

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ARQUITETURA
Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo

Márcia Elizabeth Pinheiro dos Santos

HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO DOS LÁZAROS:
ENTRE OS MUROS DA EXCLUSÃO



Salvador
2005

MARCIA ELIZABETH PINHEIRO DOS SANTOS

**HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO DOS LÁZAROS:
ENTRE OS MUROS DA EXCLUSÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestre.

Área de Concentração: Urbanismo

Orientador: Prof. Dr. Antonio Pedro A. de Carvalho

Salvador
2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ARQUITETURA
Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo

Márcia Elizabeth Pinheiro dos Santos

HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO DOS LÁZAROS:
ENTRE OS MUROS DA EXCLUSÃO

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo

Salvador, de de 2005

Banca Examinadora:

Antonio Pedro Alves de Carvalho

Doutor em Geografia, Instituto de Geociências e Ciências Exatas
Universidade Estadual Paulista

Eloísa Petti Pinheiro

Doutora em Arquitetura, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Barcelona
Universidade Politècnica da Catalunya

Lígia Maria Vieira Silva

Doutora em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo

Ao meu filho Felipe que durante três anos cedeu seu precioso tempo de crescimento e de gostosas brincadeiras para que eu pudesse concluir uma etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Pensei muito em quem agradecer por ter chegado até aqui e decidi, depois de algum tempo, que não poderia citar nomes, pois poderia incorrer em grandes injustiças devido a pequenos lapsos de memória. Agradeço, então, a todos que, de alguma forma, contribuíram para este trabalho: aqueles que pacientemente procuraram minhas referências bibliográficas, que me emprestaram material para pesquisa; aqueles que assumiram minha falta e me dispuseram tempo; aqueles que perguntavam como andava o desenvolvimento da pesquisa; aquele que me orientou e cobrou resultados, e, sobretudo, aquele que não me deixou desencorajar em momentos difíceis e, constantemente, elogiava meu trabalho, mesmo sem conhecê-lo. Enfim, agradeço a todos que conviveram comigo nessa trajetória fascinante do meu crescimento intelectual e que acreditaram que chegaria ao fim, ou melhor dizendo, a um novo ponto de partida.

O que conta nas coisas ditas pelos homens não é tanto o que teriam pensado aquém ou além delas, mas o que desde o princípio as sistematiza, tornando-as pelo tempo afora, infinitamente acessíveis a novos discursos e abertas à tarefa de transformá-los.

(Foucault, Michel. O nascimento da Clínica-XVIII)

RESUMO

No final do século XVIII a população de Salvador enfrentou o medo da contaminação da lepra, que se propagava principalmente entre a população mais pobre. Diante da situação cresceram as pressões para que as vítimas da doença fossem removidas das ruas e isoladas fora da cidade. Desta forma, o então Governador da Capitania, D. Rodrigo José de Meneses, funda o primeiro leprosário da Bahia, o Hospital São Cristóvão dos Lázaros. Através do resgate histórico desse estabelecimento, este trabalho aborda o tema da exclusão urbana das pessoas acometidas pelo mal de S. Lázaro, evidenciando os fatores que a determinaram, tais como: o papel social da instituição, as questões urbanas e as características arquitetônicas da edificação que fortaleciam os mecanismos disciplinares e de vigilância desta *instituição total*.

Palavras-Chave: Leprosário, história dos hospitais, exclusão urbana, Hospital São Cristóvão dos Lázaros, arquitetura de vigilância.

ABSTRACT

At the end of 18th century, the population of Salvador faced the fear of the contamination of leprosy that mainly affected the poor population. At the height of the situation, the pressures from the citizens had grown so, that the victims of the illness were removed from the streets and isolated from the city. As a result of this, the Governor of Captaincy, D. Rodrigo José de Meneses, established the first leprosarium of the Bahia, the Hospital São Cristóvão dos Lázaros. Through the history of this institution, this research considers the urban exclusion of the people with the disease, highlighting the factors which have determined them, such as: the urban issues and the architectural characteristics of buildings which strengthened the disciplinary and surveillance mechanisms from this whole institution.

Keywords: leprosarium, history of the hospitals, urban exclusion, Hospital São Cristóvão dos Lázaros, monitoring architecture.

SUMÁRIO

Lista de Figuras	iii
Siglas e Abreviaturas utilizadas.....	vi
APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO I	
A institucionalização da exclusão	
1.1 Sobre a exclusão urbana.....	9
1.2 A instituição hospitalar	11
1.3 Os leprosários.....	18
CAPÍTULO II	
A arquitetura de controle	
2.1 Saúde, arquitetura e disciplina	27
2.2 O sistema panóptico.....	32
2.3 As instituições totais.....	41
2.4 Prisões, conventos e leprosários.....	46
CAPÍTULO III	
Salvador e a segregação das doenças	
3.1 A doença, os hospitais e o urbanismo.....	54
CAPÍTULO IV	
Hospital São Cristóvão dos Lázaros:	
O espaço institucional de controle da lepra	
4.1 A lepra em Salvador.....	67
4.2 O Hospital e sua história.....	69
4.2.1 A origem do lugar.....	69
4.2.2 A construção do hospital.....	71

4.2.3	Da instituição de caridade à instituição médica.....	73
4.2.4	O declínio da instituição.....	81
4.3	O leprosário e a cidade.....	88
4.4	A estrutura arquitetônica x a instituição hospitalar.....	92
4.5	Entre os muros da exclusão.....	101
4.5.1	A função de segregar.....	101
4.5.2	A arquitetura que exclui.....	108
CONCLUSÃO		117
REFERÊNCIAS		124
ANEXOS:		
ANEXO 01 – Regimento do Hospital São Cristóvão dos Lázaros.....		136
ANEXO 02 – Regulamento para o Hospital dos Lázaros.....		141
ANEXO 03 – Documentação Fotográfica do HSCL.....		154

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Reconstituição do Asklepieion de Epidauro	12
Figura 02 - Plano de Construção do Valetudinarium Vindonissa.....	13
Figura 03 - Hospital Geral de Paris: Salpêtière.....	16
Figura 04 - Hospital Geral de Paris: Bicêtre.....	16
Figura 05 - Leprosário São Jorge – Polônia.....	22
Figura 06 – Distribuição Leprosários/Preventórios/Dispensários do Brasil, 1936.....	26
Figura 07 - Individualização do paciente: Hospital Necker, Sala Malgaine, serviço de cirurgia – Início do século XX.....	31
Figura 08 - Esquema de representação circular de vigilância.....	33
Figura 09 - Esquema de representação piramidal de vigilância.....	33
Figura 10 - Panóptico de Jeremy Bentham, 1791.....	34
Figura 11 - Projeto Arquitetônico de Antoine Petit para o Hôtel-Dieu de Paris, 1774.....	37
Figura 12 - Projeto Arquitetônico de Bernard Poyet para o Hôtel-Dieu de Paris, 1785.....	38

Figura 13 - Projeto Arquitetônico desenvolvido por Bernard Poyet a partir das idéias divulgadas pelo médico Jacques Tenon.....	39
Figura 14 – Casa Correccional de Edimburgo, 1791 – 1795.....	40
Figura 15 - Interior da Penitenciária de Stateville – EUA, sec XX.....	40
Figura 16 - Vista do Leper’s Hospital – Índia.....	47
Figura 17 - Projeto de Prisão – Ackerghem, cerca de Gante, Maison de Force – 1772-1775.....	48
Figura 18 - Projeto para uma prisão de mulheres – 1782.....	48
Figura 19 - Projeto de Prisão Colônia – 1839	48
Figura 20 - Projeto de Prisão Estatal – 1795	48
Figura 21 - Igreja e Convento de N. S. Desterro – Salvador.....	49
Figura 22 - Igreja e Convento de São Francisco – Salvador	50
Figura 23 - Projeto Leper’s Hospital – Índia -Vista Superior.....	50
Figura 24 - Setorização de celas e pátios — Igreja e Convento de N. S. Desterro.....	51
Figura 25 - Especialização espacial — Igreja e Convento de São Francisco...52	
Figura 26 - Hospitais de Salvador no final do século XIX.....	65
Figura 27 - Perspectiva do HSCL da época em que foi inaugurado, 1787.....	73

Figura 28 - Vista externa do Hospital São Cristóvão dos Lázaros.....	84
Figura 29 - Colônia Agrícola D. Rodrigo José de Menezes: Prédio da Prefeitura e Teatro.....	87
Figura 30 - Colônia Agrícola D. Rodrigo José de Menezes: Pavilhões para alojamento dos doentes.....	87
Figura 31 - Colônia Agrícola D. Rodrigo José de Menezes: Casas geminadas para doentes casados.....	88
Figura 32 - Arredores de Salvador 1550 – 1570.....	89
Figura 33 - Planta Arquitetônica do HSCL.....	93
Figura 34 - Ospedale Maggiore de Milão, 1456.....	94
Figura 35 - Plan de l'hôpital Saint Louis – Paris.....	95
Figura 36 - Chelsean Royal hospital, 1682.....	95
Figura 37 - Planta do HSCL – Pavimento Térreo: Especialização espacial.....	109
Figura 38 - Planta do HSCL – Primeiro Pavimento: Especialização espacial.....	110

SIGLAS E ABREVIATURAS

APEB	Arquivo Público do Estado da Bahia
IPAC	Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia
HSCL	Hospital São Cristóvão dos Lázarus
LRROG	Livro de Registro de Resoluções e Ordens do Governo
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gérias
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte

APRESENTAÇÃO

A escolha do tema desenvolvido nesse trabalho se deve a um interesse em dar continuidade aos estudos sobre a instituição hospitalar iniciados no curso de especialização em Arquitetura de Sistemas de Saúde. Acrescentei, ainda, dois outros temas, para mim igualmente atraentes, que eram a questão da exclusão urbana e a arquitetura. Desta forma, buscando uma convergência entre esses assuntos, cheguei a um espaço arquitetônico hospitalar, o Hospital São Cristóvão dos Lázaros, o antigo leprosário de Salvador, o qual considero muito apropriado ao que buscava, pois se destinava a acolher pessoas portadoras de uma doença considerada, por muito tempo, incurável e contagiosa, e que, por isso, era um lugar a ser mantido distante, encerrando entre os seus muros aqueles considerados perigosos à cidade e à sua população.

Antes de falar no leprosário, achei necessário entender a lepra e todas as nuances que lhe envolviam. Com relação à doença, considerada uma das mais antigas de que se tem notícia, percebi que não se tratava somente de uma manifestação patológica, o seu principal efeito sobre o enfermo ia além das erupções na pele, e atingia o imaginário social. Representando, sobretudo, o temor pelo fim da vida, a lepra criou um estigma nos seus portadores, associando-os a própria disseminação da morte, determinando, assim, a relação de repúdio com que a sociedade manteria com o leproso, e foi essa relação que estabeleceu as bases para os lugares de internação dos doentes, os leprosários, cuja finalidade era abrigar e tratar dessas pessoas tão *nocivas* à comunidade.

Associado a significados paradoxais, tais como a aversão, a repulsa, o medo, a caridade e a piedade, o vocábulo *lepra* deixou um legado tão forte, representado pelo estigma do seu portador, que foi necessário a mudança do nome da doença para *Hanseníase*, em homenagem ao cientista que descobriu o bacilo da lepra, G. H. Hansen. Apesar de ser *hanseníase* o termo atualmente utilizado, optei pelo uso da palavra *lepra* quando me referia à doença. Essa escolha se deu por acreditar que os leprosários, bem como a exclusão social proporcionada por esses, são

frutos do estigma vinculados à lepra e não à hanseníase e, sendo assim, considere que haveria um melhor entendimento na relação entre a doença, a instituição e a sociedade. Cabe esclarecer que não tive a intenção de exprimir uma conotação pejorativa às pessoas acometidas pela enfermidade, mas pretendi, sim, que através do vocábulo, se percebesse todos os sentimentos a ele associados. Um outro motivo foi a simples questão cronológica, pois a instituição que se tem neste trabalho por objeto de análise funcionou, durante um grande período em que a *hanseníase* ainda não existia, enquanto o termo que designava a doença.

Passo sempre por um pequeno choque, um pequeno sofrimento de linguagem quando um grande escritor toma uma palavra no sentido pejorativo. Em primeiro lugar, as palavras, todas as palavras, cumprem honestamente o seu ofício na linguagem da vida cotidiana. Além disso as palavras mais usuais, as palavras ligadas às realidades mais comuns, não perdem por isso suas possibilidades poéticas. (BACHELARD, 1993, p.87)

Cabe, aqui, também, esclarecer que esta doença era conhecida por outros nomes, sendo os mais usuais no Brasil, morfêa, mal de São Lázaro e elefantiasis dos gregos, em alguns momentos utilizados pelos autores.

