenjo-daro* (cidade localizada no sul do atual Paquistão), já havia vasos sanitários e um sistema de esgoto altamente desenvolvido, onde a água suja de cada casa fluía para um dreno principal. Na ilha de *Bahrein* (no Golfo Pérsico), nas ruínas da civilização que ali existiu, foi descoberto um tipo de vaso com descarga, datado de 1000 a.C (WORD TOALET ORGANIZATION, 2006).

Aos romanos se atribuem as grandes obras de engenharia sanitária como a construção de “complexos sistemas de abastecimento de água e de instalações sanitárias e de esgotamento. [...] Em Roma, entre 27 a.C. e 14 d.C., durante o império de Augusto, foi criada uma Câmara da Água, que cuidava dos interesses sobre o abastecimento e o suprimento. Havia também uma comissão de saúde, onde inspetores verificavam as condições sanitárias dos banhos, latrinas e com relação à limpeza das ruas, que eram de responsabilidade da população” (WENDT, 2001, p. 21). Vasos sanitários e sistemas de escoamento de esgoto e água utilizados na Roma Antiga (800 a.C.) ainda hoje podem ser vistos nas ruínas da sua civilização.

Mas o uso dos primeiros sanitários privativos pode ser atribuído aos chineses. Em *Henan* (206 a.C. a 24 d.C.), arqueólogos descobriram as ruínas de um templo real com banheiro e vaso sanitário no seu interior.

O advento da Idade Média, após a queda do Império Romano, representa um retrocesso no tratamento das questões sanitárias. As

doenças, muitas epidêmicas, que dizimaram milhões de vidas humanas e arrasaram cidades inteiras na Europa, tiveram como causa a sujeira e a falta de higiene nos castelos e nas áreas rurais onde vivia a maior parte da população. As necessidades fisiológicas eram satisfeitas publicamente, em qualquer ambiente ou lugar.

Os regulamentos das cortes inglesas de Wernigerole (1570) e Brunswick (1589) instruíam no sentido de que seus membros não procedessem como os rústicos, que se aliviavam da urina e outras sujeiras, sem vergonha ou reserva, em escadas, corredores, armários, janelas de câmaras ou outros aposentos, na frente de senhoras, antes, durante ou após as refeições. (LIMA *apud* WENDT, 2001, p. 23)

O Renascimento vai, aos poucos, recuperando o conhecimento e a tecnologia desenvolvidos pelos povos antigos e medidas sanitárias começam a disciplinar hábitos e costumes do homem urbano. Utensílios destinados a coletar a urina e os dejetos fecais (potes, urinóis, retretes¹⁷) e móveis para escondê-los (criados-mudos e armários) dentro das residências passam a imprimir um caráter privado à satisfação das necessidades fisiológicas. Nas moradias das classes mais abastadas e da burguesia, cômodos próprios (primeiro, do lado de fora; depois, no interior das casas) eram construídos para esse fim, denunciando um cuidado crescente com as questões de higiene, saúde e bem-estar.

Essa realidade torna-se um dos principais motivos para a disseminação do uso do vaso sanitário e o aprimoramento do sistema de esgoto. Entre os anos 1859 e 1865, são planejados e construídos coletores de esgoto em Londres, na Inglaterra; em 1879, George Waring Jr. concebe o primeiro sistema de esgoto sanitário do tipo separador¹⁸ nos Estados Unidos da América (EUA); e, em 1889, a primeira usina de tratamento de esgotos surge na Inglaterra.

O vaso sanitário com descarga de água deve sua criação a sir John Harrington, um cidadão inglês que, em 1596, manda construir um na sua casa, em Kelston (Inglaterra). Seu invento fica esquecido até que, em 1775, o relojoeiro inglês Alexander Cummings registra a patente de um vaso sanitário com descarga e vedação de odor (sifão em forma de “S”), dando início a um rápido

¹⁷ Cadeira com um orifício no centro, tampa removível, espaldar e apoios laterais, contendo um compartimento na parte inferior para abrigar o urinol.

¹⁸ Sistema de esgoto que recolhe, separadamente, o efluente de natureza sanitária.

desenvolvimento de outros tipos de *water closet* (wc). O engenheiro inglês Thomas Crapper cria o vaso sanitário de metal esmaltado em 1861.

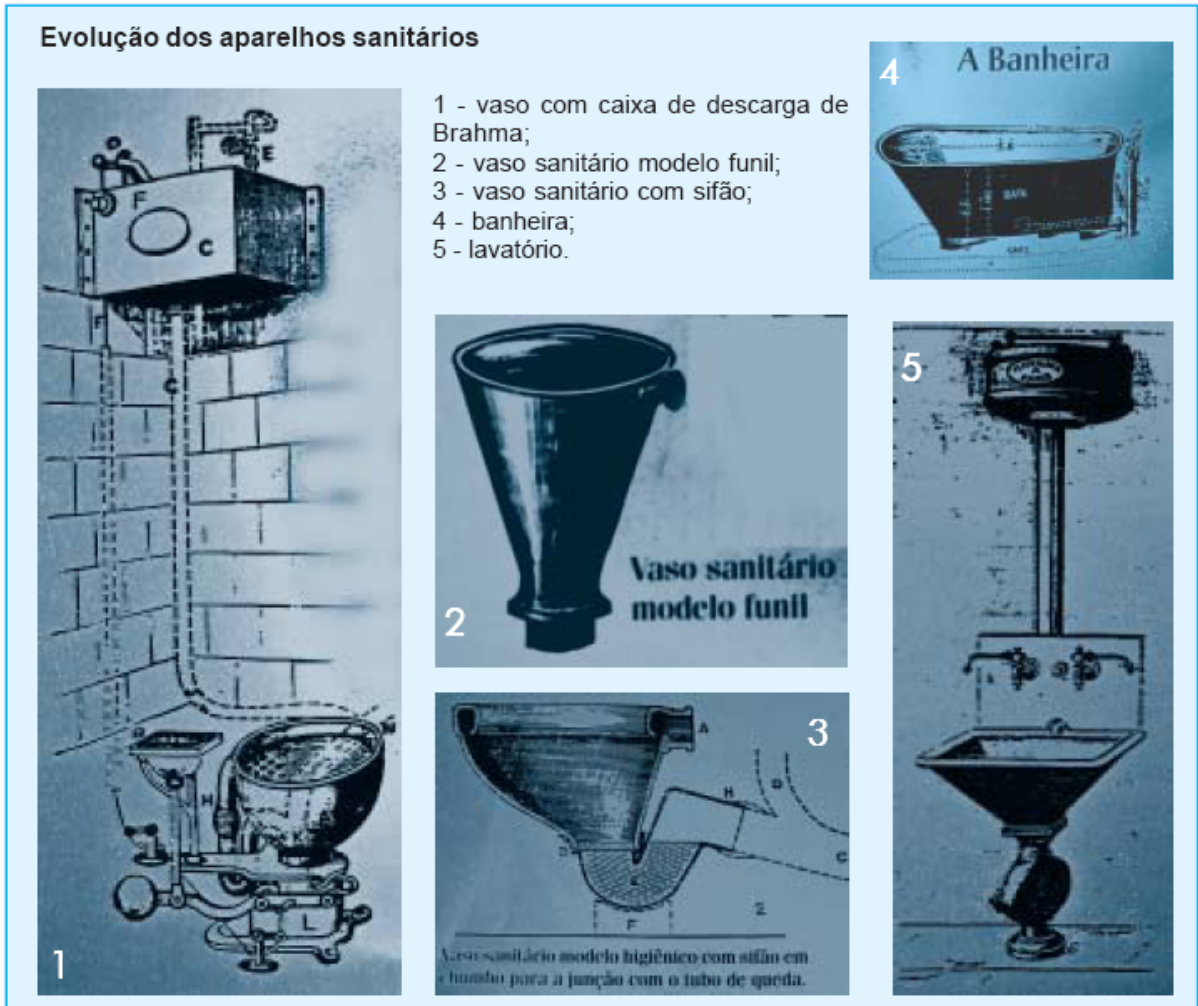


Figura 2. Evolução dos aparelhos sanitários.

Os sanitários públicos só começam a surgir no ano de 1824, instalados nas praças de Paris. Em 1852, é a administração municipal de Londres que entrega à população o primeiro sanitário público, mas reservado apenas aos homens.

Somente no início do século XX, os higienistas recomendam o vaso sanitário fixo, chumbado numa posição rígida e, em 1900, o engenheiro inglês Armitage Shanks concebe esse equipamento feito de material cerâmico, sifão integrado e anel de lavagem.

A partir de então, iniciativas em todo o mundo favorecem melhorias nos sistemas de coleta, escoamento e tratamento do esgoto sanitário, bem como nos aparelhos utilizados para esses fins; são estabelecidas normas internacionais, que ditam padrões para a construção e instalação de banheiros e vasos sanitários, os quais ganham novos desenhos, formas e funcionabilidade, adequados às exigências da vida moderna, com qualidade ergonômica e antropométrica¹⁹; constróem-se os banheiros químicos portáteis, ecológicos, de acessibilidade universal; fundam-se organizações nacionais e internacionais com a missão de promover ações educativas e culturais relacionadas às questões sanitárias.



Figura 3. Banho portátil e vaso sanitário de 1909.

Apesar de todos esses avanços, o século XXI enfrenta uma situação mundial que pode ser considerada calamitosa, a se considerar a informação dada pelo fundador da ONG *World Toilet Organization (WOT)*, Jack Sim, de que “a metade da população mundial não dispõe de banheiro e defeca em qualquer

¹⁹ “Antropometria. [De *antrop(o)*- + *-metria*.] S.f. 1. Processo ou técnica de mensuração do corpo humano ou de suas várias partes” (FERREIRA, 1999, p. 156).

lugar”. A WOT, fundada em 2001, promove congressos, fóruns e exposições mundiais, comemora o dia 19 de novembro como o Dia Mundial do Banheiro e trabalha em prol do desenvolvimento de condições sanitárias adequadas para todos em todo o mundo. Tem sua sede em Cingapura, país cuja legislação sanitária é exemplo para o mundo civilizado e onde se impõem multas a quem não puxa a descarga em instalações sanitárias públicas.

O Quadro 2 sintetiza as soluções dadas ao tema, intimamente relacionado ao estágio de desenvolvimento socioeconômico e cultural dos agrupamentos humanos.

Quadro 2. Cronologia.

SÉCULO/ANO	Ações / Soluções
2500 a.C.	Vasos sanitários e sistema de esgoto em Mohenjo-daro (cidade ao sul do atual Paquistão).
1000 a.C.	Tipo de descarga para banheiro, na ilha de Bahrein, no Golfo Pérsico.
206 a.C. a 24 d.C. (entre)	Vaso sanitário com água corrente, assento de pedra e apoios para os braços, na China (dinastia Han).
69 d.C.	Vespaciano, imperador do império otomano, impõe taxa referente a sanitários.
315 d.C.	144 banheiros públicos instalados em Roma, na Itália.
XVI	
	Satisfação das necessidades fisiológicas nas ruas, dentro das casas, em qualquer lugar e sem privacidade; depósito de dejetos fecais e lixo doméstico nas ruas das cidades; uso de potes e urinóis nas residências.
1596	J.D. Harrington inventa o water closet (wc), na Inglaterra.
XVII	
	Satisfação das necessidades fisiológicas nas ruas, dentro das casas, em qualquer lugar e sem privacidade; depósito de dejetos fecais e lixo doméstico nas ruas das cidades; uso de potes e urinóis nas residências.
1668	Édito policial obriga a construção de instalações sanitárias nas residências parisienses, na França.
XVIII	
	Satisfação das necessidades fisiológicas nas ruas, dentro das casas, em qualquer lugar e sem privacidade; depósito de dejetos fecais e lixo doméstico nas ruas das cidades; uso de potes, urinóis e retretes nas residências.
1739 (início)	Instalados os 1ºs sanitários separados por sexo em um salão parisiense, na França.
1730 (fim da década)	Invenção de uma ainda rudimentar válvula de descarga, aperfeiçoada em 1770.

SÉCULO/ANO	Ações / Soluções
1775	Alexander Cumming patenteia o 1º modelo de vaso sanitário com descarga de água (manual) e vedação de odor, na Inglaterra.
XIX	(continuação)
1820	Albert Giblin inventa o vaso sanitário com sifão e caixa de água acionada por uma corda, na Inglaterra
1824	Instalação do 1º banheiro público, em Paris, na França.
1852	Instalação do 1º banheiro público, só para os homens, em Londres, na Inglaterra.
1857	Invenção do papel higiênico por Joseph Cayetti, nos EUA.
1859 e 1865	Planejados e construídos coletores de esgoto em Londres, na Inglaterra.
1861	Thomas Crapper cria o vaso sanitário de metal esmaltado, na Inglaterra.
1863	Instalação do 1º banheiro público ("herein") só para homens, em Berlim, na Alemanha.
1879	George Waring Jr. concebe o 1º sistema de esgotos sanitários do tipo separador, nos EUA.
1883	Thomas Turiferd fabrica o primeiro vaso sanitário em cerâmica, na Inglaterra.
1889	Construção da 1ª usina de tratamento de esgotos, na Inglaterra.
XX	
1900	Armitage Shanks inventa o vaso sanitário de material cerâmico, sifão integrado e anel de lavagem, na Inglaterra.
1959	Sanitários públicos (de superfície) parisienses fechados.
1980	Instalação de sanitários públicos controlados automaticamente e pagos, em Paris, na França.
	Sanitários químicos portáteis; normas internacionais para a construção e instalação de sanitários e vasos sanitários; sanitários com design, qualidade ergonômica, ecológicos, de acessibilidade universal; organizações nacionais e internacionais promovem ações educativas e culturais relacionadas às questões sanitárias.
XXI	
	Sanitários químicos portáteis; normas internacionais para a construção e instalação de sanitários e vasos sanitários; sanitários com design, qualidade ergonômica e antropométrica, ecológicos, de acessibilidade universal; organizações nacionais e internacionais promovem ações educativas relacionadas às questões sanitárias.



Cruzamento entre a Rua Direita e o Largo da Misericórdia, pouco depois de 1900.
(Arquivo do DPH, análise de Benedito Junqueira Duarte)

2 SERVIÇOS PÚBLICOS DE SANEAMENTO EM SÃO PAULO: POSTURAS LEGAIS DE ATUAÇÃO

“Nenhuma lei se adapta igualmente bem a todos”
Tito Lívio, historiador romano, 59 a.C.-17 d.C.

2.1 A criação do Serviço Sanitário estadual

Em 18 de julho de 1892, cria-se o Serviço Sanitário estadual de São Paulo (Lei nº 43), sobretudo “em resposta ao medo da febre amarela”, e que tem “como objetivo fundamental reduzir o elevado coeficiente de mortalidade característico de todo o Estado e, principalmente, de sua capital” (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 49). Com a incumbência de estabelecer normas técnicas para obtenção de ambientes salubres, autoridades sanitárias e do governo pretendem o controle da vida urbana. Várias instituições são fundadas para lhe darem suporte – o Instituto Bacteriológico (1892, Adolpho Lutz), o Instituto Serumtherápico (Butantan, 1901) e o Instituto Pasteur (1903).

Diversos gestores, médicos e sanitaristas, ocupam a sua direção ao longo dos anos e alguns códigos sanitários são instituídos. Segundo Telarolli Júnior (*apud* Campos, 2002, p.108), a elaboração dos Códigos Sanitários era orientada para o melhoramento do ambiente urbano, prevendo “a fiscalização da higiene das habitações e logradouros públicos [...] e de tudo aquilo que, direta ou indiretamente, pudesse influir na salubridade das cidades, vilas e povoações do Estado”.

2.1.1 Os gestores e os Códigos Sanitários

Ao assumir a ordenação dos espaços, São Paulo cria também, por meio do Decreto nº 233, de 2 de março de 1894, a primeira versão do seu Código Sanitário²⁰. Totalizando 520 artigos em 27 capítulos, estabelece regras caracterizando ruas e praças públicas; regulamentando edificações e indicando

²⁰ O Código de 1894 é inspirado na teoria dos fluidos e seus rebatimentos no tratamento dos espaços urbanos: o calçamento é um blindamento do solo, evitando-se emanações do subsolo; a árvore é um tubo de drenagem em pé, que esgota e disseca o solo, purificando-o. Ao mesmo tempo, a centralização dessas ações através do nível estadual de governo demonstra a necessidade de uma ação eficaz para o controle das epidemias, dando amplos poderes às comissões sanitárias (BUENO, 1994, p. 45-46).

medidas relativas à alimentação, abastecimento de água e esgoto, lavanderias, latrinas e mictórios públicos, vacinação, epidemias e cuidados higiênicos. As instalações consideradas insalubres (coletivas, fábricas e oficinas, escolas, matadouros, hospitais e maternidades, necrotérios e cemitérios) deveriam se localizar “fora da aglomeração urbana”, “longe das habitações”, “em lugar perfeitamente saneado”, ou até “na direção oposta àquela em que os povoados tenham mais tendência a se desenvolverem”; medidas essas que preconizavam o isolamento físico-sanitário, ordenando a ocupação da cidade de acordo com o que prescreviam os higienistas/sanitaristas (SEGAWA, 1994b, p. 6).

Esse Código Sanitário é o instrumento controlador da gestão dos serviços de saneamento – águas, esgotos, lixo – e disciplinador da ocupação do solo urbano, seja para espaços públicos ou privados, tendo em vista principalmente os aspectos de ventilação, insolação e boa drenagem de águas servidas e pluviais: “[...] dessecamento e drenagem de terrenos urbanos úmidos e pantanosos, calçamento de ruas e praças, arborização da cidade, proibição de cocheiras e estábulos dentro da cidade, disciplinamento da localização dos edifícios coletivos e cemitérios, relação entre altura e volumetria dos prédios e largura das ruas [...]” (BUENO, 1994, p. 45).

Depois de constatadas suas imperfeições por médicos e políticos, passa por revisões em 1911 e 1918, quando, descaracterizado, dá origem a um novo Código Sanitário. Bertolli Filho, referindo-se ao Código de 1894, expõe as causas do seu relativo insucesso e das inúmeras alterações que sofre a ponto de descaracterizá-lo:

as minúcias que caracterizavam cada artigo deste código e a extensão da área do Estado contrapunham-se à precariedade vigente em diversas repartições do Serviço Sanitário que, além de estarem concentrados na capital, contavam com poucos funcionários, às vezes um único servidor e, mesmo assim, desprovido dos conhecimentos técnicos para atuar com eficiência. Essa disparidade determinou a quase total impraticabilidade da lei sanitária de 1894, bem como fomentou a proliferação de severas críticas à atuação do próprio Serviço Sanitário. (2003, p. 51)

Em 1898, assume a direção do Serviço Sanitário Emílio Ribas, que já é inspetor sanitário e tem a participação em experiências sobre a transmissão da febre amarela. Conforme Campos (2002, p. 38), “nessa fase, em que a direção do Serviço Sanitário fora confiada ao médico Emílio Ribas, destacam-se as obras de

saneamento, realizadas por médicos e engenheiros sanitários que compartilhavam as mesmas idéias de saúde e engenharia.” Assoladas por epidemias, as grandes cidades²¹ e outras localidades do interior precisavam ser saneadas para a continuidade do desenvolvimento da economia cafeeira, principal produto de agroexportação da época, e também para a criação de um serviço de saúde pública hegemônico.

O Serviço Sanitário passa por duas reformas na gestão Emilio Ribas – em 1906 e em 1911. A reforma de 1906 é centralizadora, porque praticamente acaba com as atribuições específicas dos municípios em saúde pública e aloca o corpo de inspetores sanitários nas principais cidades do Estado; as ações sanitárias ficam a cargo da Direção do Serviço Sanitário. O grande aumento das atividades atribuídas à administração estadual dificulta a sua realização e, em 1911, uma nova reforma reconduz a autonomia dos municípios. Nessas duas reformas, adiciona-se a educação higiênica ao serviço de policiamento sanitário.

De acordo com Telarolli Júnior (1993, p. 322), “apesar da centralização das atividades na cidade de São Paulo, o Serviço Sanitário continuou conceituado como municipal e geral, mantendo-se a superposição das atribuições estaduais e municipais nos principais aspectos da polícia sanitária e de saneamento urbano, o comando técnico e administrativo permanecendo com o poder estadual”.

Em 1916, quando Emilio Ribas deixa definitivamente o Serviço Sanitário, encerra-se também o modelo exclusivamente “campanhista/policial²²”, utilizado até então. A principal atuação desse Serviço é voltada para o meio urbano, tornando-se uma das primeiras instituições a criar regras para a vida na cidade. Na sua gestão, os “coronéis” impedem a inspeção nas fazendas por funcionários da saúde, o que logra a tentativa de sanear o interior paulista.

²¹ “As situações críticas ocorreram justamente nos locais por onde passariam os novos trabalhadores estrangeiros: Santos, o porto de entrada dos imigrantes, arrasada pela peste e pela febre amarela; São Paulo, local de compra e distribuição da força de trabalho para as lavouras cafeeiras, assolada pela varíola e outras moléstias; e, finalmente, Campinas, principal área produtora de café da região, por onde passavam os imigrantes, ficou praticamente deserta com o surto de febre amarela que ceifou mais da metade da população no século XIX” (CAMPOS, 2002, p. 38).

²² O modelo campanhista/policial, assim denominado por Merhy (1992), busca levar a higiene e a saúde pública por meio da coerção e da força, e, também, com alterações físicas nos territórios urbanos, rasgando novas ruas e embutindo redes de água e esgoto (CAMPOS, 2002, p. 46).

Sob a direção do médico Arthur Neiva (1916-1920), higienista com conhecimento dos problemas de saúde na zona rural, institui-se um novo Código Sanitário²³, por meio do Decreto nº 2.918, de 9 de abril de 1918, contendo uma parte destinada exclusivamente à área rural (Título VI), pois as endemias colocam em risco “a reprodução social do trabalhador imigrante e do próprio capital cafeeiro”. A sua gestão é o ponto de partida para um novo modelo tecnoassistencial, o “campanhista/vertical permanente”, cujo conteúdo “adiciona serviços permanentes, regionais ou locais”, e por “problemas específicos”, conforme relata Merhy (*apud* CAMPOS, 2002, p. 38-39). A principal característica do período, segundo Ribeiro (1993, p. 202), é o uso da polícia sanitária, autorizada a “entrar, vasculhar, intimar e multar” as fazendas do interior de São Paulo. Mas o episódio da gripe espanhola em 1918 acaba por trazer à tona a falta de cobertura sanitária da cidade, do estado e do país como um todo.

Em 1922, assume a direção do Serviço Sanitário o médico sanitarista Geraldo Horácio de Paula Souza e o foco de seu trabalho inclui a cidade e a vida moderna urbana. Aveso ao modelo de saúde, fundamentado no policiamento e em campanhas sanitárias, o novo diretor propõe a divulgação e a prática da higiene por intermédio da educação sanitária e conscientização das pessoas. Introduz a idéia da criação dos Centros de Saúde²⁴ e as educadoras sanitárias. O curso²⁵ para orientação é criado em 1926 e dirigido inicialmente aos professores primários, com certa exclusividade para as mulheres, pois Dr. Geraldo acreditava que elas precisavam de maior espaço profissional.

Conforme Bueno (1994, p. 47), a reforma de 1925, a chamada Reforma Paula Souza, em que estão inseridas as propostas do médico sanitarista Geraldo

²³ “Em suas linhas gerais, o Código Sanitário de 1918 baseia-se fortemente no uso da coerção para o estabelecimento das normas de higiene [...], inclusive com o aumento de poder da polícia sanitária”, principalmente na zona rural. “E mais, o Código Sanitário de 1918 funcionava como um Código de Obras quanto às normas de higiene, pois todas as construções rurais e urbanas deveriam seguir os padrões estabelecidos pelo documento e passar também por sua vistoria para aprovação” (CAMPOS, 2002, p. 49-50).

²⁴ A criação dos cinco primeiros centros de saúde, prevista no novo Código Sanitário de 1925, não é aprovada. À época, apenas a unidade da avenida Dr. Arnaldo, ao lado da Faculdade de Saúde Pública, é implantada, e lá permanece até os dias de hoje (CAMPOS, 2002, p. 52).

²⁵ O objetivo do curso “era ministrar conhecimentos teóricos e práticas de higiene a esses professores, para que estes os introduzissem, a partir de uma visão essencialmente preventiva, em Centros de Saúde e escolas” (CAMPOS, 2002, p. 52).

de Paula Souza, volta-se à educação sanitária da população: normas para viver higienicamente e com saúde dentro da cidade. Essa corrente sanitarista, desenvolvida nos EUA, se espalha pelo mundo afora por intermédio da Fundação Rockefeller.

A Fundação se instala no país em 1916, onde tem uma atuação destacada em várias frentes: na pesquisa científica e em ações de profilaxia das principais doenças endêmicas do país (ancilostomose, malária, febre amarela, sífilis e tuberculose); em campanhas pelo saneamento rural e na instalação de postos de profilaxias nos diversos estados brasileiros (1920); na formação de profissionais na área biomédica por meio de bolsas de estudo em instituições de pesquisa e ensino norte-americanas; na reorganização da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo; e na fundação de instituições e serviços – o Instituto de Higiene (hoje, Faculdade de Saúde Pública) de São Paulo, a Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro, em colaboração com o governo federal, o Serviço de Febre Amarela (1928), o laboratório do Instituto Oswaldo Cruz para a produção da vacina contra a febre amarela (1938) e o Serviço de Malária do Nordeste (após dois surtos epidêmicos da doença em 1930-1931 e 1938-1940).

Durante sua gestão no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), Carlos Chagas oferece apoio sistemático às campanhas da Fundação. Em 1942, quando se retira do país, os serviços criados pela Fundação Rockefeller são absorvidos pelo recém-constituído Serviço Especial de Saúde Pública. (PROSSIGA, 2006).

De acordo com Campos (2002, p. 54), apesar de muitos obstáculos de natureza política para a oficialização do Código de 1925 e de sofrer várias modificações e adaptações, as idéias do Dr. Geraldo de Paula Souza permanecem em vigor até 1930, mesmo após três anos de sua saída da direção do Serviço Sanitário, em 1927, e com a ocupação do cargo pelo técnico Waldomiro de Oliveira (1927 a 1930).

Também esse Código preocupava-se com a questão das instalações sanitárias e regulamentou a sua execução nas habitações

urbanas em três seções: o esgoto domiciliar, explicitando o caminho e o tipo de tubulação a serem empregados; as latrinas e mictórios, com a explicação das dimensões dos compartimentos e tipos de descarga e caixas d'água; e, por fim, os sanitários, as pias e lavabos, especificando tipos de materiais, as dimensões e locais próprios para sua construção (SÃO PAULO, 1925, p. 548-551, *apud* CAMPOS, 2002, p. 117).

Em 1930, Getúlio Vargas assume o poder amparado pelas forças militares e pretende desmanchar todo o arcabouço montado na República Velha pela oligarquia paulista. Com relação à saúde e saneamento, é criado, no governo federal, um ministério específico para os Negócios da Educação e da Saúde Pública, com o compromisso de zelar pelo bem-estar sanitário da população.

O higienista Arthur Neiva é nomeado Secretário dos Negócios do Interior, pasta à qual se encontra subordinado o Serviço Sanitário. De 1930 a 1937, vários nomes passam por sua direção, refletindo a instabilidade vivida por São Paulo (com sucessivos interventores), principalmente após a derrota do levante armado de 1932 exigindo do governo federal uma nova Constituição.

Em 1931, o Serviço Sanitário passa a fazer parte da recém-criada Secretaria de Educação e Saúde Pública (Decreto nº 4.891, de 13 de fevereiro) e a sua orientação, conforme Merhy (1992), “reforçava nitidamente os serviços especializados e tendia a construir estruturas organizacionais a partir da identificação de problemas específicos do campo da Saúde Pública” (*apud* CAMPOS, 2002, p. 55). A sua atuação é caracterizada como um retrocesso em relação à reforma de 1925 e as chamadas Delegacias de Saúde assumem a antiga postura de polícia sanitária. De acordo com Campos, embora a educação sanitária e os centros de saúde (com sua concepção alterada) tivessem sido incorporados, “parece-nos que a direção do Serviço Sanitário não estava preocupada com a criação da consciência sanitária”, [...] “a educação não visava à conscientização do indivíduo, era simplesmente um meio profilático” (2002, p. 55).

Em novembro de 1937 é instaurada a ditadura do Estado Novo. O Serviço Sanitário de São Paulo é extinto no ano seguinte para dar lugar ao

Departamento de Saúde do Estado, mais tarde, em 1948, transformado em Secretaria da Saúde.

A consolidação da teoria microbiana faz a prática médica voltar-se para as vacinas e remédios no combate às moléstias, sem, contudo, abandonar a preocupação com o saneamento do meio. As obras de infra-estrutura são imprescindíveis para o saneamento e para a habitabilidade, mas os hábitos de higiene, pessoais e coletivos, devem ser ensinados aos cidadãos, por meio da educação sanitária. Essa é a nova postura, que tem o seu gérmen já na fundação do Instituto de Higiene, em 1918.

Em 1938, quando o engenheiro Francisco Prestes Maia – indicado pelo décimo interventor de São Paulo, Adhemar de Barros – assume a prefeitura, implanta seu plano urbanístico que inclui a remodelação do sistema viário, propostas para o sistema de transporte, princípios de zoneamento e estudos do conjunto arquitetônico da cidade. O denominado Plano de Avenidas torna-se o novo modelo de intervenção urbanística para a cidade que mais tarde se transforma em uma metrópole industrial. A esse respeito, assim se pronuncia Campos (2002):

A ênfase no período passaria a ser, sobretudo, as vias de circulação, com o provimento de novas redes de circulação, de acordo com as novas necessidades econômicas da metrópole. Mas os engenheiros sanitários não foram colocados de lado. A prova de que a higiene ainda tinha seu espaço dentro do debate urbanístico foram a atuação da Sociedade Brasileira de Higiene e os Congressos Brasileiros de Higiene, que reuniam diversos profissionais ligados à área, principalmente engenheiros e médicos sanitaristas. (p. 133-134)

É acertado concluir que a intervenção urbanística na cidade de São Paulo apresenta dois períodos bem distintos: de 1895 a 1930, quando o foco são as obras de saneamento, com o intuito de tornar o meio salubre e proporcionar um ambiente higiênico; e de 1930 a 1950, quando a preocupação se volta para o conjunto da área urbana, com “planos que propõem a articulação entre os bairros, o centro e a extensão das cidades através de sistema de vias e transporte” (LEME, 1999, p.25).

A partir de 1965, outra leva de grandes obras viárias estrutura o centro expandido²⁶ e abre os caminhos para o quadrante sudoeste (abertura da avenida Faria Lima), possibilitando a criação de novas centralidades socioeconômicas. De acordo com Malta Campos (2003), a área central se reduziu a “um nó de articulação e passagem na macro-estrutura de circulação de automóvel então criada, deteriorando setores inteiros [...]”.

Também, segundo o autor, o entorno do centro se deteriora com a construção do elevador Costa e Silva (Minhocão), em 1971, a ligação Leste-Oeste, os viadutos do parque Dom Pedro II e o elevador da avenida Nove de Julho. A avenida Paulista é alargada e reurbanizada no período de 1970 a 1974. Grandes obras viárias²⁷ constituem a tônica da cidade por várias décadas privilegiando a circulação do automóvel e das pessoas com poder aquisitivo para adquiri-lo.

De acordo com a arquiteta e urbanista Raquel Rolnik (*apud* Cordeiro, 2005, p. 11), 70% da cidade encontra-se, em 1990, em uma situação “irregular”. Para a autora “uma lei que tem uma história, são cem anos de regulação, e uma cidade 70% irregular tem algum problema, alguma questão, na lei ou na cidade, ou na relação entre [...] essas duas coisas”. Mais ainda se se levar em conta que tais atributos negativos se refiram aos territórios populares: “a maior parte da cidade e a quase totalidade da cidade dos pobres”.

Ainda segundo Rolnik (*apud* Melendez e Moura, 2003, p. 1), “a política de saneamento não dialoga com a de habitação, nem com a de transportes nem com a de mobilidade. Foram produzidas casas na periferia, distante de tudo, onde não há cidade. Isso gera, cada vez mais, permanentemente, um déficit setorial”.

²⁶ O centro expandido é formado pelas marginais Tietê e Pinheiros, pelas avenidas dos Bandeirantes, pelo complexo viário Maria Maluf, pelas avenidas Tancredo Neves e Juntas Provisórias, pelo viaduto Grande São Paulo e pelas avenidas Professor Luís Inácio de Anhaia Melo e Salim Farah Maluf (FOLHAONLINE, 2005).

²⁷ Nas décadas de 1980 e 1990, foram construídas a avenida Luís Carlos Berrini, a extensão da Marginal Pinheiros e as novas pontes do Morumbi, Transamérica, João Dias, Ary Torres, viaduto Armênia; Nova Faria Lima (1995); complexo Ayrton Senna e túnel Sebastião Camargo (1996); e as avenidas Águas Espraiadas, Helio Pellegrino, Chedid Jafet. Esse complexo de obras viárias consagra o deslocamento da centralidade para a calha do rio Pinheiros, concentrando ali o setor terciário avançado, o setor financeiro, as multinacionais e os grandes empreendimentos imobiliários (MALTA CAMPOS, 2003).

2.2 Saneamento básico: do primeiro chafariz às intervenções da *Light*

Data de 1744 a instalação do primeiro chafariz²⁸ público em São Paulo. Em 1792, é construído o chafariz do largo da Misericórdia²⁹, depois o chafariz da Pirâmide do Piques e o do Campo da Luz, cuja instalação fica em frente a atual Rua São Caetano. Nas décadas seguintes, são construídos muitos outros e os tanques da Cruz, de Santa Teresa e Municipal.

As pequenas vilas paulistas, durante o período colonial, são supridas de água das muitas nascentes, córregos, regatos e rios. O povoado de São Paulo se abastece do córrego Anhangabaú (hoje canalizado sob a avenida Nove de Julho) e seus afluentes.

A população dispõe da água dos chafarizes. Nas residências das autoridades e dos homens mais ricos, quando localizadas próximas a um rio ou a uma bica (certamente inseridos em suas propriedades), são instalados sistemas próprios para seu abastecimento particular. Com relação à disposição dos dejetos, como São Paulo está localizada em um sítio de lençol freático baixo e as casas, na maioria, eram térreas, imaginava-se que a solução mais comum seriam as latrinas com sumidouros³⁰.

Apenas na metade do século XIX, com o aumento da população urbana, é que o poder público começa a pensar em intervir no

²⁸ O primeiro chafariz é construído pelos padres franciscanos, a mando da Câmara Municipal, na parte baixa do Anhangabaú. Aos poucos são construídos outros, que passam a ser abastecidos por um Tanque Municipal, instalado próximo ao hoje bairro do Paraíso. Em 1746, uma ramificação do primeiro chafariz vai abastecer diretamente o Convento da Luz (SANTOS, 2004, p. 33).

²⁹ O Largo da Misericórdia já existia na segunda metade do século XVII. Em 1792, foi construído no centro do Largo, um chafariz de pedra proveniente da região de Santo Amaro. Por esta razão, o Largo da Misericórdia era também chamado Largo do Chafariz. O chafariz, que foi transferido em 1886 para o Largo de Santa Cecília, era local de ajuntamento e brigas de escravos e de "cenas de pouca vergonha", razão pela qual era permanentemente vigiado por uma sentinela. A Igreja da Misericórdia, que deu nome ao Largo, foi demolida em 1888 (DPH, Acervos, 2006).

³⁰ Os buracos eram esvaziados de tempos em tempos, "levando-se os resíduos para bem longe – nas várzeas do Tamanduateí e do Tietê. [...] Somente com a introdução da água corrente é que as casas de banho e as latrinas iriam paulatinamente se unir, a partir dos últimos anos do século XIX" (BUENO, 1994, p. 51).

abastecimento, mesmo porque os sistemas até então utilizados já não são suficientes. Algumas nascentes ao redor do núcleo urbano se encontram comprometidas por esgotos e outros dejetos.

Em 1861, a Câmara afirma em suas atas que a municipalidade está cada vez mais convencida da necessidade de se prover a cidade de quantidade suficiente de água potável canalizada da serra da Cantareira que, acredita-se, é a única fonte abundante existente nas condições de solucionar o problema de abastecimento.

Em 1877, já com cerca de 50 mil habitantes, São Paulo aponta a falta de água como seu maior problema. Há grande consenso em torno do aproveitamento dos mananciais da Cantareira, em virtude da quantidade e boa qualidade de suas águas. Empresários brasileiros fundam então a Companhia Cantareira de Águas e Esgotos, em 1878, que conta com a ajuda de engenheiros ingleses, para dar solução aos problemas de abastecimento de água e do sistema de esgotos da cidade, e proíbe-se o desmatamento para a proteção de seus mananciais.

No final de 1878, iniciam-se as obras da adutora. Encontra-se também em construção um grande reservatório para o abastecimento da cidade, no alto da Consolação. “Em 1881, finalmente o reservatório estava cheio, com 18 milhões de litros e passou a fornecer água tanto para os chafarizes, como para as ligações residenciais que se iniciavam e, em 1882, já eram abastecidos pela rede 113 prédios” (SANTOS, 2004, p. 55).

O primeiro distrito de esgotos da cidade, entregue em 1883, serve a Luz, também o primeiro bairro a utilizar as águas da serra.

Com o intuito de obrigar a população a proceder e aceitar as ligações de água, a Companhia Cantareira manda demolir diversos chafarizes, inclusive alguns que ela mesma entregara onze anos antes, e dois dos mais importantes da cidade, o do Largo do Carmo e o do Largo do Rosário, o que causa revolta popular.

Reclamações quanto à morosidade das obras realizadas,

manifestações populares, a falta de recursos financeiros da Companhia Cantareira³¹ e o conseqüente não-cumprimento do seu cronograma de obras levam o Governo Estadual a encampar o serviço de águas em 1893 e criar a Repartição de Água e Esgotos (RAE), ligada à Superintendência de Obras da Secretaria da Agricultura, Comércio e Obras Públicas.

Os sistemas de coletas de esgoto são precários e seu destino final é o mesmo das águas pluviais: o rio Tietê.

A RAE constrói a adutora do Ipiranga em 1894, utilizando as águas do rio Guaraú para abastecer os bairros do Cambuci e do Ipiranga; nos anos seguintes, amplia a capacidade do reservatório da Consolação (SÃO PAULO, 1999, p. 118). Entre o censo demográfico de 1886 e o de 1900, a população de São Paulo aumenta 446%, o que provoca crises de abastecimento de água e diversas intervenções dos governos estadual e municipal.

Para satisfazer as necessárias e urgentes intervenções, o engenheiro Saturnino de Brito é contatado para estudar o problema de abastecimento de água na cidade.

Francisco Saturnino Rodrigues de Brito (1864-1929), considerado o primeiro grande sanitarista brasileiro, “foi um ideólogo da engenharia sanitária – que ele denominava higirotécnica (‘técnica da higiene’)” a quem [...] “devemos a propagação dos debates acerca da importância do planejamento das cidades num passo além do conteúdo explicitado no debate sobre ‘saneamento’ e ‘embelezamento’” (SEGAWA, 1994b, p. 17).

Saturnino de Brito divide a cidade em quatro zonas altimétricas para racionalizar a caótica rede de distribuição e faz um estudo comparativo das possíveis fontes de reforço de suprimento de água: Cotia, Rio Claro e as águas profundas da várzea do Tietê.

³¹ A Companhia, em 1887, conta com cinco mil ligações de água, o que representa um grande feito se comparado ao caos reinante em São Paulo antes de iniciar seus trabalhos. Contudo, ainda não é suficiente para suprir as necessidades da cidade. Até 1890, a Companhia só tem a adutora da Cantareira, responsável pelo abastecimento do reservatório da Consolação, para atender todo o centro paulistano.

No entanto, suas sugestões não são aceitas [...]. Muitos engenheiros, sanitaristas e médicos eram favoráveis à captação nas chamadas 'bacias protegidas', isto é, nas nascentes distantes, cobertas pela floresta, afastadas da população e onde fosse mantida vigilância constante. Além disso, a população não acreditava na eficiência dos tratamentos de purificação das águas" (SÃO PAULO, 1999, p. 119).

Em 1903, São Paulo sofre com uma grande estiagem e medidas urgentes precisam ser tomadas. O governo estadual cria, em 1905, a Comissão de Obras Novas de Abastecimento de Água da Capital, que executa obras de regularização de vazões e armazenamento de água em diversos pontos da cidade.

As águas dos ribeirões Cabuçu e Barrocada começam a ser utilizadas, em 1907, para o abastecimento da parte baixa da cidade – Santana, Luz, Bom Retiro e Brás, parte da zona baixa da Mooca e, por meio de recalque, para servir o bairro de Santa Cecília (BUENO, 2004). Conforme a mesma autora (p. 68),

Em 1914, frente ao déficit de adução existente, foram desapropriados cerca de 10.000 hectares de terras e foi implantada a primeira etapa da adução do rio Cotia, ao oeste de Itapeverica da Serra, cujas águas eram levadas para os reservatórios de Jaguaré e Araçá. Em 1925, há uma nova estiagem, cuja gravidade provocou a mobilização de indústrias da capital. Até esse momento, o sistema de abastecimento de água é assim composto: adutoras da Cantareira, Guaraú, Cabuçu e Cotia, que alimentavam os reservatórios da Consolação, da Avenida (13 de maio), Jaguaré e Araçá.

Após muitas discussões, a Comissão opta pelo Projeto Rio Claro³², com a obra de adução do rio Claro, "mantendo-se, portanto, a posição de Euclides da Cunha e da maioria de sanitaristas da época, partidários da captação longe dos centros populosos, cuja obra monumental, a maior do gênero no Brasil até então, teve início em 1925" (SÃO PAULO, 1999, p.121).

A polêmica em torno desse projeto se acirra, sobretudo contra a insistência em buscar água a longa distância e contra seu alto custo, e a exigência, para sua execução, de uma infra-estrutura que o governo não possuía.

³² O Projeto Rio Claro consiste em "[...] uma barragem superior no Poço Preto, uma barragem inferior na localidade de Casa Grande, a adutora propriamente dita com cerca de 86 quilômetros de extensão, três grandes reservatórios, o da Mooca com capacidade de 72.000 m³, e os da Penha e da Lapa com 26.000 m³ cada um, além de nova rede de distribuição na cidade. Os reservatórios formados pelas barragens poderiam suprir a adutora durante 8 meses de estiagem total, e sua capacidade estava prevista para uma população três vezes maior do que a existente no momento", que já ultrapassa 600.000 habitantes (SÃO PAULO, 1999, p. 121).

A crise de 1929 e a Revolução de 1932 paralisam as obras por falta de recursos; a construção só é retomada em 1932. Conclui-se a sua primeira etapa em 1939, mas o término de toda a obra só acontece em 1970.

Face à necessidade de uma solução mais urgente para as agruras que a população vive com a falta de água, em 1925, pela primeira vez, abandona-se o critério de "bacias protegidas" e decide-se pelo aproveitamento das águas do rio Guarapiranga³³ – já represadas pela companhia canadense *The São Paulo Tramway, Light & Power Co. Ltd. (Light)*, em Santo Amaro – para o abastecimento da cidade. Também em 1925, a *Light*, de acordo com projeto apresentado pelo engenheiro *Billings* em 1923 e aprovado pelo Estado, inicia a construção da represa do Rio Grande (a *Billings*) para regularizar a vazão da usina hidrelétrica de Parnaíba (a Edgar de Souza).

A *Light* desempenha um importante papel no processo de crescimento urbano da cidade e “passa a interferir de forma marcante e significativa no desenho e no redesenho de São Paulo”. Ao se instalar em 1899 (17 de julho), atua no transporte urbano movido a tração elétrica e na produção e distribuição de eletricidade para iluminação pública, doméstica e de uso industrial. Ao poucos, absorve pequenas empresas de energia elétrica e passa a exercer monopólio na oferta desses serviços. Nos anos de 1924 e 1925, constrói as usinas de Rasgão (no rio Tietê) e de Cubatão, na serra do Mar (hoje, Usina Henry Borden), o que aumenta significativamente sua capacidade de geração de energia elétrica e seu poder (ELETROPAULO, 1990, p. 13).

A Repartição de Águas e Esgotos adota medidas emergenciais – construção de uma canalização/tronco, diretamente derivada da linha que conduz água de Cotia para o reservatório da Água Branca; desvio das águas da adutora do Guaraú para o reservatório do Belenzinho; construção de poços fundos na várzea do rio Tietê, a fim de obter água para ser aduzida aos reservatórios do

³³ De acordo com Savelli (1964), “o sistema de abastecimento Guarapiranga, inaugurado em 1929, consistia em captação e recalque até a estação de tratamento do Alto da Boa Vista, adução até o elevatório da rua França Pinto, no sopé da avenida Paulista, onde as águas eram recalçadas para o reservatório de Vila Mariana. A adutora abastecia São Paulo com 86.000 m³ por dia – 37% da adução total da Capital. O investimento foi de 9.000 contos, pequeno, se comparado ao custo das obras do Sistema Rio Claro, de mais de 130.000 contos” (*apud* BUENO, 1994, p. 71).

Belenzinho e da Penha; construção da barragem Pedro Beich no rio Cotia. No final de 1929, São Paulo chega ao volume médio de adução de 231.000.000 litros/dia (SÃO PAULO, 1999, p. 122).

O Plano Geral de Distribuição de Água, coordenado pelo governo estadual na segunda metade da década de 1930, prevê a ampliação das adutoras do Rio Claro e Santo Amaro, que começa a ser concretizada no início da década de 1940. Em 1946, publica-se o Plano de Abastecimento de Água de São Paulo, onde se observa que a principal fonte de água deve ser a captação da Guarapiranga assim como a inclusão do alto Tietê.

Segundo Bueno (1994, p. 71-72),

com a inclusão do sistema Guarapiranga ao sistema de abastecimento de São Paulo, está montada uma estrutura básica que perdura até os anos 60, ampliando-se as estruturas de adução e reservado, mas utilizando-se os mesmos mananciais: contrafortes da Serra da Cantareira na vertente de São Paulo, rio Cotia, rio Claro e Guarapiranga. O único acréscimo significativo é a inclusão, a partir de 1957 de adução do reservatório *Billings* para abastecimento da região do ABC.

Em 1942, o diretor da RAE, engenheiro Plínio Whitaker, apresenta planos para distribuição de água e coleta e tratamento³⁴ de esgoto. Pela primeira vez, faz-se um levantamento detalhado da situação desses serviços em São Paulo. Dados de 1943, dão conta que o abastecimento de água em 1940 cobre 71,34% da população. “No Plano Geral de Esgotos, Whitaker estima que há cerca de 50.000 casas com fossas e cacimbas domiciliares e afirma que, para 148.780 prédios com ligação de água, há apenas 115.200 esgotados pelas redes da RAE” (BUENO, 1994, p. 84).

Com a eclosão da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), a maior parte da programação das obras de Whitaker fica paralisada, pois depende de empréstimos externos e fornecedores estrangeiros. Mas as obras de ampliação da adução da Guarapiranga são bem sucedidas e atingem vazão bastante

³⁴ Propõe tratamento da água e soluções para o despejo do esgoto *in natura*, não só doméstico como das indústrias que poluem o Pinheiros e o Tietê (cerca de 200 km do seu curso, em época de estiagem, além da cidade de Itu). Sugere emissários ao longo dos rios Tietê, Pinheiros e Tamanduateí e do Córrego da Traição. À época, existe somente o emissário da margem direita do Tamanduateí (na avenida do Estado) e o coletor geral do Brás, construído em 1929 e que precisa ser reconstruído em novo traçado (BUENO, 1994, p. 85-86).

superior à prevista inicialmente – de 4 para 11m³/s.

Na acepção de Bueno (1994, p.90-91):

A conjuntura dessa “vitória” da RAE em garantir o uso exclusivo da vazão do Guarapiranga para o abastecimento está diretamente ligada a mais uma “vitória” da *Light* quanto à ampliação de seu sistema de produção de energia. A canalização e reversão do Rio Pinheiros seriam aprovadas através dos decretos estaduais nº 4.487, de 9 de novembro de 1.928 e nº 8.374, de 23 de junho de 1937 [...] Apesar dos estudos da *Light* e da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo negarem que o remanso provocado pelo alteamento chega até Guarulhos, a partir de 1955 começam as grandes inundações dos rios Tietê e Pinheiros, cujas várzeas já se encontram em processo de ocupação.

A reversão e canalização do rio Pinheiro fazem com que as águas do rio Tietê cheguem ao reservatório *Billings*, depois de passar pela cidade de São Paulo e receber seus esgotos. Paulatinamente, São Paulo abre mão dos recursos de todo o alto Tietê, que passam a produzir energia para alimentar o complexo industrial de Cubatão. Em 1947, a *Light* consegue nova concessão³⁵ e inicia a obra de reversão de quase toda a vazão do Tietê, que se constitui na construção da barragem de Pirapora, alterando a barragem de Parnaíba para 48 metros e ampliando os reservatórios de Traição e de Pedreira.

2.2.1 Da criação do DAE à Sabesp

Após a Segunda Guerra, é intenso o processo de industrialização e metropolização de São Paulo. Em 1951, o Departamento de Águas e Energia Elétrica (DAEE) é criado com a incumbência, entre outras, de formular a política de utilização dos recursos hídricos no estado paulista. Em 1954, ligado à Secretaria da Viação e Obras Públicas, institui-se o Departamento de Águas e Esgotos de São Paulo (DAE), sob forma

³⁵ “Conforme a concessão conseguida em 1937, a *Light* inicia a retificação do rio Pinheiros. Entre 1935 e 1940 são construídas pela *Light* a represa *Billings* e as estações elevatórias de Pedreira, em Santo Amaro, e de Traição, à altura da atual ponte da avenida Bandeirantes. Essas usinas elevatórias, reversíveis para possibilitar o escoamento para o rio Tietê em épocas de cheia, vencem um desnível de 30 metros, entre a foz do Rio Pinheiros e o vertedouro do reservatório *Billings*. A reversão do rio Pinheiros garante um contínuo acréscimo da vazão, possibilitando um aumento da capacidade de energia elétrica em *Henry Borden*. Essa usina tem seu sistema de superfície completado em 1951, com a produção de 474.000 kw” (BUENO, 1994, p. 91).

autárquica, em substituição à RAE. Seu poder administrativo se estende além da cidade de São Paulo, por todo o ABC e Guarulhos.

As obras de esgoto sanitário, preconizadas por Whitaker, são priorizadas somente a partir da década de 1970, embora o projeto *Greeley-Hansen*, elaborado em 1953 por empresa norte-americana, guarde semelhança com os planos de Whitaker na localização das Estações de Tratamento de Esgotos (ETEs). A partir desse projeto, iniciam-se as obras da ETE de Vila Lepoldina e a locação da estação de Pinheiros.

Na década de 1950, ocorre a grande expansão territorial de São Paulo e os problemas de falta d'água e rede de esgotos continuam. Em 1956, é criada nova Comissão de Obras Novas que amplia as aduções da Guarapiranga e executa obras na *Billings* para fornecer água para as cidades do ABC. De acordo com Queiroz (1964), a rede de distribuição de água passa de mil novecentos e quarenta e dois quilômetros em 1953 para cinco mil quilômetros em 1964, num processo contínuo de concorrências de obras de adutoras, recalques e reservatórios (*apud* BUENO, 1994, p. 110).

Mas as redes de água e esgoto em São Paulo estão longe de acompanhar seu crescimento. Mesmo durante a gestão do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961), quando o DAE, a exemplo de outros órgãos estaduais, passa por um processo de modernização, a cidade ainda não consegue vislumbrar administrativa e financeiramente uma grande expansão dos seus serviços de saneamento.

Em 1962, o DAE cria a Comissão Especial para o Planejamento das Obras de Abastecimento e Distribuição de Água da capital (Cepa), com o intuito de fazer um estudo dos recursos hídricos disponíveis para o abastecimento da metrópole. Muitas de suas propostas se concretizam, sem contudo atingirem ainda níveis ideais de cobertura da população.

A partir de 1964, com o estabelecimento da ditadura militar, centralizam-se as decisões político-administrativas, aprofundam-se as diferenças sociais e São Paulo sofre com o inchaço das periferias. Em 1969, somente a área central de São Paulo (1/4 da área urbana), recebe abastecimento suficiente de

água e menor ainda é a cobertura proporcionada pela rede de esgotos (BUENO, 1994, p.119-120).

Pode-se depreender, então, que o processo de expansão da cidade durante longos anos prescindiu do saneamento, a maioria das vezes em benefício de uma política energética que,

sobretudo pós 1964, quando o enfoque recaiu para o crescimento econômico a qualquer custo, deixou de atender de forma mais adequada o abastecimento e a coleta de esgoto – questões cruciais nas grandes cidades, o meio ambiente e, sobretudo, o aspecto social. Barragens atrás de barragens foram construídas, descaracterizando os rios e praticamente os transformando em “lagos”. Exemplo disso é o Tietê, que teve suas inúmeras corredeiras e cachoeiras eliminadas, dando-se à sua superfície a aparência de um lago. (SÃO PAULO, 1999, p. 137)

Ao longo do século XX, grande parte das águas do alto Tietê e seus tributários – utilizados como receptores de esgoto doméstico e industrial – estão comprometidas. A represa *Billings* transforma-se em reservatório de águas poluídas, impróprias para o consumo humano, mas não para a geração da energia que alimenta as usinas de Cubatão.

Ainda na década de 1960, iniciam-se estudos para captação das águas ainda puras do alto Tietê. A construção de duas barragens – Ponte Nova e Taiapuêba, esta próxima à cidade de Mogi das Cruzes – objetivam a regularização do Tietê e fazem parte do Sistema alto Tietê.

O Plano de Desenvolvimento Global dos Recursos Hídricos das bacias do alto Tietê, desenvolvido em 1968 pelo DAEE, fica postergado em função das obras do Sistema Cantareira³⁶, iniciadas em 1967.

Em função dos serviços de água e esgoto sempre serem encarados como problemas para a administração pública, o governo federal institui as empresas de economia mista para o setor, com possibilidade de captação de recursos no exterior. Cria também um Sistema Financeiro para o saneamento.

³⁶ “Através do Sistema Cantareira, retira-se água do rio Piracicaba, levando-a, via um sistema de recalque, para a estação de tratamento da Serra da Cantareira. Há, nesse momento, grande discussão entre os engenheiros sanitaristas sobre a adoção do sistema alto Tietê ou do Sistema Cantareira, devido aos custos diferenciais e possibilidades de usos múltiplos. Enquanto no primeiro caso significa trazer água potável do alto Tietê por gravidade, o Sistema Cantareira exige gastos extras com energia, embora represente um aumento de 33m³ por segundo de águas para a represa *Billings* e para geração de energia em Cubatão” (SÃO PAULO, 1999, p. 126).

Sob esse espírito, surge, em 1968, a Companhia Metropolitana de Água de São Paulo (Comasp), para cuidar de todas as ações referentes ao abastecimento de água na região metropolitana.

Em 1970, o DAE passa a se chamar Superintendência de Água e Esgoto da Capital (Saec) e inaugura-se a Companhia Metropolitana de Saneamento de São Paulo (Saneas) para administrar o tratamento de esgotos sanitários. No mesmo ano, “o recém-criado Grupo Executivo da Grande São Paulo (Gegran) desenvolve o Plano Metropolitano do Desenvolvimento Integrado (PMDI), para tratar a questão de águas e esgotos para a região metropolitana como um todo” (SÃO PAULO, 1999, p. 126).

A Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp) é constituída em 1973, englobando todos os órgãos responsáveis pelos serviços de água e esgoto da região metropolitana, além de encampar as redes do litoral e do interior do estado. O Sistema Cantareira fica pronto em 1981 e o alto Tietê começa a operar somente em 1992.

Em 1986, é criada a Secretaria Estadual do Meio Ambiente (SMA). Incorpora, entre outros, o Departamento de Uso de Solo Metropolitano (Dusa), responsável por fiscalizar e licenciar empreendimentos na área de Proteção dos Mananciais da Região Metropolitana de São Paulo; a Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (Cetesb), que além de outras atribuições, controla a qualidade das águas do estado; e, mais tarde, junto com outros órgãos do Estado, incorpora parte das atribuições estabelecidas pela Lei nº 7.663/91³⁷ para o gerenciamento dos recursos hídricos.

De acordo com dados da Sabesp, a porcentagem da população da cidade de São Paulo atendida pelos seus serviços de água e esgoto está distribuída conforme mostra o Quadro 3.

³⁷ A Lei nº 7.663/91 estabelece normas de orientação à Política Estadual de Recursos Hídricos bem como ao Sistema Integrado de Gerenciamento de Recursos Hídricos.

Quadro 3. Distribuição dos serviços de água e esgoto em São Paulo.

Cidade de SÃO PAULO		
População		
Total	10 744 060	
Flutuante	0	
Urbana	9 934 108	
Serviços de abastecimento de água		
	dez. 1994	Atual
Índice de Atendimento Abastecimento de Água (%)	100	100
Número de Ligações de Água	1 897 622	2 403 843
Número de Sistemas Produtores de Água		7
Serviços de esgotamento sanitário		
	dez. 1994	Atual
Índice de Atendimento de Coleta de Esgotos (%)	80	94
Índice de Tratamento dos Esgotos Coletados (%)	23	68
Número de Ligações de Esgoto	1 474 493	2 001 397
Número de Sistemas de Tratamento de Esgotos		1

Observações

(*) Município atendido pelo Sistema Integrado de Abastecimento de Água da RMSP, composto por 8 (oito) sistemas produtores (Cantareira, Guarapiranga, Alto Tietê, Rio Grande, Rio Claro, Alto Cotia, Baixo Cotia e Ribeirão da Estiva), Capacidade de Produção = 67,7m³/s e pelo sistema isolado composto por 5 poços.

(**) Município atendido pelo Sistema Integrado de Esgotamento Sanitário da RMSP, constituído por 5 (cinco) Estações de Tratamento de Esgotos (Barueri, Parque Novo Mundo, São Miguel, ABC e Suzano), Capacidade de Tratamento=18m³/s e pelo sistema isolado – ETE Jesus Neto.

Fonte: Agência Sabesp (jun./2005).

Com relação ao tratamento de águas poluídas, há projetos em

andamento, como o Projeto Tietê³⁸, o maior programa de saneamento ambiental do país. Também está sendo feito o aprofundamento da calha do Tietê para evitar enchentes³⁹ e seu desassoreamento e limpeza (SABESP, 2006).

Para conscientizar a população sobre como utilizar corretamente esse recurso indispensável, há programas como o Programa de Uso Racional da Água – PURA, que desenvolve ações em diversas frentes (escolas, indústrias, etc.) buscando mudar vícios de uso abusivo de água, orientando para o conserto de equipamentos (reparo de vazamentos, por exemplo) e implementando leis, regulamentos e normas para a utilização racional da água e uso de equipamentos mais econômicos.

A Carta de 1988 consolida a tendência de descentralização política e administrativa do país e a Constituição do Estado de São Paulo, de 5 de outubro de 1989, dedica todo o Capítulo IV ao meio ambiente, recursos hídricos e saneamento. Caracterizando uma nova fase na discussão e formulação de políticas públicas, o que se pretende é o desenvolvimento sustentável e a ampliação da cidadania, com a participação da sociedade civil organizada em todas as instâncias do poder público, inclusive no planejamento e controle dos serviços e obras de saneamento.

³⁸ O Projeto Tietê, iniciado em 1992, tem como objetivo ampliar a coleta e o tratamento de esgotos da população da Região Metropolitana de São Paulo para reduzir o lançamento de poluentes nos rios e córregos e melhorar a qualidade da água do Rio Tietê. Compreende duas etapas, sendo que na primeira etapa (1992 a 1998), os empreendimentos concentraram-se na construção de três grandes estações para impedir que 550 milhões de litros de esgotos fossem despejados nos rios e córregos da Região Metropolitana de São Paulo. Em 2002, a Sabesp dá início à segunda fase do Projeto Tietê, com o objetivo principal de construir novas obras para coletar os esgotos das residências e conduzi-los às estações de tratamento construídas na primeira etapa. Até 2007, cerca de 350 milhões de litros de esgotos deixarão de ser despejados diariamente na bacia do Alto Tietê e haverá redução da mancha de poluição em mais de quarenta quilômetros do trecho poluído do rio (SABESP, 2006).

³⁹ “Os prejuízos provocados pelas inundações verificadas no período das chuvas outubro a março são incalculáveis quando consideramos todas as interfaces da questão. Além dos prejuízos e transtornos sofridos pelas pessoas diretamente atingidas (doenças transmitidas pela água como tifo, hepatite e leptospirose; residências, móveis, veículos e documentos destruídos etc.), uma inundação nas marginais do Tietê acaba atingindo não só a economia da região, mas também a economia do Estado e do País. Pelas marginais, incluindo as do rio Pinheiros, passam a ligação Norte Sul do Brasil, o acesso a várias rodovias (Dutra, Ayrton Senna, Fernão Dias, Bandeirantes, Anhangüera, Castelo Branco, Raposo Tavares, Régis Bittencourt, Imigrantes e Anchieta); o acesso aos aeroportos de Congonhas e Cumbica e ao porto de Santos, o mais importante do País. Uma interrupção das marginais, reflete-se então na paralisação de transportes públicos, abastecimento e escoamento de produtos, produção de indústrias, etc” (SABESP, 2006).

2.3 A Constituição de 1988 e o direito à saúde

O direito à saúde, pensado como “o conjunto das regras aplicáveis às atividades cujo objeto seja restaurar a saúde humana, protegê-la e prevenir sua degradação” (FORGES *apud* DALLARI, 1995, p. 19), está presente já nos primórdios dos aglomerados humanos, quando as legislações⁴⁰ ora vigentes atribuem responsabilidades aos curandeiros e aos médicos no exercício de seu ofício.

Porém, só se configura como uma conquista social a partir do surgimento dos Estados Constitucionais⁴¹, que, regidos por leis intrinsecamente ligadas à idéia de que os homens têm direitos inalienáveis decorrentes de sua condição humana, são garantes desses direitos.

No Brasil, segundo Dallari (1995, p. 23), “a incorporação constitucional dos direitos sociais foi sobremaneira lenta. Nenhum texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social até a promulgação da Carta de 1988. A primeira República ignorou completamente qualquer direito social e evitou, igualmente, referir-se à saúde”. Em maio de 1953, a instância responsável pela política de saúde no país é o Ministério da Saúde (MS) e, nas esferas estaduais e municipais, as Secretarias da Saúde. Mas, desde sua criação até a década de 1980, o MS vê sua verba decrescer vertiginosamente: em 1961, corresponde a 4,57% do orçamento da União; em 1980, representa 1,38%.

Com a progressiva abertura política nos anos 1970-1980 e a restauração do regime democrático em 1985, a saúde retoma sua importância e seu espaço nas políticas de gestão pública.

⁴⁰ Artigos 218 e 219 do Código de Hamurabi (1694 a.C) e art. 695 do Código de Manu (200 a.C.).

⁴¹ Estados nascidos a partir das Revoluções Burguesas do século XVIII (Revolução Industrial, na Inglaterra; Revolução Francesa e a Guerra pela Independência dos Estados Unidos da América), na passagem do capitalismo mercantilista para o industrial.

Como país participante da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil atende as premissas propostas em nível mundial pela Declaração de Alma-Ata e a Constituição Federal (CF) passa a dar grande destaque às questões de saúde, reconhecendo-a como um direito social a partir de seu Capítulo II art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, [...]”, o que representa um marco na história das conquistas democráticas nacionais.

A Declaração de Alma-Ata é a carta de princípios resultante da Conferência⁴² Internacional de Saúde sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no Cazaquistão, em 1978 (6-12/setembro). Na ocasião, define-se que saúde é “não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social”.

Em seu artigo I afirma que “a posse do melhor estado de saúde que o indivíduo pode atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano”. No artigo V da Declaração, expõe-se o papel que o poder público deve desempenhar na promoção da saúde – “Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais”. Já o artigo VIII defende a ação intersetorial e participação cidadã que deve nortear suas ações – “todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores”.

A Lei Magna brasileira afirma também que cuidar da saúde é tarefa de todos e um “dever do Estado” (art. 196), o que confere à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios competência legislativa concorrente sobre a proteção e a defesa da saúde, explicitada nos seus artigos 24 e 30:

“Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: [...] XII - previdência social, proteção e defesa da saúde; § 1º. No âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais; § 2º. A competência da União para legislar sobre normas gerais não exclui a competência

⁴² A Conferência de Alma-Ata (nome da cidade onde foi realizada), organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Unicef, organismos das Nações Unidas, reuniu 134 países e 67 organismos internacionais.

suplementar dos Estados; § 3º. Inexistindo lei federal sobre normas gerais, os Estados exercerão a competência legislativa plena, para atender as suas peculiaridades; § 4º. A superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual, no que lhe for contrário.”

“Art. 30. Compete aos Municípios: I - legislar sobre assuntos de interesse local; e [...] II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber; [...].”

Trata-se de uma competência concorrente, pois as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) podem, concomitantemente, sem pena de invasão de jurisdição, instituir normas de direito sanitário. Cabe aqui definir, de acordo com a concepção de Carvalho, Machado e Timm (2004, p. 12-13) que

todo aspecto que envolver, de forma direta ou indireta, a saúde pública é objeto do direito sanitário, [...] e [...] sua função, enquanto segmento do ordenamento jurídico, é um controle via exercício do poder de polícia de todas as atividades públicas e privadas que tenham qualquer potencial repercussão na saúde pública.

As Leis Orgânicas Municipais e as Constituições Estaduais (CEs), promulgadas como desdobramentos da lei maior do país (art. 11 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias), dispensam igualmente um tratamento diferenciado à saúde bem como aos assuntos sanitários. E, ao enumerar os diversos pressupostos do direito à saúde, os legisladores destacam as condições dignas de trabalho, de moradia, de alimentação, de transporte, de lazer, o saneamento básico, o respeito ao meio ambiente e o controle da poluição.

Para regular “[...] em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (art. 1º), em 19 de setembro de 1990, promulga-se a Lei nº 8 080. Por meio desse dispositivo legal é criado o Sistema Único de Saúde⁴³ (SUS), com uma estrutura, na acepção de Cohn e Elias (2003, p. 68) “universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos”.

⁴³ O SUS compreende "o conjunto de serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (art. 4º).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), como é conhecida, dispõe em seu art. 3º que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; [...]. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.”

Em seu art. 6º, delimita-se o campo de atuação do SUS na execução de ações (dentre várias outras) de vigilância sanitária (Inciso I, alínea a), entendida como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (§ 1º)”.

Nesse particular também, por meio de competência concorrente, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são instados a atuar em conjunto como legisladores, executores e fiscalizadores, visando um funcionamento eficaz e efetivo da vigilância sanitária.

Por sua vez, a atividade privada concernente à saúde pública passa a ser regulada nove anos depois, em 26 de janeiro de 1999, quando é instituída a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), pela Lei nº 9 782, nos moldes da *Food and Drug Agency (FDA)*, agência reguladora norte-americana de alimentos e medicamentos.

2.3.1 Participação popular: os Conselhos de Saúde

A evolução histórica das políticas de gestão pública no Brasil identifica-se, a partir do final da década de 1970, com a luta por direitos

sociais e pela democratização do Estado. Surgem expressões marcantes de participação popular nos movimentos urbanos, em um processo de rompimento com antigas formas de organização, com a ditadura militar instaurada em 1964 e a repressão política.

O processo de elaboração da nova Constituição (1987-1988), sua promulgação em 5 de outubro de 1988 e a primeira eleição direta para presidente em 1989 marcam o fim do processo de transição do regime autoritário para o regime democrático no Brasil.

A repercussão nas três esferas do executivo é a ampliação da participação popular, que imprime uma nova relação entre o poder público e a sociedade civil no sentido de integrá-la na tomada de decisões e no controle da gestão pública. Restaura uma democracia com viés representativo e participativo, que incorpora a atuação efetiva da comunidade na gestão das políticas públicas, sobretudo as da área da saúde.

Nesse particular, vai ao encontro da Declaração de Alma-Ata quando, em seu princípio IV, declara expressamente ser “direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”.

Essa orientação é efetivada a partir da prática do Controle Social⁴⁴, implementado por lei no Brasil. Na área da saúde, por meio da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, são propostos e criados as Conferências e os Conselhos de Saúde, para garantir a participação popular na gestão do SUS, dando aos cidadãos a oportunidade de opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde no âmbito das três esferas – federal, estadual e municipal – gestoras do SUS.

⁴⁴ Controle social implica a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da administração pública na execução das suas políticas, avaliando os objetivos, processos e resultados. Para Cohn e Elias (2003, p. 69), esse mecanismo, particularmente na estruturação e funcionamento do SUS, “busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para as ações de cidadania e a um estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade, portanto, um Estado infenso ao controle público”.

Em 1989, na cidade de São Paulo, surge um primeiro Conselho de Saúde, mas sem formalidade legal, apenas como regulamentação do art. 218 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, de 6 de Abril de 1990: “Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde e usuários que, dentre outras atribuições deverá promover os mecanismos necessários à implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência, na forma da lei”.

2.3.1.1 Conselho Municipal de Saúde de São Paulo

O Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (CMSSP) é instituído apenas em 7 de janeiro de 1998, por meio da Lei nº 12.546, regulamentada pelo Decreto nº 37.330, de 16 de fevereiro de 1998. Este texto legal sofre alterações com o Decreto nº 38.000, de 25 de maio de 1999 (que altera a composição da estrutura colegiada) e o de nº 38.576, de 5 de novembro de 1999, que dispõe, em seu art. 2º, as diretrizes básicas e prioritárias a serem observadas pelo Conselho Municipal de Saúde no exercício de suas atribuições:

“I - A Saúde é direito de todos e dever do Estado; II - O Município, com a participação da comunidade, garantirá o direito à saúde, mediante: a) políticas que visem ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, à redução e à busca de eliminação do risco de doenças e outros agravos, abrangendo o ambiente natural, os locais públicos e os de trabalho; b) acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade; c) atendimento integral ao indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação da saúde através de uma rede hierarquizada e regionalizada”.

O CMSSP tem representantes de quatro diferentes segmentos:

- da sociedade civil (16) – seis de movimentos populares de saúde (sendo um de cada região), cinco de movimentos sociais, dois das associações

de portadores de patologias, um de sindicatos patronais, um de sindicatos de trabalhadores e um de associação de portadores de deficiência;

- dos trabalhadores da saúde (8) – dois de entidades sindicais gerais, dois de conselhos de fiscalização do exercício profissional de atividade fim, um de conselhos de fiscalização de exercício profissional de atividade meio, dois de entidades sindicais de categorias profissionais da área da saúde e um de associações de profissionais liberais da área da saúde;

- das instituições governamentais (6) – um dos institutos de ensino superior e institutos de pesquisas públicos, um dos institutos de ensino superior e institutos de pesquisas privados e quatro representantes do governo municipal;

- de prestadores de serviços e fornecedores ou produtores de materiais de saúde (2) – um de entidades prestadoras de serviços de saúde sem finalidade lucrativa e um representante de entidades prestadoras de serviços de saúde ou produtoras de materiais de saúde.



Foto montagem com imagem do Calçadão central de São Paulo, década de 1990, Praça da Sé em 1940, por Hildegard Rosenthal, e banheiro público do Vale do Anhangabaú. (Acervo Associação Viva o Centro)

3 SÃO PAULO, DE VILA A METRÓPOLE: O CENTRO DA CIDADE, OS SANITÁRIOS PÚBLICOS E AS AÇÕES DE SANEAMENTO

“A sociedade é a cidade e a cidade é a rua.”

Jaime Lerner, arquiteto e político, governador do Paraná (1994 e 1998) e três vezes prefeito de Curitiba (PR), responsável por importantes soluções urbanísticas nessa cidade.

3.1 A história de uma rápida expansão

São Paulo, capital do estado do mesmo nome, é a maior cidade do Brasil e da América do Sul e a terceira do mundo, depois de Tóquio e da cidade do México.

Seu tecido urbano se mostra bastante heterogêneo e revela uma periferia com falta de infra-estrutura, miséria e condições precárias de moradia. Embora seja o maior centro produtor e mercado consumidor do país, apresenta grande diversidade nos aspectos sociais, econômicos e culturais, que refletem a má distribuição de renda, característica do país. Devido ao desenvolvimento da indústria em outras regiões do Brasil, seu crescimento vem se desacelerando ao longo do tempo e seu perfil se transformando de uma cidade industrial para uma metrópole comercial, tecnológica e de serviços.

Cabe relatar como São Paulo – de simples e pacata vila a maior cidade e núcleo econômico do país – tem seu processo de urbanização profundamente marcado por movimentos político-ideológicos e transformações econômicas, que alteram seu perfil e sua gente ao longo do tempo e das circunstâncias.

3.1.1 Da iniciativa jesuíta à avenida Paulista

Em 25 de janeiro de 1554, padres da Companhia de Jesus improvisam um barracão de taipa nos campos de Piratininga, no alto de uma colina, no divisor das águas dos rios Anhangabaú e Tamanduateí, e fundam o Colégio de São Paulo. Pouco a pouco, ao seu redor, vão se agrupando colonos e indígenas convertidos.

Elevada a vila em 1560, o pequeno povoamento, circundado por chácaras e fazendas, tem uma economia baseada na agricultura de subsistência local – plantam milho, mandioca, hortaliças; criam pequenos animais domésticos

e algum gado. Em virtude do difícil acesso e grande distância de outras capitâneas, na vila de São Paulo “a falta de produtos de consumo era crônica” e seus moradores são primeiramente abastecidos pelos mascates, vendedores ambulantes, que comercializavam um pouco de tudo. Até a metade do século XVIII, mesmo já elevada à categoria de cidade, São Paulo “não dispunha de um mercado de abastecimento, [...] dependendo da cidade de Santos e de outras do interior. Tudo era vendido nas ruas por escravos ou matutos que traziam mercadorias das chácaras vizinhas” (YÁZIGI, 2002, p. 70). Aos ciganos, cabia o fornecimento de escravos e cavalos.

O núcleo urbano, de chão de terra bruta, aos poucos vai se conformando em um espaço limitado pelo Colégio de São Paulo, uma Sé primitiva, a Casa da Câmara, pela igreja e convento do Carmo, a igreja de São Bento e o mosteiro.

São Paulo, em fins do século XVII, é ponto de partida e vila de passagem das Entradas e Bandeiras, movimentos em direção aos sertões, a princípio, para aprisionamento e subjugação de indígenas, peças de serviço e de comércio; posteriormente, à procura de ouro e pedras preciosas. Sob o comando dos paulistas, os bandeirantes adentram o interior do país e desembocam nas regiões das Minas Gerais, do Mato Grosso, de Goiás. Esvaziada de seus homens, a vila e seus campos passam por um tempo de pobreza e abandono.

O início do século XVIII assiste a ascensão do pequeno vilarejo à categoria de cidade, em 11 de julho de 1711, em consequência das modificações administrativas patrocinadas pela metrópole, resultantes das descobertas de ouro. Aos poucos, as áreas rurais do entorno vão sendo incorporadas à ainda embrionária região urbana⁴⁵, promovendo certa expansão territorial, um novo cenário e novos atores: casas cobertas de telha e os primeiros escravos africanos tomam o lugar dos índios e mamelucos na lavoura, nas ruas e nos afazeres domésticos.

⁴⁵ O perímetro urbano de São Paulo é estabelecido pela primeira vez em 1855, em decorrência da Lei de Terras (1850), que, segundo Yázigi (2000, p. 88), “pode ser considerada um marco na relação público-privado”. Até então, rural e urbano, espaço público e privado se confundem e são fontes de querelas e desordem.

A cidade já tem cerca de oito mil habitantes, no ano de 1790; contudo, o século XIX encontra um núcleo urbano ainda acanhado nos seus afazeres, hábitos e costumes. “Sua rotina era marcada pelo provincianismo, pela imagem das senhoras de preto e mantilha indo à missa, pelas ruas desertas depois do cair da tarde” (SÃO PAULO, 1992, p. 29-33).

Até a presença dos estudantes da Academia de Direito do Largo de São Francisco, fundada em 1828, traz poucas mudanças à rotina de uma cidade “que mesmo no início do século XIX [o poeta] Álvares de Azevedo qualificava de tediosa, [e onde] o comércio complementava a função religiosa, enquanto encontro e passatempo das pessoas” (YÁZIGI, 2000, p. 76).

A cidade sofre um processo acelerado de urbanização apenas com a expansão da economia assentada na produção e exportação do café, a partir de meados do século XIX (1850-1890). Chegam as primeiras levas de imigrantes europeus, que vão substituir a mão-de-obra escrava cada vez mais escassa, em função da proibição do tráfico de escravos (1850) e depois com a abolição da escravatura (1888). Os cafeicultores, grande proprietários rurais, mudam-se com suas famílias e constroem casas na cidade, exigindo melhorias urbanas e condições de higiene e limpeza que atendam ao seu novo estilo de vida.

João Teodoro Xavier de Mattos, presidente da Província de dezembro de 1872 a junho de 1875, consciente do novo papel que a cidade pode assumir, viabiliza um programa de transformações urbanas de caráter progressista, a ponto de historiadores identificarem esse período como o da “segunda fundação da cidade”.

[...] entre 1872 e 1875, o governo realizou ambicioso rol de obras, criando ligações e condições para a expansão urbana, principalmente nos setores Norte e Leste – não por acaso, aqueles atravessados por ferrovias e situados na direção das zonas cafeeiras. Seu objetivo era claro: transformar a capital em pólo de atração que concentrasse o impulso de desenvolvimento econômico registrado na província. (CAMPOS NETO, 1999, p. 55)

Em 1873, a área central do núcleo urbano já possui arruamento e nela se localizam as principais edificações: o Quartel Militar, o Palácio do Governador, a cadeia, a Academia de Direito e os conventos de São Paulo e São Francisco (o

da Luz ficava fora do perímetro urbano). Casas comerciais se concentram em algumas ruas desse centro.