A lepra, enquanto doença, em nenhuma ocasião deste trabalho será abordada dentro da sua esfera patológica. Em todo momento será, esta enfermidade, versada do ponto de vista social e simbólico, buscando-se um nexo entre as representações que a envolveram e os modelos de exclusão a que deu origem.

Por fim, gostaria de enfatizar o quão prazeroso foi o desenrolar desta pesquisa, sobretudo por me permitir o acesso e o entendimento a obras que discorreram sobre os assuntos aqui abordados, possibilitando ampliar a percepção sobre uma sociedade que lida de forma tão intolerante com as diferenças nela existentes.

INTRODUÇÃO

As questões da exclusão social e urbana se configuram em temas amplamente debatidos quando se tem a cidade como objeto de estudo, isso se deve ao fato de serem processos que marcam, sobretudo, as diferenças sócio-econômicas da população, e cuja materialização, na maioria das vezes, é refletida na configuração espacial da cidade. Muitos são os fatores que conduzem a esse fenômeno, tais como modelos econômicos, questões culturais, étnicas, entre outras. Além disso, pode-se acrescentar a institucionalização dessa exclusão social e urbana através de estabelecimentos criados e legitimados pela própria sociedade. Como exemplo, pode-se citar os manicômios, as prisões e os leprosários, que através de discursos de proteção e assistência social, na maioria das vezes tuteladas pelo Estado, acabaram por reduzir os seus internos a uma expressão máxima de exclusão, caracterizado tanto pela sua estrutura física *fechada* como pelas próprias práticas institucionais.

Durante a idade média, o auxílio às doenças estava basicamente pautada na caridade cristã, relação esta intermediada pela *instituição hospitalar*. Entretanto, alguns desses estabelecimentos, dedicados aos cuidados com os doentes, não tinha a assistência como finalidade fundamental. No caso da lepra, a atitude social de repulsa e medo em relação à doença, determinaram uma relação diferente no amparo aos enfermos. O afastamento dos doentes do convívio social, através do aprisionamento, de forma a impedir que a sociedade sã pudesse ser atingida, foi a forma como se lidou com esta doença durante a sua história até o início do século XX, ainda que, ao longo desse período, as concepções sobre a mesma tenham se modificado.

O desconhecimento do fenômeno patológico e, em consequência disso a falta de resolutividade nas ações terapêuticas, contribuíram na identificação do doente da lepra em um indivíduo perigoso, capaz de ameaçar a saúde da população. Com o crescimento do número de doentes, as cidades instalaram nos seus arredores, “[...] os postos de isolamento para a segregação dos leprosos” (ANTUNES, 1991,

p. 78), dando origem, desta forma, aos leprosários, estabelecimento que abrigariam e dariam assistência aos doentes da lepra. Essa instituição trouxe uma das primeiras experiências sociais de controle e separação de indivíduos, determinada, inclusive, pelo *lugar que ocupavam* e, foram determinantes entre as variáveis que produziram a segregação dos doentes.

No processo de exclusão social de indivíduos através de instituições, a exemplo dos leprosários, a concepção espacial é de importância capital. A arquitetura não é apenas considerada como um elemento de construção, mas é especialmente pensada para atingir certos efeitos específicos. A alocação de pessoas em um espaço determinado e restrito, a codificação das relações existentes na instituição através dos espaços, o controle da transposição de áreas, os espaços individualizados e coletivos, a relação da edificação com a estrutura urbana, tudo isso vai dar suporte para garantir os objetivos institucionais de exclusão.

O Hospital São Cristóvão dos Lázaros, antigo leprosário de Salvador, foi fundado no final do século XVIII, como uma resposta do Estado aos anseios da sociedade em relação ao medo que a lepra representava. Desta forma, acolhia os leprosos, de forma a tentar controlar a disseminação da doença. Esse leprosário foi uma instituição que se orientou por critérios religiosos e médicos. Inicialmente observou-se a preponderância das ações caritativas e paulatinamente a instituição foi se configurando como um estabelecimento médico, assumindo cada vez mais os postulados definidos para o tratamento da doença.

A questão locacional da instituição foi o primeiro fato que a definiu como um instrumento de segregação espacial dos doentes. Afastado do núcleo urbano cerca de meia légua, o HSCL inicialmente foi louvado como elemento capaz de manter a distância o perigo que encerrava dentro de seus muros: a lepra. Sua função foi, entretanto, seriamente questionada quando o hospital estava totalmente inserido nos contornos da cidade devido ao natural crescimento urbano, o que confirmaria o quão importante era esse distanciamento.

A organização e funcionamento do hospital, revelados através de seu cotidiano e de seu regulamento, confirmaram-no como instrumento utilizado na busca da

proteção da população sadia de Salvador. O regulamento do hospital incluía, entre outras definições, a proibição do afastamento do doente do recinto da instituição, estabelecendo, desta forma, um outro fato que caracterizava a exclusão urbana dos internos.

A estrutura arquitetônica do estabelecimento, adaptada da antiga casa de repouso dos jesuítas, a Quinta do Tanque, tem uma forte relação com outras instituições de caráter asilar: espaços codificados para o funcionamento de uma moradia coletiva, de cunho carcerário, localização estratégica das áreas de controle, acesso restrito e bem delimitado, tudo isso está vinculado a idéia de uma arquitetura que atuou como instrumento na promoção da prática institucional de exclusão dos leprosos.

A instituição funcionou durante 160 anos respeitando sempre a forma de combate à lepra pautada no isolamento do doente. A decadência do Hospital São Cristóvão vai ser percebida pela crescente degradação de suas instalações físicas, e pela redução do número de seus internos, sobretudo quando se dá a sua inserção no perímetro urbano, como a confirmar o abandono de uma instituição que já não cumpria sua função social.

No início do século XX o Hospital São Cristóvão foi definitivamente fechado e seus doentes foram transferidos para uma outra instituição que atendia as novas práticas de profilaxia da lepra, a Colônia Agrícola D. Rodrigo de Menezes, no bairro de Aguas Claras, mais afastada do núcleo central urbano.

Desta forma, este trabalho, através do estudo de caso do antigo leprosário de Salvador, o Hospital São Cristóvão dos Lázaros, busca desenvolver o tema da exclusão institucional, dando ênfase a análise da concepção arquitetônica de instituições totais (GOFFMAN, 2003), que tem como finalidade à exclusão de pessoas consideradas socialmente ameaçantes. Sabe-se que, interpretar o espaço arquitetônico significa considerá-lo sob todos os seus aspectos, entretanto, nesse momento, priorizou-se os espaços internos, deixando, de certa forma, a margem dessa avaliação as interpretações volumétricas e decorativas que envolvem a edificação.

Portanto, ressaltando o elemento arquitetônico, dentre aqueles que definem o HSCL como um instrumento urbano de exclusão, formulou-se a seguinte questão que orientou a investigação aqui proposta: Quais as particularidades de uma arquitetura que deve dar suporte a função institucional de exclusão urbana?

Buscando evidenciar o HSCL como uma instituição de caráter excludente, bem como responder ao questionamento anteriormente formulado, propõe-se, nesse trabalho, os seguintes objetivos:

- 1) Buscar referenciais históricos que possam destacar a instituição hospitalar enquanto um elemento de exclusão social.
- 2) Formular parâmetros para uma análise arquitetônica do HSCL, através de exemplos de arquiteturas de instituições cujas funções se assemelham aos do hospital.
- 3) Apontar, através de reflexões baseadas em alguns autores e do próprio estudo de caso do HSCL, as características de uma arquitetura que deveria funcionar como um instrumento de suporte á finalidade institucional de exclusão.

Como base para o entendimento das instituições leprosárias, buscou-se a análise da instituição hospitalar sob o aspecto da exclusão urbana, de forma que se pudesse conhecer algumas situações nas quais se aplicou esse modelo. Também os dispositivos institucionais que atuam como instrumento de controle social, em especial aqueles aplicados em instituições fechadas, foram analisados com o intuito de entendê-los enquanto mecanismo que assegurasse a total submissão dos internos à instituição. Em particular, privilegiou-se a questão da disciplina, vigilância e da arquitetura.

A relação entre a doença, a instituição hospitalar e a cidade foi abordada de forma específica no contexto de Salvador, no período de funcionamento do HSCL. O objetivo foi entender como um conhecimento de domínio da medicina interferiu na estruturação urbana, que conferiam às cidades relacionamentos distintos com seus habitantes sadios e doentes, estes definidos através de instituições

hospitalares e práticas médicas. Através dos discursos dos médicos da cidade, entre o final do século XIX e início do século XX, tentou-se identificar como estes se articulavam com as práticas de higiene pública, sejam aquelas referentes ao espaço urbano ou à instituição hospitalar e, a partir daí, reconhecer os modelos e práticas que definiam situações características da segregação dos doentes.

Na construção das discussões deste trabalho utilizou-se uma linha teórica pautada no pensamento de alguns autores que tratassem do tema aqui abordado: a análise institucional. Inicialmente tem-se as obras de Erving Goffman e Michel Foucault como as principais linhas condutoras das argumentações aqui apresentadas. Goffman (2003), que conceitua as Instituições Totais, mostra como funcionam tais estabelecimentos, como são produzidos e sua influência nas pessoas ali internas. Foucault (1987b, 1979), por sua vez, trabalha os processos institucionais através de alguns dispositivos, tais como a disciplina e a vigilância, bem como discorre sobre sua emergência e seus objetivos sociais. Um paralelo entre esses dois autores proporcionou uma compreensão das instituições de caráter excludente, de modo a se perceber as práticas não discursivas exercidas nas relações intra-institucionais.

Com relação a questão arquitetônica buscou-se as premissas que conformaram a produção arquitetônica de espaços de exclusão. Essa análise esteve baseada no exame da tipologia espacial de outras instituições com finalidades sociais semelhantes e, sobretudo, no sistema panóptico desenvolvido no final do século XVIII pelo jurista inglês Jeremy Bentham (SILVA, 2000).

A revisão bibliográfica, a partir da definição do objeto a ser investigado, foi o primeiro passo para o entendimento do tema, permitindo, inclusive um delineamento mais preciso. Essa etapa também permitiu a construção dos marcos teóricos, nos quais este trabalho se baseia.

Ainda como metodologia para este trabalho fez-se uma análise crítica de documentos históricos e, para tanto, pesquisou-se em diversas fontes primárias, entre elas, as teses de graduação defendidas pelos médicos da Faculdade de Medicina da Bahia e a documentação original que pertenceu ao Hospital São

Cristóvão dos Lázaros, arquivadas no APEB. Nesse momento pôde-se ter acesso a relatos de fatos do cotidiano da instituição, geralmente comunicações entre o administrador do hospital e os governadores. O objetivo foi construir através dos relatos da época o contexto histórico no qual se inseria a instituição. Foram consultadas, ainda, as Falas dos Presidentes da Província da Bahia, entre os anos de 1840 a 1889 e as Mensagens e Relatórios dos Governadores até o ano de 1950.

Foi, então, com o apoio desse cenário, construído a partir dos indicadores advindos da análise histórica da função social do hospital, dos pressupostos teóricos que identificam as características de uma arquitetura pensada para ser instrumento de controle e repressão, dos processos de institucionalização da exclusão, que este texto foi elaborado. Desta forma, o Hospital São Cristóvão enquanto instrumento de exclusão urbana pôde ser identificado e explicado a partir das determinações históricas nas quais este estabelecimento se moldou.

A contribuição que se acredita trazer com esse trabalho, está no sentido de entender uma das funções sociais que desempenhou a instituição hospitalar, através do isolamento de seus pacientes, bem como na identificação das peculiaridades de uma arquitetura resultante de um processo social de exclusão. A intenção não é questioná-la mas, sim, evidenciá-la como um dos muitos instrumentos de exclusão urbana.

CAPÍTULO I

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA EXCLUSÃO

1.1 Sobre a exclusão urbana

Falar de exclusão urbana é trazer a tona questões amplas e complexas, entretanto, cabe aqui entender o termo a partir da temática da exclusão social e o seu reflexo físico no espaço urbano.

Oliveira (1997) se refere ao fato do uso do termo vir sendo utilizado há algum tempo nas discussões sobre as situações sociais, possuindo assim vários significados. Nascimento (2003) diz que “O termo exclusão aparece nas mais diversas situações, descrevendo processos: de degradação de relações sociais de maneira ampla, [...] ou dos direitos sociais” (NASCIMENTO, 2003, p. 5).

A problemática da exclusão social, de um modo geral, representa uma situação caracterizada por um desfavorecimento ou marginalização, muitas vezes gerando condições degradantes a certos grupos sociais. Contudo, é necessário considerar as distintas origens e natureza desta exclusão como, por exemplo: econômica, cultural, de comportamento, de origem patológica, entre outros. Oliveira (1997) ao distinguir traços característicos para o uso do termo exclusão social, se refere aos *excluídos* que se tornaram dispensáveis não apenas economicamente, mas, sobretudo “[...] socialmente ameaçantes e, por isso, passíveis de serem eliminados” (OLIVEIRA, 1997, p. 52). Ao que parece, pode-se relacionar a este traço a que se refere o autor, aos chamados *indesejáveis sociais* que vão povoar os lugares de exclusão.

O espaço urbano, entendido como o espaço físico da cidade, é o lugar dos agentes sociais e suas relações. Segundo Bourdieu (1997), “O espaço social se retraduz no espaço físico” (BOURDIEU, 1997, p. 160), ou seja, a cidade se apresenta fisicamente como resultante dos processos sociais nela inseridos:

A estrutura do espaço social se manifesta, assim, nos contextos mais diversos, sob a forma de oposições espaciais, o espaço habitado (ou apropriado) funcionando como uma espécie de simbolização espontânea do espaço social.

(BOURDIEU, 1997, p. 160)

Daí, construindo um corolário deste entendimento, pode-se afirmar que o espaço urbano vai ser também o lugar dos processos de exclusão social. Dentro das várias situações que se pode definir como socialmente excludentes no espaço urbano, cita-se a privação ao acesso de certos bens de consumo coletivo, por exemplo, aos serviços (transportes, saúde, educação), à oferta de empregos, à infra-estrutura (drenagem, saneamento, abastecimento de água).

Nas diversas abordagens sobre a exclusão urbana, uma se constitui de especial interesse, aquela que concretiza a dimensão espacial dos processos de exclusão, gerando o que se poderia chamar de territórios de excluídos. Fala-se, então, de zonas relegadas, espaços marginalizados, situados no nível mais baixo da hierarquia urbana, seja pela falta de serviços, seja pela concentração de uma população indesejável, enfim, lugares que concentram uma grande quantidade de propriedades negativas, e que freqüentemente recebem a denominação de *locais perigosos*.

Uma exemplificação destes territórios são os guetos e as favelas, que se constituem em temáticas comuns nos debates públicos sobre a cidade e suas zonas marginalizadas

Além dessas zonas, espaços arquitetônicos se convertem na expressão máxima da exclusão por definirem fisicamente o isolamento e a ruptura de indivíduos e suas relações sociais. Castels (1997) admite dentre as práticas de exclusão ao longo da história, a construção de espaços fechados e isolados dentro da própria comunidade — seriam os leprosários, os asilos para loucos e as prisões para os criminosos (CASTELS, 1997, p 44).

Essas instituições, que se constituíram, e ainda se constituem, em locais específicos de exclusão, encerrando em seus muros, detentos, doentes e delinqüentes, na verdade, sempre responderam às necessidades demandadas pela sociedade. As instituições prisionais, por exemplo, são a materialização espacial de um instrumento para punir elementos considerados perigosos à ordem pública. Os leprosários, instituições de saúde destinadas ao isolamento dos doentes de lepra, também funcionaram como um elemento de proteção da sociedade frente a ameaça de contaminação pela doença.

A estrutura espacial desses estabelecimentos, por sua vez, também responde aos objetivos dessas instituições dita de exclusão e revela-se determinante nesse aspecto. A concepção arquitetônica é utilizada como suporte para as ações institucionais sobre os internos, como a coerção, a punição e a disciplina. Como exemplo dessa abordagem, cita-se alguns elementos de arquitetura, como os muros altos e espessos e outras barreiras físicas que funcionam como um obstáculo na relação entre interior e exterior, fortalecendo, assim, a idéia de fechamento, que na maioria das vezes é utilizada como a privação de liberdade dos indivíduos ali internados, punindo-os por algum delito cometido. O espaço interior, nesse caso, é concebido de forma que a instituição possa ter um maior e melhor controle sobre o mesmo. O detalhando das atividades a serem desenvolvidas e a articulação entre os espaços onde se desenvolvem, são questões que também facilitam esse controle. A forma do edifício muitas vezes é reflexo da finalidade institucional, como no caso da arquitetura prisional circular, que se mostra como a mais eficaz forma geométrica para a vigilância sobre os prisioneiros. Desta forma, a arquitetura, através de seus elementos, vê-se utilizada como um instrumento capaz de agir diretamente sobre o indivíduo que abriga, proporcionando um domínio sobre seu comportamento e pretendendo conduzi-lo a uma *modificação* social.

1.2 A instituição hospitalar

O hospital, instituição médica a qual a memória coletiva imediatamente remete a um “lugar especial — que reúne pessoas doentes para serem tratadas [...] onde a

medicina e as demais práticas de cuidado dos doentes se instalam” (ORNELLAS,1997, p.38) — não nasceu como tal. A instituição hospitalar, até alcançar o patamar que se conhece, percorreu um caminho complexo; as transformações pelas quais passou essa instituição remete-a a diferentes missões sociais, tendo na sua gênese a assistência generalizada aos necessitados, associando-se posteriormente ao local de morte para os pobres e isolamento para leprosos e loucos até que, finalmente assume o modelo do hospital contemporâneo, destinado à cura e tratamento de doenças.

Historicamente, percebe-se que cada sociedade estabeleceu um modo de assistência, onde, de alguma forma, os doentes e necessitados foram cuidados. A civilização grega erigiu templos com essa finalidade, funcionando conjuntamente com o culto religioso, em especial o do Deus Asclépio (FIGURA 01). Os romanos, por sua vez, construíram estabelecimentos com características hospitalares dedicados ao abrigo e tratamento de doentes (Valeduninarias), contudo, não se destinavam a população civil, eram de caráter militar. (FIGURA 02).

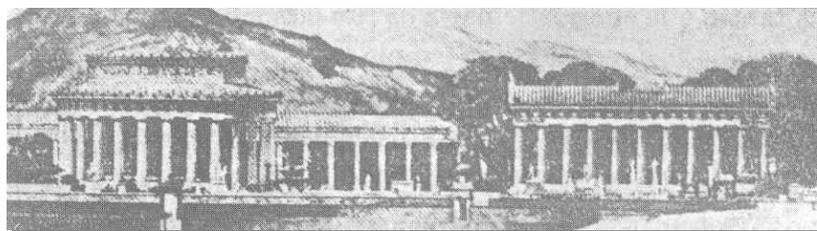


FIGURA 01 – RECONSTITUIÇÃO DO ASKLEPIEION DE EPIDAURO. À DIREITA O TEMPLO DE ASCLÉPIO, CONSTRUÍDO POR VOLTA DE 460 a. C.
FONTE: ANTUNES, 1991, p.19

Com a expansão do cristianismo, muitos estabelecimentos assistenciais se difundem pela Europa. Alguns autores citam uma expansão mais rápida no Oriente, devido principalmente a decadência do Império Romano ocidental. Em 325, o Concílio de Nicéia, instrui os bispos a darem abrigo a viajantes, enfermos ou pobres, dando início ao que viria a se transformar nos hospitais cristãos. Lisboa (2002) fala de estabelecimentos para abrigar os portadores de afecções da pele (provavelmente leprosos), fundadas por Helena, mãe do Imperador Constantino, Zótico e Ébulo, senadores romanos, em 350 d. C.

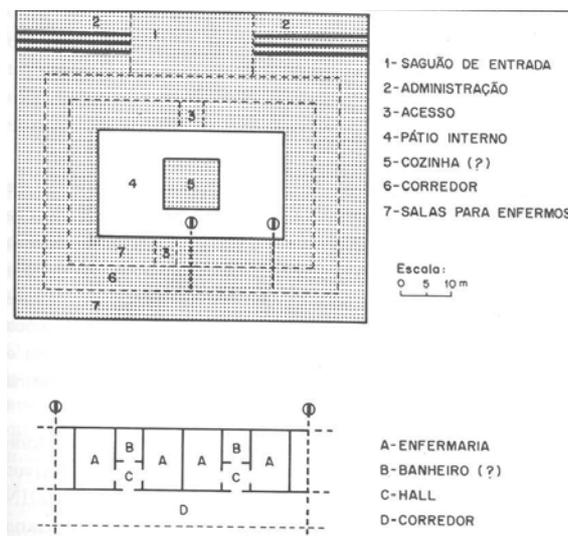


FIGURA 02 – PLANO DE CONSTRUÇÃO DO VALETUDINARIUM DE VINDONISSA

FONTE: ANTUNES, 1991, p. 35

Segundo Rosen (1980), o imperador Justiniano (527 – 565), regulamentou os asilos da sua época, definindo os *nosocomia* para os doentes — o modelo mais próximo do que atualmente se conhece como hospital — e os *lobotrophia* para os inválidos e leprosos. Os *xenodochias* eram dedicados aos forasteiros, porém, Antunes (1991), acrescenta esse estabelecimento como sendo também dedicado às doenças, pois segundo o autor, “[...] poucos de seus usuários teriam sido pessoas realmente sadias” (ANTUNES, 1991, p.41).

No ocidente, a transição entre a antiguidade e a idade média trouxe à condição humana uma profunda subordinação aos desígnios de Deus, o que fez consolidar a idéia de doença enquanto castigo divino, em muito contribuindo na relação que prevaleceu nesse período entre a Igreja e as instituições assistenciais. Segundo Rosen,

Velhos costumes e ritos pagãos sobreviviam, e eram usados para resolver problemas de saúde dos indivíduos da comunidade. Ao mesmo tempo, o cristianismo afirmava a existência de uma conexão fundamental entre doença e pecado: a doença seria uma punição pelo pecado. (ROSEN,1994,p. 53)

A assistência aos doentes, na idade média, estava, então, muito ligada às ordens religiosas: “[...] em 816, o Concílio de Aix-La-Chapelle tornou obrigatória a construção de hospitais nos conventos” (ORNELLAS, 1997, p.40). Nesse contexto, prestar assistência aos enfermos era uma virtude cristã e uma manifestação da misericórdia de Deus e desta forma, os hospitais destinados a esse encargo estavam intrinsecamente ligados ao conforto da religião, o que os tornou estabelecimentos muito mais de caráter religioso do que terapêutico. Entretanto, pode-se perceber, já nesse momento histórico, uma tendência da instituição hospitalar em se configurar como um elemento de segregação, pois no abrigo de pobres, mendigos e doentes existe claramente a conformação de uma camada social que diverge da sociedade mais ampla. O caso dos leprosos cuja exclusão fôra estabelecido nesse período, fortalece ainda mais essa tendência.

Entre os séculos XII e XIII, o funcionamento dos hospitais ligado a ordens religiosas cristãs teve seu momento de apogeu, quando a partir daí, começam a entrar em declínio, e aos poucos, vai acontecendo a laicização desta instituição. A Europa, que a partir daí, começava a viver transformações econômicas, políticas e sociais, via suas cidades crescerem e atrair cada vez mais uma população campestre, o que fez aumentar o número de pessoas sem condição de sobreviverem no cenário urbano, transformando-os em um contingente de desvalidos. Observa-se, então, uma mudança sobre a concepção desta classe que era assistida pelos hospitais, ou seja, a classe de pobres e indigentes, antes digna da piedade de Deus, passou a ser abordada como uma ameaça social:

A indigência passou a ser abordada de um modo diferente e negativo depois da Idade Média [...]. O postulado que incitara os cristãos a tratar os pobres como a Jesus em pessoa, não mais era invocado, e parecia ter sido substituído por um axioma inverso, que aconselhava-os mantê-los a distância. Afinal, a existência de um grande número de pobres, mendigos e vadios perambulando livremente pelas ruas era percebida como fator de desestabilização da ordem social, pois se atribuía a essas pessoas a fonte de propagação de diversos “males” como moléstias contagiosas, crimes e condutas imorais. (ANTUNES, 1991, p.134)

Diante dessa nova concepção sobre a pobreza, a instituição hospitalar, que já prestava assistência aos pobres, se remodela e se torna, também, um espaço de controle e coerção dessa classe populacional. O melhor exemplo desta nova função social da instituição hospitalar aconteceu na França quando, a partir do século XV, a intervenção régia vai começar a se fazer presente nas questões assistenciais. Contudo, é no século XVII, no ano de 1656, que essa intervenção vai ser consolidada com o decreto que funda o Hospital Geral, e confirmada em 1676, quando o rei indica, através do édito de 16 de junho, o estabelecimento de Hospitais Gerais em cada cidade do reino (FOUCAULT, 2003, p.51). O que a princípio parecia ser somente uma reforma administrativa, com o agrupamento de alguns hospitais já existentes, sob uma mesma administração, acabou se revelando numa manobra política para eliminar e reprimir a mendicância.