Na esteira das intervenções do governo provincial – reforma do Jardim da Luz, regularização do Largo dos Curros (atual Praça da República), abertura e alargamento de várias ruas, drenagem e aterro da Várzea do Carmo⁴⁶, onde se implanta um espaço para lazer, com jardins e quiosques, também a Câmara Municipal saneia, remodela e embeleza a cidade. É dessa época a promulgação do 1º Código de Posturas da Câmara Municipal da Imperial Cidade de São Paulo (1875), a abertura das ruas Onze de Junho (atual Dom José de Barros), Bráulio Gomes e do Largo do Rosário (atual praça Antonio Prado), a remodelação do Largo do Teatro (atual praça João Mendes) e a implantação do Matadouro Municipal.

Bancos⁴⁷, lojas comerciais⁴⁸, as primeiras indústrias e oficinas artesanais vão se instalando na cidade. Entre os anos de 1879 e 1881, surge o bairro dos Campos Elíseos⁴⁹, um bairro aristocrático, “com ruas amplas e regulares, primeiro empreendimento a ter padrão urbanístico diferenciado, adaptado para a habitação urbana à européia”.

A proposta de construção do Viaduto do Chá (com 180 metros de extensão), em 1877, pelo francês Jules Martin⁵⁰, “simboliza a ruptura da acrópole em que se implantara São Paulo, ao atravessar as vertentes

⁴⁶ Onde, hoje, se situa o Parque Dom Pedro II.

⁴⁷ Uma filial do Banco do Brasil é instalada na cidade em 1820.

⁴⁸ Em 1883, “[...] eram 69 casas atacadistas, com destaque para os setores alimentar e de bebidas, seguido do de vestuário. Além desses, 15 casas vendiam produtos importados para a construção. Já o comércio de varejo respondia por 547 estabelecimentos, com grande variedade de artigos. [...] Em 1889, havia 32 fábricas na cidade, que atingiriam uma centena na virada do século. Isso se deve não só à riqueza trazida pelo café estadualmente, mas também à participação do imigrante europeu”. (YÁZIGI, 2000, p. 82)

⁴⁹ Construído pelos alemães Frederico Glette e Victor Nothmann, esse novo bairro vai abrigar a elite cafeeira paulista que, para melhor acompanhar seus negócios, se fixa na Capital. O nome dado a esse novo bairro reflete a preocupação das classes abastadas da época com higiene e salubridade.

⁵⁰ Jules Martin (1832-1906) chega ao Brasil em 1869 e se estabelece na capital da província de São Paulo com uma oficina litográfica. Espírito empreendedor, propõe, em 1877, a construção de um viaduto ligando o Triângulo ao Morro do Chá, obra que só se concretiza após oito anos, em 1886.

do riacho Anhangabaú. Um dos lados do Triângulo tradicional se abria” (SEGAWA, 2000, p. 21).

Em 1881, a já adensada população de São Paulo ocupa áreas que circundam as atuais Estação da Luz, praça Duque de Caxias, largo do Arouche e avenida Tiradentes⁵¹. De forma irregular e não planejada, a área da cidade cresce e integra novos bairros⁵² à vida urbana.

O bairro Higienópolis é construído em 1890 e a avenida Paulista, em 1891, para abrigar as classes abastadas dos barões do café e, posteriormente, a burguesia industrial, que frequenta o centro comercial fino localizado no Triângulo tradicional – formado pelas ruas Direita, São Bento e rua da Imperatriz (hoje, rua XV de novembro) e que se constitui no centro vital da cidade. Um novo panorama urbano se apresenta: o abandono das ocupações rurais pelas comerciais, industriais, burocráticas e intelectuais.

⁵¹ “O Brás, região básica da imigração italiana e das primeiras indústrias que se instalam em São Paulo, já tem a sua rua do Gasômetro toda edificada, bem como a Rangel Pestana, que ultrapassa o Largo da Concórdia. As principais ruas da Bela Vista e as alamedas situadas no norte da Duque de Caxias já estão traçadas, estas últimas por iniciativa dos alemães Glette e Nothmann. O centro comercial, ponto de encontro da ainda incipiente burguesia paulistana, é formado pelas ruas da Imperatriz, Direita e São Bento, acrescidas ao Largo do Rosário, atual praça Antonio Prado”. (SÃO PAULO, 1992, p. 41)

⁵² Os exemplos são numerosos. A chácara das Palmeiras resulta no bairro de Santa Cecília; a de Campo Redondo, no de Campos Elíseos; a chácara do Marechal Arouche transforma-se na Vila Buarque; a chácara do Carvalho contribui para a formação dos bairros da Barra Funda e do Bom Retiro; e as antigas chácaras dos Fagundes e do Cônego Fidélis resultam no atual bairro da Liberdade. Todo esse crescimento faz com que os novos arruamentos atinjam o espigão central da cidade. Ali, no final do século, é aberta a avenida Paulista, em terrenos das antigas chácaras Paim e Pamplona e do sítio Caguaçu. (SÃO PAULO, 1992, p. 41)

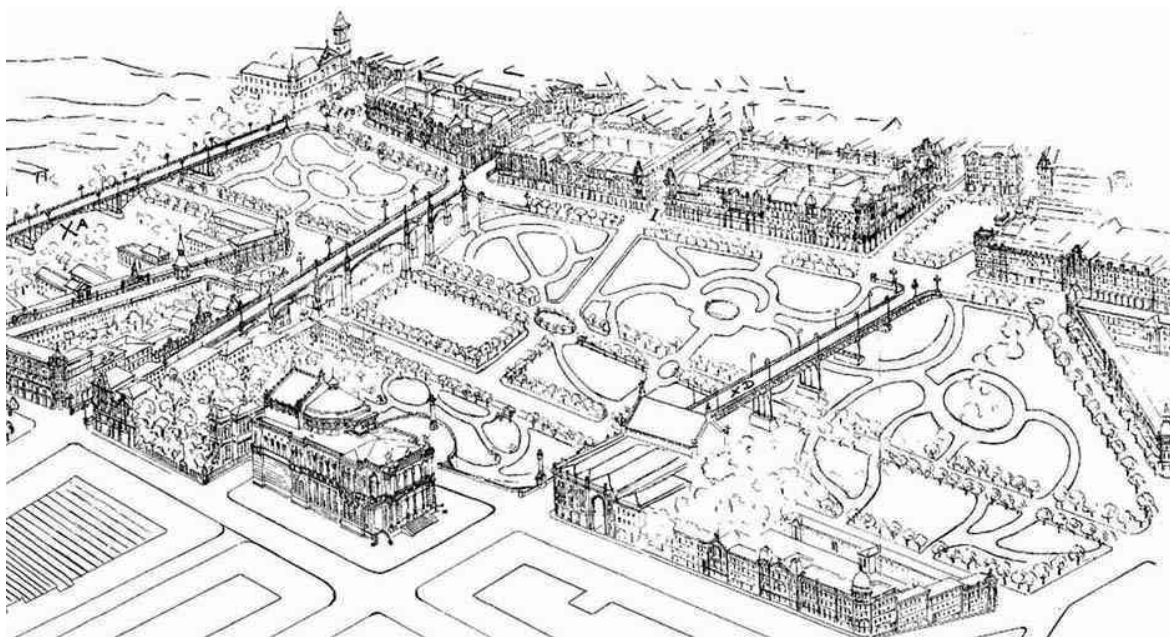


Figura 4. Núcleo central de São Paulo no início do séc. XX: travessias do vale do Anhangabaú.

Com a proclamação da República (1889) e a Constituição de 1891, amplia-se o raio de ação dos agora estados da Federação e dos municípios, outorgando a seus governantes autonomia política, econômica e fiscal, o que favorece as tomadas de decisão na esfera das questões urbanas locais.

Prudente de Moraes Barros, quando assume o cargo de primeiro presidente do estado paulista, em 1896, cria a Superintendência de Obras Públicas e convida o engenheiro Antonio Francisco de Paula Souza (1843-1917) para dirigi-la. Sua atuação frente a esse órgão é marcada por obras de “saneamento urbano e construção de edifícios públicos, simbolizando a reestruturação social e institucional almejada pelo novo governo” (CAMPOS NETO, 1999, p. 68).

Francisco de Paula Ramos de Azevedo (1851-1928), engenheiro e arquiteto, desponta como o grande projetista do período. De seu escritório saem os desenhos de prédios símbolos da cidade: a Escola Normal no Largo dos Curros (rebatizada como Praça da República), em 1894, com o Pavilhão do Jardim de Infância anexo (1896), o Liceu de Artes e Ofícios, em 1900, (hoje, Pinacoteca do Estado), na avenida Tiradentes, a Escola Politécnica de São Paulo, em 1899, entre muitos outros.

A criação da Intendência de Obras (1892) – que, juntamente com a Intendência de Justiça e Polícia, com a da Higiene e Saúde Pública, e com a de Finanças constituem as quatro instâncias administrativas do poder executivo – vai configurar na cidade de São Paulo, “paralelamente ao setor de obras estadual, concentrado nas linhas sanitária e de edificações públicas, [...] um setor de engenharia na esfera municipal” (CAMPOS NETO, 1999, p. 80).

3.1.2 Da criação da Diretoria de Obras ao germen da regionalização

Em 1898, o sistema das Intendências é substituído pelo cargo de Prefeito Municipal, para o qual é escolhido Antônio da Silva Prado⁵³ (1840-1929). O ano de 1899 marca a transformação da Intendência de Obras em Seção de Obras, para, no ano seguinte, se configurar em uma Diretoria de Obras Municipais, composta por oito engenheiros, todos professores ou formandos das primeiras turmas da Escola Politécnica, inclusive seu diretor, Victor da Silva Freire (1869-1951), nomeado pelo primeiro prefeito paulistano.

Sob a influência dos movimentos salubristas na Europa, dos quais Victor Freire torna-se um entusiasta,

[...] já nos primeiros anos do século [XX], a Diretoria de Obras [...] estabelecera uma sistemática arborização das ruas paulistanas, com a criação de um viveiro anexo ao Jardim da Luz. O ajardinamento da praça da República, iniciado em 1902, estava completo em 1904. Outros logradouros foram entregues nesse ano, completamente transformados, como os Largos do Carmo, 7 de Setembro, General Osório, Guaianases e da Concórdia, e as Praças João Mendes e São Paulo. (SEGAWA, 1994a, p. 56-57)

Ao longo do tempo, a Diretoria de Obras, por vinte e sete anos sob a direção de Freire (de 1899 a 1926), “foi sendo ampliada e fortalecida, ganhando importância crescente no quadro administrativo municipal.” Suas propostas de intervenção passam a envolver programas mais ambiciosos de transformação urbana. “Partilhavam espaço com programas diversos, originados em várias

⁵³ Eleições diretas para a escolha do prefeito só acontecem a partir de 1916. Antônio da Silva Prado, um dos vereadores da Câmara, é escolhido por seus pares para exercer o cargo, onde permanece de 1899 a 1910.

instâncias⁵⁴ (iniciativa particular, Governo do Estado, Câmara) que também ganhavam projeção no âmbito da intervenção urbanística municipal” (CAMPOS NETO, 1999, p. 86).

Quando Antônio Prado encerra seu quarto mandato (1909), a paisagem urbana da “capital do café” está profundamente alterada. Na fala de Campos Neto,

a política de transformação urbana empreendida nas primeiras décadas do século, vista como a modernização e “europeização” de São Paulo, teria como principais conseqüências, para a área central, a criação de espaços de prestígio, capazes de desempenhar de maneira otimizada suas funções de dominação urbana e regional; e, para o restante da cidade, a segregação das moradias populares e usos desprestigiados para áreas menos valorizadas; além da implantação de bairros residenciais de alto padrão para as classes privilegiadas, servidos preferencialmente pelas redes de infra-estrutura. (1999, p. 97)

Então, par a par com todos esses melhoramentos e embelezamentos, o adensamento populacional⁵⁵ ocasiona a formação de “[...] dezenas de loteamentos menos prestigiosos” se comparados aos que abrigam as famílias abastadas, “[...] somados a áreas de ocupação precária”.

O Quadro 4 ilustra o que se pode identificar como o início da segregação dos espaços urbanos, que se acentua no decorrer dos anos futuros.

Quadro 4. Características distritais de São Paulo por volta de 1918.

Grupo Distrital	Distritos	Características topográficas	Classes sociais predominantes	Tipos de moradia	Benefícios
Central	Sé e Consolação.	Terrenos altos e patamares.	Burguesia e classes médias.	Mansões, sobrados e edifícios administrativos.	Sistema de água e esgoto abrangente, luz elétrica, telefone, linhas de bondes, ruas

⁵⁴ Entre novembro de 1910 e janeiro de 1911, os melhoramentos municipais são a tônica de três projetos: o Projeto Alexandre de Albuquerque, proposto por um grupo de capitalistas; o projeto Freire-Guilhem que recebe o nome de seus autores, de iniciativa do prefeito Antônio Prado, e o projeto Samuel da Neves, de iniciativa do Governo do Estado (SEGAWA, 2000, p. 64).

⁵⁵ Em 1870, a cidade tem 30.000 habitantes; em 1885, 50.000; quatro anos depois, o dobro e chega ao ano de 1900 com uma população de 240.000 pessoas (CAMPOS NETO, 1999, p. 100).

Grupo Distrital	Distritos	Características topográficas	Classes sociais predominantes	Tipos de moradia	Benefícios
					(continuação) pavimentadas e arborizadas.
Intermediário	Liberdade, Bela Vista, Santa Ifigênia e Santa Cecília.	Colinas e patamares.	Classes médias e principalmente proletariado.	Sobrados, chalés e cortiços.	Bondes, água, esgoto, luz e telefone apenas nas áreas próximas dos distritos do grupo anterior.
Periférico	Bom Retiro, Brás, Mooca e Belenzinho.	Terraços fluviais de baixadas relativamente enxutas e planícies sujeitas a inundações periódicas.	Proletariado	Habitações coletivas e algumas vilas operárias.	Bonde, iluminação apenas nas principais vias públicas: serviços precários de água e esgoto.
Suburbano	Cambuci, Santana, Lapa, Penha, São Miguel, N. Sra. do Ó, Butantã e Vila Mariana.	Colinas, patamares e terraços fluviais.	Trabalhadores engajados principalmente nas atividades agrícolas.	Habitações proletárias e ranchos.	Praticamente inexistentes. Telégrafo. Dificil acesso à cidade.

Fonte: Bertolli Filho, 2003.

Em 1930, a cidade de São Paulo tem 700.000 habitantes. A elite cafeeira paulista é sufocada pelo movimento revolucionário de Vargas, que toma o governo e assume a presidência do país, enrijecendo mais sua postura em relação ao estado paulista por ter se insurgido contra o governo federal (Revolução Constitucionalista de 1932). Até 1953, vinte e um prefeitos são

nomeados pelo governo e a autonomia administrativa⁵⁶ da cidade se perde, sendo recuperada somente em 1953, quando seu prefeito, Jânio Quadros é escolhido por eleição direta.

A cidade não detém sua expansão e, em 1934, preocupados com o crescimento desordenado, membros da aristocracia paulistana fundam a Sociedade Amigos da Cidade (SAC), a precursora das atuais Sociedades Amigos de Bairros.

A estrutura do executivo municipal se simplifica e várias intervenções urbanísticas acontecem. Prestes Maia, um dos prefeitos nomeados – um “mestre de obras” –, realiza muitas das propostas do Plano de Avenidas, do qual é um dos promotores. A administração Prestes Maia marca a cidade, pois o conjunto de suas obras viárias define os rumos do desenvolvimento futuro da capital.

[...] importantes avenidas ligando o centro aos principais bairros foram então abertas. Planejou e iniciou a execução de dois sistemas básicos de irradiação da cidade, a Avenida Circular e o Sistema Y, formado pela avenida 9 de Julho, com seu moderno túnel encimado pelo parque Trianon e pela avenida Itoioró (atual 23 de Maio); executou obras nas avenidas Ipiranga, Paulista, Pacaembu e São João; desenvolveu projetos para as avenidas Leste, Rio Branco e Sumaré; retificou o Rio Tietê (que encurtou 20 km, com o aproveitamento de terras varzeanas para a construção de avenidas marginais e outras obras públicas). Concluiu a construção do estádio do Pacaembu, construiu a ponte das Bandeiras, a galeria Prestes Maia e vários viadutos secundários. Além disso, remodelou o viaduto do Chá, canalizou o Rio Tamanduateí, dinamizou os serviços de gás e telefone, e intensificou a pavimentação de vias públicas. [...] Iniciou também as negociações com a São Paulo *Light* para a municipalização do serviço de transportes coletivos [...] o que ocorre em 1945, quando nasce a CMTC - Companhia Municipal de Transportes Coletivos. (SÃO PAULO, 1992, p. 62)

⁵⁶ Mesmo saindo da ditadura do Estado Novo, em 1945, os prefeitos das capitais e de outros municípios considerados importantes para a defesa externa do país são nomeados pelos governadores dos seus respectivos Estados (preceito contido no art. 28 da Constituição Federal de 1946).

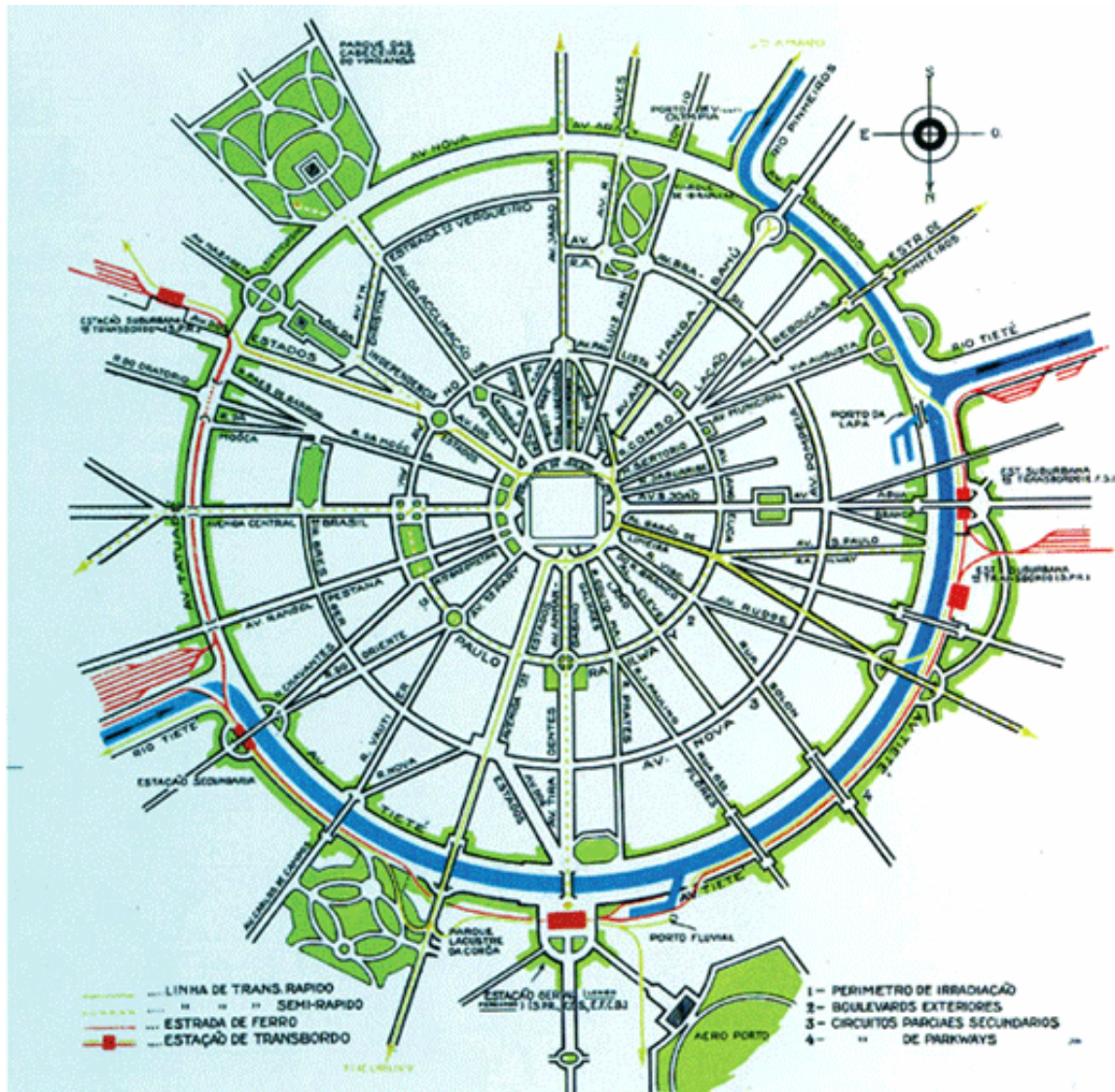


Figura 5. Plano de Avenidas. (Fonte: MAIA, 1930, p. 52)

Com a grande expansão da indústria e o fluxo contínuo de imigrantes, a periferia incha e os cortiços⁵⁷ proliferam. Em 1940, quando a população de São Paulo atinge 1,3 milhão de pessoas, “cerca da metade dos habitantes da cidade morava nessas condições e, entre esses moradores, apenas 43% tinham uma saúde que podia ser considerada boa” (SÃO PAULO, 1992, p. 64).

⁵⁷ Em estudo realizado pelo Serviço de Saúde no Distrito de Santa Ifigênia, em 1944, publicado na “Revista do Arquivo Municipal”, foram focalizados 116 cortiços, somando 706 quartos. As conclusões foram as seguintes: “a área de cada quarto era inferior a 10 m²; 654 quartos não tinham janelas; cada quarto abrigava, em média, quatro a dez pessoas; em 225 moradias havia apenas seis leitos; em outras 370 dessas moradias as cozinhas localizavam-se nos dormitórios. Nestes 116 cortiços havia 2.129 pessoas dividindo ‘fraternalmente’ nove banheiros, o que perfazia uma média de 236,5 pessoas para cada banheiro” (CORDEIRO, 2005).



Figura 6. Casarão transformado em cortiço, bairro de Santa Ifigênia, em São Paulo, aproximadamente, década de 1920. Na foto, à direita, “casinha” que servia a todos os moradores. (Fonte: REIS, 2001, p.11)

No aniversário dos seus quatrocentos anos (1954), São Paulo tem 2,5 milhões de habitantes. Apesar de consolidada como a maior metrópole brasileira, capital industrial e condutora da economia do país, as condições de vida da maioria da população são precárias e as obras públicas se voltam para o atendimento das necessidades básicas: educação, saúde, saneamento, moradia e transporte.

É dessa década o germen da descentralização administrativa da prefeitura, quando Toledo Piza⁵⁸ encomenda, em 1956, um trabalho à Sociedade para Análise Gráfica e Mecanizada dos Complexos Sociais, um centro de consultoria dirigido pelo padre francês Joseph Lebre, que “destacava a necessidade de regionalização da administração municipal, propunha a participação dos conselhos de bairros, a coordenação da ação dos diferentes órgãos públicos e considerava os problemas relativos à

⁵⁸ Prefeito de São Paulo de 1956 a 1957, assume o governo municipal com a saída do então prefeito Jânio Quadros, eleito em 1953 e afastado para exercer o cargo de governador (1955-1959).

habitação numa grande metrópole. Ao mesmo tempo, vinculava a melhoria das condições de saúde da população de baixa renda aos programas de educação” (SÃO PAULO, 1992, p. 80-81).

3.1.3 A descentralização da estrutura administrativa

A descentralização de estrutura administrativa da cidade de São Paulo se efetiva, em parte, apenas em 1965, quando alguns serviços municipais – manutenção e limpeza de ruas e bueiros, levantamento de carências e deficiências dos serviços públicos na região, fiscalização e cobrança das leis – são transferidos para as Administrações Regionais (ARs).

Criadas pelo Decreto nº 6.236/66 (regulamentado pela Lei nº 6.882/66), as ARs abrangem, de início, apenas parte do território municipal: Sé, Vila Mariana, Pinheiros, Lapa, Santana, Penha e Mooca.

Consideradas um avanço na forma de gerir a cidade, mesmo após sua ampliação territorial, estrutural e de atribuições a partir de 1972, em pouco tempo as ARs se mostram insuficientes e ineficazes para dar conta de uma cidade com 10.927.985 milhões de habitantes, concentrados em uma área de 1.523 km² (IBGE, 2005), correspondente a uma densidade populacional de 7,1 mil habitantes por quilômetro quadrado.

Resultado de tempos mais democráticos e participativos da política nacional, a Lei Orgânica do Município (LOM), promulgada em abril de 1990, cria as Subprefeituras, unidades autônomas descentralizadas, hoje, num total de trinta e uma⁵⁹, e os Conselhos Populares, com a tarefa de acompanhar e fiscalizar as ações das Subprefeituras locais.

⁵⁹ Perus, Pirituba, Freguesia do Ó, Casa Verde, Santana/Tucuruvi, Jaçanã/Tremembé, Vila Maria/Vila Guilherme, Lapa, Sé, Butantã, Pinheiros, Vila Mariana, Ipiranga, Santo Amaro, Jabaquara, Cidade Ademar, Campo Limpo, M'Boi Mirim, Capela do Socorro, Parelheiros, Penha, Ermelino Matarazzo, São Miguel, Itaim Paulista, Mooca, Aricanduva, Itaquera, Guaianazes, Vila Prudente, São Mateus, Cidade Tiradentes.

3.2 A área central da cidade: crescimento e ocupação

O centro, sob uma perspectiva urbanística, é “a parte mais ativa de uma cidade, onde geralmente estão os setores comercial, financeiro, administrativo, cultural, etc.” (AURÉLIO, 1999, p. 443).

A área central de São Paulo confirma essa definição na medida que acompanha as profundas transformações econômicas, políticas, sociais e culturais por que passa a cidade nos seus 452 anos de existência.

Segundo Barbosa e Zmitrowicz (2002, p. 1), “a evolução econômica da cidade de São Paulo passou por quatro fases”: a primeira, que se inicia com a fundação, em 25 de janeiro de 1554, e prossegue até a segunda metade do século XIX, caracterizada “como um período de pouco desenvolvimento econômico, mas durante o qual a cidade se consolidou como centro administrativo e ponto de convergência de estradas e caminhos”; a segunda, que se estende até o final do século XIX, alicerçada no grande desenvolvimento da cultura cafeeira (produção e exportação). O aparecimento da indústria marca a fase seguinte, que “se iniciou no final do século XIX como consequência da economia cafeeira e se estendeu até a década de 80 no século XX, quando a atividade industrial entrou em declínio, sendo superada pelo setor de serviços, o quarto e último período”.

O núcleo básico, a partir do qual se inicia o processo de urbanização da cidade, nos idos dos anos quinhentos, tem comércio de rua a cargo de mascastes, ciganos e negros de ganho⁶⁰, atividade que, por um bom tempo, supre as carências dos seus poucos habitantes urbanos. Em 1598, a rua São Bento representa o principal delineamento do chamado Triângulo, área delimitada também pelas ruas Direita e rua do Rosário (depois, da Imperatriz; hoje, rua XV

⁶⁰ Os escravos de ganho, oficial ou de aluguel, além dos afazeres domésticos vão para a rua trabalhar como vendedores e constituem uma fonte de renda para seus donos. “Sabe-se que saíam de casa por volta das seis da manhã, retornando, esgotados, às vinte e duas horas. Se não fosse conseguido um mínimo de rendimento, este era compensado por roubos ou prostituição” (YÁZIGI, 2000, p. 73).

de Novembro). Conta com “uns 80 habitantes, excluindo-se evidentemente a grande maioria, os índios” (SÃO PAULO, 1992, p. 16).

Durante o século XVI, tem uma população urbana um pouco maior – uma primeira tentativa de censo demográfico, em 1756, apura “329 fogos (isto é, lares), com 648 homens e 867 mulheres. [...] Haveria 26 mercadores, 10 vendeiros e três boticários” (BARROS *apud* YÁZIGI, 2000, p. 70). Mas o trabalho urbano livre se expande tímida e lentamente até fins do século XIX, em uma economia essencialmente de origem agrária, assentada no latifúndio e no trabalho escravo.

Nos próximos duzentos anos, o comércio ambulante, sobretudo de gêneros alimentícios, divide espaço com alguns estabelecimentos comerciais, conforme registram as Atas da Câmara Municipal, nos idos de 1822: “o comércio ambulante foi aos poucos tomando becos e travessas, entre a Rua do Rosário e a do Comércio: Beco do Inferno, da Cachaça [...] a ponto de se queixarem deles os comerciantes da Rua Direita, estabelecidos em suas lojas, reclamando principalmente da sujeira, dos mosquitos e dos maus cheiros” (DIAS *apud* YÁZIGI, 2000, p. 71).

A pujança da economia cafeeira, a partir da segunda metade do século XIX, exige e promove grandes intervenções públicas na cidade de São Paulo. A região central, correspondente ao Triângulo, é o local escolhido para as primeiras obras de infra-estrutura, que passam a atrair as gentes para as ruas: os bondes de tração animal (1872), ligando o centro da cidade às plataformas das estações de trem e aos subúrbios, a iluminação a gás (março de 1872), o calçamento de paralelepípedos (1873), os mictórios públicos e quiosques para o comércio (1883), as linhas telefônicas (1884).



Figura 7. Mictório circular (na esquina), fotografado em 1887, próximo à rua Direita (acervo DPH).

A chegada das primeiras levas de imigrantes europeus (a partir de 1886) e a proclamação da República (1899) encontram um núcleo central como setor de serviços e comércio, sendo, ainda, a parte mais densamente edificada. Por ali passam a circular estrangeiros, brasileiros, negros forros ou livres, operários, comerciantes, funcionários públicos, pequenos negociantes, profissionais liberais, membros das classes abastadas, de uma embrionária classe média e de pobres, a pé ou nos bondes elétricos que, em 1900, já circulam entre o Largo São Bento e o bairro da Barra Funda.

O prefeito Antônio Prado e seu diretor de obras municipais, Victor Freire, realizam, entre 1900 e 1910, transformações decisivas no espaço da cidade, em particular, na sua área central, que modificam e marcam sua dinâmica futura (como mencionado no subitem 3.1.2).

São desse período, dentre outras intervenções importantes, o ajardinamento da praça da República (1902 a 1905); o alargamento da rua XV de Novembro (1901), a mais elegante via comercial da cidade; a ampliação do Largo

do Rosário (1903 a 1906), atual praça Antonio Prado; o remodelamento e ajardinamento do Largo do Paissandu, que passa a ser “o coração da vida social, política e empresarial de São Paulo e onde se constrói o prédio Martinico, o mais alto da cidade, com seus cinco andares”; inicia-se uma “intervenção ‘saneadora’ na área da praça da Sé, com a demolição [...] de dois quarteirões de casinhas ocupadas por usos considerados indesejáveis, cortiços e pontos de prostituição”; são derrubadas as igrejas da Sé e de São Pedro, para posteriormente abrigar nesse espaço a nova catedral; e, para simbolizar a área central como “centro cívico, político e cultural”, constrói-se, entre 1903 e 1911, o Theatro Municipal (CAMPOS NETO, 1999, p. 87-88).

Os anos 1920 e 1930 representam a conclusão do processo de metropolização da cidade que, por meio das obras viárias promovidas pelo Plano de Avenidas (citado nos subitens 2.1.1 e 3.1.2), efetivado em 1940, abre novos espaços para a expansão do centro.

O centro atinge seu apogeu nos anos 1950 com áreas especializadas – de instituições financeiras e bancárias, de lojas (Mappin, Sears), de diversão (a Cinelândia), de prostituição (a Boca do Lixo e do Luxo), de residências populares, de classe média (Santa Cecília) e também de famílias abastadas (Higienópolis). “A década de 50, praticamente encerrou o período de apogeu da atividade construtiva no centro, com projetos como o edifício Itália, Copan, galeria Metrópole, Zavos, Olido, Andraus e Citibank [...]”, segundo Schicchi e Benfatti (2004, p. 54).

Nas décadas de 1960 e 1970, começa a dividir o interesse e o acesso da população com regiões localizadas na rua Augusta e avenida Paulista. As elites e as instituições de comando da sociedade (públicas⁶¹ e privadas) vão se afastando, mas, ao mesmo tempo, com os investimentos públicos em transporte de massa – corredores de ônibus e início das linhas Norte-Sul (1968-1974) e Leste-Oeste (1975-1986) do metrô, traz um afluxo

⁶¹ A sede do governo municipal é transferida, em 1956, da rua Florêncio de Abreu para o parque Ibirapuera. Em 1992, se instala no Palácio das Indústrias, no Parque Dom Pedro II. Hoje, está no edifício Matarazzo, na praça Patriarca, ao lado do Viaduto do Chá. A transferência da sede do governo estadual do Palácio dos Campos Elíseos para o Palácio dos Bandeirantes, no Morumbi, se efetiva em 30 de março de 1970.

espantoso de transeuntes à região, marcadamente de pequeno e médio poder aquisitivo, intensificando o comércio popular.

Os anos 1990 encontram a área central da cidade descaracterizada, com imóveis desvalorizados, esvaziamento demográfico e um intenso comércio informal, resultado das altas taxas de desemprego que marcam o país. Por outro lado, iniciativas públicas e privadas procuram recuperá-la e revitalizá-la. Inicia-se o restauro do Pátio do Colégio, do edifício Martinelli, do viaduto Santa Ifigênia, a reurbanização do vale do Anhangabaú e do Parque Dom Pedro II (apenas iniciado), promove-se o tombamento de imóveis de interesse histórico, paisagístico e cultural. A Associação Viva o Centro, criada por iniciativa da sociedade civil em 1991 e reconhecida de utilidade pública em 2000, mobiliza o poder público municipal em prol da recuperação do centro paulistano por meio do Programa de Requalificação Urbana e Funcional do Centro de São Paulo (Procentro) e da Comissão Procentro (Decretos nº 33.389/93 e nº 33.390/93, respectivamente).

O século XXI encontra um centro popularizado, mas não esvaziado, que continua a ser um importante pólo de atração econômica. No ano de 2000, a Subprefeitura Sé é responsável pela oferta de 629 mil empregos formais. A dinâmica do comércio e dos serviços públicos da região central tem dois fortes pólos: o formal e o informal⁶². Atividades econômicas ali anteriormente desenvolvidas – ocupações ligadas ao setor financeiro, à construção civil e à indústria de transformação – dão lugar a atividades imobiliárias, aluguéis e serviços às empresas; comércio atacadista e varejista; segmentos de transporte, armazenagem; setores de comunicações, de atividades de serviços coletivos, sociais e pessoais; e administração pública (a sede da prefeitura paulistana e de várias secretarias são instaladas, a partir de 2004, em imóveis do centro). E, ao

⁶² Para Pamplona (*apud* EMURB, 2004), “são informais os trabalhadores das unidades de produção não tipicamente capitalistas no interior do capitalismo. O conjunto destas unidades de produção compõe a economia informal. [...] O trabalho assalariado não constitui a base do funcionamento dessas unidades” (p. 310). “As unidades informais não são necessariamente criadas para não pagar imposto ou para não recolher a contribuição previdenciária. Elas são unidades que podem ter real dificuldade para cumprir as normas, já que seu excedente não seria suficiente para isso sem ameaçar sua própria sobrevivência. [...] Na verdade, imensa heterogeneidade marca o informal. As pessoas que participam da economia informal não têm igual acesso aos mercados nem as mesmas dotações de capital técnico e humano. Há grandes diferenças de renda, de perfil ocupacional e de condições de trabalho. [...] O negócio informal é, antes de tudo, uma forma de criar o próprio emprego do seu proprietário” (p. 311-312).

lado desses trabalhadores formais, segue um contingente nada desprezível de trabalhadores informais, estimados em 8.000, segundo reportagem do jornal O Estado de S. Paulo do ano de 2003 (*apud* EMURB, 2004, p. 320).

Hoje, a região central da cidade é administrada pela Subprefeitura Sé e abrange os distritos Sé e República (centro histórico), Bom Retiro e Santa Cecília (além de partes dos distritos Pari, Brás), Cambuci, Liberdade, Bela Vista e Consolação, totalizando 37,3 km² e uma população de 415.000 pessoas. A estimativa é de que existam cerca de 60.000 pessoas morando em cortiços no centro, segundo a Prefeitura de São Paulo (2006). O 1º censo de moradores de rua de São Paulo, realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe) em 2000, contabilizava 8.706 pessoas (em 2003 subiu para 10.394), sendo 4.676 na área central da cidade.

Transitam por ali mais de dois milhões de pessoas diariamente. “No viaduto do Chá e nas ruas Direita, São Bento, Xavier de Toledo e Barão de Itapetininga o número de pedestres é maior do que 6.000 por hora” (EMURB, 2004, p. 321).

3.3 Higiene pessoal fora da residência e as condições das vias públicas

Entre os povos indígenas que habitam as terras do Brasil na época de seu descobrimento, pode-se afirmar que há certo cuidado higiênico em relação ao destino dos dejetos humanos ao se evidenciar que delimitam as áreas usadas para a satisfação de suas necessidades fisiológicas. Como conta Freyre (1977, p. 113), “ainda que urinando de ordinário dentro das ocas [...] dos indígenas parece ter ficado no brasileiro rural ou semi-rural o hábito de defecar longe de casa; em geral no meio da touça de bananeiras perto do rio”.

A primeira tentativa de se estabelecer regras de bem viver, por meio da ordenação e regularização da dinâmica paulistana, se dá em 1564, quando a Câmara Municipal, constituída em 1560, [...] “estabeleceu suas primeiras posturas municipais, dando conta dos espaços de uso público, da

higiene, da limpeza de vias e fontes”. Contudo, a “preocupação com os aspectos sociais e sanitários só começou a se evidenciar no final do século XIX e início do século XX” (WENDT, 2001, p. 30).

Nos primeiros três séculos de vida urbana, as ruas de São Paulo eram espaços públicos freqüentados apenas pela arraia-miúda – índios, mamelucos, escravos, mulatos, negros forros e livre, brancos pobres. “O patriarcalismo brasileiro, vindo dos engenhos para os sobrados, não se entregou logo à rua; por muito tempo foram quase inimigos, o sobrado e a rua” (FREYRE, 2003, p. 139). Nas ruas era habitual o despejo de esgotos, de lixo e de animais mortos, assim como a circulação livre de todo tipo de animal doméstico e a satisfação das necessidades fisiológicas.