Milhares de indigentes são conduzidos a três estabelecimentos, Salpêtrière, Bicêtre e Pitié, (FIGURA 03/04) idos de espontânea vontade ou conduzidos pela autoridade real ou judicial. Essas instituições eram, agora, prioritariamente destinadas aos pobres, “[...] de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (Édito de 1656, art XIII apud FOUCAULT, 2003, p. 49).

Apesar de ter ficado afastada desta nova organização hospitalar, mérito do rei e da burguesia, a Igreja não vai estar alheia a esse processo. Segundo Foucault (2003) ela vai reformar suas instituições hospitalares e vai criar congregações que vão propor objetivos semelhantes aos do Hospital Geral.

Constata-se que, com a laicização do hospital, suas características básicas não se alteraram, mantinham-se ainda como uma combinação de hospedaria, abrigo, tratamento de doentes e asilo. Porém, um novo elemento foi acrescentado a essas características, o controle social de elementos considerados indesejáveis à sociedade, perpassando uma primeira idéia de *higiene urbana*, com a eliminação de elementos deletérios à cidade.



FIGURA 03 – HOSPITAL GERA DE PARIS: SALPÉTRIÈRE

FONTE: L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS.

Disponível em: <<http://www.aphp.fr/site/histoire/architecture.htm>>.

Acesso em: 14 de maio de 2005.



FIGURA 04 – HOSPITAL GERAL DE PARIS: BICÈTRE

FONTE: UNIVERSITÉ PARIS SUD. Urologie CHU de Bicêtre.

Disponível em: <<http://www.uro.bicetre.org/histoire.htm>>.

Acesso em 24 de maio de 2005.

A instituição hospitalar é então, definida, nesse momento, como um “instrumento para a contenção da pobreza e erradicação da mendicância, ajudando a manter a ordem pública” (ANTUNES, 1991, p.135) delimitando-o mais uma vez como um claro elemento urbano de exclusão social, cuja principal característica era representada pelo elemento da repressão.

Novamente, com o advento de uma nova conjuntura política, social e econômica, iniciados no século XVIII, novos modos de pensar e agir começavam a ser delineados, representados pelo iluminismo, onde o interesse pelos direitos e pela situação do homem se manifestavam. Esse cenário apontava, pois, para uma

nova forma institucional dos hospitais, destinando-se a servir aos doentes, enquanto que a pobreza deveria ser solucionada com o trabalho.

No final do século XVIII acontece o que se pode chamar de uma consolidação da repercussão dessas idéias nas questões de saúde. A ruptura com as práticas assistenciais vigentes até aquele período, a chamada *medicalização dos hospitais*, considerada por muitos autores como o momento da gênese do hospital contemporâneo, vai acontecer também no final do século XVIII e vai ser fruto desse novo modo de pensar. A partir daí a instituição hospitalar vai ser reavaliada do ponto de vista funcional, buscando-se um direcionamento que a levaria a assumir como função precípua a cura de doentes.

Já dentro desse novo cenário da tecnologia médica, a instituição hospitalar continuou, em alguns momentos, assumindo um caráter segregador de determinadas categorias de doentes. A necessidade de organização da cidade, enquanto espaço social, necessitou excluir também aqueles que ameaçavam a saúde da população, instaurando uma *medicina de controle*, fazendo manter estabelecimentos com essas finalidades, como é o caso dos hospitais psiquiátricos, dos sanatórios, dos lazaretos e dos leprosários.

Esses estabelecimentos, lugares de confinamento, impossibilitavam o retorno dos pacientes ao convívio social, condenando-os a uma verdadeira *morte em vida*. Essa prática, por muito tempo foi sustentada principalmente pelo desconhecimento do fenômeno que acometia as vítimas, e que, de acordo com Ornellas (1997, p.47), se constituiu em “Uma medicina que constrói espaços próprios para as doenças e, não podendo curá-las, controla os seus portadores: delimita o seu espaço, ordena sua conduta”.

A *internação – segregação* desses pacientes, objetos do saber e do poder da medicina, configura mais uma vez o papel social da instituição hospitalar enquanto instrumento da exclusão institucional de pessoas. O que se verifica, contudo, é uma total integração dessas instituições no sistema de relações sociais da qual elas fazem parte, respondendo aos anseios de uma sociedade que busca se proteger das ameaças iminentes.

1.3 Os leprosários

Dentro da história da instituição hospitalar, os leprosários têm um significado particularmente relevante. A segregação e o confinamento dos doentes dentro dos seus limites físicos, desde os seus primórdios, criaram paradigmas tão fortes a respeito do modo de tratamento e profilaxia de outras doenças, que somente muitos séculos depois puderam ser quebrados: “o enfrentamento das doenças transmissíveis – a segregação social dos doentes e sua retenção em instituições” (ORNELLAS, 1997, p.43).

Abordar o tema *leprosários* é, antes de tudo, remeter às questões de saúde pública inerentes ao período medieval. No início da Idade Média, entre os séculos VI e VII, a lepra se dissemina pela Europa, transformando-se em um problema social e sanitário. Tornando-se uma doença endêmica, principalmente entre os pobres, teve seu momento mais crítico entre os séculos XIII e XIV. Os historiadores atribuem principalmente ao movimento das Cruzadas o fator disseminador da doença.

Para combater e controlar a lepra, que transformara-se em uma ameaça, desenvolveu-se o que alguns autores consideram como uma das primeiras ações de saúde pública: primeiramente a notificação da doença e depois o isolamento do doente. Aqui entenda-se como notificação a denúncia aos leprosos, o que se constituía em uma verdadeira condenação para o doente: “Essa face do trabalho em saúde pública começou a aparecer no início da idade média, quando a lepra passou a ser um importante problema de saúde” (ROSEN, 1994, p.60).

O domínio da igreja nas questões relacionadas ao acolhimento e assistência aos doentes na Idade Média, representando o encontro entre a caridade cristã e a aflição dos necessitados, também levou essa instituição a assumir os cuidados com o doente da lepra. Nesse período, a figura do leproso está muito associada ao pecado, sendo a manifestação da doença um castigo divino, resultado de sua conduta pecaminosa, idéias difundidas principalmente pelos textos bíblicos. Essas

idéias e suas conseqüências práticas repercutiram nos procedimentos definidos para a doença nesse momento: a segregação do doente tinha um significado de punição e essa medida o conduziria a uma purificação espiritual e, conseqüentemente, à sua salvação.

Os locais destinados aos doentes tomaram uma conformação distinta das demais instituições de acolhimento. Aos leprosos não era suficiente abrigar, necessário se fazia isolá-los em locais especiais, penitenciá-los, para que pudessem se redimir de seus pecados e assim se purificarem. Pode-se afirmar que uma das primeiras funções dos leprosários, a partir do entendimento medieval sobre a doença, foi o de cuidar espiritualmente do doente.

O número crescente de pessoas acometidas pela lepra fez surgir nos arredores das cidades, os leprosários. Nesses lugares, os portadores da doença eram mantidos segregados da comunidade, em regime fechado, proibidos de saírem para além dos seus muros. Conforme Cunha (2002), o primeiro leprosário da Europa foi construído em St. Oyen, na França, em 460 d. C., “eram edificações que abrigavam até 12 pessoas, construídas do lado de fora das cidades e acompanhadas de uma capela e um cemitério” (CUNHA, 2002, p. 238). A autora ainda descreve como eram as acomodações nesses leprosários medievais: “dentro das habitações, cada doente tinha direito a uma cama, um baú ou arca para guardar seus pertences e um lugar para acender suas velas” (CUNHA, 2002, p. 238). Antunes (1991) se refere à constituição de comunidades independentes, onde existia uma relativa liberdade, contudo ressalva que a maioria dos leprosários mantinham a proibição à saída dos doentes.

A admissão nos leprosários não era algo simples e direto, esse acontecimento era precedido por um ritual onde se marcava essa passagem para o exílio, obedecendo a todo um simbolismo religioso. “A realização do serviço funerário, com a participação da vítima, simbolizava a terrível exclusão da sociedade humana” (ROSEN, 1994, p. 61):

Um leproso representava uma ameaça pública. Assim, a comunidade, no intuito de proteger seus membros sadios, o expulsava. Sendo a

doença incurável, ele se tornava proscrito para o resto da vida. Muito antes de receber a benção misericordiosa da morte física, já se o destituía de seus direitos civis e se o considerava, socialmente, morto. (ROSEN, 1994, p. 61)

Segundo Rosen (1994), depois do século X cresceu bastante o número de leprosários. No início do século XIII, duas mil casas de leprosos existiam na França, chegando a dezenove mil, em toda a Europa: “A partir da Idade Média e até o final das Cruzadas, os leprosários tinham multiplicado por toda superfície da Europa suas cidades malditas” (FOUCAULT, 2003, p.3).

Todavia, pode-se considerar um segundo momento na concepção cristã sobre a lepra. Isso se dá quando a Igreja percebe o leproso como um doente, alguém que como os demais, precisava ser cuidado dentro da caridade, pois, até então, era um *pecador*. A partir daí, se intensificou uma atuação mais caritativa e viu-se crescer o número de religiosos que se dedicariam ao tratamento desses doentes, incentivando inclusive a melhoria dos leprosários. Muitas ordens religiosas se formaram com essa finalidade, como, por exemplo, os Cavaleiros de São Lázaro. Isso acarretou uma reorganização dos espaços dos leprosários, que assumiram um caráter semelhante às demais instituições de atenção à doença, ou seja, os leprosários assumiram a condição de hospital, tal como se entendia esses estabelecimentos na Idade Média. Ornellas (1997), sobre essa questão, complementa que essa seria a feição que essas instituições assumiriam até o século XX, aliando os códigos da hospitalidade à instituição de recolhimento compulsório.

O leprosário de São Jorge, na Polônia (FIGURA 05), de acordo com registros do século XVI, mostra a relação desse estabelecimento com a cidade. Ao que parece, existe a separação clara entre as duas unidades, cidade e leprosário. Essa distância, entretanto, era suficiente para que ainda houvesse uma certa relação entre os dois, presumindo-se a dependência do leprosário em relação a cidade, principalmente no que dizia respeito ao recolhimento de doações e esmolas. Essa aparente pequena distância facilitava ainda um controle maior

sobre os doentes ali reclusos. Antunes (1991) fala da disposição interna deste leprosário, sendo composto por uma igreja central e por pequenas casas geminadas, ocupando três margens de seu terreno:

Essa configuração indica que os leprosários procuraram se amoldar à disposição que as congregações religiosas haviam escolhido para a construção de conventos e abadias, e sugere que, mesmo isolados, os internos tenham preservado os seus cultos. Nem todos os leprosários contaram com uma distribuição de seu espaço interior tão esquemática, muitos apenas aglutinavam casas desiguais em dimensão e forma. Mas todos tiveram uma capela anexa. (ANTUNES, 1991, p.89)

Os leprosários entraram em declínio na Europa a partir do século XIV, quando a prevalência da doença diminuiu bastante. Alguns autores atribuem esse fato aos melhoramentos das condições sociais, tais como higiene e alimentação. Um outro fator foi o fim das Cruzadas, rompendo a rota de disseminação.