Portanto, as condições higiênicas das ruas eram as mais precárias possíveis, resultado da inexistência de instalações sanitárias dentro das casas, onde se utilizava potes, urinóis ou retretes, e do sistema de saneamento que por muito tempo servia as cidades brasileiras, denominado “tigre” – “o barril que ficava debaixo da escada dos sobrados, acumulando matéria dos urinóis, para ser então conduzido à praia pelos negros [...]” Ainda na descrição de Freyre (2003, p. 315-316),

o grosso do pessoal das cidades defecava no mato, nas praias, no fundo dos quintais, ao pé dos muros e até nas praças. Lugares que estavam sempre melados de excremento ainda fresco. [...] Isto sem falarmos da urina, generalizado como era o costume dos homens de urinarem nas ruas; e de nas ruas se jogar a urina choca das casas ou dos sobrados sem quintal. O hábito de defecar de cócoras, à maneira dos índios, de tal modo se generalizou não só entre a gente rural como entre a população mais pobre das cidades, que ainda hoje há brasileiros distintos, de origem rural, ou então humilde, incapazes de se sentarem nos aparelhos sanitários: só acham jeito de defecar pondo-se de cócoras sobre a tampa do W.C., que às vezes deixam tôda emporcalhada. Daí serem tão raros os W.C. públicos limpos ou asseados. Mesmo em algumas casas de família, nas cidades já saneadas, não se concebe que os W.C. possam ser lugares limpos, inteiramente diversos dos seus predecessores: as ‘casinhas’ com simples barris sem o fundo enterrados até o meio sobre uma fossa. O uso desses barris, em ‘casinhas’ distantes do sobrado ou da casa, generalizou-se nas casas suburbanas da segunda metade do século XIX.

Nem mesmo a instalação das primeiras canalizações, iniciada em 1881, e a inauguração do serviço gratuito de esgoto, entre “a rua que parte

da porteira da estação da Luz até a Ponte Pequena⁶³, em 1883, impedem os cidadãos, que não dispõem de fossas em suas moradias, de depositar as águas servidas e materiais fecais nos logradouros públicos, nas várzeas dos rios e nas recém-construídas bocas de lobo, a despeito das multas impostas aos infratores pela municipalidade.



Figura 8. Este antigo portão, próximo do Solar da Marquesa de Santos (atual r. Roberto Simonsen, nº 136-B, Pátio do Colégio), era conhecido como "Beco da Merda" por ser usado como banheiro (acervo Associação Viva o Centro).

⁶³ Onde, hoje, se situa a estação Armênia do metrô.

3.3.1 Sanitários públicos e a evolução das ações de saneamento

Iniciativas para atender a satisfação das necessidades fisiológicas nas ruas em condições higiênicas adequadas surgem a partir de 1882, com a construção de mictórios⁶⁴ públicos para homens, em pontos da cidade de grande fluxo de pedestres, pela Companhia Cantareira, em obediência a um dos itens do contrato firmado com o governo provincial. Na sessão da Câmara Municipal, de 9 de outubro de 1882, menciona-se “o inclusivo officio do Engenheiro Fiscal da Companhia Cantareira e Esgotos, relativo a collocação dos mictorios publicos a que a dita Companhia é obrigada pelo art. 3º do respectivo contrato” (Ata da Câmara Municipal de São Paulo, 1882, p. 211-212).

No ano seguinte, em sessão ordinária, de 16 de maio de 1883, são sugeridos os lugares onde “[...] oito mictorios [...] devem ser collocados [...]. Largo Municipal (junto ao Theatro), Largos da Sé (ao lado da rua da Esperança), do Mercadinho, Misericórdia, Rosario, S. Francisco, do Collegio, e rua Direita (junto a Igreja de Santo Antonio)”⁶⁵, considerada, porém, uma quantidade insuficiente, que “não satisfas as exigências do publico”, aconselhando “que a Camara augmentasse o numero delles” (Ata da Câmara Municipal de São Paulo, 1883, p.145-146).

Também as regulamentações legais – Códigos de Posturas de 1875 e 1886 – são iniciativas do poder público no sentido de normatizar o uso e a ocupação do espaço urbano e estabelecer regras de civilidade, que, ainda hoje, se persegue na cidade paulistana.

O Código de Posturas de 1886, em seu Título V, dispõe “sobre a limpeza e desobstrução das ruas e praças, conservação das calçadas e outras disposições em benefício dos habitantes, ou para aformoseamento da cidade e

⁶⁴ Mictório [do lat. *mictoriu*]. Lugar próprio para nele se urinar. Sinônimos, nesta acepção: mijadouro, mijadeiro, sumidouro e (lus.) urinol (FERREIRA, 1999, p. 1334).

⁶⁵ Largo Municipal – praça João Mendes; Largo da Sé – triângulo que perfaz a face norte da atual praça da Sé, rua da Esperança – onde se situa atualmente a praça da Sé, Largo da Misericórdia – Largo da Misericórdia, Largo do Rosario – praça Antônio Prado, Largo do Collegio – Pátio do Colégio (FREHSE, 2005, p.265-271).

povoações do Município”. Os artigos 42 e 43, por exemplo, tratam de disciplinar a higiene de vias e logradouros públicos.

“Art. 42. – É proibido lançarem-se matérias excrementícias nas ruas, largos, pateos e em logares próximos ás fontes e vertentes, ou conservarem-se cloacas junto ás mesmas, sob pena de 10\$ de multa.[...]; Art. 43. – Ninguém poderá lançar à rua corpos sólidos ou líquidos que possam prejudicar a quem passar. O infractor incorrerá na multa de 5\$”. Em seu art. 262 adverte que “logo que a Câmara estabelecer ourinadores públicos, ninguém poderá urinar nas ruas e praças da cidade sob pena de 5\$ de multa”.

Em de 5 de julho de 1893, já desativada a Companhia Cantareira, e os serviços de água e esgoto a cargo da Repartição de Água e Esgotos (RAE), a Lei municipal nº 44 autoriza a construção de um mictório no Largo da Estação do Norte⁶⁶ nos limites da importância orçada de um conto oitenta e nove mil quinhentos e dez réis” (Leis e Resoluções da Câmara Municipal da Capital do Estado de S. Paulo, de 29 de setembro de 1892 a 30 de dezembro de 1893, 1914, p. 110-111).

Em 1894, o Código de Posturas de 1886 é substituído por um Código Sanitário, que tem “a grande preocupação [de] prevenir a cidade e a vida pública contra riscos à saúde”. Vive-se, à época, sob a influência das grandes descobertas na área da medicina, da microbiologia, da infectologia, da saúde pública. “Não é por acaso também que surge a privada no interior das casas. Em São Paulo, isto se populariza, quando um imigrante árabe que chegou ao Brasil via Marselha, lá ficara conhecendo o novo sistema de descarga. Ele funda a Casa da Bóia [1898], até hoje, na rua Florêncio de Abreu” (YÁZIGY, 2000, p. 110).

No ano seguinte (1895), tem-se registro da Lei nº 174, que, em seu art. 1º, autoriza o Intendente de Obras “a mandar construir quinze mictórios em diversos pontos da cidade, podendo despender até a quantia de vinte contos, seiscentos setenta e um mil e duzentos réis” (Leis e Resoluções e

⁶⁶ Estação do Norte (Estrada de Ferro São Paulo - Rio), segunda estação ferroviária da cidade, instalada no caminho do Brás (região leste da cidade), em 1877. A primeira estação ferroviária (São Paulo Railway), a da Luz, na região norte, é inaugurada em 1868.

Actos da Câmara Municipal da Capital do Estado de S. Paulo, de 1894 a 1895, 1915, p. 176).

Quanto aos sanitários públicos, é possível se conjeturar, com base em documentos que dão conta das intervenções públicas municipais, promovidas no início do século XX, para aformoseamento e saneamento de São Paulo, que os primeiros *water closets* foram construídos nas áreas de lazer municipais e gratuitas⁶⁷ – praças, jardins e parques –, por sua função de passeios públicos. Conhecidos também como jardins públicos, os passeios eram áreas verdes de recreio para a classe trabalhadora, que ia ali para respirar o ar fresco e passear com a família nos seus dias de descanso. Apresentavam,

[...] como forma típica, uma certa extensão de terreno [urbano] cercado, bem arborizado e ajardinado, muitas vezes ornado por esculturas e pequenos lagos, com múltiplas opções de percurso interno, instalações para o conforto dos passantes [sic], plantas floríferas, aves e pequenos mamíferos e eventos musicais, normalmente retretas (BARTALINI, 1999, p. 5).

O Jardim da Luz⁶⁸, primeiro parque urbano da cidade, por exemplo, passa por uma grande remodelação, entre 1900 e 1902, possibilitada principalmente pelo suprimento regular de água e instalação de iluminação. Informações constantes no livro de obras públicas municipais desse período, sob o registro E-63-13, referentes a “relatório⁶⁹ da casa da administração – Parque da Luz”, dão conta da construção de um wc (obra nº 215) no local, em 18 de dezembro de 1900.

⁶⁷ Grande parte dos parques e jardins urbanos na cidade de São Paulo foi constituída por iniciativa privada, sendo absorvidos pela municipalidade muito tempo depois de criados. Apenas em 5 de janeiro de 1893, pelo Decreto nº 145, sua administração é efetivamente transferida para a municipalidade (regulamentando a Lei estadual nº 41, de 11 de julho de 1892).

⁶⁸ Sua origem está vinculada à Ordem Régia de 19 de novembro de 1798, que previa a criação de um Horto Botânico; em 29 de outubro de 1825 é aberto ao público como área de recreação; em 1838, passa a ser conhecido como Jardim Público; e, em 1893, recebe o nome de Jardim da Luz.

⁶⁹ Documento encontrado no arquivo do Departamento de Patrimônio Histórico do Município de São Paulo (DPH).

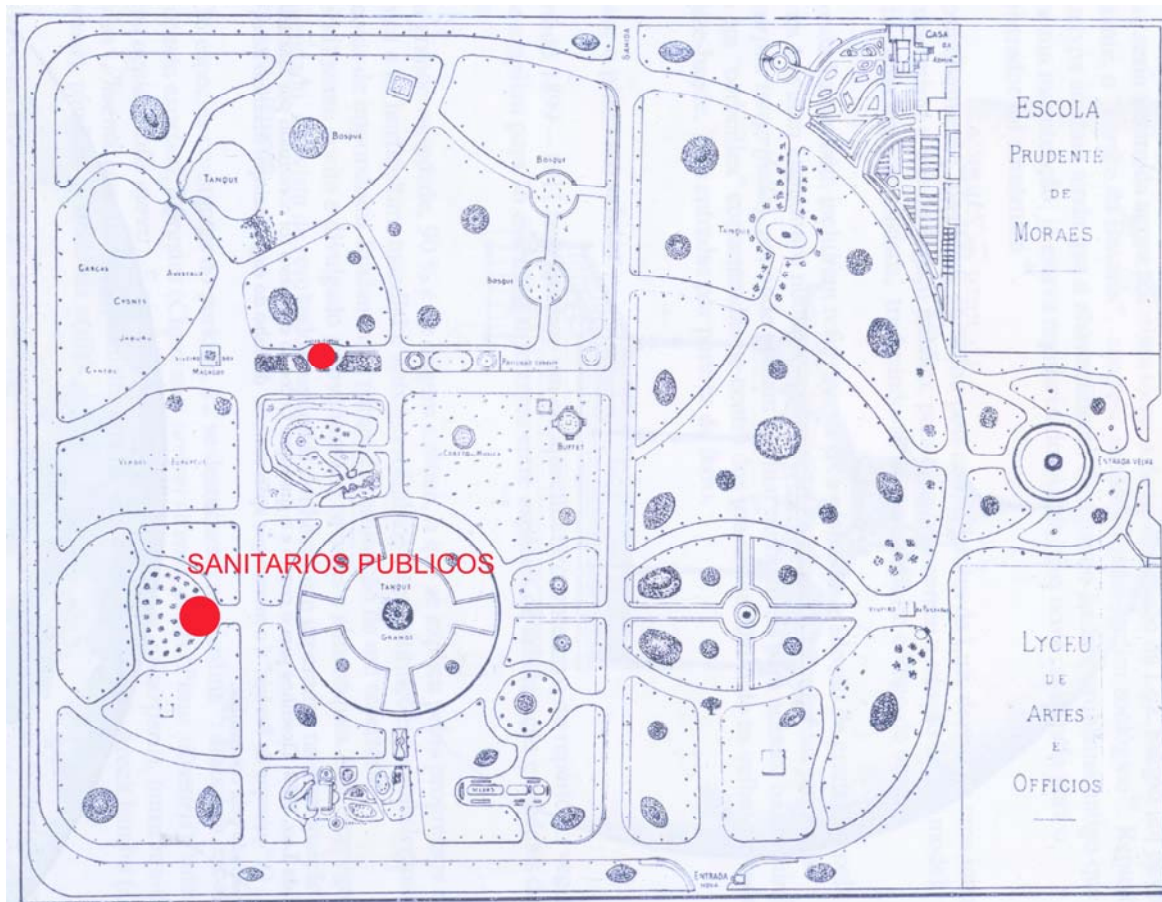


Figura 9. Sanitário público no Jardim da Luz em 1905, planta litográfica. (Fonte: MARTIN e PESTANA, 1905)

O espírito sanitário, que transforma os espaços públicos e privados, tem seu ápice entre o fim do século XIX e o início do século XX. Em 1918, é estabelecido um Código Sanitário, bastante abrangente, onde, entre muitas referências, também há espaço para a regulamentação das “latrinas⁷⁰ e mictórios, banheiros, pias e lavabos” (CAMPOS, 2002, p. 47-49). Em sua “Secção III - Das latrinas e mictórios”, diversos artigos dão orientação quando às dimensões, ventilação, iluminação, higienização e limpeza, mas principalmente quanto às caixas de descarga, destinadas exclusivamente a esse fim e sem comunicação

⁷⁰ Latrina [do lat. *latrina*]. Recinto ou dependência de casa com vaso ou escavação no solo para dejeções. Sinônimos: muitos deles pop. ou bras: privada, sentina, cloaca, reservado, retrete ou retreta, casa-comum, banco, cagatório, casinha, secreta, aparelho, banheiro, cafoto, cambone, dejetório, gabinete, patente, quartinho e (lus.) necessária (AURÉLIO, 1999, p. 1192).

alguma com o reservatório de água potável ou com “peças ou locais destinados à fabricação, preparo e conservação de substancias alimentícias”.

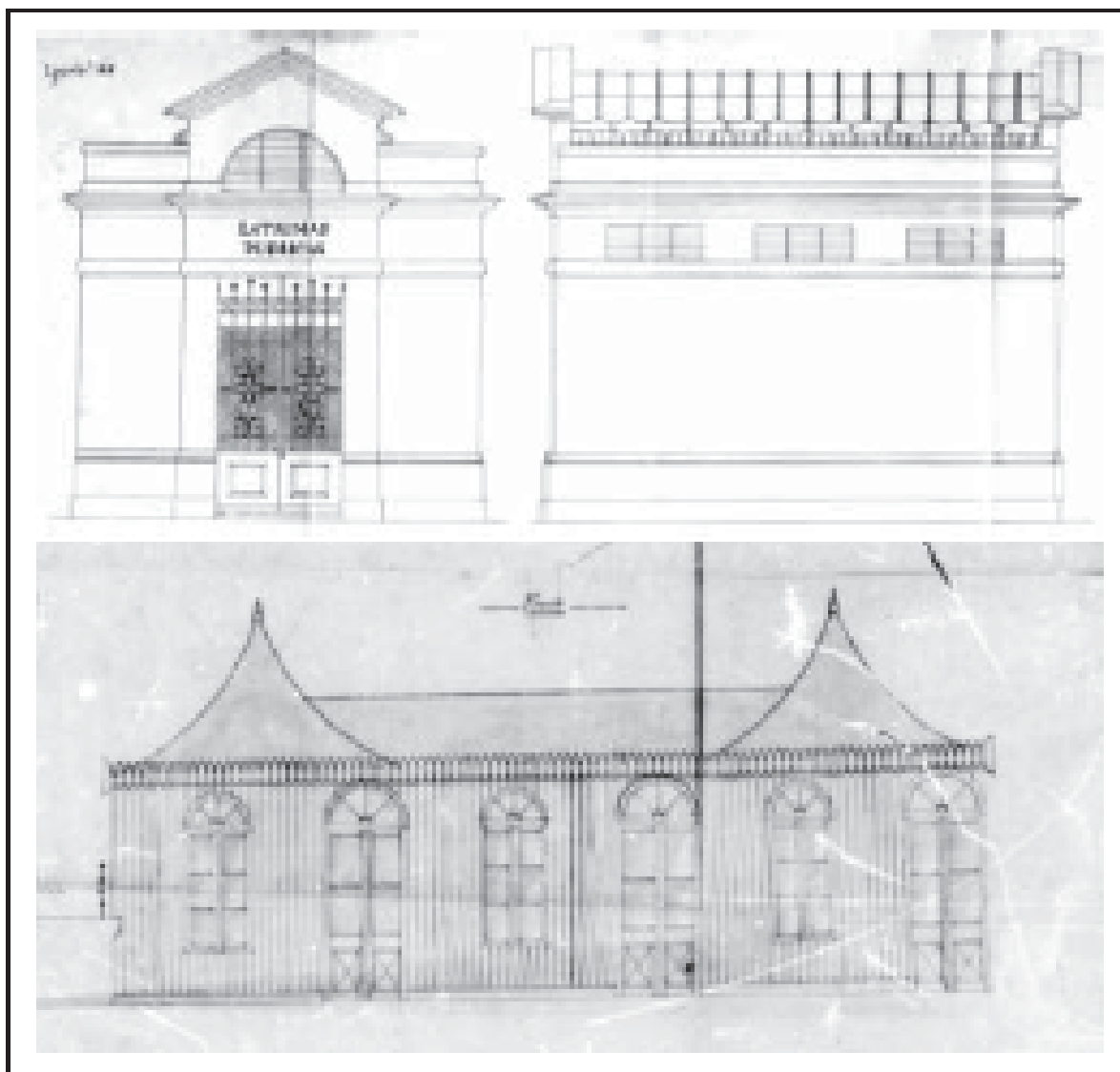


Figura 10. Latrinas públicas desenvolvidos pela municipalidade.

Se a construção desses equipamentos urbanos está a cargo da Intendência de Obras, sua inspeção e cuidado são devidos à Inspetoria de Higiene e Saúde Pública, que, juntamente com a Intendência de Justiça e Polícia e Finanças constituem o poder executivo municipal. Em 1898, é abolido o sistema de intendências e se estabelece uma estrutura administrativa municipal independente do governo estadual. Desde então, a

higiene e a saúde públicas passam a ser atribuição das mais diversas instâncias de poder (seção, divisão, departamento, diretoria), até que, 1947, se constitui a Secretaria Municipal da Saúde.

Com a descentralização do poder municipal e a criação das Subprefeituras, em 1990, desvincula-se a saúde de questões relacionadas às instalações sanitárias públicas. Os serviços de limpeza, fiscalização e manutenção dos próprios públicos, uso e ocupação do solo, entre outros, são da competência regionalizada, de cada umas das trinta e uma Subprefeituras que existem hoje na cidade de São Paulo.

Embora exista dificuldade para uma documentação fotográfica da evolução histórica dos projetos de sanitários públicos em São Paulo, o que se pode observar é a tendência para a construção desses próprios municipais em um primeiro momento (décadas finais do século XIX) somente para homens, os mictórios em estrutura circular, em locais de visibilidade e grande circulação de pessoas; a seguir, nos jardins e praças públicas, em construções de superfície, para atender aos passeios familiares em dias de descanso (até cerca da metade do século XX); depois, seguindo uma tendência europeia, em “locais escondidos”, subterrâneos (baixos de viadutos, de passarelas, garagens, etc) nas três últimas décadas do século XX, conforme as figuras 11, 12 e 13.

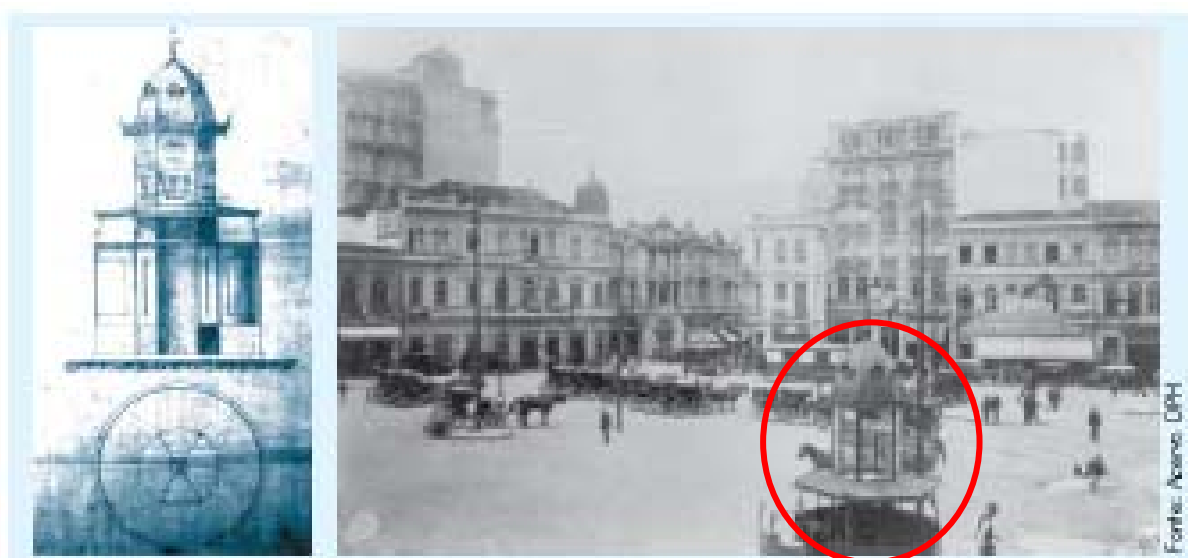


Figura 11. Mictório no Largo da Sé em 1916.

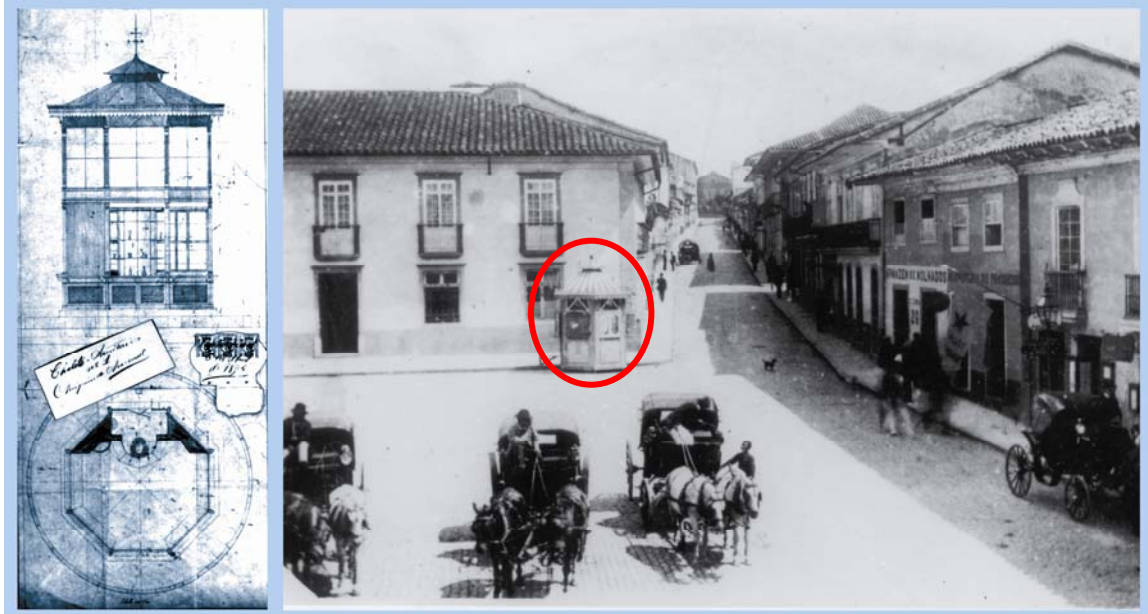
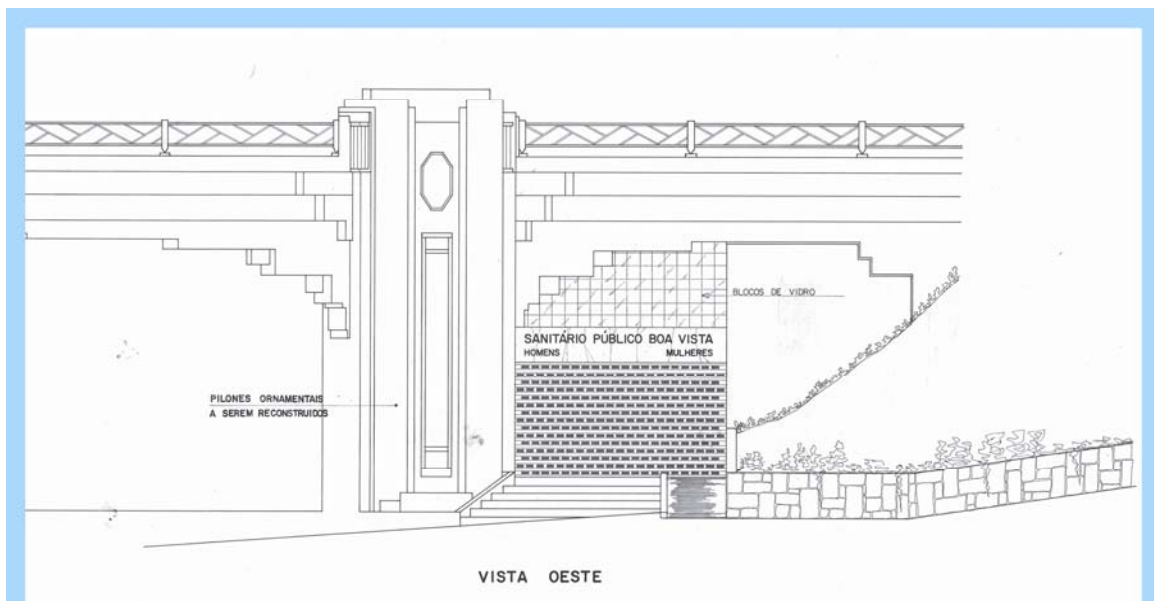
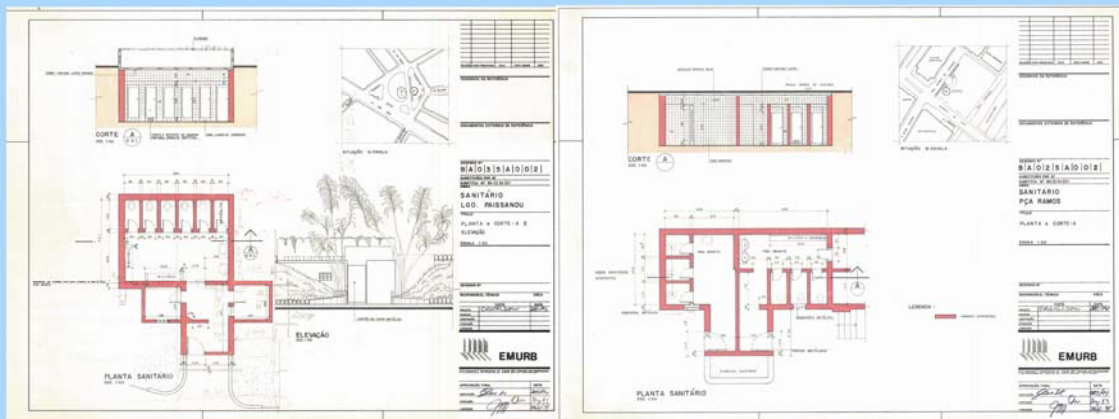


Figura 12. Mictório na rua Direita em 1887. Fonte: Arquivos do DPH.



SANITARIO DO VIADUTO BOA VISTA



SANITARIO DO LGO. DO PAISSANDU

SANITARIO DA PÇA RAMOS DE AZEVEDO

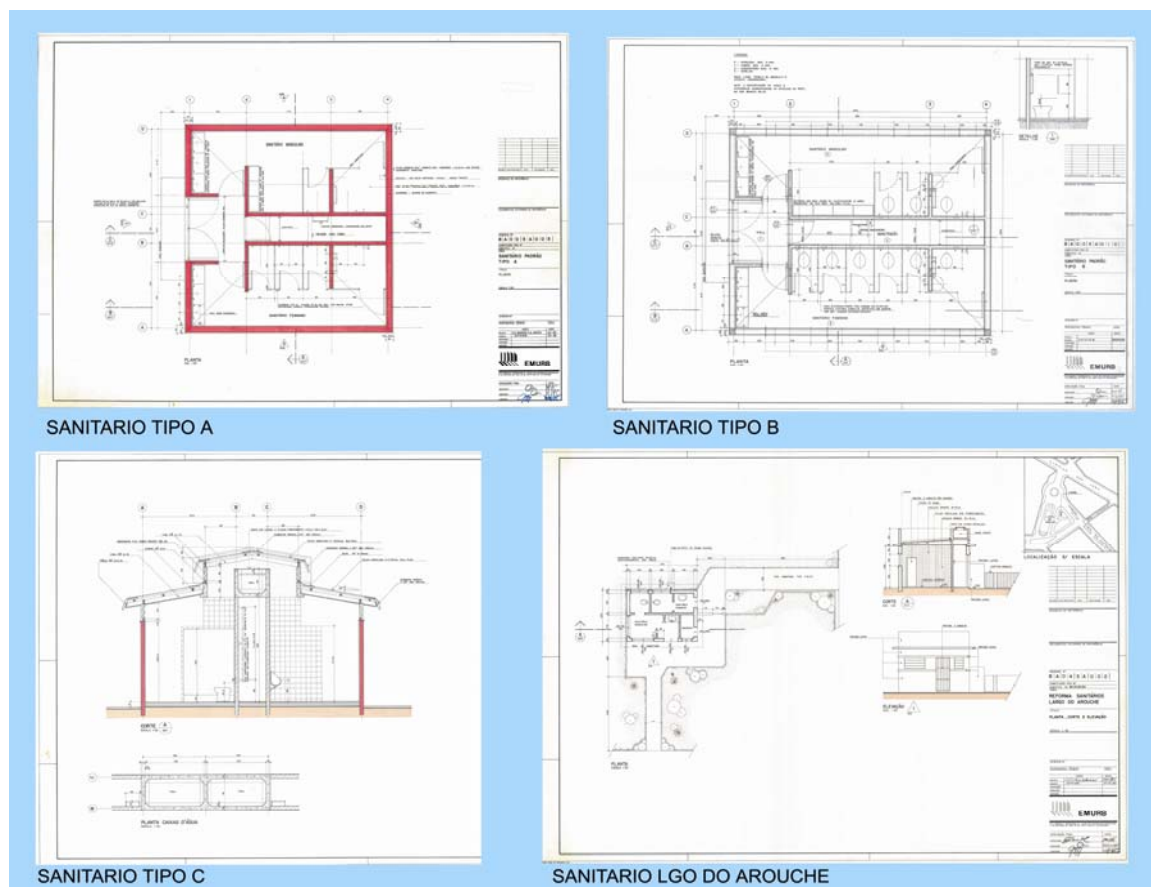


Figura 13. Projetos de sanitários públicos elaborados pela Emurb na década de 1980. Fonte: EMURB.

Atualmente, a região central da cidade de São Paulo, área de estudo de caso deste trabalho, administrada pela Subprefeitura Sé, registra apenas onze sanitários públicos instalados, sob análise no capítulo 4 deste trabalho. Há proposta de instalação de mais dois e de instalações eventuais de sanitários químicos portáteis.

O Quadro 5 lista algumas das medidas adotadas na cidade para resolver o problema de saúde e higiene públicas de seus habitantes desde sua fundação até os dias de hoje.

Quadro 5. Iniciativas saneadoras na cidade de São Paulo.

SÉCULO/ANO	Ações / Soluções
XVI	
	Depósito de dejetos fecais e lixo doméstico nas ruas da cidade; uso de potes e urinóis nas residências.
1564	Primeiras posturas municipais, tratam dos espaços de uso público, da higiene, da limpeza de vias e fontes.
XVII	
	Depósito de dejetos fecais e lixo doméstico nas ruas da cidade; uso de potes e urinóis nas residências.
XVIII	
	Depósito de dejetos fecais e lixo doméstico nas ruas da cidade; uso de potes e urinóis nas residências.
XIX	
	Depósito de dejetos fecais e lixo doméstico nas ruas da cidade; uso de potes, urinóis e retretes nas residências e das “casinhas”.
	Sistema de saneamento “tigre” e fossas nos quintais.
1873	Calçamento de paralelepípedos e instalação de bocas de lobo.
1875	1º Código de Posturas da Câmara Municipal da Imperial Cidade de São Paulo.
1877 (25 jul.)	Criação da Companhia Cantareira de Águas e Esgotos, uma empresa privada.
1879	Canalização de água.
1881	Instalação das 1ªs canalizações de esgoto.
1882/1883	Inaugurado o serviço gratuito de esgotos (1º distrito de esgotos no bairro da Luz); instalação de latrinas dentro das casas e dos mictórios nas ruas.
1886 (6 de out.)	2º Código de Posturas do Município de São Paulo.
1892 (18 jul.)	Constituído o Serviço Sanitário estadual (Lei nº 43).
1893 (8 fev.)	Criação da Repartição de Água e Esgotos (RAE), uma empresa pública; desativados os chafarizes públicos.
1894 (2 mar.) *	1º Código Sanitário (Decreto estadual nº 233); aparecem as privadas dentro das

SÉCULO/ANO	Ações / Soluções
	residências.
XX	(continuação)
1947	Primeiro plano conjunto de águas e esgotos.
1954	Criado o Departamento de Águas e Esgotos (DAE) após a extinção da ERA.
1973	Criação da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp), hoje responsável pelos serviços de água e esgoto da capital.
1992	Projeto Tietê, para ampliação da coleta e tratamento de esgotos da região metropolitana da cidade.
XXI	
	Sanitários químicos portáteis; normas nacionais para a construção e instalação de sanitários e vasos sanitários (da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT); sanitários com design, qualidade ergonômica e antropométrica, ecológicos, de acessibilidade universal.

* Vários códigos sanitários estaduais se sucederam ao Código de 1894, na tentativa de aperfeiçoamento das medidas de saúde e vigilância sanitária. Atualmente, o Código Sanitário vigente para o estado de São Paulo é o instituído pela Lei nº 10.083, de 23/9/1998. O Município de São Paulo também possui um novo código, criado pela Lei nº 13.725, de 9/1/2004, e regulamentado pelo Decreto nº 44.577, de 7/4/2004.



O interior do Sanitário Público Automático Compacto tem 1 metro quadrado de área de piso e 2,2 metros de altura. A pia e o secador combinados são estilizados em aço inoxidável, com os acessórios adicionais incluindo um extrator automático de papéis, recipiente para papéis usados e gancho para casaco. As paredes são construídas em painéis texturizados de aço inoxidável e poliéster. O piso de alumínio é coberto por vinil antiderrapante.

Compact

Altura:	2560mm
Profundidade:	1550mm
Largura:	2600mm

(continuação)



O Sanitário Público Automático tem 2,3 metros de altura e aproximadamente 2,75 metros quadrados de área de piso. As paredes exteriores são construídas em pedra Portland pré-fundida lisa. Podem ser incluídos detalhes arquitetônicos adicionais, incluindo uma área de espera com assentos de madeira renováveis.

Westminster

Altura: 2570mm

Profundidade: 2460mm

Largura: 3950mm

(continuação)



O Sanitário Público Automático Metropolis é particularmente adequado para os agressivos ambientes urbanos. Construído com componentes de montagem modular e fabricados em alumínio extrudado simples, as estruturas são extremamente atrativas, duráveis e de fácil manutenção.

Metropolis

Altura: 3063mm

Profundidade: 3078mm

Largura: 2258mm



O APT New Amsterdam é particularmente adequado aos agressivos ambientes urbanos. Construído com componentes de montagem modular e fabricados em alumínio extrudado simples, as estruturas montadas são extremamente atrativas, duráveis e de fácil manutenção. Pertencendo a uma mesma linha de mobiliário urbano, o APT se integra ao abrigo de ônibus New Amsterdam, às bancas de jornal e revistas, terminais computadorizados de informações e recipientes para lixo e para reciclagem.

New Amsterdam

Altura:	3280mm
Profundidade:	3000mm
Largura:	3200mm

Figura 14. Modelos de sanitários públicos desenvolvidos pela *Clear Channel*, em estudo para uso no Centro de São Paulo. (Emurb, 2006)



Situação de abandono do banheiro da Praça da República e as denúncias na mídia impressa

4 ESTUDO DE CASO: OS SANITÁRIOS PÚBLICOS DA ÁREA CENTRAL DA CIDADE SÃO PAULO

“O verdadeiro urbanismo é aquele que se ocupa da cidade futura, que prevê e se esforça por realizá-la conforme às necessidades e às regras da estética assim como da higiene.”
Urbanisme. Dictionnaire Encyclopedique Quillet, 1935

4.1 O campo de estudo

Este capítulo tem como objetivo analisar a prestação de serviço referente a sanitários públicos na região central da cidade de São Paulo e o grau de satisfação de seus usuários.

A partir da realidade atual, a proposta é a de aprofundar os conhecimentos a respeito do tema e apontar sugestões que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida e da saúde da população paulistana e para um aproveitamento mais eficaz do espaço urbano.

Neste trabalho, o termo higiene pessoal se refere à satisfação das necessidades fisiológicas – micção e defecação – e atos de aseamento fora da residência. Por sanitário público entende-se toda instalação destinada à higiene pessoal da coletividade sob responsabilidade da instância municipal de poder.

Sabe-se que uma pessoa usa o vaso sanitário, em média, de seis a oito vezes por dia. As mulheres gastam três vezes mais tempo ao usar o sanitário que os homens, mas, freqüentemente, esse equipamento é construído em áreas com as mesmas dimensões, para ambos os sexos.

Para o estudo de caso, são considerados usuários todos os trabalhadores que exercem alguma atividade econômica nas vias e logradouros da região delimitada, ou seja, os trabalhadores sem base fixa, que incluem: trabalhadores do comércio de rua (ambulantes), engraxates, revisteiros, plaqueiros, panfleteiros, artistas de rua, fiscais da zona azul, carteiros, garis, policiais, motoristas de táxi, motoristas e cobradores de ônibus, catadores de materiais recicláveis. Trabalham nos logradouros do centro da cidade (Subprefeitura Sé⁷¹) de quatro a doze horas por dia.

⁷¹ As Subprefeituras (31) foram criadas pela Lei nº 13.399, de 1º/8/2002, e têm, dentre suas atribuições, o recebimento dos pedidos e reclamações da população da região e solução para os problemas apontados; gestão das áreas sociais – educação, saúde, assistência social, cultura, esporte e lazer; manutenção do sistema viário e da rede de drenagem; limpeza urbana; elaboração do Plano Diretor Regional; controle do uso do solo e do meio ambiente; manutenção e construção dos próprios municipais; e vigilância sanitária e epidemiológica.

Dentre as atribuições do poder público, insere-se a gestão desses espaços, que inclui a responsabilidade pela prestação do serviço de sanitários públicos, em condições adequadas e em quantidade necessária para atender a demanda. Para disciplinar a matéria, várias leis e decretos municipais foram promulgados, como os que se encontram discriminados no Quadro 6 e que estão em vigor.

Quadro 6. Leis e decretos referentes a sanitários públicos.