A despeito do fim desses estabelecimentos, enquanto estrutura física, não se pode deixar de revelar o legado deixado por eles. Foucault (2003) afirma que o lugar deixado pelo leproso foi ocupado pelos pobres e todo o tipo de marginalizados. Os loucos, considerando estarem na mesma categoria de doentes, assumiram posteriormente a associação com o perigo, levando à necessidade de isolamento e segregação, já experimentada pelo doente da lepra. É na prática do isolamento e da exclusão, entretanto, que se registra a maior herança deixada por esta instituição:

Surgidos com a lepra, os procedimentos de exclusão social de doentes e seu recolhimento asilar teriam ultrapassado e sobrevivido ao surto medieval daquela enfermidade, destacando-se enquanto mecanismos de controle da vida urbana. (ANTUNES, 1991, p.93)

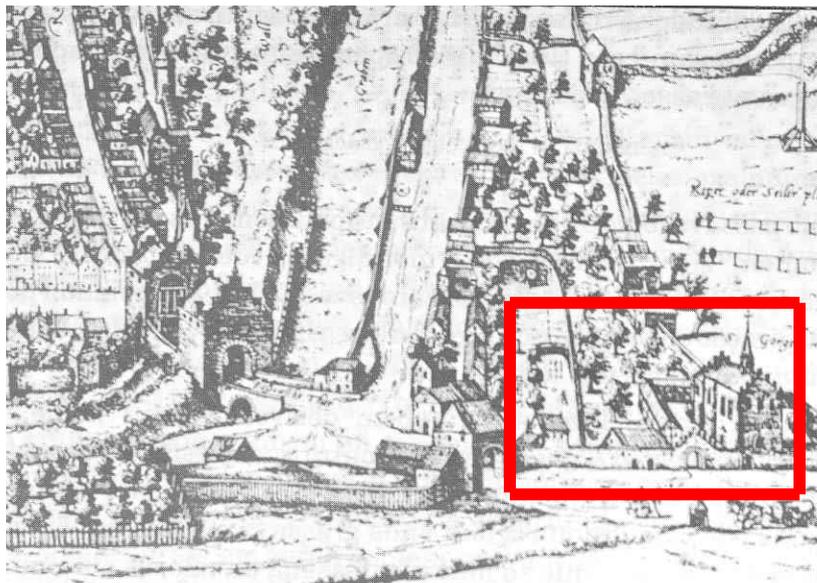


FIGURA 05 – LEPROSÁRIO SÃO JORGE - POLÔNIA
 FONTE: ANTUNES, 1991, p.88

O Hospital Geral, fundado na França no século XVII, é um dos exemplos desse legado dos leprosários, assumindo, porém, outros significados, sejam eles políticos, sociais, religiosos e morais. Antunes (1991, p.78) se refere também a uma certa dualidade de valores originária do processo de exclusão nos leprosários, trata-se da relação puro x impuro, perigoso x inofensivo, o que naturalmente leva ao binômio doença x saúde. O leprosário, então, definiria exatamente essa fronteira simbólica, entre a doença e a saúde através dos seus próprios limites físicos.

Dentro do campo mais específico das doenças e as suas práticas terapêuticas, o isolamento e segregação difundidos pelos leprosários, ainda na idade média, reconhecia no leproso a condição de doente, diferenciando-o, de certa forma, dos demais assistidos pela igreja no seu amplo leque de assistência. Ele era aquele a quem se separava devido à sua doença, ainda que não fosse para tratá-lo, mas para proteger os sãos do contato:

Os primeiros personagens, em que se reconhecia a condição de doentes, que foram abrigados/segregados entre os muros do hospital – estabelecimento ainda na Idade Média, foram os leproso. Hospital – asilo, mais asilo – prisão que hospital, nele se instalou o modelo de

exclusão adotado para leprosos e, posteriormente, para os loucos. (ORNELLAS, 1997, p.42)

Quando, no século XVIII, as instituições hospitalares passam a assumir o seu caráter terapêutico, Ornellas (1997) afirma que as instituições asilares se diferenciam das demais, ficando o leprosário em suspenso, como numa situação ambígua devido à segregação vitalícia que o estigma da lepra consubstanciava (ORNELLAS, 1997, p.46). Esse fato, portanto, dificultava a associação do leprosário à uma instituição hospitalar, pois a função de recolhimento e segregação do doente era ainda sua principal característica e não um estabelecimento de terapia para a doença. No entanto, os leprosários atingiram a condição de hospital, muitos deles, inclusive, com a denominação expressa de *Hospital de Lázaros*, o que os definiam como um dos primeiros hospitais especializados. Assumiu, assim, sua última função social: a de terapia dos doentes, até que a prática asilar foi questionada e dada como ineficaz, estabelecendo uma nova postura em relação à doença.

Desta forma, pode-se afirmar que, mesmo que os leprosários tenham simbolicamente deixado de existir — pois na prática ainda se manteve essa instituição até o início do século XX, haja visto o caso do Brasil — o asilamento e a segregação continuaram a ser praticados, seja com o objetivo de prevenir a disseminação de doenças contagiosas, seja para afastar do meio social aqueles considerados *inadequados* a esse meio. Quanto à função social do leprosário, Antunes (1991) afirma que “cumpriram uma função social singular: depurar as cidades de um grande contingente de aflitos, cujo livre trânsito incomodava as pessoas sadias” (ANTUNES, 1991, p.91).

No Brasil, a história dos leprosários começa quando essa instituição já havia sido dada como extinta na Europa. Data do início da colonização do país, os primeiros registros de casos de lepra. Segundo o leprólogo Heráclides Souza Araújo, os índios não manifestavam a doença, o que se conclui ter sido esta importada da Europa e da África, através dos colonizadores e dos escravos.

No ano de 1637, o então Governador do Rio manifesta as primeiras intenções na fundação de um hospital para leprosos, mas a concretização deste fato somente iria acontecer em 1741. A partir desta data, muitos leprosários foram fundados pelo país (FIGURA 06). O leprosário da Bahia seria fundado pelo Governador D. Rodrigo José de Menezes, em 1787.

Todos os sentimentos experimentados na idade média em relação ao leproso, ainda se fazia presente no Brasil no final do século XVIII, o que conferia aos seus leprosários um caráter assistencial maior do que o médico, ainda que nesse momento a instituição se designasse como um *Hospital* de lázaros. A ameaça representada pelo doente, bem como a compaixão das pessoas, em especial dos dirigentes, eram os motivos que moviam as ações que objetivavam a fundação de leprosários. Em 1793, o vice-rei Conde de Rezende, referindo-se ao hospital dos lázaros do Rio de Janeiro, esclarece sobre as finalidades dessa instituição:

Congregar e unir os contaminados do mal para serem alimentados e socorridos; remediar os que puderem ser curados; salvar, através da separação, os habitantes da cidade. (ARAÚJO, 1946, p. 94, apud ORNELLAS, 1997, p.73)

Quando, finalmente, os leprosários brasileiros adquirem seu caráter terapêutico, o isolamento dos doentes é assegurado pela teoria do contágio: “esta noção dá suporte ao afastamento dos leprosos para longe da cidade, do mesmo modo que daria sustentação às medidas com relação a outras enfermidades” (ORNELLAS, 1997, p. 71).

O controle da doença, através dos leprosários, ficou mais rigoroso quando os médicos assumiram essa prática com base em princípios científicos. Nesse período já havia acontecido na Europa “as descobertas que desencadearam a era bacteriana, enfatizando o papel do homem doente na transmissão das doenças, a descoberta do bacilo da lepra, reforça as medidas de controle” (ORNELLAS, 1997, p.75). O isolamento do doente era considerado a forma mais eficaz para a profilaxia da doença.

Esse destino, porém, já pré-definido a partir da identificação da doença, levava muitos leprosos a resistirem aos leprosários, o que conduzia aos médicos a atitudes intolerantes e violentas para conduzir esses doentes aos leprosários:

Na cidade de São Paulo, a busca de suspeitos (os hansenianos) era realizada em viaturas especiais, conhecidas como ambulâncias negras. Ao contrário das ambulâncias de cor branca, utilizadas em todos os outros serviços de saúde, o Serviço de Profilaxia da Lepra se utilizava dessa cor. Esses veículos eram facilmente identificáveis, pois traziam grafados de ambos os lados, e de forma bem visível, o nome do serviço e a palavra “Lepra”. A parte traseira era inteiramente fechada e possuía apenas uma porta, que era trancada pelo lado de fora, para evitar possíveis fugas dos suspeitos. (MONTEIRO apud CURTI, 2002, p.31)

Ornellas (1997) registra que, no limiar do século XX, em regiões do interior do Brasil, “os leprosos andavam em grupos, portando matracas e uma vara comprida, na extremidade da qual havia uma lata” (ORNELLAS, 1887, p. 69), a vara tinha por finalidade manter o leproso distante do doador de esmolas. Esse fato, que remete a um cenário medieval, talvez explique porque ainda nesse período vários leprosários ainda eram fundados no país, quando há muito tempo já se havia dado como extintos na Europa. Essa situação, todavia, era resultado de uma prevalência da doença no país.

Os leprosários vão paulatinamente perdendo sua força e sendo substituídos por um outro tipo de instituição, as colônias, espécie de aldeia de leprosos, porém, de aspecto menos rígido, muito embora ainda seja mantido o confinamento dos doentes. Em 1924 é fundado no Pará a *Lazarópolis do Prata*, a primeira colônia agrícola de leprosos do Brasil, obra do Governo Epitácio Pessoa.

ORGANIZAÇÕES ANTI-LEPROSAS

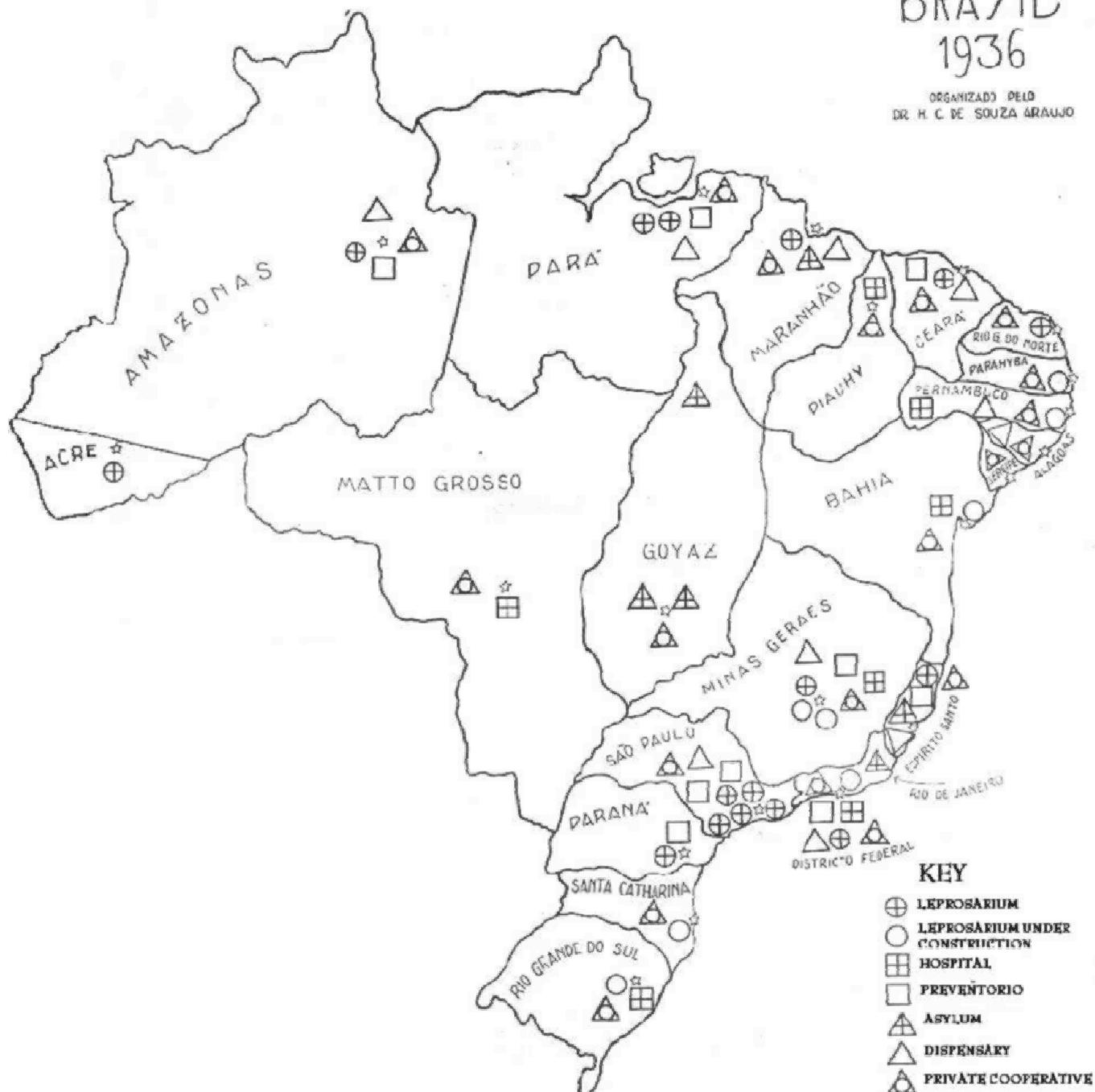
BRASIL
1936ORGANIZADO PELO
DR. H. C. DE SOUZA GRAUJO

FIGURA 06 – DISTRIBUIÇÃO LEPROSÁRIOS/PREVENTÓRIOS/DISPENSÁRIOS-BRASIL 1936 –

FONTE: INTERNATIONAL LEPROSY ASSOCIATION.