LEGISLAÇÕES		
Lei nº 1.591 (12 de setembro de 1912)	Determina a instalação de latrinas e mictórios nos estabelecimentos de carácter publico, para uso dos seus freqüentadores.	Art. 1º Todas as casas de diversões e os estabelecimentos commerciaes, de character publico, como theatros, cinematographos, cafés, bares, chopps, botequins, restaurantes, leiterias, etc., devem ter latrinas e mictorios em número sufficiente para uso dos seus freqüentadores.
Lei nº 11.441 (12 de novembro de 1993)	Dispõe sobre instalação ou adaptação de box com sanitários destinados aos usuários de cadeiras de rodas.	Art. 1º - Fica obrigatória a execução de instalações sanitárias para pessoas portadoras de deficiências físicas nos seguintes casos: I - locais de reunião com mais de 100 (cem) pessoas; II - qualquer outro uso com mais de 600 (seiscentas) pessoas.
Lei nº 11.495 (11 de abril de 1994)	Dispõe sobre a obrigatoriedade da instalação, pelos bancos e demais estabelecimentos de crédito, de sanitários e bebedouros destinados aos seus usuários.	
Decreto nº 34.554 (27 de setembro de 1994)	Institui, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa de Saneamento Sanitário Urbano – PSSU, e dá outras providências.	Art. 2º - Serão instaladas, em áreas carentes de equipamentos sanitários, cabines portáteis dotadas de dispositivos químicos de assepsia, inócuos à saúde a ao meio ambiente. Parágrafo único - Os equipamentos sanitários serão instalados em áreas de grande afluxo ou concentração de pessoas, preferencialmente em feiras-livres, pontos de ônibus, cemitérios, praças, locais de realização de eventos transitórios e em outros locais determinados pela Administração. Art. 3º - Deverão ser destinadas cabines especiais para portadores de deficiências físicas.
Lei nº 12.156 (1º de agosto de 1996)	Regulamenta a exploração pela iniciativa privada de sanitários públicos, e dá outras providências.	Art. 1º - O Executivo, através de permissão de uso, legará à iniciativa privada a exploração de sanitários públicos, sem ônus para o Município.

LEGISLAÇÕES		
		(continuação)
Lei nº 12.641 (6 de maio de 1998)	Dispõe sobre a obrigatoriedade do fornecimento de papel descartável para assento de bacia sanitária nos locais que especifica, e dá outras providências.	Art. 1º - É obrigatório o fornecimento de protetor descartável para assento de bacia sanitária em banheiros de utilização pública.
Lei nº 13.517 (29 de janeiro de 2003)	Dispõe sobre a outorga de concessão para criação, desenvolvimento, fabricação, fornecimento, instalação, manutenção, conservação e exploração publicitária de mobiliário urbano.	Art. 2º - Para efeito desta lei caracterizam-se como elementos de mobiliário urbano: [...] III – sanitário público padrão; IV – sanitário público com acesso universal; [...].
Decreto nº 46.489 (13 de outubro de 2005)	Dispõe sobre a realização pela Secretaria Municipal de Serviços, dos serviços de limpeza urbana indivisíveis previstos nos artigos 23 e 24 da Lei nº 13.478, de 31 de dezembro de 2002, bem como revoga os Decretos nº 45.800, de 29 de março de 2005, e nº 46.334, de 15 de setembro de 2005.	Art. 3º - Incumbe às Subprefeituras o gerenciamento, a fiscalização e as medições dos serviços contratados pela Secretaria Municipal de Serviços, prestados no âmbito de seus respectivos territórios, sob a coordenação do Departamento de Limpeza Urbana, na forma a ser estabelecida em portaria intersecretarial.

Fonte: Câmara Municipal de São Paulo e PMSP (2006).

Apesar da dificuldade encontrada para se apurar a quem cabe a responsabilidade da limpeza, conservação e manutenção dos sanitários públicos sob a administração da Subprefeitura Sé, a informação prestada é a de que compete à sua Coordenadoria de Administração e Finanças gerenciar o contrato de fiscalização da realização dos serviços terceirizados de limpeza. Fica sob a responsabilidade da Coordenadoria de Projetos e Obras a reforma dos sanitários, quando necessário.

Dados oficiais dão conta da existência de onze instalações sanitárias públicas sob a responsabilidade da Subprefeitura Sé, bem como da proposta de construção de mais duas e a instalação de sanitários químicos⁷² portáteis. Em visita aos locais, constatou-se a realidade mostrada no Quadro 7.

⁷² “A utilização de privadas químicas é regulamentada em Norma Técnica Especial” (Artigo 17, Título II Instalações prediais de água e esgotos, Livro II Saneamento Básico, Decreto nº 12.342, de 27 de setembro de 1978).

Quadro 7. Sanitários públicos na Subprefeitura Sé: situação atual.

Sanitários existentes	Locais
Recanto do Pedrinho – FECHADO	Rua Manuel Dutra, 613
Recanto do Pica-Pau – INEXISTENTE	Rua Duque de Caxias com Av. São João
Dom Orione – FUNCIONANDO PARCIALMENTE*	Praça Dom Orione
14 Bis – EM FUNCIONAMENTO**	Praça 14 Bis
Liberdade – FECHADO	Rua Galvão Bueno
Anhangabaú – FECHADO	Vale do Anhangabaú
Santa Cecília – INEXISTENTE	Praça Marechal Deodoro
SPTrans – EM FUNCIONAMENTO***	Praça das Bandeiras
Brás– INEXISTENTE	Largo da Concórdia
Brás– INEXISTENTE	Praça José Brás próximo ao metrô Brás
República – FECHADO (será demolido brevemente)	Praça da República
Sanitários a serem construídos/instalados	
Praça Padre Bento	Sem previsão
Ladeira da Memória (baixos da passarela)	Sem previsão
Sanitários químicos portáteis	Instalações eventuais

Fonte: PMSP (2006).

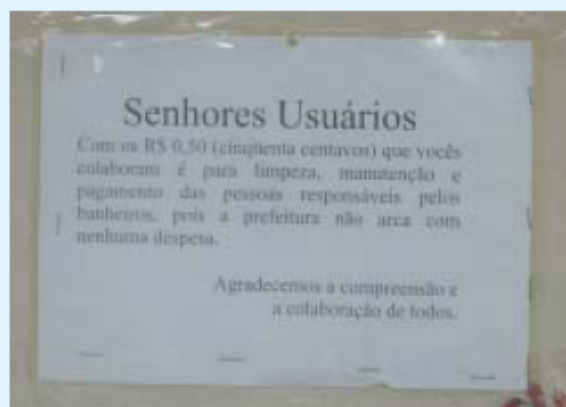
Observações (resultado de entrevistas com funcionários e/ou responsáveis pelos sanitários públicos).

* Limpeza e manutenção a cargo da associação responsável pela feira de artesanato local, apenas aos sábados e domingos. Durante a semana, não dispõe de funcionário de limpeza e manutenção e permanece fechado, com as chaves em poder da Guarda Civil Metropolitana (GCM), por causa de atos de vandalismo (furto, depredação, pichação) e atividades ligadas à prostituição.

** Termo de cooperação firmado, em 1994, entre a Prefeitura e a Associação dos Amigos do Bairro da Praça 14 Bis, para a zeladoria da praça e dos sanitários públicos ali instalados. O funcionário de limpeza é pago com dinheiro arrecadado entre os moradores dos prédios que circundam a praça (R\$ 2,00 mensais por apartamento).

*** Mantido pela SPTrans (está dentro do terminal de ônibus) e não pela Subprefeitura Sé. A Dimax, empresa contratada para a limpeza do terminal, faz também a limpeza dos sanitários.

Banheiros da Praça Fernando Costa



Banheiros da Praça da República



Banheiros da Praça Dom Orione





Figura 15. Situação atual de alguns dos sanitários públicos da região central de São Paulo.

Em vista desse quadro crítico e dada a importância da área central da cidade para sua população, decidiu-se aprofundar os estudos sobre o tema com uma pesquisa mais detalhada a respeito da qualidade da prestação desse serviço pela Subprefeitura Sé, restrita àqueles trabalhadores sem base fixa que atuam na região central de São Paulo.

Para definir, verificar e medir a qualidade do serviço, define-se como campo de investigação, em uma fase exploratória e descritiva, os sanitários públicos (localização, instalações, equipamentos, funcionários, dinâmica de manutenção e conservação e medidas de segurança), instalados nos oito distritos da Subprefeitura Sé⁷³, e também os órgãos, entidades, instituições e/ou pessoas responsáveis nessa área .

O grau de satisfação dos usuários em relação ao serviço prestado pela municipalidade é avaliado por meio de levantamento por amostragem (questionário aplicado individualmente, conforme Anexo A), em número suficiente para representar os profissionais sem base fixa atuantes na área central de São

⁷³ Organograma da Subprefeitura Sé: Subprefeito – Assessoria Especial, Assessoria Técnica de Projetos Especiais, Assessoria Técnica de Revitalização do Centro, Assessoria Executiva de Defesa Civil, Assessoria Executiva de Comunicação; Chefe de Gabinete – Assessoria Jurídica, Praça de Atendimento, Assistência Técnica; Coordenadorias de Planejamento e Desenvolvimento Urbano, de Manutenção e Infra-Estrutura Urbana, de Administração e Finanças, de Projetos e Obras, de Assistência Social e Desenvolvimento. Os sanitários públicos estão sob a responsabilidade da Coordenadoria de Projetos e Obras (construção) e da Coordenadoria de Administração e Finanças (manutenção e fiscalização).

Paulo, dada a inviabilidade de se consultar o universo como um todo. A Tabela 1 representa a ferramenta utilizada para determinar a amplitude da amostra tirada de uma população finita, com margens de erro de 1%, 2%, 3%, 4%, 5% e 10% na hipótese de $p = 0,5$. Coeficiente de confiança de 95,5%.

Tabela 1. Números da amostragem e margem de erro.

Amplitude da população (universo)	Amplitude da amostra c/as margens de erro indicadas					
	± 1%	± 2%	± 3%	± 4%	± 5%	± 10%
.....	-	-	-	-	222	83
1 000	-	-	-	385	286	91
1 500	-	-	638	441	316	94
2 000	-	-	714	476	333	95
2 500	-	1 250	769	500	345	96
3 000	-	1 364	811	517	353	97
3 500	-	1 458	843	530	359	97
4 000	-	1 538	870	541	364	98
4 500	-	1 607	891	549	367	98
5 000	-	1 667	909	556	370	98
6 000	-	1 765	938	566	375	98
7 000	-	1 842	949	574	378	99
8 000	-	1 905	976	480	381	99
9 000	-	1 957	989	584	383	99
10 000	5 000	2 000	1 000	488	383	99
15 000	6 000	2 143	1 034	600	390	99
20 000	6 667	2 222	1 053	606	392	100
25 000	7 143	2 273	1 064	610	394	100
50 000	8 333	2 381	1 087	617	397	100
100 000	9 091	2 439	1 099	621	398	100
∞	10 000	2 500	1 111	625	400	100

p = proporção dos elementos portadores do carácter considerado. Se $p < 0,5$, a amostra pedida é menor. Nesse caso, determina-se o tamanho da amostra multiplicando-se o dado que aparece na tabela por 4 [$p(1-p)$].

Fonte: TAGLIACARNE, 1976, p. 176.

As variáveis que abordam questões relativas ao perfil dos entrevistados são: sexo, idade, nível de escolaridade, ocupação/ramo de atividade, tempo de

deslocamento casa/trabalho. As demais variáveis se referem a hábitos de higiene fora da residência. Dessa forma, é possível:

- definir o perfil socioeconômico e cultural do trabalhador sem base fixa da região central de São Paulo.
- levantar dados sobre as condições em que são satisfeitas suas necessidades fisiológicas fora da residência (quais os sanitários utilizados, quantidade de vezes que os utilizam, cuidados no uso).

A análise e interpretação dos dados possibilitarão um entendimento da utilidade e importância da prestação do serviço de sanitários públicos pela municipalidade e, conseqüentemente, um alinhamento mais próximo das necessidades e expectativas dos usuários.

4.1.1 Os limites da área central da cidade de São Paulo

A área central da cidade de São Paulo compreende os oito distritos administrados pela Subprefeitura Sé – República, Sé (centro histórico), Consolação, Santa Cecília, Bom Retiro, Bela Vista, Liberdade e Cambuci – e ainda é, assim como foi no passado, um importante pólo de atração econômica, que concentra grande quantidade de empregos formais e informais.

De acordo com dados do Centro de Estudos da Metrópole (CEM/Cebrap/2002), a atividade econômica nessa região paulistana está representada por 723.496 postos de trabalho formais e cerca de 8.000 trabalhadores informais⁷⁴ de rua.

⁷⁴ Segundo estimativas da Prefeitura de São Paulo, o número de ambulantes atuando na área central da cidade gira em torno de 5 mil a 8 mil, sendo 4.082 cadastrados (maior índice de todas as Subprefeituras); 80% das vias públicas dos distritos Sé e República estão ocupados por, pelo menos, um trabalhador informal.

Quadro 8. Subprefeitura Sé: distritos e densidade populacional.

Distrito	Área em km ²	Nº de habitantes	Habitantes por km ²
Consolação	3,70	54 304	14 677
Santa Cecília	3,90	71 109	18 233
Bom Retiro	4,00	26 571	6 643
República	2,30	47 457	20 633
Sé	2,10	20 107	9 575
Bela Vista	2,60	63 141	24 285
Liberdade	3,70	61 850	16 716
Cambuci	3,90	28 621	7 339

Fonte: Prefeitura de São Paulo (PMSP), 2006



Figura 16. Área da Subprefeitura Sé (PMSP, 2006)

Na área delimitada para a pesquisa existem atualmente 11 sanitários públicos sob a responsabilidade do poder municipal. Desse total, dois estão em funcionamento, um funciona parcialmente (em horários e dias determinados) e os demais estão desativados, conforme já explicitado no Quadro 7.

4.2 Metodologia e levantamento de dados

Dada a inviabilidade de se consultar a população-alvo como um todo, determinou-se a amplitude da amostra representativa utilizando-se como ferramenta a Tabela 1, que aponta margens de erro de $\pm 1\%$, $\pm 2\%$, $\pm 3\%$, $\pm 4\%$, $\pm 5\%$ e $\pm 10\%$ na hipótese de $p = 0,5$, com um coeficiente de confiança de 95,5%. Chegou-se, assim, ao universo de amostragem desta pesquisa – 360 sujeitos –, aos quais foi aplicado individualmente o questionário elaborado para o levantamento de dados necessários ao estudo.

Foi realizado um pré-teste pela autora deste trabalho, que aplicou o questionário em vinte pessoas do público-alvo, para as necessárias adaptações. Após isso, solicitou a ajuda de dois estudantes de arquitetura e de um psicólogo⁷⁵ para procederem à pesquisa, orientando-os sobre as questões e objetivos do trabalho e sobre os procedimentos a serem adotados em relação à abordagem do público-alvo. A quantidade de entrevistados prevista era de 400; entretanto, quarenta pessoas se recusaram a responder às questões. A pesquisa foi realizada durante o mês de maio e a primeira quinzena do mês de junho de 2006.

As variáveis que abordaram aspectos relativos ao perfil dos trabalhadores sem base fixa foram: sexo, ocupação/ramo de atividade, local de origem, tempo de deslocamento casa/trabalho e quantidade diária de horas trabalhadas. Questionou-se também sobre as condições em que são atendidas suas necessidades fisiológicas fora da residência e seu grau de satisfação a respeito.

A análise e a interpretação desses dados possibilitaram um entendimento da utilidade e importância da oferta do serviço de sanitários públicos pela municipalidade e da urgência de um alinhamento desse serviço público mais próximo das necessidades e expectativas dos usuários.

⁷⁵ As entrevistas foram feitas por dois estudantes de arquitetura, Olímpia Hélio Zeferino e Camila Alferes, da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Anhembi-Morumbi (Campus Vila Olímpia, rua Casa do Ator, 275) e pelo psicólogo Luís Couto, CRP nº 671424.

De acordo com Derani (2002, p. 66), um serviço público é toda atividade que responde a um interesse coletivo. De um modo geral, “os objetivos que caracterizam o serviço público em sentido estrito são: continuidade do serviço efetivo no tempo, universalidade geográfica da prestação (atender a todos em qualquer parte da sociedade); e equidade no tratamento dos usuários, compatível com as imposições financeiras, econômicas e sociais” (p. 67).

O poder público é o poder competente para dispor e gerir esses serviços e sua responsabilidade existe mesmo quando a execução é feita por particular (por exemplo, na terceirização da limpeza e manutenção dos sanitários públicos).

4.2.1 Resultado da pesquisa

Os Gráficos de 1 a 6 representam os resultados relativos às diversas atividades econômicas exercidas nas vias e logradouros da área central da cidade de São Paulo, o local de moradia do trabalhador sem base fixa, o tempo de deslocamento casa/trabalho, o sexo, a quantidade de horas de trabalho diário e o número de vezes que utiliza o sanitário público.

Gráfico 1. Atividades econômicas exercidas pelos entrevistados (360).

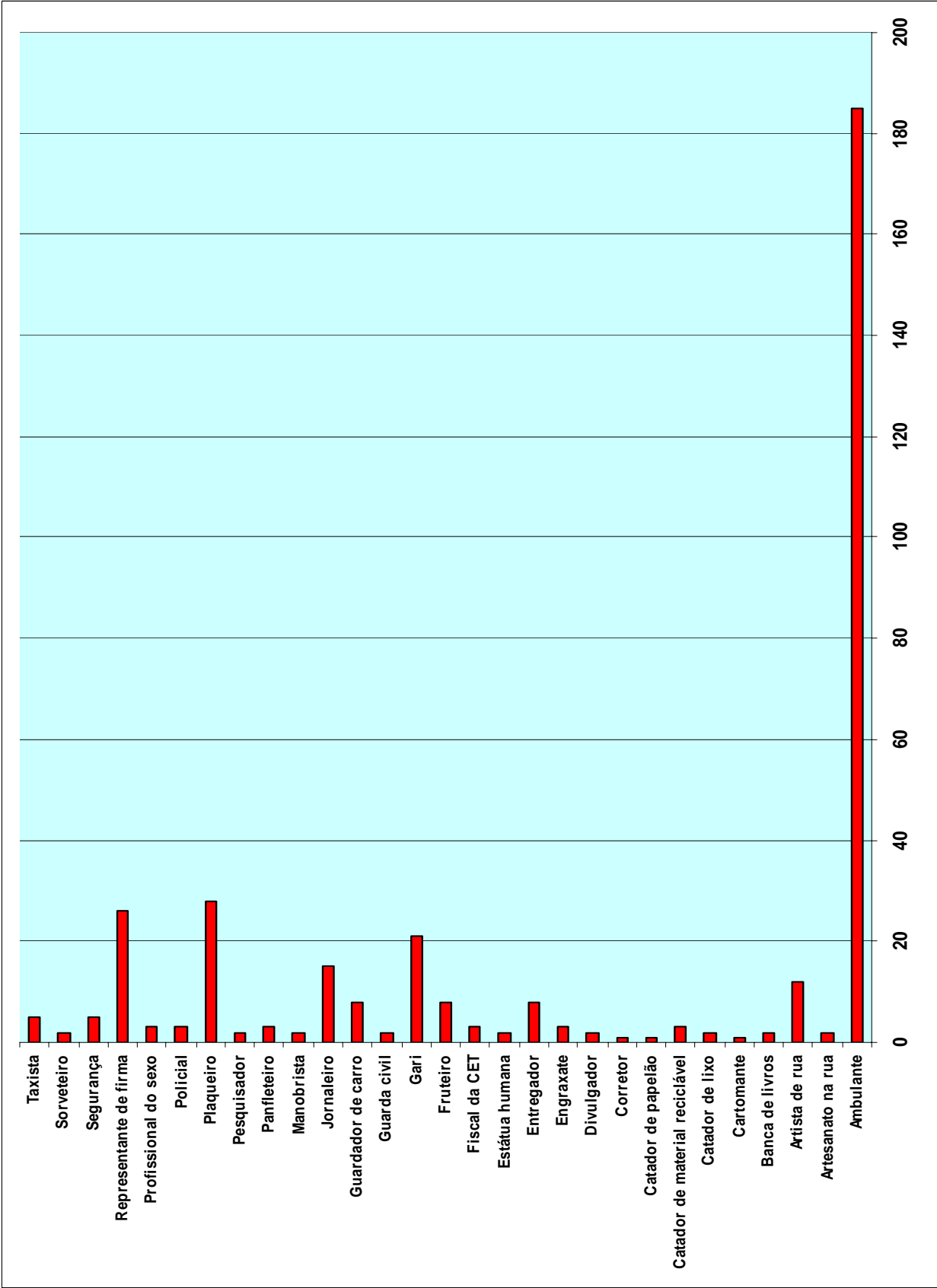


Gráfico 2. Distribuição dos entrevistados (360) por local de moradia.

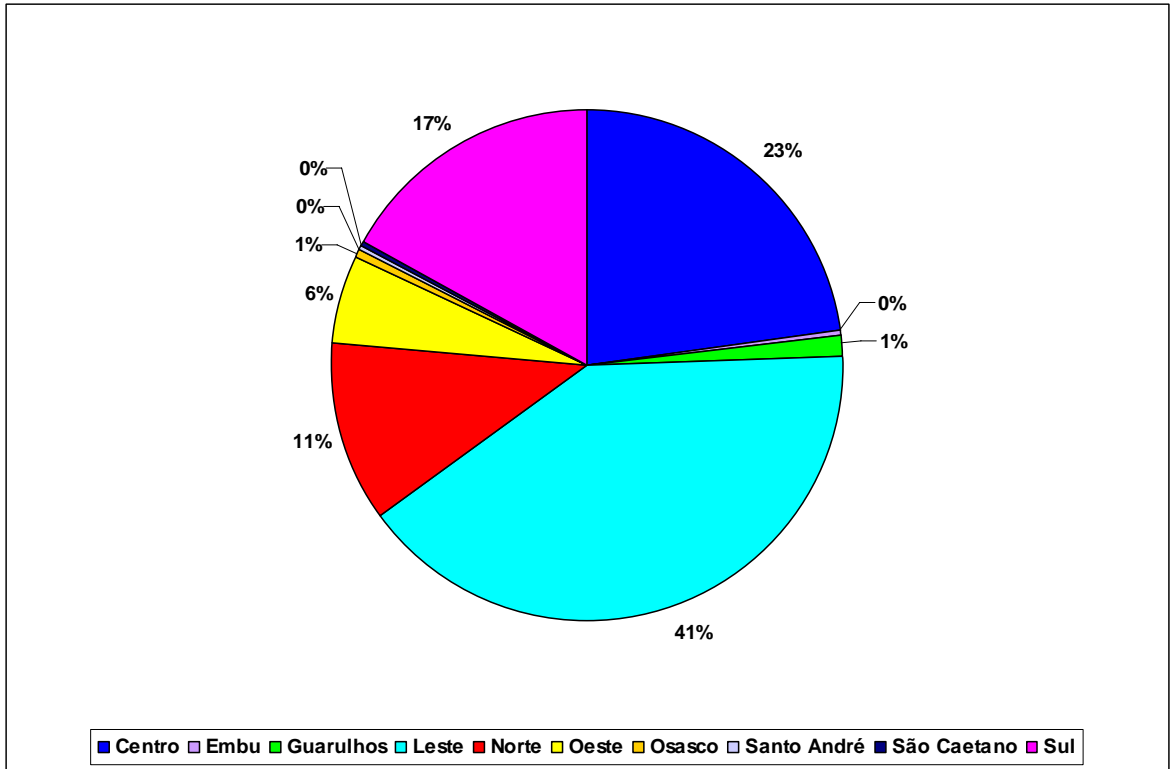


Gráfico 3. Tempo de deslocamento casa/trabalho (nº de entrevistados = 360).

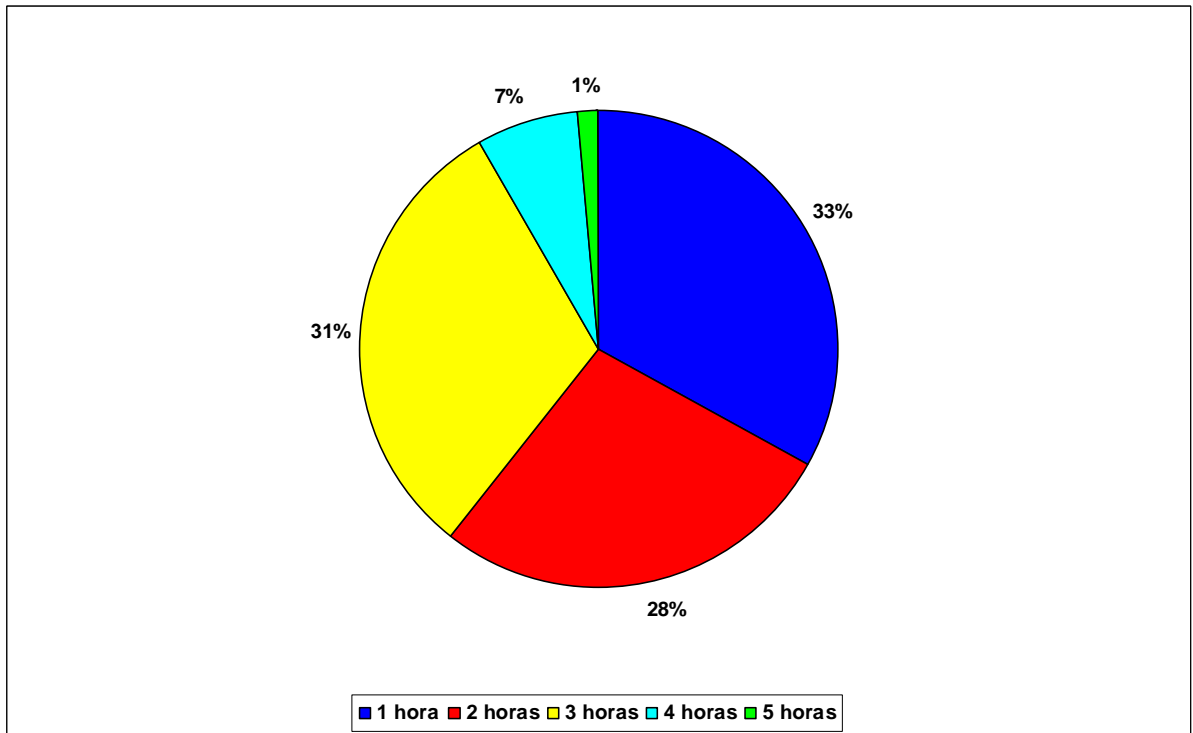


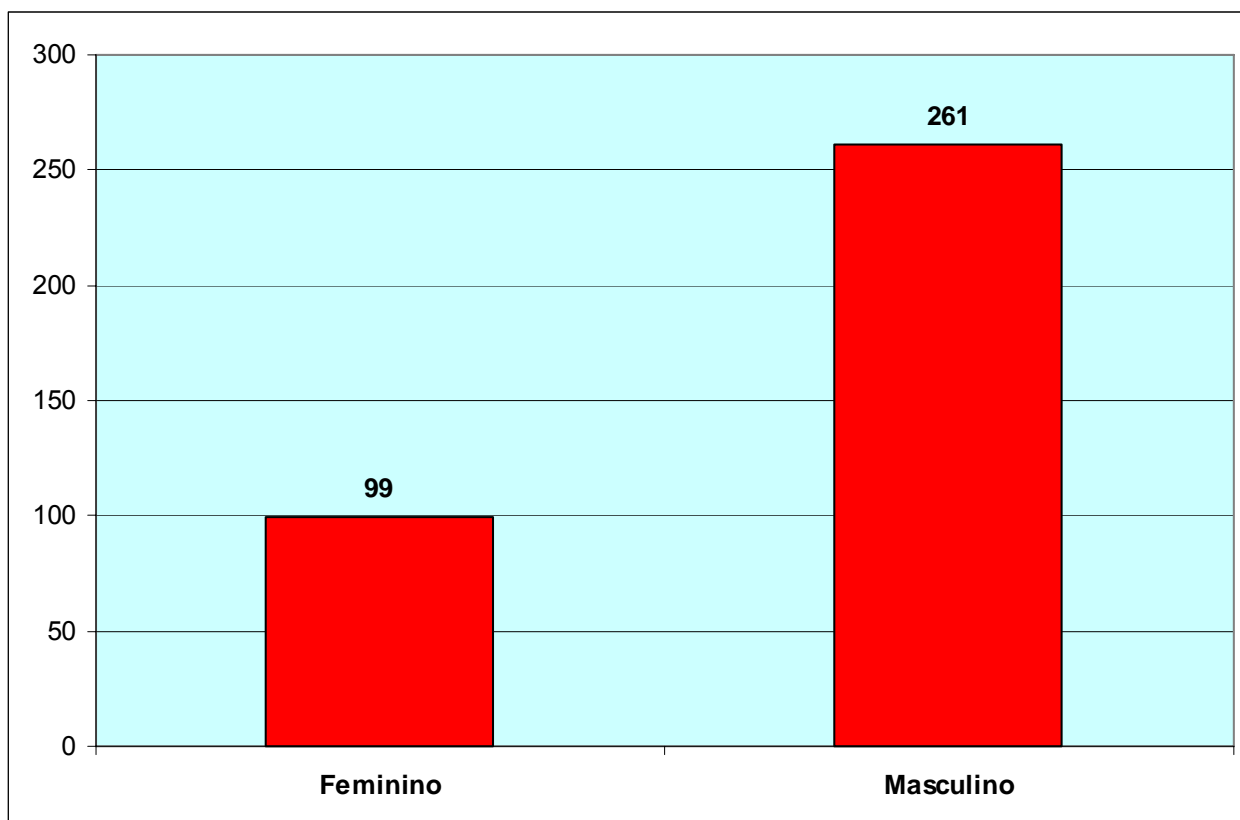
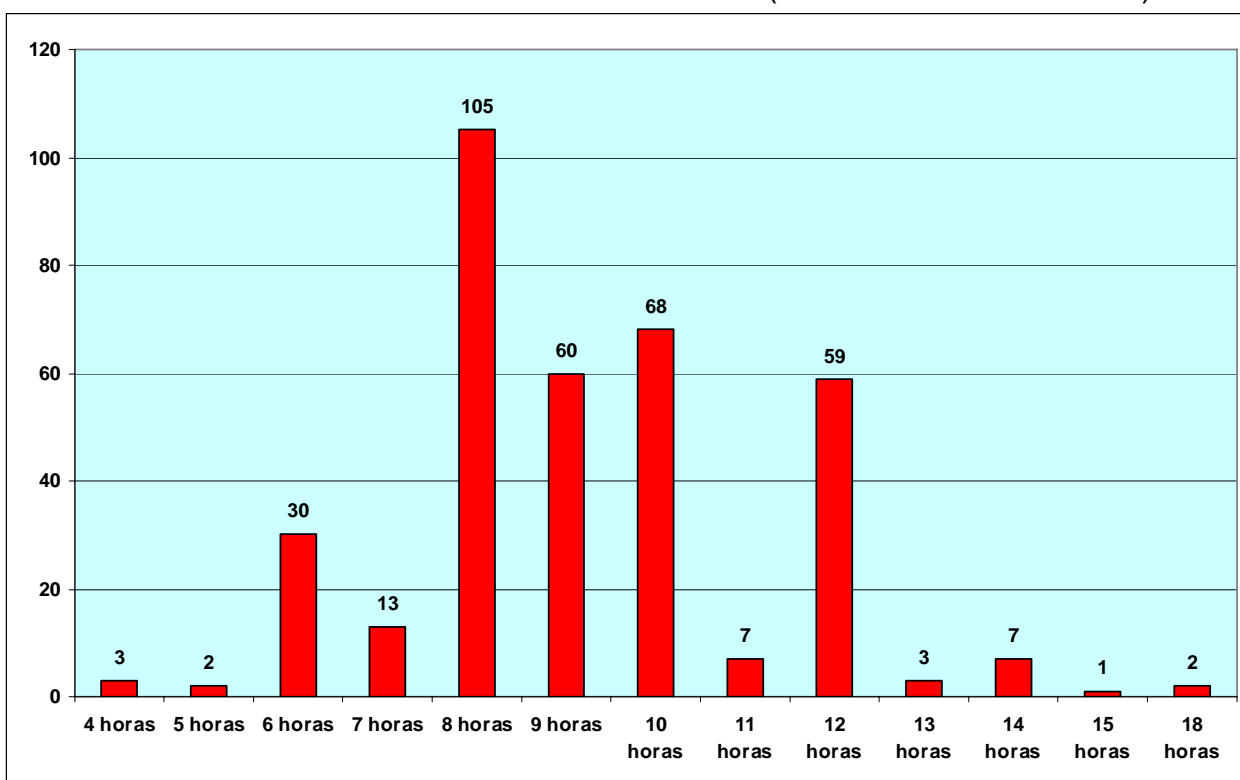
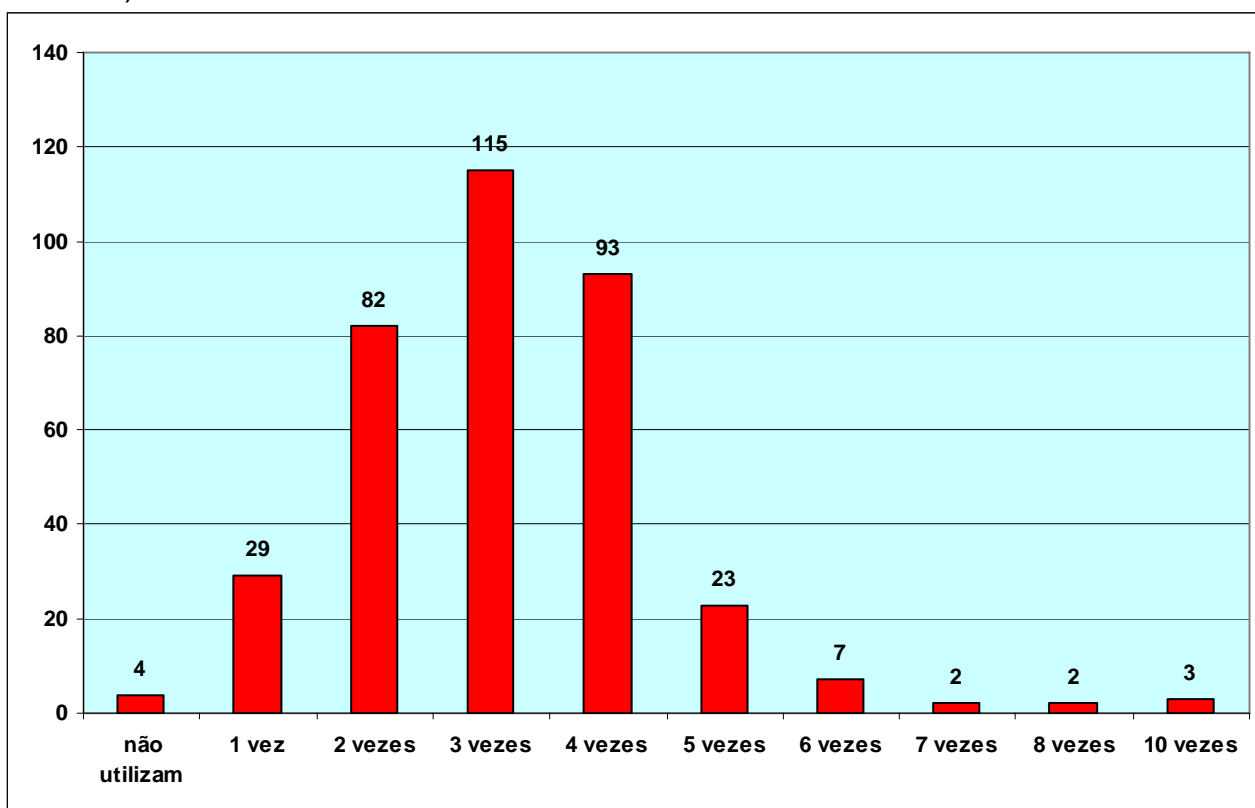
Gráfico 4. Distribuição por sexo dos entrevistados (360).**Gráfico 5.** Quantidade de horas de trabalho diário (nº de entrevistados = 360).

Gráfico 6. Número de vezes que utilizam o sanitário público/dia (entrevistados = 360).



O Gráfico 7 traduz os diferentes locais com sanitários públicos usados pela população-alvo; o Gráfico 8 apresenta os motivos que levam os entrevistados a utilizarem os sanitários públicos dos diferentes locais citados no Gráfico 7; o Gráfico 9 aponta os pontos negativos dos sanitários usados; e o Gráfico 10 mostra o resultado da avaliação dos sanitários freqüentados quanto aos quesitos apresentados no questionário.

Gráfico 7. Locais com sanitários públicos utilizados pelos entrevistados (360).

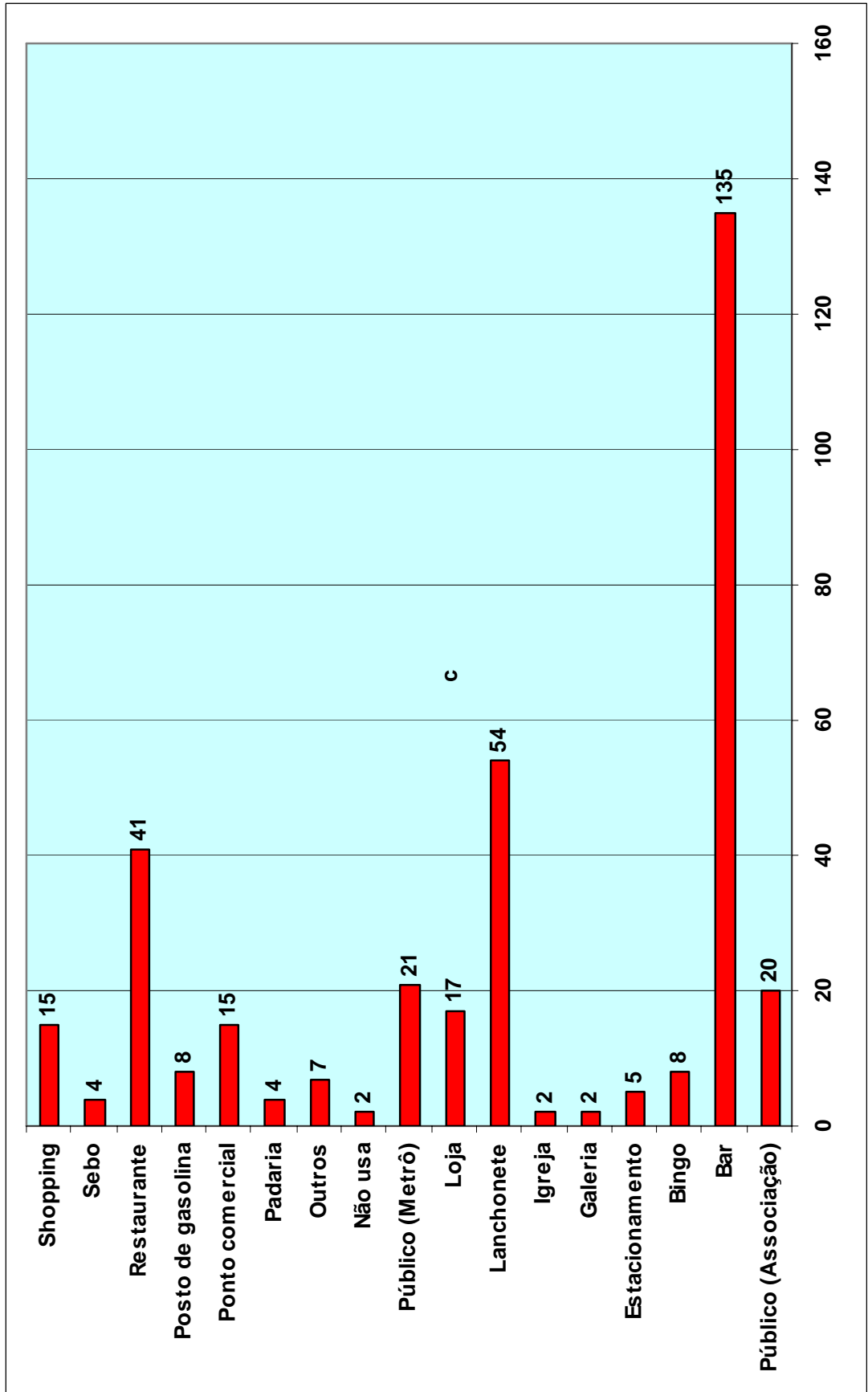


Gráfico 8. Fatores determinantes para uso dos sanitários públicos apontados no Gráfico 7.