Disponível em: < <http://www.leprosyhistory.org> >. Acesso em: 12 de novembro de 2004.

CAPÍTULO II

A ARQUITETURA DE CONTROLE

2.1 Saúde, arquitetura e disciplina

Amplamente discutido pelo filósofo Michel Foucault (1987b, 1979), o conceito de disciplina vai ser aplicado nas instituições hospitalares, mais precisamente quando essas assumem sua função terapêutica, sobretudo através dos seus regulamentos, inspeções, controles e arquitetura, com uma contribuição relevante do saber médico, que imprime e respalda essa prática com o caráter científico.

A partir de uma nova forma de domínio, diferente da escravidão, da domesticação, e ainda distinta da vassalidade (FOUCAULT, 1987b, p.118), o século XVIII, vai engendrar técnicas que tornarão o corpo um elemento analisável, manipulável, dócil e útil. Através do controle de cada movimento, de cada gesto e atitude, bem como de uma repressão contínua, o corpo vai ser objeto de uma ação consciente por parte do que Foucault denomina de *poder*:

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar de disciplinas (FOUCAULT, 1987b, p.118).

A disciplina é, portanto um mecanismo utilizado no exercício do *poder*. Com ela pode-se, por exemplo, aumentar a produtividade de operários nas fábricas, aumentar a produção de saberes nas escolas ou a saúde nos hospitais. Dessa forma, vê-se nesses estabelecimentos uma “produção positiva de comportamentos que definem o indivíduo ou o que deve ele ser, segundo o padrão da normalidade” (MUCHAIL, 1985, p.199). Sendo assim, esse sistema disciplinar vai atuar no corpo não simplesmente para que se faça *o que* se quer, mas, sobretudo, que se faça *como* se quer.

Segundo Muchail (1985, p.199), “Concomitantemente ao surgimento de saberes e ao exercício do poder disciplinar, instalam-se também determinadas instituições a eles articuladas”. Além disso, complementando esse pensamento, Ferraz (1994, p. 46), acrescenta: “[...] o espaço físico desse poder deve ser fechado”. Nas instituições disciplinares, por excelência o lugar da prática disciplinar, pode-se distinguir, genericamente, alguns traços básicos que, de certa forma, facilitam o exercício dos seus métodos. Muchail (1985, p.200) defende que o traço característico fundamental “[...] está desenhado no seu modelo de arquitetura, tal como é anunciado no projeto do Panóptico”.

A arquitetura, então, que sempre foi considerada a representação da sua época, “[...] o aspecto visual da história [...]” (ZEVI, 1996, p.142), não poderia deixar de interpretar as transformações das instituições sociais e desta forma, transforma-se para responder as novas demandas de uma “[...] sociedade disciplinar [...]” (FOUCAULT, 1987b, p.173). A respeito dessa *nova* arquitetura Foucault declara que,

[...] uma arquitetura que não é mais feita simplesmente para ser vista (fausto dos palácios), ou para vigiar o espaço exterior (geometria das fortalezas), mas para imprimir um controle interior, articulado e detalhado – tornar visíveis os que nela se encontram. (FOUCAULT, 1987b, p. 144).

Portanto, os efeitos da disciplina e do poder disciplinar vão se fazer presentes na arquitetura. Através de dispositivos que vão atuar na organização espacial das instituições disciplinares, busca-se atingir, sobretudo, a submissão do indivíduo às práticas ali desenvolvidas. O controle do espaço e conseqüentemente de tudo que nele acontece, representa o âmago do poder disciplinar sobre a produção arquitetônica desses estabelecimentos.

Primeiramente, a disciplina vai proceder à distribuição dos indivíduos num espaço e para isso o fragmenta em tantas parcelas quanto sejam necessárias de modo que estes possam ser individualizados, esquadrihados e classificados, identificados pelo lugar que ocupam. Desta forma, o espaço disciplinar, que a

partir dessa distribuição busca conhecer e dominar tem como objetivo ser um espaço analítico:

Cada um dos corpos em seu devido lugar; corpos isolados, hierarquizados, distribuídos em um espaço fechado, capaz de desenvolver funções específicas que dele se exigem: seja uma prisão, uma fábrica, um hospital, uma casa, etc. (FERRAZ, 1994, p.47)

Complementando a técnica da distribuição, observa-se também uma codificação espacial a partir da separação funcional de atividades. Lugares são rigidamente definidos para as várias ações humanas, bem como para a congregação de subgrupos cujas características se assemelham. Desse modo, a disciplina organiza os espaços através da célula espacial, de modo a constituí-la com as demais, uma rede complexa, composta de áreas definidas, hierarquizadas e funcionais, onde através das circulações se mantém o contato operacional, criam-se ligações entre as semelhanças e eliminam-se ou afastam-se as distinções.

A partir da distribuição e da especialização espacial, as instituições disciplinares controlarão o comportamento dos indivíduos de uma forma geral e ao mesmo tempo individual. Para tanto, lançará mão de um olhar disciplinador, cujo sistema hierarquizado, constituindo-se em uma *pirâmide de olhares*, permite uma rede de relações que, ao mesmo tempo, vigia e é vigiada, garantindo assim uma fiscalização contínua e integrada.

A vigilância é, pois mais uma técnica disciplinar, possivelmente a mais importante, a ter suporte na arquitetura; uma vigilância sempre presente é o que se deseja, porém *invisível*, ou seja, seus efeitos devem se materializar simplesmente pela possibilidade dos indivíduos se sentirem vigiados. O controle de aberturas, luminosidade e acessos, são elementos arquitetônicos utilizados como recursos na concepção arquitetônica de instituições disciplinares objetivando a eficácia desse dispositivo disciplinador. Alguns espaços se configuram como alvos de um maior monitoramento, principalmente aqueles para onde afluem uma grande

quantidade de pessoas e por onde se dá a transposição entre os espaços internos e externos.

Além dos reflexos sentidos diretamente na arquitetura, cabe também elucidar duas outras questões inerentes ao poder disciplinar que vão se rebater na instituição hospitalar: a norma e o exame. A relação entre os comportamentos e uma conformidade a ser seguida, fazendo com que, a partir daí, possa haver entre os indivíduos uma comparação, uma classificação, uma hierarquização e uma diferenciação faz com que a disciplina desenvolva, também, o poder da *Norma*, cujo objetivo é especificar os atos em categorias gerais e distinguir o permitido do proibido. No campo médico, é estabelecida para organizar o seu corpo profissional e hospitalar, de forma que possa fazer funcionar as normas gerais de saúde.

Ainda como técnica disciplinadora, Foucault define o exame como uma prática combinatória entre a vigilância e a normalização: “É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir” (FOUCAULT, 1987b, p. 154). Através do exame, os indivíduos são observados, diferenciados e sancionados. É através do exame que vai se montar todos os registros do indivíduo, acumulando-os em um sistema documental capaz de dar a conhecer toda a trajetória deste na instituição disciplinar, permitindo sua classificação, contabilização e comparação. O hospital ao final do século XVIII vai tornar-se, essencialmente, um instrumento do examinar. As visitas médicas, antes esporádicas, vão, aos poucos, se tornando mais regulares, assumindo um caráter mais rigoroso. Essa nova forma de inspeção vai, então, colocar o doente numa posição de *corpo examinado*. Essa observação, transformada em atividade sistematizada, seria capaz de dar a conhecer todas as silhuetas da doença e dos doentes.

Todo esse processo disciplinar, vai se fazer presente no espaço hospitalar objetivando a análise dos corpos, a promoção da cura e a produção de saberes. Destarte, cada paciente possui o seu lugar previamente definido, (FIGURA 07) classificados por patologia, analisados e controlados pelos enfermeiros e médicos. Um espaço analítico organizado pela disciplina. Sobre o hospital, enquanto instituição disciplinar Foucault (1987b) afirma que:

[...] é estabelecido um sistema para verificar o número real de doentes, sua identidade, as unidades de onde procedem; depois regulamenta-se suas idas e vindas, são obrigados a ficar em suas salas; a cada leito é preso o nome de quem se encontra nele; todo indivíduo tratado é inscrito num registro que o médico deve consultar durante a visita; mais tarde virão o isolamento dos contagiosos, os leitos separados. Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico. (FOUCAULT, 1987b, p 124)



FIGURA 07 – INDIVIDUALIZAÇÃO DO PACIENTE- Hospital Necker, sala Malgaigne, serviço de cirurgia – Início do século XX

FONTE: L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS. Disponível em: <<http://www.aphp.fr/site/histoire/architecture.htm>>. Acesso em: 14 de maio de 2005.

O poder hierárquico, dentro desse espaço, se define, no primeiro plano tem-se o médico, dominador da técnica do examinar e do curar e, do outro lado, o doente, oferecido enquanto objeto de conhecimento; por fim o próprio hospital se estabelece enquanto local de formação de um poder e de um saber.

Historicamente, observa-se que já no final do século XVIII, o desenvolvimento dessa instituição já caminhava para uma organização espacial normatizada; nesse sentido tem-se a obra do médico Jacques Tenon, “*Memoires sur les hôpitaux de*

Paris”, que funcionou como um verdadeiro difusor de padrões considerados os mais adequados para o desenvolvimento das atividades nos hospitais.

A síntese arquitetônica do espaço hospitalar, moldada pela técnica disciplinar, vai se tornar, então, norma, modelando aos poucos a produção desses edifícios. A busca pelo melhor conforto térmico e luminoso, a separação funcional de atividades, as circulações que ligam zonas de semelhanças, a distribuição de fluxos, a hierarquia espacial, tudo isso vai moldar as proposições espaciais dessas instituições. Essas idéias, claro, estarão sempre se aperfeiçoando, porém sem nunca perder de vista a promoção de um ambiente planejado e com objetivos determinados.

2.2 O sistema panóptico

A vigilância, dispositivo disciplinar baseado no *olhar*, com o intuito de conhecer e dominar o corpo, vai se integrar especialmente à arquitetura, que lhe servirá de suporte, facilitando a visibilidade. A representação arquitetural ideal desse sistema é o panóptico (pan = tudo, ótico = ver), tipo de edifício prisional “elaborado em fins do século XVIII, pelo jurista inglês Jeremy Bentham” (MUCHAIL, 1985, p. 199). Cabe aqui esclarecer que a concepção desse edifício tem a participação de Samuel Bentham, engenheiro, irmão de Jeremy Bentham.

O diagrama simplificado desse sistema de vigilância deveria funcionar como um ponto central para onde convergem todo o conhecimento, ou tudo o que deve ser sabido, formando uma rede de controle, de onde saem as ordens e para onde devem ir os registros, gerando um foco que, no seu sistema ideal, se assemelharia ao centro de uma circunferência cujo feixe de observação conseguisse abarcar todas as direções (FIGURA 08). Contudo, esse esquema *circular* é somente um ponto de partida para representar o sistema de vigilância, que evoluiria posteriormente para um esquema piramidal mais complexo, permitindo, assim, diluir esse conjunto em camadas, decompondo suas instâncias e, desta forma, tornando-o mais abrangente e, quiçá, mais eficiente (FIGURA 09). Com esse esquema piramidal, estabelece-se um sistema de vigilância hierarquizado,

contínuo e funcional, sempre alerta, constituindo-se em uma rede que interliga o mais íntimo elemento a ser *conhecido* ao mais alto grau deste poder disciplinar.