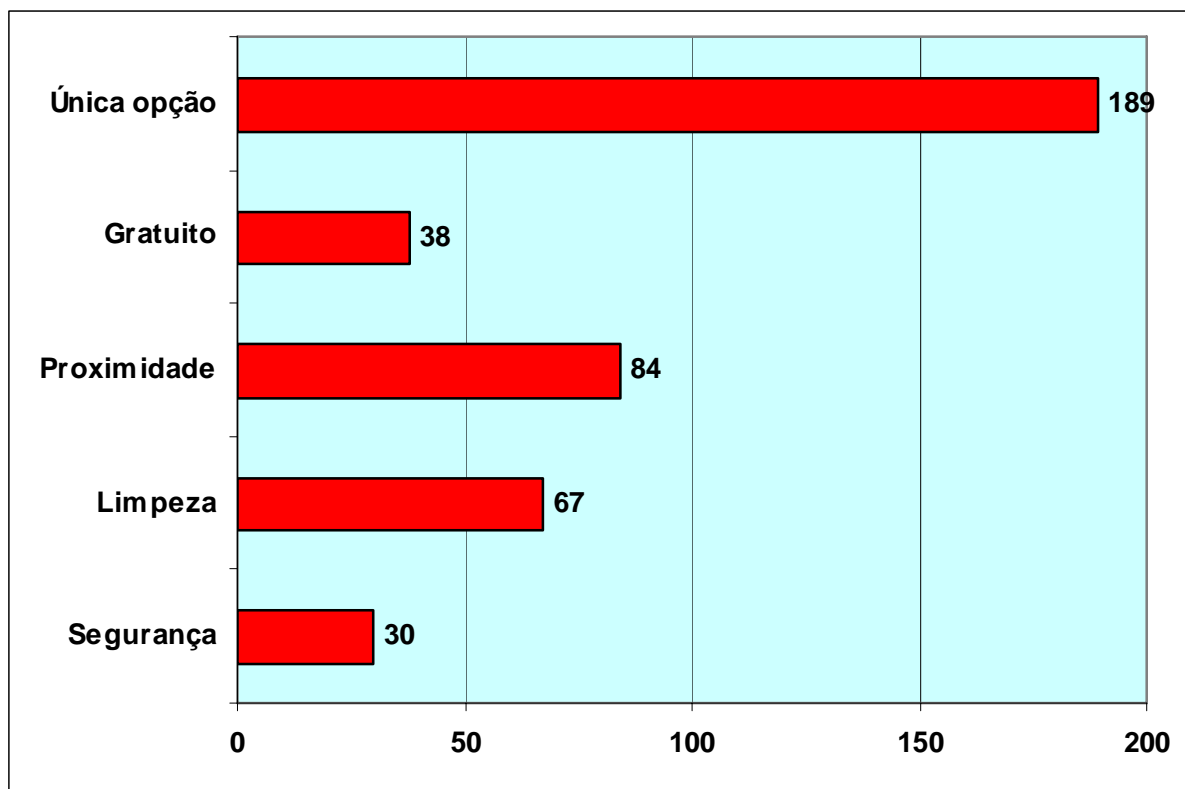


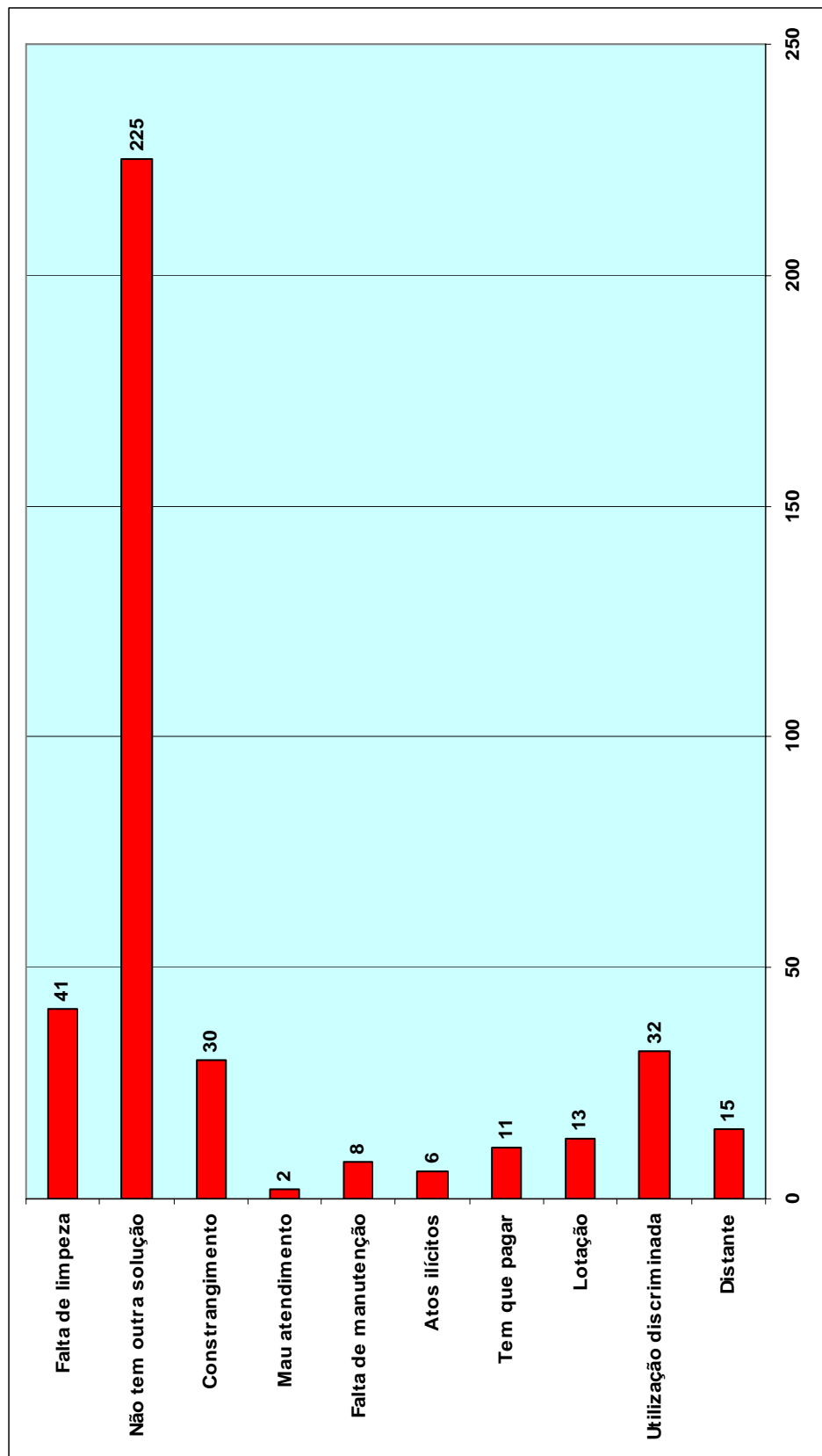
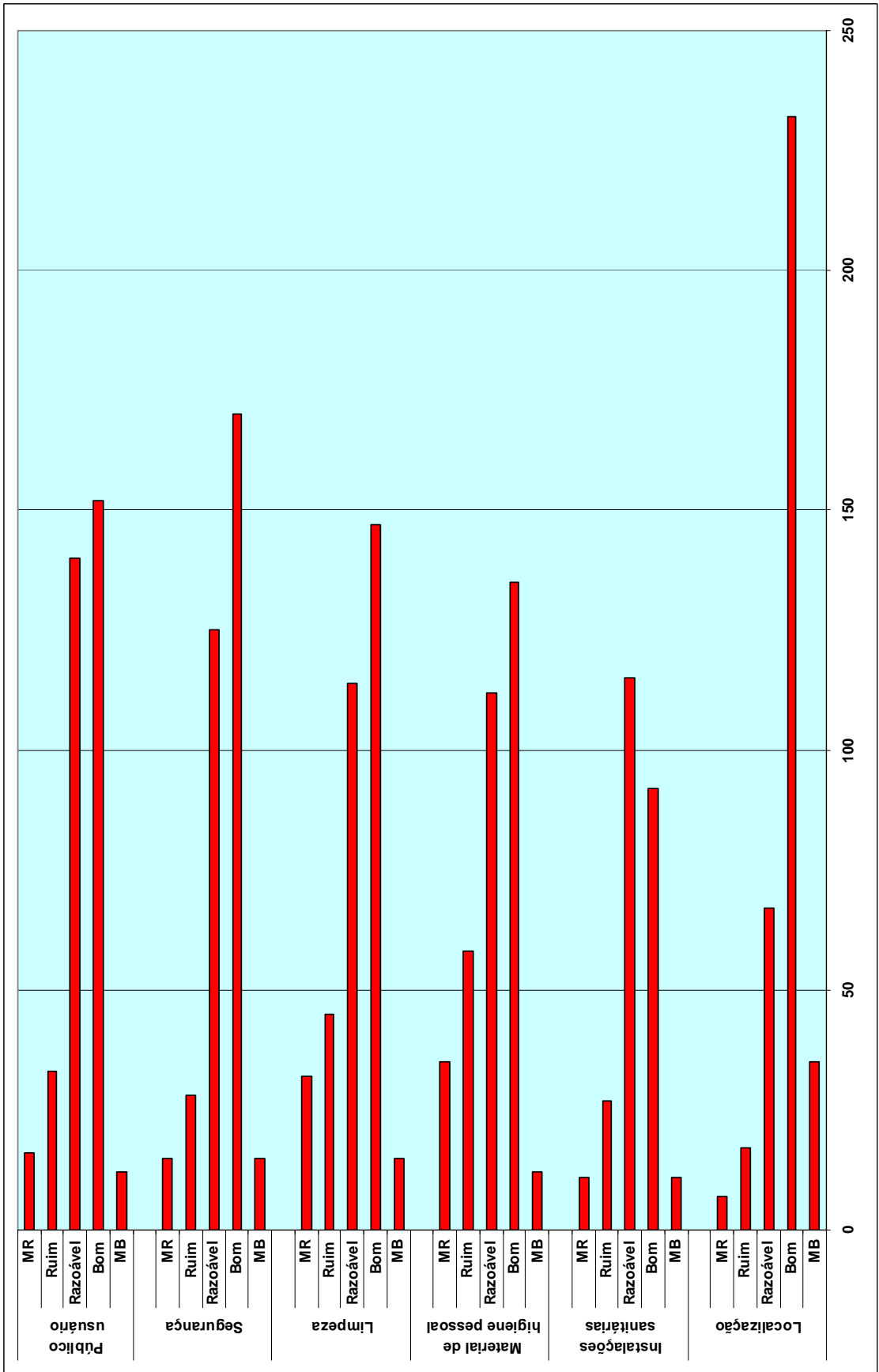
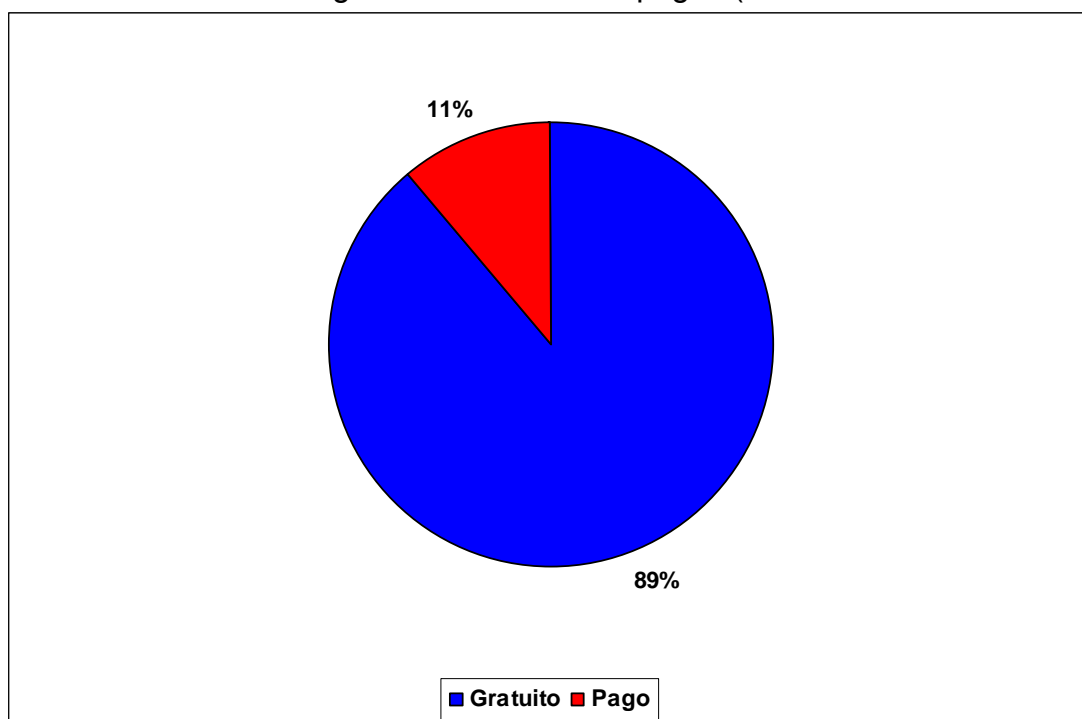
Gráfico 9. Pontos negativos dos sanitários usados.

Gráfico 10. Avaliação dos sanitários usados pelos entrevistados (=360).



No Gráfico 11 estão representados os tipos de sanitários quanto à cobrança ou não de taxa de uso; no Gráfico 12, são apontados os valores reais pagos pelo uso de sanitários públicos pelos entrevistados; no Gráfico 13, aponta-se a porcentagem de entrevistados que estariam dispostos a pagar pelo uso de sanitários públicos mantidos pela municipalidade; e no Gráfico 14, qual a quantia (em R\$) que estariam dispostos a pagar.

Gráfico 11. Sanitários gratuitos e sanitários pagos (nº de entrevistados = 360).



Obs.: Os 40 entrevistados (11%) que afirmaram pagar para utilizar um sanitário público desembolsam por esse serviço R\$ 0,42 em média.

Gráfico 12. Distribuição (em %) do valor pago para uso do sanitário público.

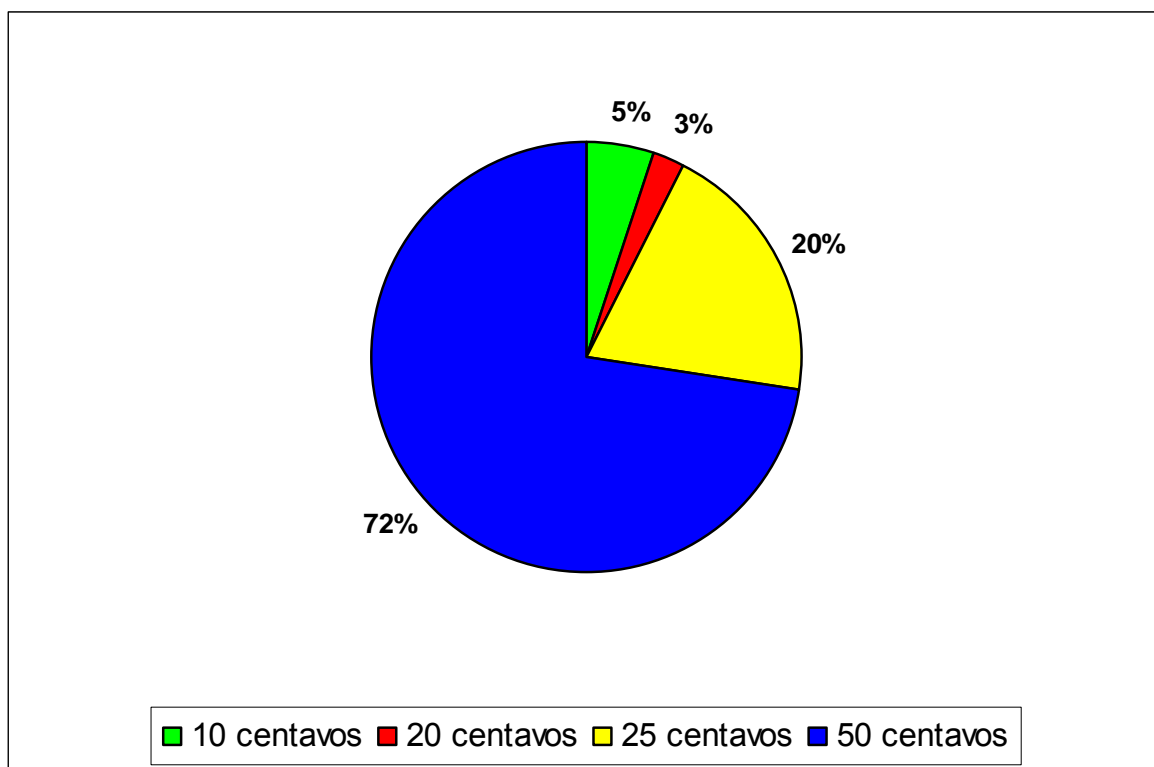
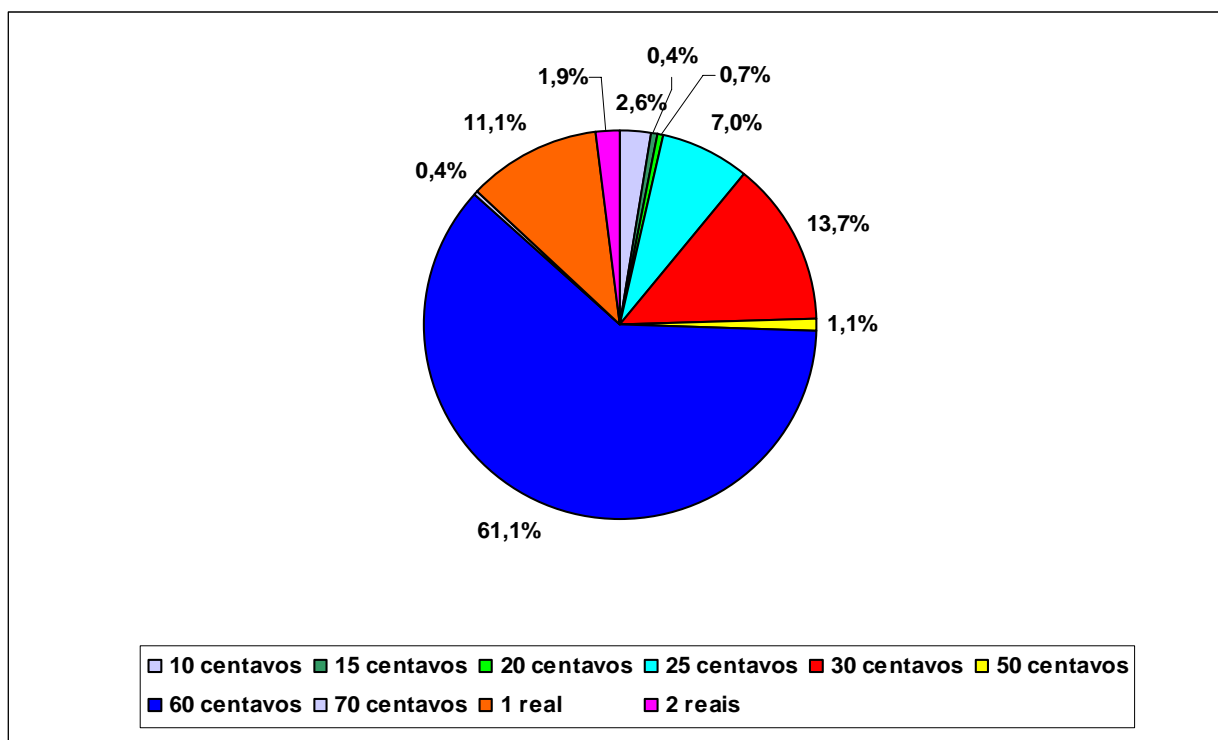
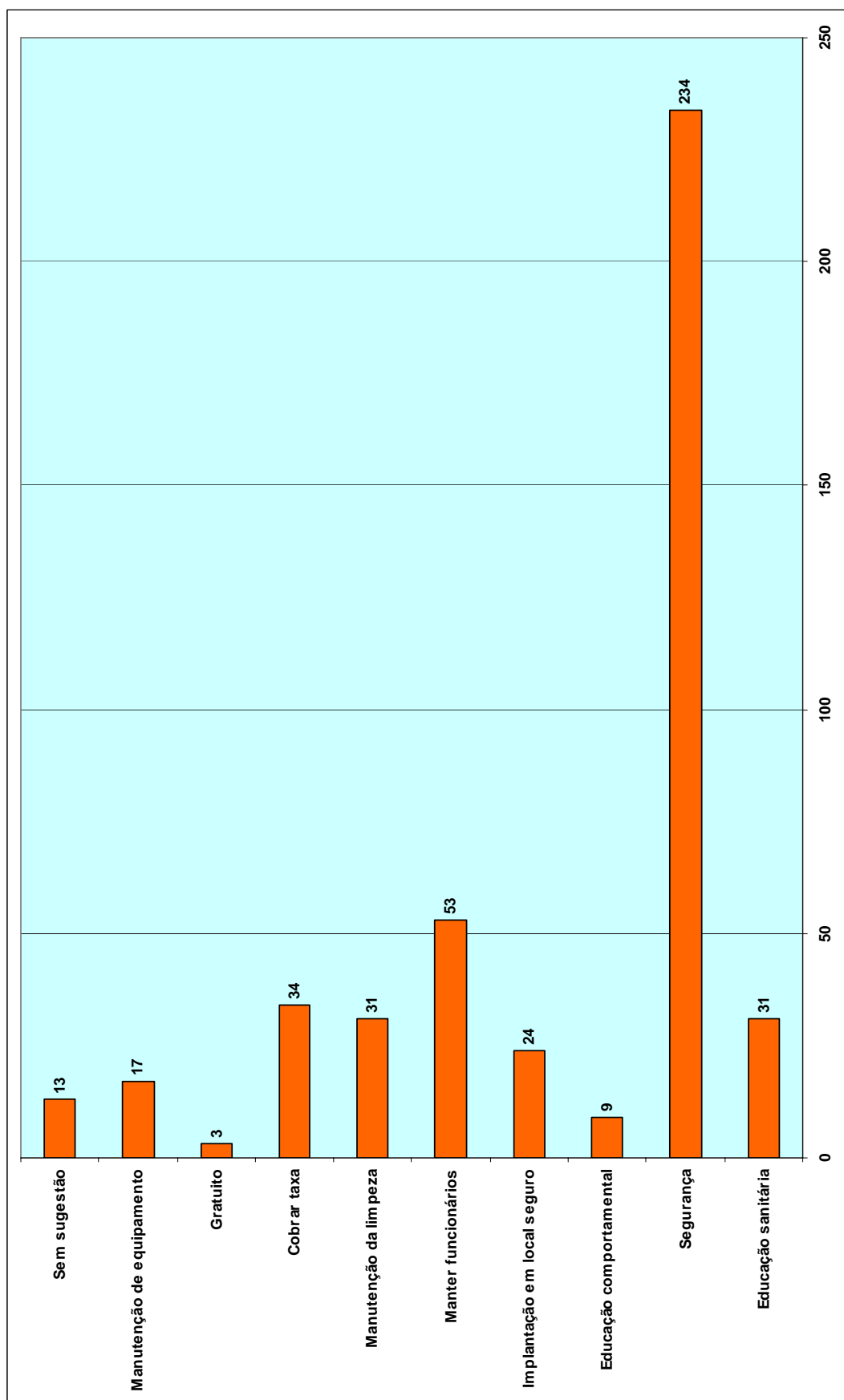


Gráfico 13. Porcentagem de entrevistados (360) que pagariam pelo uso de sanitários públicos municipais.



Gráfico 14. Valor que 75% dos entrevistados estariam dispostos a pagar.

Quanto às sugestões para adequação do serviço de sanitários públicos, os resultados podem ser observados no Gráfico 15.

Gráfico 15. Sugestões sobre a adequação do serviço.

4.2.2. Análise dos resultados

A maioria dos trabalhadores sem base fixa que atua na área central da cidade de São Paulo permanece mais de 11 horas por dia em suas vias e logradouros. Tal fato implica a necessidade do uso do sanitário público fora da residência.

Analisando os resultados da pesquisa, constatou-se que:

Entre os entrevistados, 31,94% declararam ter necessidade de utilizar o sanitário, pelo menos, três vezes ao dia. Desse total, 73% são trabalhadores do sexo masculino e 27% do sexo feminino.

Para a satisfação de suas necessidades fisiológicas, a população-alvo recorre aos sanitários públicos dos estabelecimentos comerciais que se encontram mais próximos do seu local de trabalho. Dentre os mais procurados, os bares, as lanchonetes e os restaurantes representam 63,89%.

A população-alvo procura utilizar sanitários públicos gratuitos. Nos locais onde se cobra pelo uso, a taxa varia de R\$ 0,10 a R\$ 0,50 (média de R\$ 0,42). Do total de entrevistados, 52,9% declararam que usam sanitários dos estabelecimentos comerciais por ser essa a única opção que têm e 26,3%, porque o sanitário fica próximo do seu local de trabalho. Os demais, ao escolherem um sanitário público, levam em conta a limpeza, a segurança e o fato de ser gratuito, nessa ordem de prioridades.

Os pontos negativos apontados nos sanitários públicos usados foram: falta de limpeza, discriminação, situações de constrangimento, destacando-se que o fato de não ter outra opção está representado por um universo de 62,5% dos entrevistados (225).

Em relação aos sanitários mais procurados – os de bares, lanchonetes e restaurantes – foi apontado como ponto positivo a prestação de serviço (entre boa e razoável); porém, a localização é o fator mais importante. A insatisfação ficou no plano das condições gerais das instalações sanitárias.

Em média, os entrevistados estariam dispostos a pagar R\$ 0,60 por taxa de ingresso em sanitários públicos limpos e seguros.

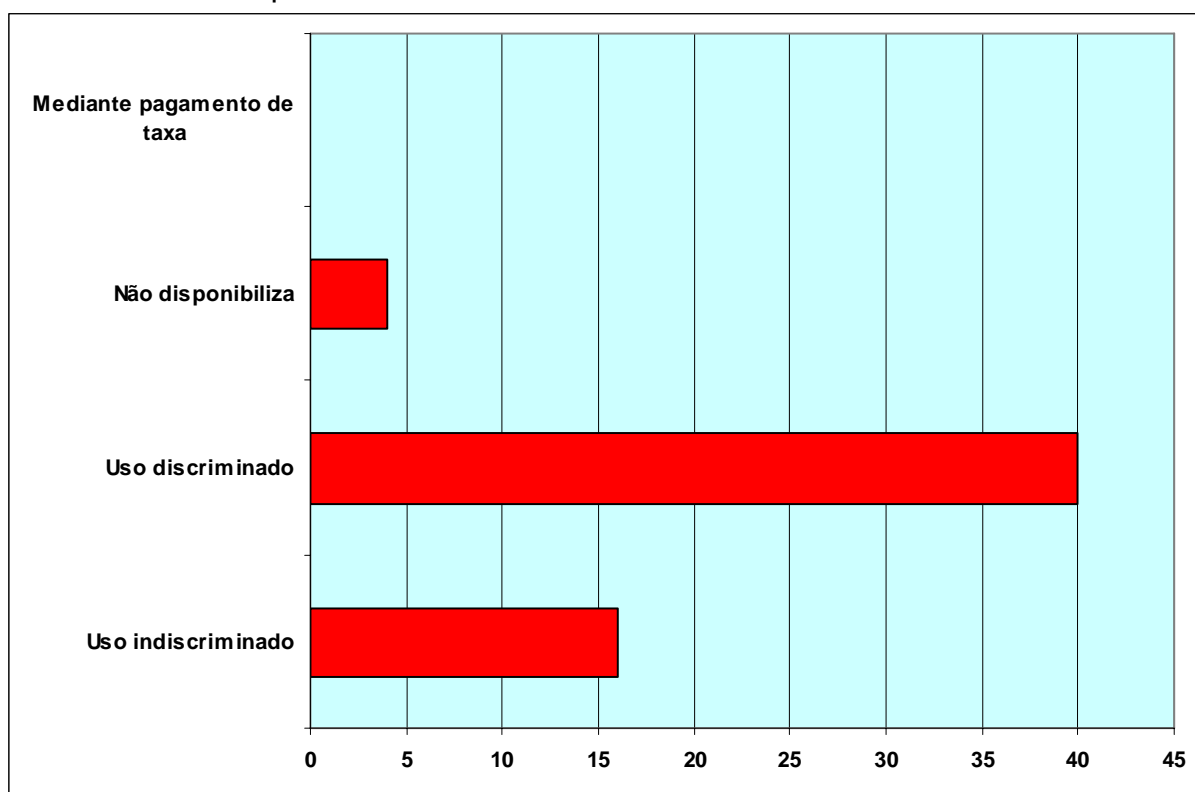
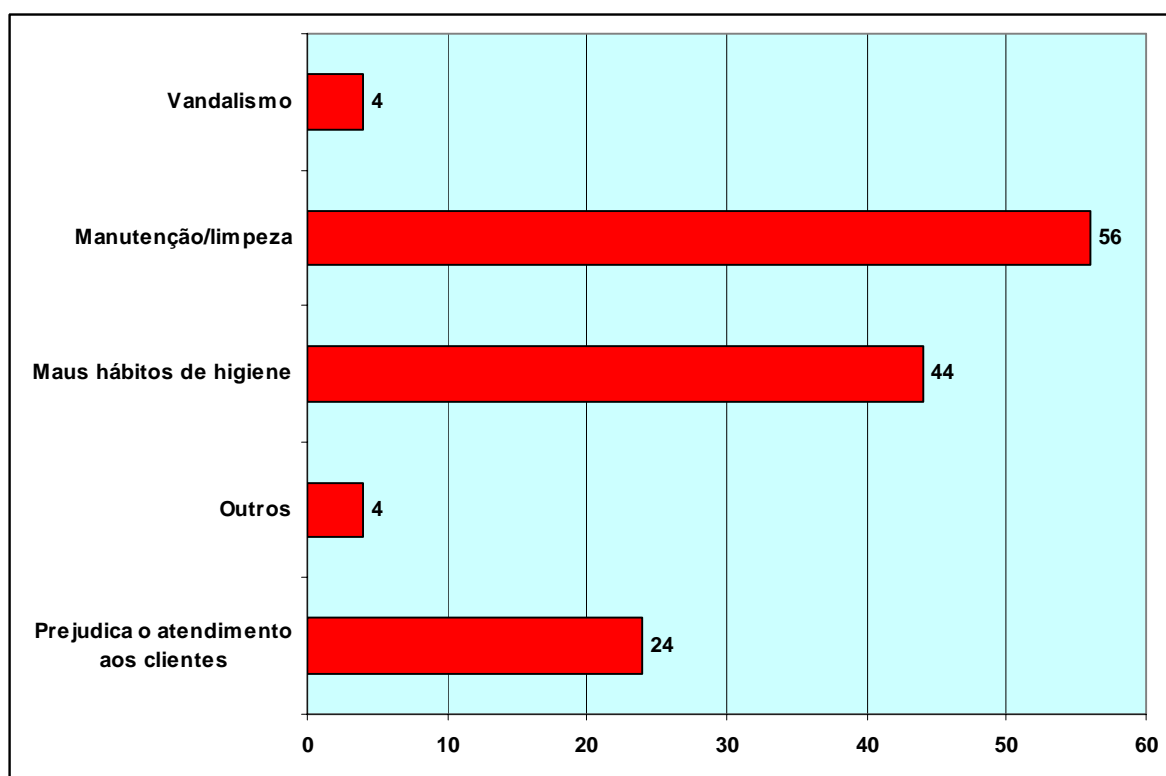
Na tentativa de avaliar a adequação do serviço de sanitários públicos e trazer elementos para uma ação municipal de qualidade frente às necessidades da população-alvo, foram solicitadas sugestões. Dentre elas, destacam-se:

Do total de entrevistados, 65% solicitou mais atenção à segurança; 17,22% sugeriu a promoção de campanhas de educação sanitária e a manutenção da limpeza; 15% recomenda a permanência de funcionários no local para manutenção constante; e 9,44%, a cobrança de taxa de uso.

Em relação ao item segurança, foi proposta a construção de novos sanitários públicos em locais mais adequados.

Como a população-alvo, em sua maioria, atende suas necessidades fisiológicas em estabelecimentos comerciais, colheu-se também o depoimento de seus proprietários, com a intenção de se conhecer sua opinião.

Como se pode observar nos Gráficos 16 e 17, a maioria deles disponibiliza o uso dos sanitários apenas para seus fregueses, o que implicitamente significa uma cobrança pelo serviço e uma restrição em relação ao tipo de usuário. Dentre os motivos alegados para isso, destaca-se o alto custo de manutenção desses equipamentos e maus hábitos de higiene dos usuários.

Gráfico 16. Disponibilidade dos sanitários de estabelecimentos comerciais.**Gráfico 17.** Motivos para restrição de uso dos sanitários nos estabelecimentos comerciais.

4.2.3 Informações complementares

A par dos dados resultantes das informações levantadas junto à população-alvo da pesquisa, foram colhidas informações importantes de ordem médica e de saúde pública e de ordem operacional, de manutenção e conservação, que servem ao propósito do trabalho. Compiladas de forma sucinta, estão expostas nos três subitens que se seguem.

4.2.3.1 De ordem médica e de saúde pública

Durante a realização da pesquisa, algumas pessoas relataram que costumam adiar ao máximo possível a ida ao sanitário. No pré-teste da pesquisa, uma senhora com cerca de 70 anos afirmou que evitava ingerir líquido e, principalmente, alimentos sólidos, para não ter que freqüentar os sanitários públicos.

Também ao se considerar o que já foi informado neste trabalho – uma pessoa usa, em média, de seis a oito vezes o vaso sanitário em um período de 24 horas – conclui-se que muitos dos entrevistados na pesquisa (63,89%, no Gráfico 6), freqüentam poucas vezes um sanitário público (até três vezes/dia), já que a maioria deles permanece mais de 11 horas fora da residência.

Face à gravidade dessas constatações, ouviu-se o depoimento do especialista em clínica médica, Dr. Wagner Fiori (CRM nº 20 918), para saber das conseqüências que a retenção da urina e das fezes pode trazer à saúde.

A contenção da urina e das fezes pode ser a causa de sérios problemas de saúde. Ao permanecerem muito tempo no corpo humano, facilitam processos infecciosos.

A bexiga é um órgão em forma de tubo revestido por um músculo, responsável pelo seu esvaziamento. Tem um sistema autônomo de controle, isto

é, que independe da vontade do indivíduo. Quando a bexiga atinge um volume de 200 ml a 400 ml, uma mensagem é enviada ao cérebro que ordena o relaxamento do esfíncter interno (continuação do músculo que envolve o canal da urina); abre-se, então, a "torneira", liberando a passagem de urina. O esfíncter externo, a segunda "torneira", responde à vontade do indivíduo, por isso é possível reter a urina. Com os esfíncteres relaxados – as "torneiras" abertas – o músculo da bexiga se contrai e a urina flui normalmente pelo canal. Mas quando essa musculatura está muito distendida, fica praticamente sem condições de segurar e acaba eliminando a urina sem nenhum controle.

Segurar a urina para não ter que usar sanitários públicos em condições inadequadas pode causar doenças nos rins e na bexiga.

A retenção de urina pode gerar incontinência urinária. Incontinência urinária é a perda involuntária de urina pelo canal uretral – o canal de passagem da urina. A incontinência de alto fluxo é decorrente da distensão exagerada da bexiga: a obstrução para a saída de urina e o grande volume urinário torna impossível sua retenção, ocorrendo perda freqüente de urina.

No intestino, o bloqueio dos estímulos do peristaltismo intestinal podem torná-lo atônico e provocar uma constipação intestinal (intestino preso), que, perdurando por muito tempo, dilata o colo do intestino, formando um megacolo, que é capaz de armazenar sete a oito litros de fezes. O indivíduo passa, então, a ter estímulos peristálticos a cada sete a dez dias, que, muitas vezes, evolui para doenças intestinais do colo.

Também a alta incidência de infecção por parasitas intestinais, relacionada a maus hábitos higiênicos, é um dos graves problemas de saúde a serem enfrentados pelo poder público. Maus hábitos higiênicos estão diretamente relacionados a questões socioeconômicas e culturais.

As pessoas, em sua grande maioria, desconhecem tais informações e, desse modo, só vão se inteirar dessas conseqüências nefastas quando estiverem sofrendo algum tipo de doença dessa natureza. É de vital importância que esses esclarecimentos sejam prestados à população, através dos meios de comunicação disponíveis – rádio, televisão, jornais, revistas –; por intermédio de

programas de saúde nas escolas, creches, associações; e por campanhas governamentais de saúde e higiene pública.

4.2.3.2 De ordem operacional, de manutenção e conservação

Para saber quais os problemas enfrentados pelos que atuam diretamente na limpeza e conservação dos sanitários públicos, reuniu-se o parecer de funcionários de empresas que prestam esse tipo de serviço.

- Funcionário do Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Prestação de Serviços de Asseio e Conservação e Limpeza Urbana de São Paulo – Siemaco-SP

Principais dificuldades no desempenho do seu trabalho em sanitários mantidos pela municipalidade: não tem autoridade para impedir atos de vandalismo e prostituição; ressentir-se da falta de serviço de vigilância e segurança (não há ronda policial efetiva e permanente) para prevenir atos de agressão e desrespeito por parte dos usuários; maus hábitos de higiene da população dificultam a manutenção da limpeza e condições adequadas de uso.