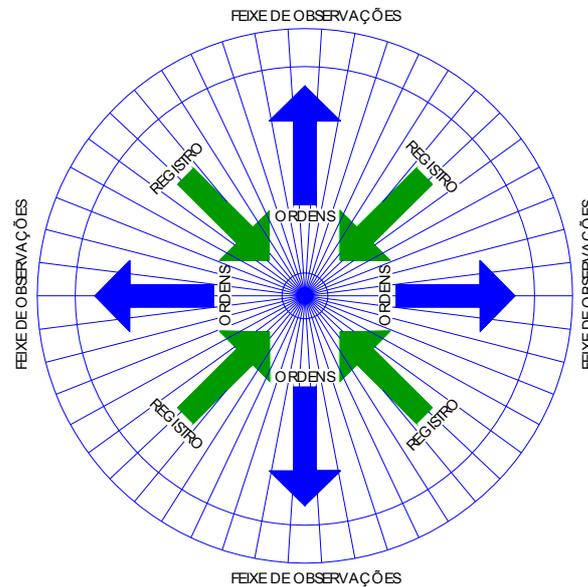


FIGURA 08 – ESQUEMA DE REPRESENTAÇÃO CIRCULAR DE VIGILÂNCIA
ELABORAÇÃO: MÁRCIA PINHEIRO

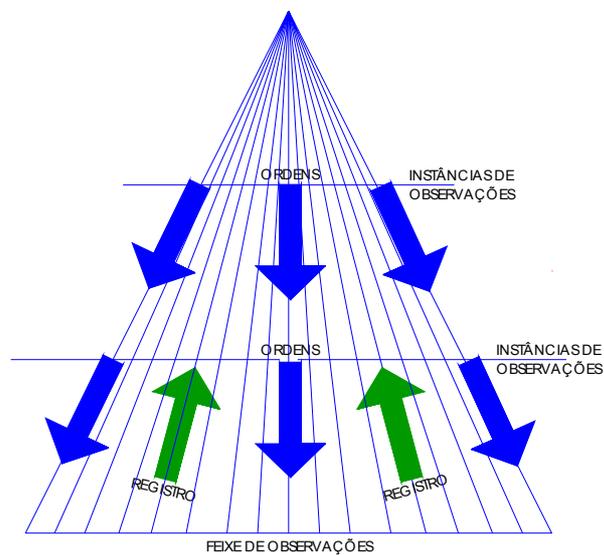


FIGURA 09 – ESQUEMA DE REPRESENTAÇÃO PIRAMIDAL DE VIGILÂNCIA
ELABORAÇÃO: MARCIA PINHEIRO

A forma arquitetônica do panóptico (FIGURA 10) pode ser descrita como uma construção circular, em anel, subdividida em pequenas celas separadas entre si,

de forma que a comunicação entre os prisioneiros seja impedida. No centro, está localizado o alojamento do inspetor: “Será conveniente, na maioria dos casos, se não em todos, ter-se uma área ou um espaço vazio em toda sua volta, entre esse centro e essa circunferência” (BENTHAM, 2000, p.18). As celas possuem duas aberturas, uma voltada para o exterior, e a outra para o interior, de forma que permitam que a luz as atravesse:

Para impedir uma luz plena, pela qual [...] os prisioneiros pudessem ver, a partir das celas, se há ou não uma pessoa no alojamento, o apartamento é dividido em quatro partes, por partições formadas por dois diâmetros do círculo, cruzando-se em ângulos retos. [...] sua altura deve ser o suficiente para impedir que os prisioneiros se vejam mutuamente a partir das celas. (BENTHAM, 2000, p.19)

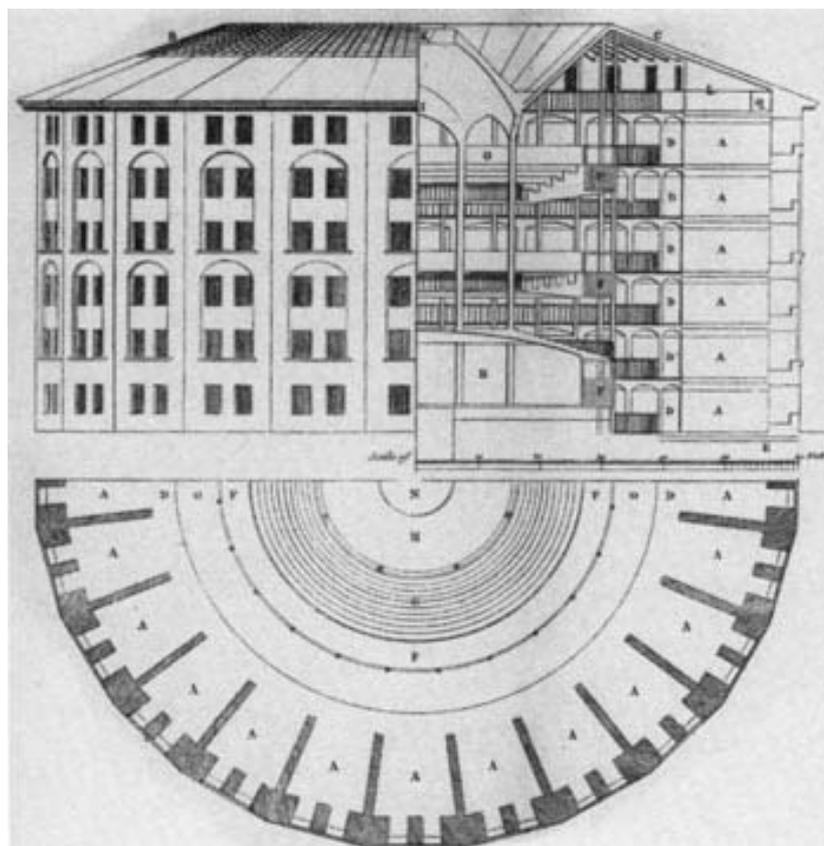


FIGURA 10 – Panóptico de Jeremy Bentham, 1791

FONTE: WIKIMEDIA FOUNDATION. Disponível em

< <http://www.Wikipedia.org/wiki/Panopticon>>. Acesso em: 15 de maio de 2005.

A iluminação é um elemento fundamental nesse sistema, é o controle da luminosidade que garante uma visão plena do vigilante e impede que os

prisioneiros o vejam. É através da iluminação que se molda a sensação de *estando vigiado ainda que não esteja*, pois é esse jogo que impedirá o detento de saber se tem ou não alguém no alojamento do inspetor. Esse tipo de arquitetura definida pelo panóptico é autônoma, ou seja, somente se utilizando da estrutura física se é capaz de conduzir regras de comportamento a quem nela se submeta.

A forma arquitetônica do panóptico, segundo seu autor, admitia extensões adicionais, caso se desejasse aumentar o número de pessoas dentro do edifício. Para tanto, uma outra rotunda, sob os mesmos princípios, deveria ser acrescentada, interligada à primeira através de uma galeria coberta.

Esse modelo arquitetural do panóptico, embora desenvolvido para uma instituição prisional, foi defendido pelo próprio autor como susceptível de ser aplicada aos mais amplos objetivos. É evidente que em todos os casos a vigilância será o motivo precípua:

Para dizer tudo em uma palavra, ver-se-á que ele é aplicável, penso eu, sem exceção, a todos e quaisquer estabelecimentos, nos quais, num espaço não demasiadamente grande para que possa ser controlado ou dirigido a partir de edifícios, queira se manter sob inspeção um certo número de pessoas. Não importa quão diferentes, ou até mesmo quão opostos, sejam os propósitos: seja o de punir o incorrigível, encerrar o insano,[...] curar o doente [...]. (BENTHAM, 2000, p.17)

Esse modelo, contudo, para ser aplicado a outras instituições mereceria algumas adaptações. Em seu trabalho, o próprio autor considera as alterações a serem feitas no caso das casas de correção, manufaturas, hospícios, hospitais e escolas. No caso específico dos hospitais, as alterações arquitetônicas seriam basicamente para garantir um melhor conforto térmico e de salubridade, evitando demasiada insolação e garantindo a ventilação. A separação das celas seriam mantidas, objetivando uma maior privacidade aos doentes. Sobre a utilização da forma circular o autor defendia que,

[...] em matéria de ventilação, ter uma considerável vantagem sobre a retilínea [...]. A forma do alojamento de inspeção pode, nesse caso, seguir a do edifício que a contém; e essa parte central, longe de obstruir a ventilação, iria, em vez disso, facilitá-la, aumentando a força da corrente por compressão.(BENTHAM, 2000, p. 62)

A concepção espacial circular é *perfeita* para atender a principal finalidade do panóptico: vigiar e coibir a fuga dos prisioneiros. Mas, apesar da necessidade contínua dessa vigilância, a proximidade entre o inspetor e o detento não devia existir, devendo a inspeção ocorrer de forma dissimulada e distante, o que, no caso desse edifício, é facilitado pela arquitetura. Quanto ao hospital, ainda que a proximidade também deva ser evitada por questões de contágio, o corpo médico e de enfermagem necessitam estar mais próximos do doente, de forma que possam acompanhar o desenvolvimento das patologias. Esse é um fato que também sugere alterações na arquitetura panóptica para atender as especificidades do hospital.

A arquitetura hospitalar e o sistema panóptico têm muitas questões imbricadas que vão além das adaptações sugeridas por Jeremy Bentham. No final do século XVIII, tanto a instituição hospitalar quanto a prisional, estavam sendo evidenciados pelo seu mau funcionamento. Nesse período o inglês Jonh Howard, percorre lazaretos, prisões e hospitais no intuito de conhecer a situação em se encontravam essas instituições e denuncia a super população, a sujeira, as doenças e os maus tratos, o que levaria esses estabelecimentos a estarem no âmbito dos problemas políticos e sociais. No caso específico dos hospitais, esse momento representou a transformação da instituição de caráter meramente assistencial para uma instituição terapêutica, sendo a estrutura arquitetônica remodelada para atender a essa nova dimensão.

O acontecimento que marcou essa ruptura na história dos hospitais foi o incêndio do Hôtel-Dieu de Paris, em 1772, que levaria a muitas discussões sobre o tema hospital, estando entre elas a sua arquitetura. Numa tentativa de solucionar o problema específico do Hôtel-Dieu de Paris, foram desenvolvidos alguns projetos arquitetônicos para sua reconstrução. Entre eles destaca-se, pela forma circular, o

apresentado pelo cirurgião Antoine Petit, na sua publicação *Mémoire sur la meilleure manière de construire un hôpital des malades* (PEVSNER, 1980, p.180). O projeto arquitetônico (FIGURA 11) consistia em um grande círculo, onde, partindo do centro, haviam seis salas largas com capacidade total para 2.000 leitos. Esse projeto foi proposto para ser construído na colina de Belleville, à nordeste do centro de Paris (PEVSNER, 1980, p.180). Um outro projeto é o do arquiteto Bernard Poyet, encarregado municipal das edificações da cidade de Paris, (SILVA, 2001). A planta, publicado na obra *Mémoire sur la nécessité de transférer et reconstruire l'Hôtel-Dieu à Paris*, era também radial (FIGURA 12). A propósito deste projeto, Silva (2001) diz que:

Esse edifício circular conteria grandes enfermarias para pacientes ligadas por grandes corredores, conteria igualmente dormitórios para o pessoal assim como áreas específicas para cuidados. O edifício acolheria um total de 5.000 pacientes. Uma capela estava prevista no centro do pátio, criada na porção central do edifício de maneira tal que os pacientes pudessem assistir às missas. (SILVA, 2001, p.2)

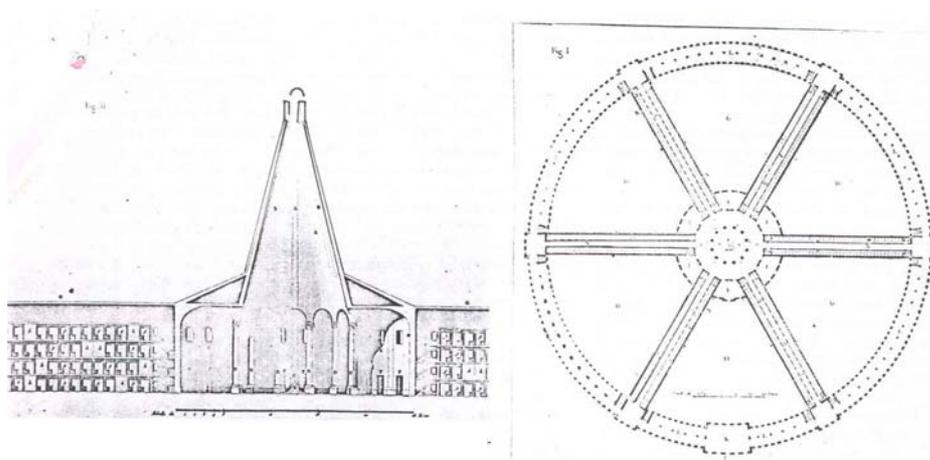


FIGURA 11 – PROJETO ANTOINE PETIT PARA O HÔTEU-DIEU DE PARIS – 1774
 FONTE: PERVSNER 1980, p. 181.

Esses dois projetos, cujas características arquitetônicas, remetem ao panóptico, não são exatamente sua transposição literal e nem foram nele inspirados, pois foram concebidos antes do projeto de Jeremy Bentham. Cabe registrar, contudo, o fato de tais projetos terem sido desenvolvidos no mesmo período, final do século XVIII. Com relação à arquitetura que se desenvolve nesse momento, época da

criação do panóptico, Foucault afirma que “[...] começa a se especializar, ao se articular com os problemas da população, da saúde, do urbanismo [...]” (FOUCAULT, 1979, p.167). Pode-se supor, portanto, que essa arquitetura, um tanto revolucionária, foi sugerida por seus autores como resposta plausível aos problemas apresentados na época para essas instituições.