- Funcionários das empresas prestadoras de serviços de limpeza (Monte Azul e Dimax)

A Monte Azul foi contratada pela Prefeitura (Subprefeitura Sé) para operar os sanitários do Anhangabaú e República. O contrato de um ano, assinado em setembro de 2004, foi rescindido em março de 2005, por causa dos constantes atos de vandalismo, com danificação das instalações e equipamentos, de roubo e prostituição. Depois de várias tentativas, os funcionários passaram a se recusar a trabalhar em condições tão adversas, sem segurança efetiva e constante e sofrendo represálias.

As instalações sanitárias do terminal Bandeira é administrado pela SPTrans com a colaboração da empresa Dimax. Problemas: maus hábitos de

higiene dos usuários, furto de peças e equipamentos, pichações, prostituição, inexistência de segurança e vigilância. Sugestões: campanhas educativas de higiene pessoal e pública, distribuição de folhetos de esclarecimento sobre os sanitários públicos (uso e manutenção), serviço de vigilância e segurança constante e ostensiva, instalação de catracas para inibir atos de vandalismo, instalação de equipamentos para medidas de emergência e socorro.

- Funcionário da Subprefeitura Sé, responsável pelos sanitários

Principais problemas apontados que causaram o fechamento de sanitários públicos da Subprefeitura Sé: atos de vandalismo, prostituição, furto e danos aos equipamentos, que passaram a representar um custo elevado de manutenção. Está em andamento proposta de instalação de sanitários públicos automáticos *hi-tech* (custo unitário entre R\$ 150.000,00 e R\$ 300.000,00), a cargo de empresas privadas, em diversos pontos da área central da cidade, inclusive na Praça da República, que passa atualmente por um processo de reurbanização.

4.2.3.2.1 A modalidade de terceirização de serviços

A par das dificuldades encontradas pelos trabalhares que atuam nessa área, cabe discorrer sucintamente sobre o modelo terceirizado de prestação de serviços, ingressante no Brasil por meio das multinacionais do setor automotivo, em um cenário recessivo, a partir da segunda metade do século XX. Giosa (*apud* VIEIRA e FURTADO, 2006, p. 118) aponta a terceirização como um meio que amenizou o impacto da recessão e do desemprego brasileiros, por ter fomentado a criação de novas empresas, com conseqüente oferta de mão-de-obra.

Com o Decreto-Lei nº 200, de 25/7/1967, que trata da descentralização, abriu-se essa possibilidade para a administração pública, bem definida no art. 10, § 7º desse documento:

§ 7º. Para melhor desincumbir-se das tarefas de planejamento, coordenação, supervisão e controle com o objetivo de impedir o crescimento desmesurado da máquina administrativa, a Administração

procurará desobrigar-se da realização material de tarefas executivas, recorrendo, sempre que possível, à execução indireta, mediante Contrato, desde que exista, na área, iniciativa privada suficientemente desenvolvida e capacitada a desempenhar os encargos de execução.

A terceirização é lícita ao tratar de serviços que não constituem a atividade-fim da empresa, ou seja, de suas atividades secundárias. Para Furtado e Vieira (2006, p. 125-136), “um grave erro conceitual se refere ao próprio conceito de terceirização: para muitos, terceirizar significa simplesmente contratar mão-de-obra para executar tarefas definidas. Na realidade, terceiriza-se os serviços exigindo-se muito profissionalismo por parte da empresa, por intermédio do gestor/fiscal do contrato”.

Quanto à questão da possibilidade de vínculo empregatício dos terceirizados aos quadros do serviço público, o Enunciado nº 331, do Tribunal Superior do Trabalho (TST), no seu Inciso III, assim institui a respeito do serviço objeto deste estudo:

III – Não forma vínculo de emprego com o tomador a contratação de serviços de vigilância (Lei nº 7.102, de 20/6/1983), de conservação e limpeza, bem como a de serviços especializados ligados à atividade-meio do tomador, desde que inexistente a personalidade e a subordinação direta.

Vários cargos, antes exercidos por servidores públicos concursados, estão gradativamente sendo terceirizadas, à medida que são extintos do quadro de pessoal, total ou parcialmente.

De posse dessas informações, vale a pena fazer alguns questionamentos a respeito desse modelo de prestação de serviços, tais como: qual o papel da administração pública quando da contratação desses trabalhadores? Como conviver de forma harmoniosa e proveitosa com esses novos “agregados” ao ambiente de trabalho? Como evitar a pessoalidade nos relacionamentos? Como se comportar um gestor/fiscal que constata um serviço ou conduta totalmente inadequados e que precisam imediatamente ser revistos, diante da não-subordinação desse profissional às suas ordens? Como eles poderão contribuir para a atividade-fim de determinado setor público, se o que caracteriza o seu trabalho é a impessoalidade e podem ser substituídos a qualquer momento? Por exemplo, supondo-se a prestação de serviços de limpeza de sanitários públicos de praças, parques, ruas, onde estão se desenvolvendo

projetos de conscientização do uso desses locais, qual a orientação para a atuação desses prestadores de serviço?

Esses questionamentos parecem ser importantes em qualquer administração que queira exercer de forma saudável e proveitosa seu trabalho, seja ela pública ou privada.

4.3 A experiência de outros gestores

As condições dos poucos sanitários públicos localizados na área central da cidade e afetos ao governo municipal (Subprefeitura Sé), elucidadas no Quadro 7, apontam para uma realidade de descaso no tratamento das políticas públicas voltadas para o tema.

Como apresentar sugestões para a reversão desse quadro conjuntural de má prestação de serviços públicos referentes a sanitários na região central da cidade? Existem experiências bem sucedidas no tratamento desses serviços em outros setores? Podem elas ser aproveitadas para orientar políticas públicas sobre o tema?

Para se tentar responder a essas questões e se apresentar algumas sugestões viáveis para a questão, buscou-se conhecer um pouco do trabalho de algumas empresas de significância em termos de atendimento ao público, como a Companhia do Metropolitano de São Paulo, o Serviço Social do Comércio e a empresa Petróleo Brasileiro S.A.

4.3.1 Companhia do Metropolitano de São Paulo (Metrô)

O Metrô é uma sociedade de economia mista (portanto, regida por normas aplicáveis às empresas privadas e sujeita ao regime das

sociedades anônimas), vinculada à Secretaria estadual dos Transportes Metropolitanos (STM).

Possui 60,5 km de extensão em quatro linhas e 54 estações. As linhas 1-Azul (Jabaquara-Tucuruvi)⁷⁶, 2-Verde (Imigrantes-Vila Madalena) e 3-Vermelha (Corinthians-Itaquera-Palmeiras-Barra Funda) funcionam todos os dias, inclusive aos sábados, domingos e feriados, a partir das 4h40min e possuem diferentes horários de fechamento em cada estação. Para quem deseja transferir-se de linha, o horário limite de embarque na linha de bloqueios é 24h. A Linha 5-Lilás (Capão Redondo-Largo Treze) opera de segunda a sábado, exceto nos feriados, das 4h40 às 24h. O sistema está integrado à CPTM nas estações Brás, Palmeiras-Barra Funda, Tatuapé, Corinthians-Itaquera e Santo Amaro e a outros meios de transporte na cidade de São Paulo.

Transporta, diariamente, cerca de 2,7 milhões de passageiros.

Os sanitários públicos do Metrô foram projetados e construídos apenas em estações de grande movimento ou com terminais de ônibus, para atender às necessidades dos usuários da integração metrô-ônibus e ônibus/metrô e daqueles que estão sujeitos a percursos longos e/ou esperas. Assim sendo, esses equipamentos estão localizados em áreas de acesso livre ao público (plantas dos sanitários podem ser visualizadas no Anexo B).

Há cerca de quatro anos, o Metrô terceirizou a operação dos sanitários para o público como forma de controle aos atos de vandalismo, praticados principalmente por não-usuários (marginais, moradores de rua, etc.), que se instalavam nas imediações das estações e faziam uso contínuo e indevido desses equipamentos.

Contudo, diante dos muitos problemas enfrentados com a oferta desse serviço, o Metrô resolveu que, nas futuras estações, não serão disponibilizados sanitários de acesso livre ou pagos, mas, sim, sanitários de uso controlado, para uso apenas em casos de emergência. É preciso se confrontar tal medida com o

⁷⁶ Primeira linha do metrô paulistano, a 1-Azul, anteriormente chamada de Linha Norte-Sul, foi inaugurada em 14 de setembro de 1974.

que determina o Código Sanitário do estado de São Paulo (Lei 10.083, de 23 de setembro de 1998), em sua Seção IV, Artigo 215 – “Os aeroportos, estações rodoviárias, ferroviárias, portuárias e estabelecimentos congêneres deverão atender os requisitos mínimos seguintes: [...] Artigo 216 – As instalações sanitárias serão separadas, para o pessoal de serviço e para uso do público, e satisfarão às seguintes exigências: [...] II – as de uso público serão separadas, para cada sexo, com acessos independentes [...]”.

Quanto aos sanitários já em funcionamento, o Metrô estabeleceu uma política de atuação para minimizar as ações de vandalismo e de mau uso, adotando as seguintes medidas: redução das áreas existentes, eliminação de nichos (demolição de algumas paredes), para evitar ocupação e usos indevidos; substituição das divisórias por portas de boxes, com a garantia de um vão na parte inferior da porta; e mictórios de porte individual (pequenos compartimentos isolados por paredes um do outro, com entradas independentes).

A empresa realiza pesquisas de avaliação dos seus serviços e disponibilizou consulta de opinião dos usuários sobre a cobrança dos sanitários públicos (de 1999), inserida no Anexo B deste trabalho.

Na região delimitada para este estudo (centro de São Paulo), o Metrô oferece sanitários gratuitos nas estações Sé, República, Marechal Deodoro e Pedro II, abertos das 6h às 21h; e sanitários pagos (taxa de ingresso de R\$ 0,50) na estação São Bento, administrados pelo *Boulevard* São Bento, abertos de 2^a a 6^a, das 10h às 22h. As questões mais graves enfrentados nesses locais são os atos de vandalismo e prostituição. Segundo funcionário do Metrô do setor operacional, responsável pelos sanitários, algumas das sugestões para solução desses problemas são: manutenção permanente de funcionário de limpeza, ronda constante dos agentes de segurança do Metrô e, quando necessário, reforço policial; proposta de modificações no *layout* dos sanitários para diminuir, ao máximo, espaços ociosos que favoreçam os atos de vandalismo e prostituição; redução da quantidade de vasos sanitários, induzindo o uso em curto espaço de tempo.

4.3.2 Serviço Social do Comércio (Sesc)

O Sesc é uma instituição privada, sem fins lucrativos e de âmbito nacional. Na Capital, tem 14 unidades, nas quais são desenvolvidas atividades socioculturais, direcionadas aos associados (comerciários) e ao público em geral.

A política de uso das instalações sanitárias é comum a todas unidades. Para elucidá-la, tomou-se como exemplo para este trabalho a unidade do Sesc Vila Mariana (rua Pelotas nº 141, telefone: 5080-3000), que tem capacidade de atendimento de 6.000 pessoas/dia e por onde passam aproximadamente 3.000 pessoas por dia (dados de ago. 2006).

A respeito das instalações sanitárias ali existentes, o funcionário responsável pela manutenção da unidade e dos 50 sanitários, que estão distribuídas por todo o prédio (23.634,40 m² de área construída), informou que o acesso a tais dependências é livre: são franqueados aos usuários, a todo e qualquer pedestre, bem como aos funcionários, pois estes não têm sanitários privativos.

Os sanitários têm serviço de limpeza e manutenção constantes, assim como todas as demais dependências da unidade. Segundo o mesmo funcionário, esse é um dos fatores que inibem depredações, furtos ou maus hábitos de higiene.

Uma ronda permanente é também outro fator que impede atos de vandalismo. Caso ocorram, a equipe de segurança (“patrulheiros”) é treinada para ações mais educativas que punitivas – o infrator é advertido e compelido a alguma ação reparadora. O serviço de vigilância é complementado com o olhar dos funcionários, que são usuários das mesmas instalações sanitárias: quando se deparam com algo irregular, acionam o pessoal da limpeza, da manutenção ou da segurança.

4.3.3 Petróleo Brasileiro S.A. (Petrobras)

A Petrobras é uma empresa de economia mista, sob controle da União. Segundo o parágrafo 3º de seu estatuto, “[...] tem como objeto a pesquisa, a lavra, a refinação, o processamento, o comércio e o transporte de petróleo [...], de seus derivados, de gás natural e de outros hidrocarbonetos fluidos, além das atividades vinculadas à energia [...]”.

Uma de suas subsidiárias, a Petrobras Distribuidora, possui mais de 7.200 postos de serviços em todo o território nacional. Em 2002, preocupada em oferecer ao público um atendimento de qualidade⁷⁷, criou o Programa Banheiro Limpo, um projeto para ajudar seus clientes (urbanos e rodoviários) a manterem de forma apresentável a instalação sanitária dos postos.

Em 2003, o Programa Banheiro Limpo contava com mais de 1.840 postos participantes em todo o país. Além dos 19 quesitos⁷⁸ exigidos pelo Programa (limpeza, abastecimento, odores, qualidade dos equipamentos e materiais empregados na construção da instalação sanitária, iluminação, ventilação e manutenção), alguns proprietários instalaram, por iniciativa própria, ar-condicionado, válvulas eletrônicas para descarga, torneiras de acionamento automático e odorizadores elétricos. Para garantir a manutenção desse padrão de qualidade, profissionais treinados cuidam das instalações 24 horas por dia.

Todas essas iniciativas acabaram com as depredações e furtos. Além disso, os sanitários limpos aumentaram o movimento e expandiram os lucros. De acordo com levantamento feito pela empresa, 87% dos clientes que vão aos postos participantes do Programa acabam consumindo algum tipo de produto, seja na pista, seja na loja de conveniência. Ao contrário, em estudo feito pela empresa, cerca de 32% dos clientes (urbanos e rodoviários) que ficam

⁷⁷ Em pesquisa realizada com usuários dos postos Petrobras, 75% dos entrevistados associaram higiene à qualidade dos outros serviços prestados no estabelecimento comercial.

⁷⁸ Equipamentos e acessórios: porta-sabão líquido, porta-toalha de papel, espelho, cesto de lixo, porta-papel higiênico, assento com tampa no vaso sanitário; aspectos gerais: visualmente limpo, abastecido, sem odores, piso/parede lavável, descargas e torneiras funcionando, iluminação funcionando, ventilação funcionando, porta de boxes e reservados com trancas, piso seco, sem goteiras/vazamentos.

insatisfeitos com as condições sanitárias do posto não voltam mais ao estabelecimento.

O custo médio mensal para manter uma instalação sanitária de qualidade em bom estado, usando funcionários do posto para a limpeza e a reposição de suprimentos, é de cerca de R\$ 100,00, segundo o responsável pelo Programa, Sérgio Calvet (coordenador de Imagem de Postos). Mais informações sobre essa iniciativa da Petrobras estão inseridas no Anexo C deste trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora sejam relevantes as experiências positivas do Sesc e da

Petrobras, há sempre certo constrangimento em se freqüentar um local somente para o uso de suas instalações sanitárias. No caso da Petrobras, geralmente o usuário está em deslocamento (de carro, ou de outro meio de transporte, coletivo ou não) e consumirá algum produto (gasolina, alimentos, revistas, etc.). Já os sanitários do Sesc são geralmente utilizados por freqüentadores de suas unidades. A experiência do Metrô acaba por se mostrar mais próxima deste estudo em termos de localização e uso dos seus sanitários.

Com os dados obtidos por meio da pesquisa e o relato de experiências de gestão desses equipamentos pela Companhia do Metropolitano de São Paulo, pelo Serviço Social do Comércio e pela companhia Petróleo do Brasil S.A., bem como da exposição de profissionais atuantes nessa área e na de saúde, foi possível levantar algumas considerações e sugestões:

1. O poder público municipal não atende a demanda de sanitários públicos nas vias e logradouros circunscritos à administração da Subprefeitura Sé⁷⁹.

2. Os maus hábitos de higiene e a utilização inadequada dos sanitários públicos (atos de vandalismo, depredação, prostituição, furtos, roubos) estão diretamente relacionados a questões socioeconômicas e culturais e requerem políticas públicas de inclusão social⁸⁰, que proporcionem oportunidades de educação, trabalho, habitação, saúde e transporte.

3. É indispensável a presença contínua de segurança nos sanitários públicos localizados em vias e logradouros.

4. Há necessidade de serviços de limpeza e manutenção constantes, bem como de disponibilidade de materiais básicos de higiene pessoal.

⁷⁹ Embora não contemplados neste trabalho, sabe-se que a grande maioria dos moradores de rua ali sediados acaba por fazer suas necessidades nos próprios logradouros.

⁸⁰ Recentemente inaugurado (19/9/2006), na rua Barão do Iguape, 900, bairro do Glicério (zona central de São Paulo), o Escritório de Inclusão Social integra o projeto Nós do Centro, lançado no início de 2006, em parceria com a União Européia. Cursos com duração de seis meses já começaram a ser ministrados e capacitarão para o trabalho 200 jovens inicialmente (a meta é de 4.900 em quatro anos). O foco das atividades está voltado para a revitalização da área central e os cursos são de paisagismo, zeladoria patrimonial, recuperação e restauro de imóveis (PMSP, 2006).

5. Os projetos para implantação de sanitários não têm contemplado aspectos diferenciais entre homens e mulheres com relação ao tempo de ocupação dessas instalações: as mulheres demoram mais para se despir, e têm necessidades específicas de asseamento.

6. O pagamento pela utilização dos sanitários estaria inviabilizado para cerca de 25% da população-alvo da pesquisa.

7. Campanhas educativas devem prestar serviços de esclarecimento à população com relação aos problemas de saúde causados pela retenção de fezes e urina no organismo por longo tempo, bem como ao risco de desidratação provocado pela não-ingestão de líquidos em quantidade suficiente.

8. De acordo com o Quadro 6, a Prefeitura já instituiu sobre o tema, entre outras, a regulamentação de medidas para utilização dos sanitários por deficientes físicos, para exploração publicitária desse mobiliário, para a disponibilização de material descartável para os assentos das bacias. Entretanto, tais normas e outras de igual natureza só poderão ser viabilizadas em relação aos sanitários públicos em logradouros do centro da cidade de São Paulo quando estes realmente existirem e estiverem em funcionamento.

9. Em vista da impossibilidade do órgão público prestar à população serviços de sua responsabilidade, cabe a iniciativa da viabilização de parcerias público-privadas.

Sabe-se que o direito à saúde, como parte do direito social, se fundamenta na definição das necessidades humanas e na existência de pessoas que não dispõem de meios para satisfazê-las. Sabe-se também que é a lei que deve prever esses meios e que as pessoas tenham condições de conhecê-la e de exercitar os seus direitos. Sabe-se, por fim, que se os representantes do povo, responsáveis por legislar e executar as leis em favor da população, assim não procedem, as desigualdades sociais se acentuam cada vez mais.

A falta de políticas públicas que contemplem a temática dos sanitários públicos em vias e logradouros resulta de uma história de exclusão e é nesse caminho que se delinea a conclusão deste trabalho. Augura-se

que possa servir a estudos e/ou políticas relacionadas à construção e manutenção dos sanitários em logradouros públicos, com vistas à melhoria da qualidade de vida de seus usuários.

CONCLUSÃO

No decorrer da elaboração deste trabalho, verificou-se que o tema sanitários públicos tem sido pouco explorado em livros e trabalhos acadêmicos. Também se averiguou que a esfera de poder municipal carece de políticas públicas voltadas à oferta desse serviço, que é de sua responsabilidade.

Para a fundamentação do estudo, foi traçado um eixo histórico, com o intuito de se conhecer a evolução dos problemas sanitários acarretados pela nova composição social, a partir da formação dos núcleos urbanos e, principalmente, da pós-industrialização.

Um outro eixo trata de medidas saneadoras no âmbito do Estado de São Paulo, com o foco voltado para a cidade de São Paulo em sua área central. A situação dos sanitários em logradouros públicos nessa região, sob a administração do poder municipal (Subprefeitura Sé), reflete o descaso das políticas oficiais. Inversamente ao crescimento da cidade e da população, os sanitários nas vias e logradouros dessa região foram desaparecendo. Em Ata da Câmara Municipal de São Paulo, de 16 de maio de 1883, há indicação de locais no centro para a colocação de oito sanitários públicos, quantidade já considerada insuficiente à época. Em 1890, o censo nacional registrava 64.934 habitantes na cidade. Atualmente, com mais de 10 milhões de habitantes e uma circulação diária pelo centro da cidade de cerca de dois milhões de pessoas, há apenas três sanitários em logradouros públicos em funcionamento nessa região, um deles com atividade apenas parcial, conforme se verificou neste estudo.

Aqui se encontra o terceiro eixo deste trabalho, ora denominado técnico-metodológico, por se fundamentar em constatações locais que mostram esse quadro crítico e em pesquisa que revela como a população-alvo resolve a sua higiene pessoal fora da residência e quais as suas necessidades e aspirações nesse sentido. Os sanitários de bares, lanchonetes e restaurantes representam 63,89% do total dos locais mencionados pelos entrevistados. Para ter um serviço de qualidade, com segurança e banheiros em condições satisfatórias de uso, 75% deles (270), estariam dispostos a pagar; e 61,1% disponibilizaria R\$0,60.

Dado preocupante diz respeito à freqüência desses trabalhadores a esses equipamentos públicos – 31,94% dos sujeitos da pesquisa somente até duas vezes –, já que a maioria deles permanece mais de 11 horas fora de casa e o que se considera normal é o uso do vaso sanitário, em média, de seis a oito vezes em um período de 24 horas. Há casos, inclusive, como detectado na pesquisa, de pessoas que mudam seus hábitos alimentares, deixam de ingerir água em quantidade suficiente, retêm a urina ou as fezes para não se utilizarem de sanitários públicos, o que pode causar graves danos à saúde.

Na ausência desses equipamentos em logradouros públicos disponibilizados e administrados pela Prefeitura, cresce a importância daqueles oferecidos por outros gestores, como é o caso da Companhia Metropolitana de São Paulo, que presta serviços públicos de transporte e mantém sanitários em suas estações. Mas o Metrô, em decorrência dos inúmeros problemas enfrentados com a oferta desse serviço, admite que, nas futuras estações, não serão disponibilizados sanitários de acesso livre ou pagos, mas, sim, de uso controlado, apenas para casos de emergência. Vale confrontar a legalidade dessa medida com o disposto no Código Sanitário do estado de São Paulo (Lei 10.083, de 23/9/1998).

A convergência desses três eixos acaba por apresentar um desafio importante: a necessidade da construção de políticas públicas que possibilitem a oferta de sanitários em logradouros públicos equipados convenientemente e em quantidade suficiente para o atendimento dessa população.

AURÉLIO, Buarque de Holanda Ferreira. *Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. rev e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

AZEVEDO, Aluísio Tancredo Gonçalves de. 36. ed. *O cortiço*. São Paulo: Ática, 2002.

BARBOSA, Eunice; ZMITROWICZ, Witold. Evolução do uso do solo residencial no centro expandido do município de São Paulo. *Boletim Técnico*. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, Departamento de Engenharia de Construção Civil, n. 313. São Paulo: Epusp, 2002. ISSN 0103-9830.

BARROS, Airtton Bodstein de; NETO, Guilherme Malaquias S. A história do saneamento da cidade do Rio de Janeiro. *Comum*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 20, jan./jun. 2003.

BARTALINI, Vladimir. *Parques públicos municipais de São Paulo: a ação da municipalidade no provimento de áreas verdes de recreação*. 1999. 221 f. Tese(Doutorado)–Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História da saúde pública no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Ática, 2001.

_____. *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*. São Paulo: Paz e terra, 2003. (Coleção São Paulo, v. 5).

BUENO, Laura Machado de Mello. *O saneamento na urbanização de São Paulo*. 1994, 200 f. Dissertação(Mestrado)–Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

CAMPOS, Cristina. *São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Sousa para a cidade (1925-1945)*. São Carlos: Rima, 2002.

CAMPOS NETO, Candido Malta. *Os rumos da cidade: urbanismo e modernização em São Paulo*. 1999. 628 f. 2 v. Tese (Doutorado)–Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

CARVALHO, Cristiano; MACHADO, Rafael Bicca; TIMM, Luciano Benetti. *Direito sanitário brasileiro*. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2004.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde no Brasil: política e organização de serviços*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CORDEIRO, Simone Lucena. Moradia popular na cidade de São Paulo (1930-1940): projetos e ambições. *Revista do Arquivo*, n. 1, abr. 2001. Disponível em: <<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materiaos/anteriores/edição01/materia03>>. Acesso em: set. 2006.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

DERANI, Cristiane. *Privatização e serviços públicos: as ações do estado na produção econômica*. São Paulo: Ed. Max Limonad, 2002.

DPH, Acervos. Departamento de Patrimônio Histórico. Disponível em: <<http://www.prodiam.sp.gov.br/dph/acervos/largom.htm>>. Acesso em set. 2006.

ELETROPAULO. *A cidade da Light (1899-1930)=The city of the Light company (1899-1930)*. São Paulo: Eletropaulo, 1990. 2 v.

EMURB. *Caminhos para o centro: estratégias de desenvolvimento para a região central de São Paulo*. São Paulo: Emurb, 2004.

FOLHAONLINE. *Prefeitura suspende rodízio de veículos em SP*. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u115132.shtml>> Acesso em set. 2006

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 21. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

FREHSE, Fraya. *O tempo das ruas na São Paulo de fins do Império*. São Paulo: Edusp, 2005.

FREYRE, Gilberto. *Casa grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. 18. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1977.

_____. *Sobrados e mucambos: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano*. 3. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003. Tomo 1 e 2. (Obras reunidas de Gilberto Freyre).

LIMA BARRETO, Afonso Henriques de. *Triste fim de Policarpo Quaresma*. 23. ed. São Paulo: Ática, 2004.

MAIA, Francisco Prestes. *Estudo de um plano de avenidas para a cidade de São Paulo*. São Paulo: Melhoramentos, 1930.

MACHADO, Duda. Manuel Antônio de Almeida: o romance malandro brasileiro. In: ALMEIDA, Manuel Antônio de. *Memórias de um sargento de milícias*. 28. ed. São Paulo: Ática, 1998.

MALTA CAMPOS, C. *Construção e desconstrução do centro paulistano*. Mai. 2003. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252004000200018&script=sci_arttext> Acesso em set. 2006.

MARTIN, Jules; PESTANA, Nereu. *São Paulo antigo e São Paulo moderno*, 1905.

MELLENDEZ, A; MOURA, E. Entrevista com Raquel Rolnik. *Projetodesign*, n. 278, abril de 2003. Disponível em <<http://arcoweb.com.br/entrevista/entrevista41.asp>> Acesso em set. 2006.

MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas: Papyrus, 1987.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. *Prefeitura inaugura Escritório de Inclusão Social na região central*. 19 de setembro de 2006: 16:10h. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=12509> Acesso em: set. 2006.

PROSSIGA. Programa de Informação para Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. *A descoberta de uma nova doença*. Disponível em: <<http://www4.prossiga.br/chagas/traj/links/textos/rockefeller.html>>. Acesso em: jan. 2006.

RAINHO, Maria do Carmo Teixeira. A inventiva brasileira na virada do século XIX para o XX: Coleção Privilégios Industriais do Arquivo Nacional. *História, Ciências e Saúde-Manguinhos*: publicação da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. III, n. 2, jul./out. 1996. p. 319-332. ISSN 0104-5970.

REIS, Nestor Goulart. Habitação popular no Brasil: 1880-1920. In: *Cadernos de Pesquisa do LAP: Revista de Estudos sobre Urbanismo, Arquitetura e Preservação*. São Paulo: LAP/FAU, 2001, p.11.

REBELO, Marques. *Vida e obra de Manuel Antônio de Almeida*. 2. ed. rev. São Paulo: Martins, [1963].

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim...: inventário da saúde pública*. São Paulo: Unesp, 1993.

SABESP. Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo. *Números*. Disponível em: <<http://www.sabesp.com.br/#>>. Acesso em: jan. 2006.

SANTOS, João Manuel Verde dos. *O saneamento de Campinas e a modernização da cidade: a implementação dos sistemas de águas e esgotos (1840-1923)*. 2004. 185 f. Dissertação (Mestrado em Urbanismo)–Centro de Ciências Exatas Ambientais e de Tecnologias, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria de Cultura. *A Secretaria de Higiene e Saúde: história e memórias*. São Paulo: Departamento de Patrimônio Histórico, 1895. (Registros, v. 6).

SÃO PAULO. *O poder em São Paulo: história da administração pública da cidade (1554-1992)*. São Paulo: Cortez, 1992.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual do Meio Ambiente. *A água no olhar da história*. São Paulo, 1999.

SCHICCHI, Maria Cristina; BENFATTI, Dênio (Orgs.) *Urbanismo: dossiê São Paulo-Rio de Janeiro*. Campinas: PUC; Rio de Janeiro: Prourb, 2003.

_____. Les cahiers de l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région d'Ile-de-France (IAURIF), n. 104-105. Paris, Août, 1993, p. 9. In *Urbanismo: dossiê São Paulo-Rio de Janeiro*. Campinas: PUC; Rio de Janeiro: Prourb, 2003.

SCIENTIFIC AMERICAN BRASIL. O nascimento da medicina moderna. *Especial História*, n.5. São Paulo: Ediouro, 2006.

SILVEIRA, Evanildo da. O nascimento das cidades brasileiras. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo, 13 jan. 2002. Cidades, p. C6.

SEGAWA, Hugo. *Ao amor do público: jardins no Brasil (1779-1911)*. 1994. 201 p. Tese(Doutorado)–Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994a.

_____. *Cidades: do semeador ao jardineiro (passando pelo médico)*. 1994. Comunicação submetida ao 3º seminário de história da cidade e do urbanismo. Universidade de São Paulo, São Carlos, 1994b.

_____. *Prelúdio da metrópole: arquitetura e urbanismo em São Paulo na passagem do século XIX ao XX*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2000.

TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde: a república, a febre amarela e a formação dos serviços sanitários no Estado de São Paulo*.1993. Tese(Doutorado)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.

VIEIRA, Antonieta Pereira; FURTADO, Madeline Rocha. *Gestão de contratos de terceirização na administração pública: teoria e prática*. Belo Horizonte: Fórum, 2006.

WENDT, Denise. *Uso e dimensionamento de produtos: o caso do vaso sanitário*. 2001. 134 f. Dissertação de Mestrado(Pós-graduação em Engenharia de Produção)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

WORD TOILET ORGANIZATION. Disponível em: <http://www.worldtoilet.org/hp/wto_hp.htm>. Acesso em: fev. 2006.

YÁZIGI, Eduardo. *O mundo das calçadas: por uma política democrática de espaços públicos*. São Paulo: Humanitas/FFLCH; Imprensa Oficial do Estado, 2002.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ANDRADE, Carlos Roberto Monteiro de. *A peste e o plano: o urbanismo sanitista do engenheiro Saturnino de Brito*. 1992. 241 f. Dissertação de Mestrado(Pós-graduação em Estruturas Ambientais Urbanas)–Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992. v. 1.

ARRETCHE, Marta. Mitos da descentralização: maior democracia e eficiência nas políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 11 (31), 1996.

BRESCIANI, Stella (Org.). *Imagens da cidade: séculos XIX e XX*. São Paulo: Marco Zero, 1994.

CEPAM. Centro de Estudos e Pesquisas da Administração Municipal. *Resenha Econômica*. Disponível em: <<http://www.cepam.sp.gov.br>>. Acesso em: out. 2005.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DE GRAZIA, Grazia. *Estatuto da Cidade e reforma urbana*. Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. Curso de Gestão Urbana e de Cidades, 2001.

FERNANDES, Edesio (Org.). *Direito urbanístico*. Belo Horizonte: Del Rey, 1998.

FURTADO, Celso. *Em busca do novo mundo: reflexões sobre a crise contemporânea*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOHN, Maria da Glória. *Conselhos gestores e participação sócio-política*. São Paulo: Cortez, 2001.

GUARALDO, Eliane. *São Paulo: paisagem e paisagismo na Primeira República*. 1995. 171 f. Dissertação(Mestrado)–Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

_____. *Repertório e identidade: espaços públicos em São Paulo (1890-1930)*. 2002. Tese(Doutorado)–Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

HUET, Bernard et al. *Os centros das metrópoles: reflexões propostas para a cidade democrática do século XXI*. São Paulo: Terceiro Nome, 2001.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Raízes do Brasil*. 8. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1975. (Documentos Brasileiros, v. 1).

INSTITUTO PÓLIS. Desenvolvimento urbano. Boletim *Dicas: idéias para a ação municipal*. n. 137. Disponível em: <http://www.logolinkla.org/conteudos/documentos/nelson_saule.pds>. Acesso em: dez. 2005.

KLIASS, Rosa Grena. *A evolução dos parques urbanos na cidade de São Paulo*. 1989. 250 f. 2 v. Dissertação(Mestrado)–Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

LANGENBUCH, Juergen Richard. *A estruturação da Grande São Paulo: estudo de geografia urbana*. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 1971. (Biblioteca Geográfica Brasileira, n. 26).

LEITE, Dante Moreira. *O caráter nacional brasileiro: história de uma ideologia*. 3. ed. rev. refundida e ampl. São Paulo: Pioneira, 1976. (Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, psicologia).

LEME, Maria Cristina da Silva (Org.). *Urbanismo no Brasil: 1895-1965*. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

LEMOS, Carlos Alberto Cerqueira. *Casa paulista: história das moradias anteriores ao ecletismo trazido pelo café*. São Paulo: Edusp, 1999.

MATOSO, Maria Cristina; DUBOIS, Maria Célia de Toledo. *Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos*. Campinas: PUC-Campinas, 2006.

MATTOS, Liana Portilho (Org.). *Estatuto da Cidade comentado: Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2002.

MEDEIROS, João Bosco. *Redação científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MORSE, Richard M. *De comunidade a metrópole: biografia de São Paulo*. São Paulo: [s.n.], 1954.

OSEKI, Jorge Hajime (Trad.) *As maquinarias inglesas do conforto*. São Paulo: Espaço & Debates, 1991.

PECHMAN, Robert Moses. Os excluídos da rua: ordem urbana e cultura popular. In: BRESCIANI, Stella (Org.). *Imagens da cidade: séculos XIX e XX*. São Paulo: Marco Zero, 1994. p. 29-34.

RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; SANTOS JR., Orlando Alves dos (Orgs.). *Globalização, fragmentação e reforma urbana*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.

ROGERS, Richard. *Cidades para um pequeno planeta*. Barcelona: Editorial Gustavo Gilli, 2001.

SANTOS NETO, Guilherme Malaquias dos; BARROS, Airtton Bodstein de. A história do saneamento da cidade do Rio de Janeiro. *Comum*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 175 a 191, jan./jun. 2003.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual do Meio Ambiente. *Relatório ambiental*. Disponível em: http://www.ambiente.sp.gov.br/relatorio_ambiental/2004_2005/2_recursos_hidricos.pdf. Acesso em: fev. 2005.

SÃO PAULO. *A implantação de subprefeituras no município de São Paulo*. São Paulo, 2000.

SÃO PAULO. *Descentralização e poder local: a experiência das subprefeituras no município de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; Finatec, 2004.

SAULE JR., Nelson. *Novas perspectivas do direito urbanístico: ordenamento constitucional da política urbana; aplicação e eficácia do Plano Diretor*. Porto Alegre: Formato, 1997.

_____. *Marco legal da participação popular no Brasil*, agosto de 2002. Disponível em: http://www.logolinkla.org/conteudos/documentos/nelson_saule.pds. Acesso em: dez. 2005.

SciELO. Scientific Electronic Library Online. BASSUL, José Roberto. *Reforma urbana e Estatuto da Cidade*. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/>>. Acesso em: dez. 2005.

SEMINÁRIO DE HISTÓRIA DA CIDADE E DO URBANISMO: herança, identidade e tendências da cidade latino-americana, IV, 1996, Rio de Janeiro. *Anais...* Denise Pinheiro Machado (Org.). Rio de Janeiro: UFRJ-PROURB, 1996, v. II.

SILVA, Ilse Gomes. *Democracia e participação na "reforma" do Estado*. São Paulo: Cortez, 2003.

SITTE, Camillo. *A construção das cidades segundo seus princípios artísticos*. Organização e apresentação de Carlos Roberto Monteiro de Andrade. São Paulo: Ática, 1992. (Temas, v. 26).

SODRÉ, Nelson Werneck. *Síntese de história da cultura brasileira*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974. (Retratos do Brasil, v. 78)

SOUZA, Okky de. *São Paulo: 450 anos luz*. São Paulo: Editora de Cultura, 2003.

TAGLIACARNE, G. *Pesquisa de mercado*. São Paulo: Atlas, 1976.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. São Paulo: Cortez, 2001.

TELLES JR., Godofredo. *O povo e o poder*. São Paulo: Malheiros, 2003.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. Francisco Saturnino de Brito (Artigo). Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Francisco_Saturnino_de_Brito>. Acesso em jan. 2006.

ANEXO A – Questionário de levantamento de campo

Atividade: _____

Local de moradia e tempo de deslocamento até o centro (viagem de ida, viagem de volta) _____

Sexo: () F () M

2. Quantas horas por dia você trabalha na rua (sem incluir o deslocamento casa-trabalho)?

3. Quantas vezes¹, nesse período de tempo, você utiliza um banheiro? _____

4. Qual (ais) banheiro (s) costuma usar?

() da Prefeitura

() de pontos comerciais (posto de gasolina, restaurante lanchonete, bar, loja, padaria, farmácia, shopping etc.) Especificar o estabelecimento _____

() das estações do metrô

() outros _____

4- O banheiro que você utiliza é gratuito?

() sim () não Valor pago? _____

5. Indique as vantagens e desvantagens em utilizar este banheiro?

Vantagens _____

Desvantagens _____

6. Avalie esse sanitário quanto à:

QUESTOS	Muito Bom	Bom	Razoável	Ruim	Muito Ruim
Localização					
Instalações sanitárias					
Material de higiene pessoal (papel higiênico, sabonete, toalha, papel descartável para acento)					
Limpeza					
Segurança					
Público-usuário					

7. Você pagaria para usar um banheiro limpo e seguro da Prefeitura?

() Sim () Não

¹ Em média, usa-se o banheiro de seis a oito vezes por dia.

B. População-alvo: donos, gerentes ou responsáveis por estabelecimentos comerciais (posto de gasolina, restaurante, lanchonete, bar, loja, padaria, farmácia, shopping, barbearia, etc.)

Tipo de estabelecimento: _____

1. O **sanitário** do seu estabelecimento pode ser usado:

apenas pelos fregueses (vá para a pergunta 2)

por qualquer pessoa

por qualquer pessoa, com exceção de _____

por pessoas conhecidas (vá para a pergunta 2)

mediante pagamento de taxa (citar o valor) _____

2. Cite os motivos por que o uso do sanitário não é franqueado ao público em geral.

encarece a manutenção (limpeza e despesas com material de higiene pessoal)

atos de vandalismo

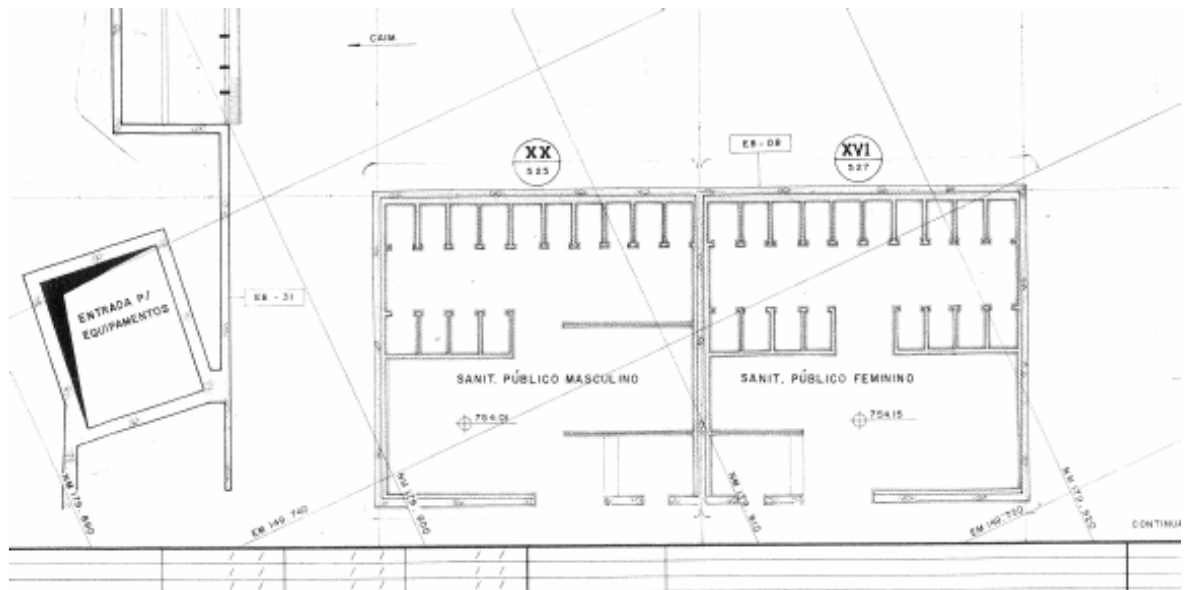
maus hábitos de higiene do usuário

prejudica o atendimento aos clientes

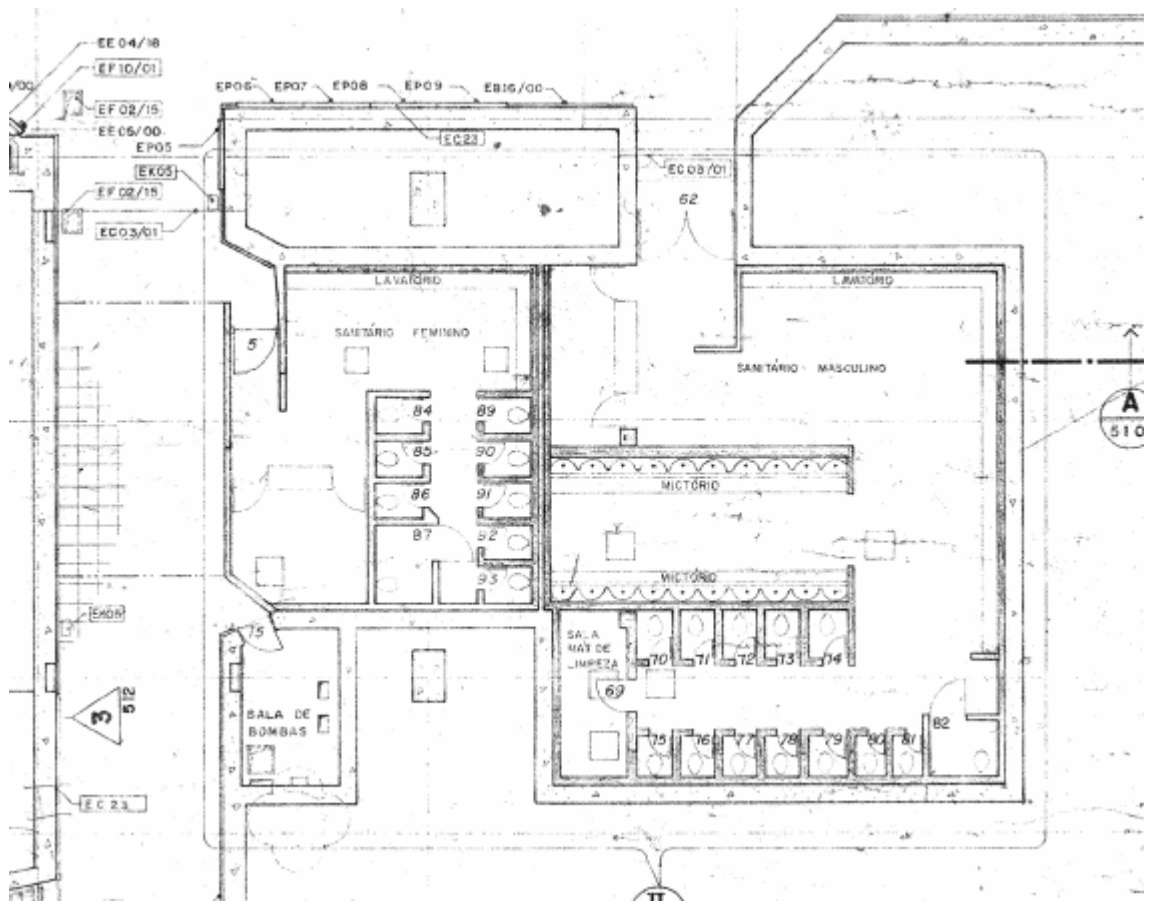
outros _____

3. Cite quais são, na sua opinião, os maiores problemas para a manutenção dos sanitários:

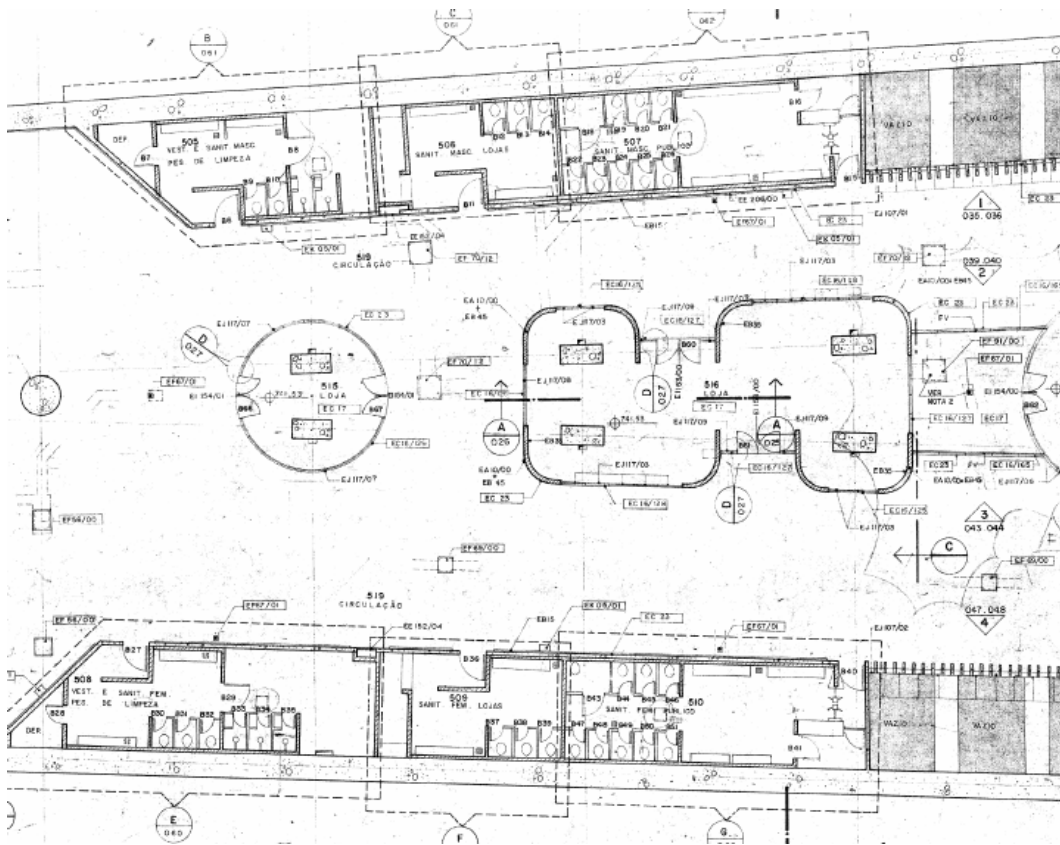
ANEXO B – Planta de sanitários das estações do Metrô e pesquisa de opinião.



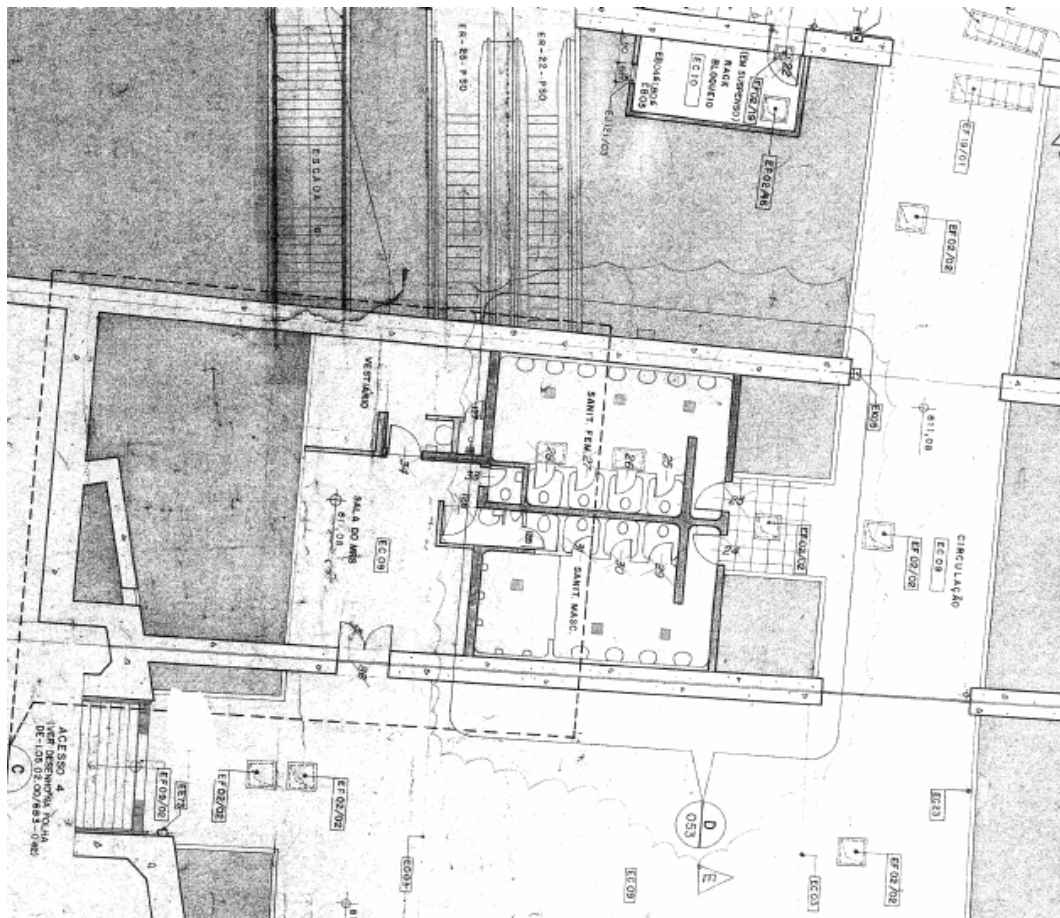
Metrô Sé



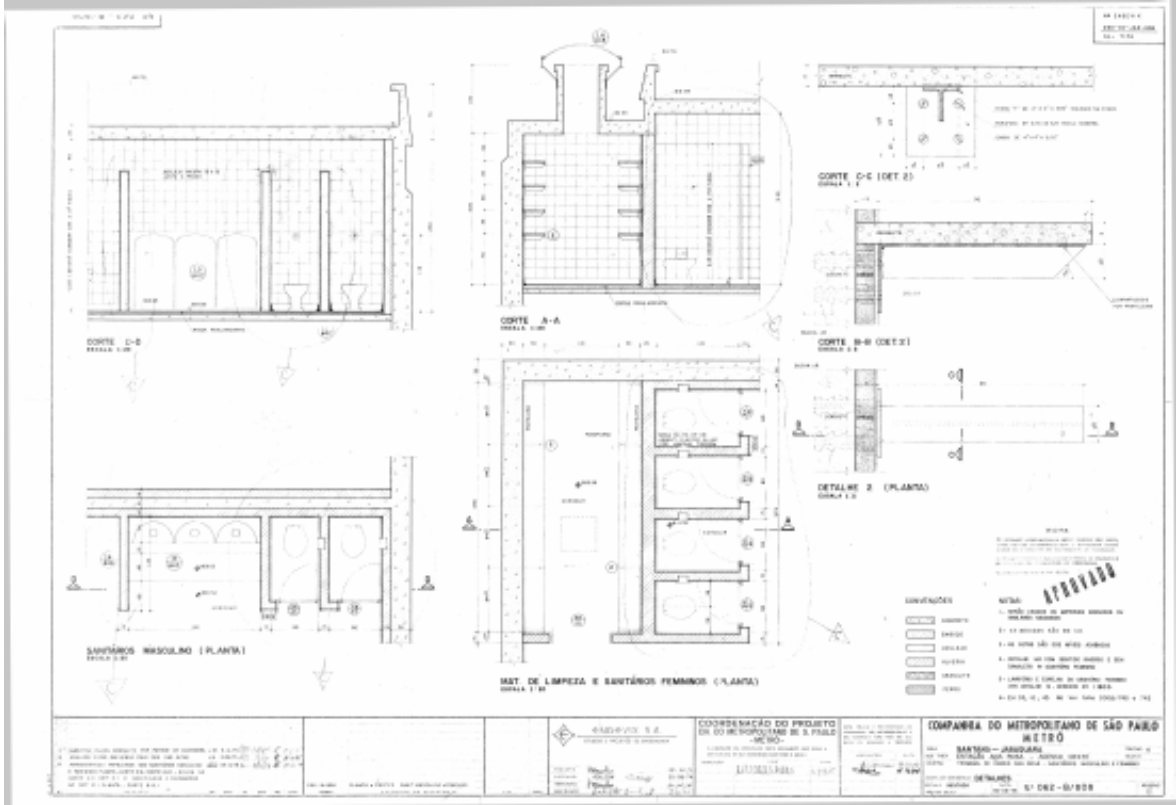
Metrô Santana



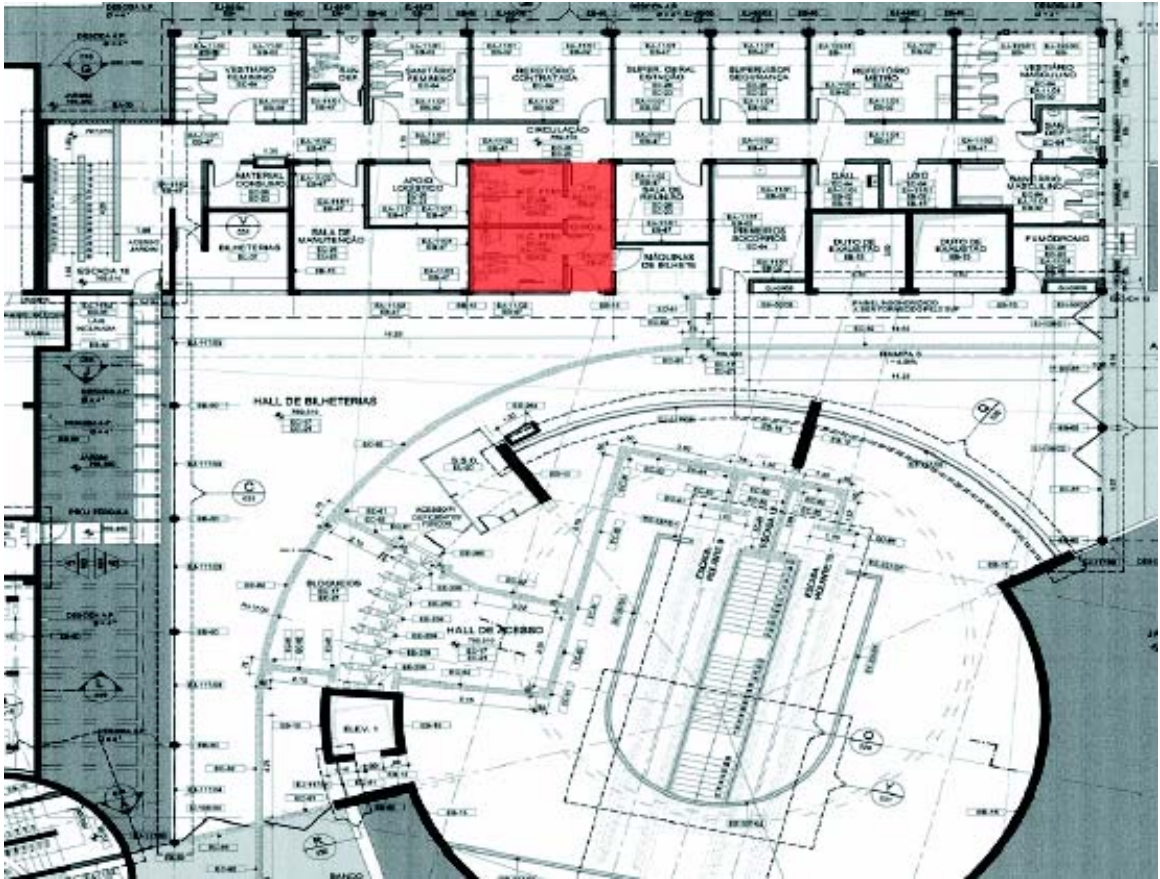
Metrô República



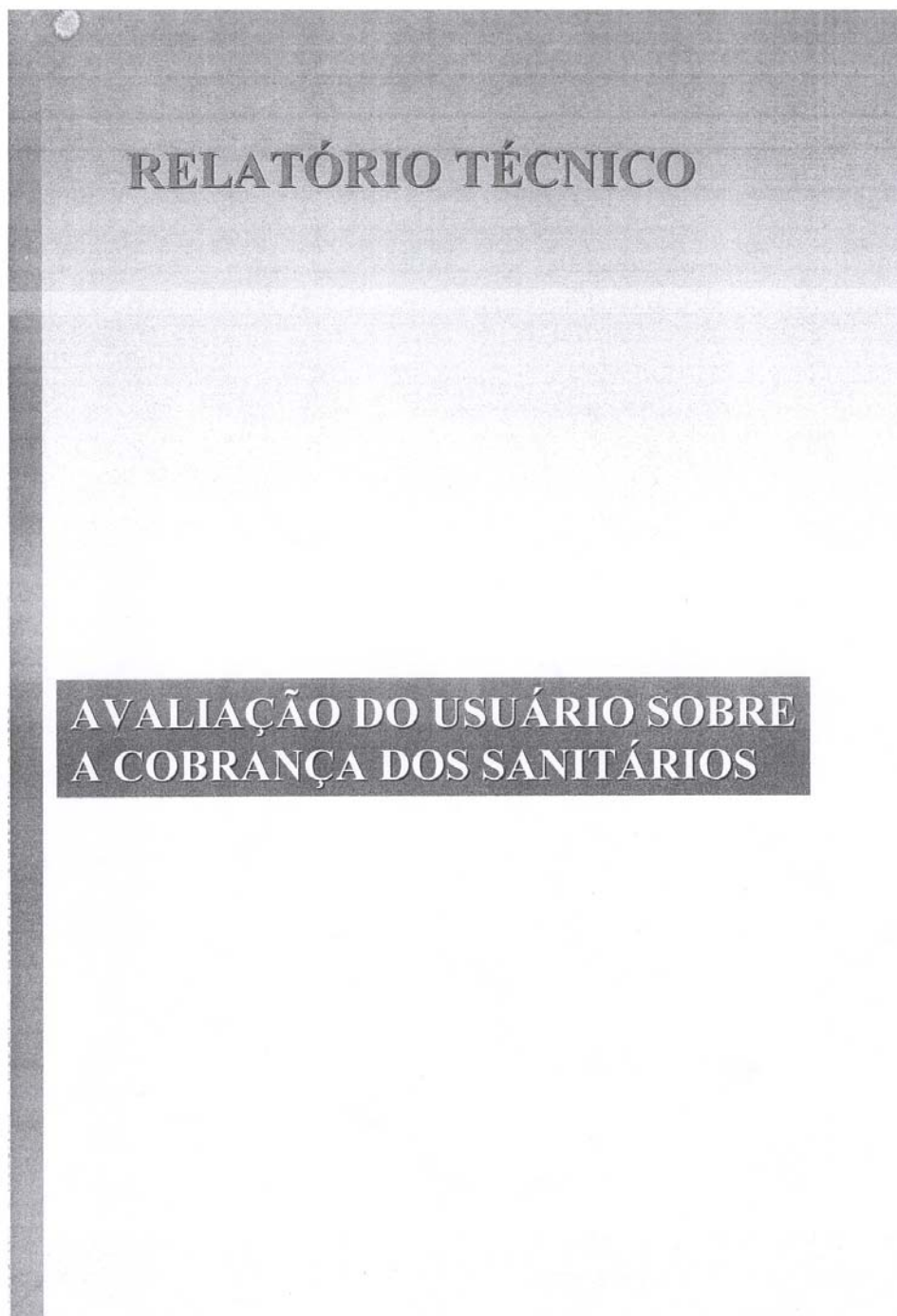
Metrô Paraíso



Metrô Ana Rosa



Metrô Ipiranga

ANEXO C – Programa Banheiro Limpo, da Petrobras.

GOPesquisa – Opinião dos Usuários sobre a Cobrança dos Sanitários

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO/METODOLOGIA

2. CONCLUSÕES

3. PRINCIPAIS RESULTADOS

RT GOP/OEN/CPA Nº 28

NOVEMBRO/99

1. INTRODUÇÃO

Tendo em vista a exploração comercial dos sanitários por terceiros, inicialmente nas estações REP, DEO e PDS, com perspectiva de ser estendida para os outros equipamentos das instalações do Metrô, foi realizada uma pesquisa pela GOP junto aos usuários.

Esse levantamento teve como objetivo primordial verificar o nível de aceitação dos usuários em geral e os dos sanitários, especificamente, quanto à cobrança deste equipamento. Para tanto, fez-se uma pesquisa nas linhas de bloqueios de algumas estações representativas de cada linha, e com usuários dos sanitários pagos.

Na primeira, a amostra totalizou 290 entrevistas, com uma margem de erro de 5,8% para mais ou para menos, a um coeficiente de certeza de 95,5%. As questões abordadas se restringiram à concordância ou não com o pagamento e à intenção de uso dos usuários. A segunda totalizou 220 entrevistas, com uma margem de erro de 6,6% para mais ou menos, a um nível de certeza de 95,5%. Essa investigação, além do nível de concordância, procurou avaliar a qualidade do serviço prestado e o valor da taxa cobrada, bem como os motivos que, na opinião dos usuários, levaram a empresa a adotar esta solução.

GOPesquisa – Opinião dos Usuários sobre a Cobrança dos Sanitários

A coleta de dados ocorreu entre os dias 8 e 16 de novembro e foi feita por pesquisadores autônomos devidamente treinados para este fim.

2. CONCLUSÕES

▼ A área de pesquisa da GOP já realizou vários levantamentos sobre a aceitação de pagamento dos sanitários pelos usuários. Em relação às últimas investigações, realizadas em 90 e 91, junto aos sanitários, o resultado foi mais positivo que a primeira e se equiparou à segunda:

- em 90, 51% não concordavam com a cobrança;
- em 91, 39%;
- e, em 99, 40 % foram contra a medida.

▼ Note – se, entretanto, que a atitude daqueles que utilizam os sanitários difere da dos demais usuários do metrô. Nesse último segmento, 82% dos entrevistados reagiram negativamente ao pagamento pelo uso dos sanitários. Algumas hipóteses que explicam a diferença de predisposição entre esses dois segmentos– usuários do sanitários e os usuários em geral -, podem ser levantadas:

- ▣ a primeira reação a uma medida que não traz benefício pessoal tende ser negativa, mas com o tempo pode até ser absorvida. Já existe uma cultura de que para se obter um serviço de melhor qualidade tem que se pagar mais. Quanto a esse aspecto, tem-

se a dizer que a própria noção de cidadania está muito mais vinculada ao econômico que ao civil e ao político;

é diferente também a predisposição daqueles que têm necessidade de usar o equipamento dos que estão opinando apenas sobre uma medida proposta. Neste último caso, os princípios que norteiam o julgamento ficam muito mais fortes do que na condição de ter acabado de utilizar os sanitários.

▼ Entre os usuários em geral, indagou-se também a intenção de uso dos sanitários mediante o seu pagamento. Verificou-se que 67% dizem não pretender utilizá-los, enquanto o nível de rejeição à cobrança ficou em 82%. Isso, de uma certa forma, comprova que os princípios se arrefecem diante à possibilidade da necessidade de uso.

▼ As razões que fundamentaram a discordância da cobrança dos sanitários, nesta última pesquisa, não diferiram muito das anteriores e estão basicamente relacionadas à essência do serviço público localizado no Metrô:

pagamento da passagem dá direito de usar os sanitários localizados nas estações;

- ▼ caráter de serviço de utilidade pública dos sanitários, possibilita o livre acesso ao equipamento;
 - ▼ existem muitas pessoas que não podem pagar;
 - ▼ com o fato de o metrô ser um serviço público estatal, pressupõe-se que o pagamento de impostos, considerados excessivos pelos usuários, dá também o direito ao uso do sanitário (noção fiscalista da cidadania).
- ▼ Quanto aos motivos que levaram o Metrô a adotar essa medida, constatou-se que, no entender dos entrevistados, eles estão relacionados essencialmente à intenção de se oferecer um melhor serviço: melhorar a manutenção e limpeza e evitar o uso por maus frequentadores.
- ▼ A avaliação do preço cobrado nos sanitários ficou dividida entre as opiniões em que o preço é considerado *elevado* e que *não é caro, nem barato*.
- ▼ Registre-se que apenas 1/3 dos entrevistados nos sanitários tinha conhecimento prévio da cobrança. Esse resultado é coerente com o fato de o Metrô não ter divulgado a nova medida.

- ▼ No que diz respeito à qualidade do serviço prestado nos sanitários pagos, houve quase unanimidade (89%) no julgamento de que ela é boa.

- ▼ Como ponderação final, deve-se colocar que a abertura dos sanitários, que em boa parte das estações encontram-se fechados, é uma requisição antiga dos usuários. O fato de o Metrô oferecer uma série de serviços não viagem e ser um espaço confinado, faz também com que o usuário aponte como obrigação a prestação desse serviço.

Além disso, esse equipamento tem o significado de serviço de utilidade pública e, portanto, gratuito. Inclusive, a requisição mais corrente é de sejam instalados sanitários nas áreas pagas das estações, para que as pessoas não tenham que pagar mais uma passagem para usar estes equipamentos.

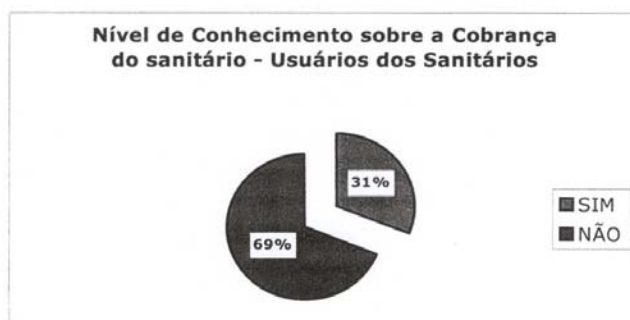
Não é também usual a cobrança pelo seu uso na maioria dos espaços públicos.

Dessa forma, a extensão da medida para os demais sanitários das estações pode gerar muitas reclamações por parte dos usuários.

Recomenda-se assim que seja divulgada com antecedência para o público a sua implementação e os motivos que levaram a empresa a adotar essa solução.

3. PRINCIPAIS RESULTADOS

- ▼ Do total dos entrevistados nos sanitários, apenas 1/3 afirmou saber com antecedência sobre a sua cobrança. Esse resultado é coerente com a ausência de comunicação da empresa a respeito da concessão da exploração comercial desse equipamento por terceiros. Note-se que durante a coleta de dados, observou-se que muitos usuários que se dirigiam aos sanitários mostravam-se surpresos com a medida e não os utilizavam.



- ▼ Quando indagados sobre o motivo da cobrança, as alegações mais recorrentes foram relacionadas à melhoria da qualidade do serviço em geral (limpeza/conservação) e ao problema de frequência dos sanitários públicos, como pode-se constatar na tabela abaixo.

MOTIVOS DA COBRANÇA DOS SANITÁRIOS	TOTAL %
Melhorar a manutenção	21
Melhorar a limpeza	21
Evitar uso de maus frequentadores	19
Aumentar a arrecadação	12
Oferecer material de higiene	10
Aumentar a fiscalização	8
Melhorar a qualidade do serviço	4
Outros	5
TOTAL	100
Base (nº de entrevistados nos sanitários)	220

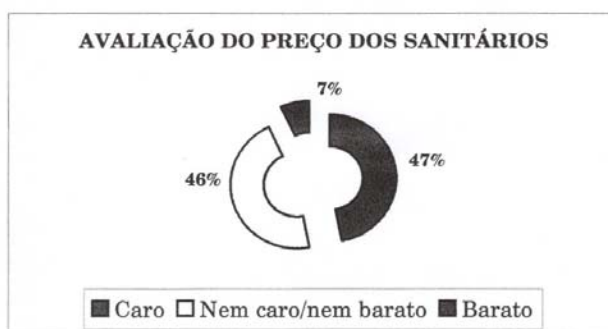
- ▼ O nível de aceitação de pagamento pelo uso dos sanitários difere entre aqueles que estão utilizando de fato estes equipamentos e os usuários em geral, que foram consultados sobre a medida. Aqueles que fazem uso se mostram muito mais favoráveis que os demais usuários.



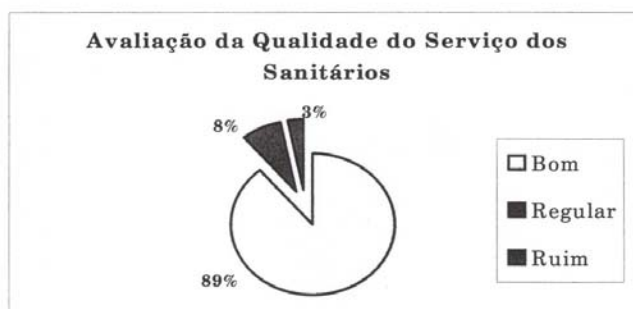
- ▼ Entre os usuários em geral investigou-se ainda a pretensão de uso dos sanitários pagos, constatando-se então que o índice de intenção de não utilizá-los é menor que o de rejeição da medida. Desses usuários, 67% dizem que não utilizarão os sanitários, enquanto a discordância da cobrança foi de 82%.
- ▼ Os argumentos dos usuários que discordaram do pagamento pelo uso do sanitário fundamentaram-se na idéia de que este equipamento está dentro do metrô e, sendo assim, eles teriam o direito de usá-lo, pois já pagam a passagem, impostos, além de ser considerado uma coisa pública, aberto a todos.

MOTIVOS DA DISCORDÂNCIA	TOTAL %
No valor do bilhete já está incluso o uso do sanitário/já pago o Metrô, então deveria ser gratuito.	30
O Metrô é um órgão público, deveria prestar esse serviço/é coisa pública, direito do usuário/é dever do Metrô oferecer sanitário.	21
A gente não tem dinheiro para pagar, nem sempre a gente tem dinheiro/é muito caro, deveria ser mais barato, têm pessoas que não podem pagar.	21
Pagamos impostos que já estão inclusos na passagem, os impostos já pagam o banheiro.	12
O s sanitários fazem parte do metrô, é obrigação do Metrô manter os sanitários.	3
O Metrô tem bastante guardas, é só colocar nos banheiros que não entram maloqueiros.	3
TOTAL RESPOSTAS MÚLTIPLAS	100
Base (nº de discordantes)	87

- ▼ Quanto à avaliação do preço cobrado nos sanitários, a opinião dos entrevistados ficou dividida entre aqueles que o consideraram caro e os que afirmaram que não é caro, nem barato.



- ▼ No que diz respeito à qualidade do serviço, a avaliação dos entrevistados nos sanitários é muito favorável.



FICHA TÉCNICA**GERÊNCIA DE OPERAÇÕES – GOP****DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA – OEN****COORDENAÇÃO DE PESQUISA E ATENDIMENTO – CPA****ANALISTA DE PESQUISA – DENISE DAUD CARDOSO****COORDENADOR DE CAMPO – FRANCISCO DEOLINDO
SOARES**

ANEXO C – PROGRAMA BANHEIRO LIMPO (PETROBRAS)

PROJETO BANHEIRO LIMPO

ESTRATÉGIA DA GERÊNCIA OU DA UNIDADE

Reposicionar a Marca da Petrobras, acompanhando as tendências de imagem, expectativas dos clientes, visando o aumento das vendas e a excelência de integração entre a Cia., clientes revendedores e consumidores finais.

PROJETO ESTRATÉGICO

Denominação

BANHEIRO LIMPO

Objetivos

Conscientização dos empregados BR e operadores da rede de postos, para que os banheiros destinados ao público se mantenham em excelentes condições de higiene e limpeza.

Especificação do Produto

Banheiro Público limpo, com bom aspecto visual e bem sinalizado.

PROJETO ESTRATÉGICO

Indicadores de Desempenho

DESCRITOR	Situação Atual	
	jun/2003	Meta 2003
Total Acumulado de Postos que aderiram ao programa;	1840	2051

COMENTÁRIO DO COORDENADOR:

O programa é uma realidade. Temos o apoio da equipe de técnicos do De Olho no Combustível, que visitam os postos participantes regularmente, mantendo os postos sempre de acordo com o check list.

Os revendedores que participam do Programa verificam os resultados e os aprovam, sendo a nossa melhor “propaganda”, influenciando novos postos a participar.

Sergio Calvet é responsável pelo Programa e sua função é Coordenador de Imagem de Postos, na Gerência de Desenvolvimento e Imagem de Postos - GEDIP.

CHECK LIST



Instruções de preenchimento:

- Preencha os dados do posto;
- Marque com “X” os itens especificados;
- Se o posto atender a todas as exigências, marcar *Aprovado* no campo final;
- Preencher os dados do fiscal, datar e assinar;
- Este formulário deverá ser devolvido ao órgão de origem;
- Lembre-se que o resultado deste check list pode representar ou não vantagens para Revendedor junto à Cia. Portanto, deve ser preenchido com muito critério.

Razão Social:	
End.:	
Tel.:	Contato:
GRA/GVA:	No. Cliente:

Aspectos Gerais	Equipamentos e Acessórios
<input type="checkbox"/> Visualmente limpo	<input type="checkbox"/> Porta sabão líquido
<input type="checkbox"/> Abastecido	<input type="checkbox"/> Porta toalha de papel
<input type="checkbox"/> Sem odores	<input type="checkbox"/> Espelho
<input type="checkbox"/> Piso/Parede lavável	<input type="checkbox"/> Cesto de lixo
<input type="checkbox"/> Descargas e torneiras funcionando	<input type="checkbox"/> Porta papel higiênico
<input type="checkbox"/> Iluminação funcionando	<input type="checkbox"/> Assento com tampa no vaso sanitário
<input type="checkbox"/> Ventilação funcionando	<input type="checkbox"/>

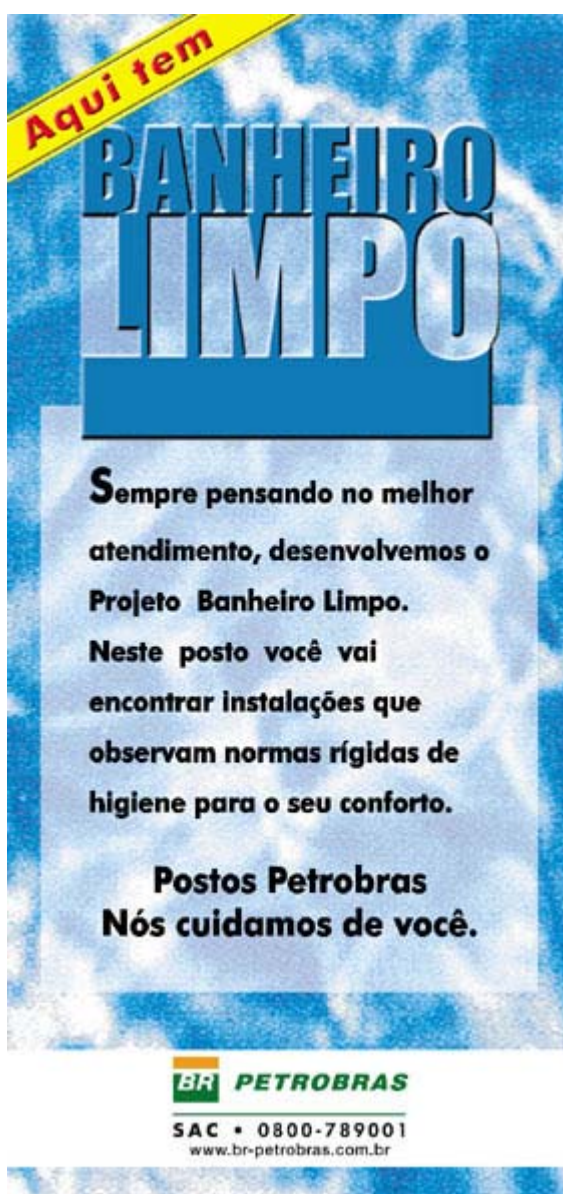
<input type="checkbox"/>	Porta de Boxes e Reservados com trancas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Piso seco	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sem goteiras/vazamentos	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	APROVADO
<input type="checkbox"/>	APROVADO C/ RESSALVAS (Descrever atrás)
<input type="checkbox"/>	REPROVADO

FISCAL	
Ass.	
Nome:	
Matrícula:	
Órgão:	
Data:	

**BANHEIRO
LIMPO**

Higiene é Saúde. Você em primeiro lugar.
Participamos do Programa Banheiro Limpo.

**BANHEIRO
LIMPO**

Aqui tem

BANHEIRO LIMPO

Sempre pensando no melhor atendimento, desenvolvemos o Projeto Banheiro Limpo. Neste posto você vai encontrar instalações que observam normas rígidas de higiene para o seu conforto.

**Postos Petrobras
Nós cuidamos de você.**

BR PETROBRAS

SAC • 0800-789001
www.br-petrobras.com.br