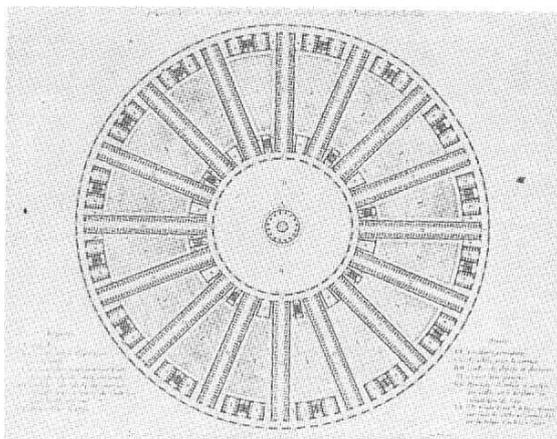
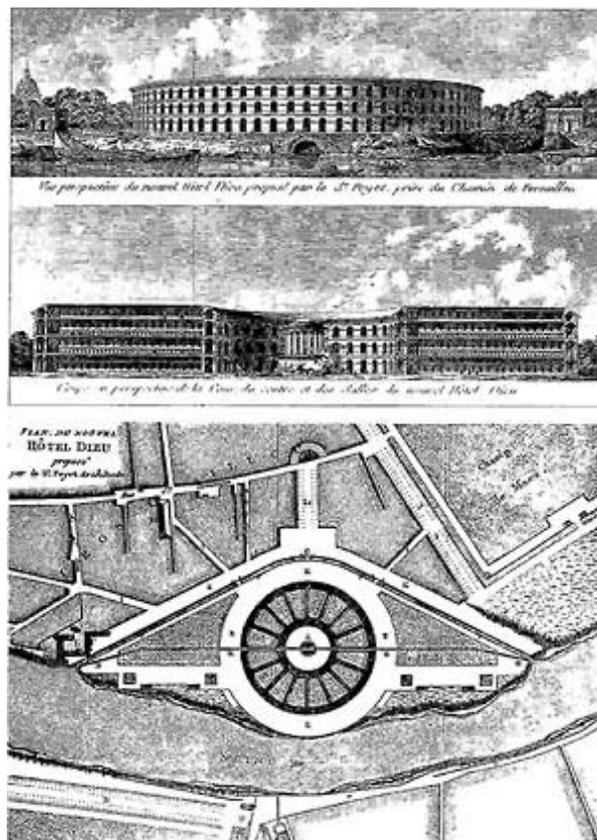


FIGURA 12 – PROJETO BERNARD POYET PARA O HÔTEL-DIEU DE PARIS - 1785
 FONTE: FOUCAULT, 1987b.



FONTE: SILVA, 2001, TEXTO 5, p.1.

Embora a forma circular tenha sido proposta como solução arquitetônica, ao que parece teve sua difusão limitada na arquitetura hospitalar, sendo encontrada sua referência somente a esses dois exemplos citados. No entanto, é o sistema pavilhonar que vai se consolidar como forma arquitetônica mais adequada para responder às questões próprias dos hospitais, sendo esse modelo difundido a partir do trabalho *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, de autoria do médico Jacques R. Tenon. As idéias apresentadas por Tenon, foram desenvolvidas arquitetonicamente pelo arquiteto Bernard Poyet (SILVA, 2001) (FIGURA 13).

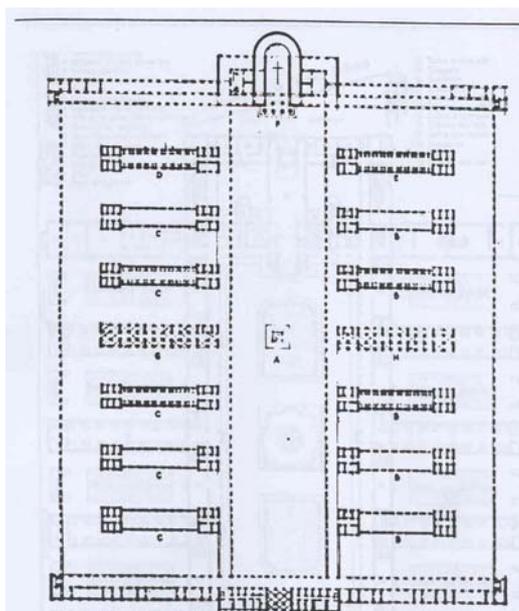


FIGURA 13 – PROJETO ARQUITETÔNICO DESENVOLVIDO POR BERNARD POYET A PARTIR DAS IDEIAS DIVULGADAS PELO MÉDICO JACQUES TENON
 FONTE: COTTINI ,1980, p.39.

Diante da variação formal da arquitetura hospitalar para um modelo pavilhonar, poder-se-ia, de maneira precoce, dissociá-la do panóptico, entretanto, ao se reduzir o panóptico a uma geometria, não se pode perder de vista que se trata de uma representação física ideal de um modelo de controle espacial. Com relação a essa questão, Perrot (2000, p.111), defende que, o “[...] panóptico não é apenas um esboço arquitetônico” e que não se pode fixá-lo numa obra e num tempo. Foucault (1987b), completa:

[...] o Panóptico não deve ser compreendido como um edifício onírico: é o diagrama de um mecanismo de poder levado a sua forma ideal; seu funcionamento, abstraindo-se de qualquer obstáculo, resistência ou desgaste, pode ser bem representado como um puro sistema arquitetural e óptico: é na realidade uma figura de tecnologia política que se pode e se deve destacar de qualquer uso específico. (FOUCAULT, 1987b, p. 170)

Ainda que o panóptico, no sentido estrito do termo, remeta a uma forma física pré-definida, circular e limitada, há de se falar no panoptismo, ou sistema panóptico, “[...] considerado como princípio da vigilância central [...]” (PERROT, 2000, p.130). A respeito desse sistema, deve-se percebê-lo amorfo, cuja aplicação é polivalente:

“[...] serve para emendar os prisioneiros, mas também para cuidar dos doentes, instruir os escolares, [...] fazer trabalhar os pobres e ociosos” (FOUCAULT, 1987b, p.170). O sistema panóptico, então, deve ser entendido como um modelo de funcionamento, cuja aplicação pode se dar quando se “[...] tratar de uma multiplicidade de indivíduos a que se deve impor uma tarefa ou um comportamento” (FOUCAULT, 1987b, p. 170).

A despeito da constatação de que a arquitetura circular, associada ao panóptico, não se adequou ao espaço hospitalar, como o foi para as prisões (FIGURA 14/15), sendo sobreposta pelo modelo pavilhonar, o sistema panóptico permaneceu no seu interior, atendendo as vantagens ainda divulgadas por Bentham para sua aplicação no hospital: o pessoal médico saberia que suas ordens foram cumpridas, controlariam o progresso das doenças e a influência dos remédios no tratamento (BENTHAM, 2000, p. 60).

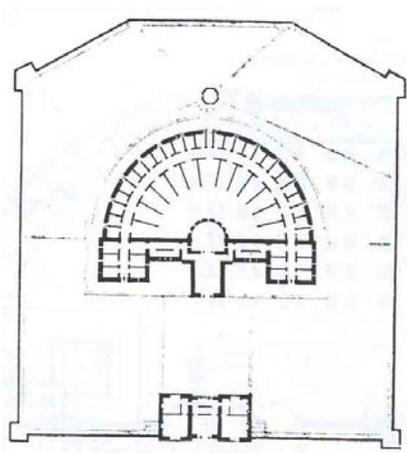


FIGURA 14 – CASA CORRECIONAL DE EDIMBURGO, 1791-1795
 FONTE: PERVSNER, 1980, p.196.



FIGURA 15 – INTERIOR DA PENITENCIÁRIA DE STATEVILLE, ESTADOS UNIDOS, SEC.XX
 FONTE: FOUCAULT, 1987b

A arquitetura hospitalar, desenvolvida no final do século XVIII, vai, então, ter na questão da visibilidade e do conhecimento sobre o doente princípios diretores para seus novos projetos. O hospital começava a transformar-se numa instituição médica, no lugar onde se desenvolveria os saberes médicos, logo, a observação dos doentes, tomados como objetos de informação, era de fundamental relevância. Com este fim, a arquitetura hospitalar deveria facilitar o *estudo dos*

corpos, organizando seus espaços internos, de forma a permitir a classificação por enfermidade, a individualização do paciente por leito, o controle, gerando inclusive as chamadas zonas funcionais. Esse novo funcionamento do hospital marca sua transformação para o modelo contemporâneo, no qual vai estar totalmente regido pela medicina.

2.3 As instituições totais

As instituições sociais permeiam grande parte das atividades humanas e acumulam em si uma gama de saberes e práticas que se articulam internamente bem como com a própria sociedade. Para Albuquerque (1986) as instituições respondem

[...] a uma demanda social, formulada pelo Estado ou pelas camadas dirigentes, que definem diferentes funções em cada instituição, às quais convergiram no sentido da manutenção da ordem social e da exclusão de tudo o que poderia pôr em perigo a coerência da imagem que a sociedade tem dela mesmo. (ALBUQUERQUE, 1986, p.34).

Algumas destas instituições criam uma espécie de campo fechado em relação a sociedade mais ampla, chegando inclusive a materializa-lo no seu próprio espaço físico, ou seja, criam uma verdadeira barreira simbólica e material às relações sociais com o mundo externo. Portas fechadas e muros altos fazem parte do aparato criado para possibilitar o êxito dessas instituições.

Um mundo encerrado intra-muros e formalmente controlado, é o que se pretende abordar neste momento, tendo como pressuposto conceitual as *instituições totais* definidas por Goffman (2003):

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 2003, p.11)

Segundo este autor, pode-se referir a cinco grupos de instituições totais: existem instituições cujo objetivo é cuidar de pessoas incapazes de cuidarem de si, porém com um risco social inofensivo, são exemplos os abrigos para órfãos e indigentes. Um outro modelo, seriam aquelas cuja função é cuidar também de pessoas incapazes, porém que representam um risco à sociedade, ainda que seja um risco não intencional, é o caso dos leprosários e manicômios. Em um terceiro tipo de instituição total estariam as prisões, cujos membros representam um perigo intencional à sociedade. Tanto o segundo quanto o terceiro modelo de instituição total, teriam como principal papel social defender a sociedade contra os perigos iminentes de seus membros, e o fechamento físico é parte integrante à sua finalidade. Quartéis e escolas internas, comporiam um quarto grupo, estas se destinam à realização de trabalhos específicos, cujo melhor desempenho se dá pelo regime da instituição. Por fim, ainda têm-se aquelas cuja inserção se dá de uma forma voluntária porém não menos fechada, como é o caso dos conventos e mosteiros:

Todos estes estabelecimentos utilizam mecanismos de segregação, estratificação social e modelagem da subjetividade, alternando punições, recompensas e a estratégia de dividir para reinar, que não são necessariamente diferentes das relações de dominação e subjetivação dos processos de poder em vigor em toda e qualquer sociedade. Mas nestes estabelecimentos, os mecanismos produtores de subjetividade são exacerbados, por se tratar de situações extremas.

(BENELLI, 2003, p.100)

Essas instituições totais, que embora possam ter diferentes objetivos, guardam na maioria das vezes algumas características comuns, principalmente aquelas de cunho disciplinador, como os leprosários, manicômios, prisões, quartéis, escolas e conventos. Todos esses estabelecimentos utilizam os mecanismos disciplinares (imposição de regras, controle do tempo, vigilância, esquadramento do espaço) na produção dos objetivos para as quais foram criados.

O cotidiano da vida do homem, de um modo geral, se compõe de diferentes funções básicas, tais como trabalhar, habitar e lazer, e para isso, pressupõe relações com vários lugares. Em uma instituição total, essas atividades são centralizadas e a relação com diversos espaços são rompidas, ou seja, todas as

esferas da vida são exercidas no mesmo local e sobre uma mesma autoridade. Desta forma, o espaço físico é um elemento marcante no cotidiano da vida dos seus membros, é ele quem delimita precisamente o mundo do interno.

A estrutura organizacional dessas instituições, a grosso modo, divide-se em dois pólos: de um lado, um grande grupo controlado, formados pelos internos; de outro, uma minoria que controla, a classe dirigente. Entre esses dois pólos, estabelece-se a esfera das práticas institucionais, balisada, sobretudo, por regras previamente estabelecidas. Essas duas instâncias organizacionais possuem seus espaços de atuação definidos. Dentro de um sistema panóptico, definido pela disciplina, os dirigentes ocupam os espaços para onde devem convergir todas as informações a respeito dos internos, os espaços administrativos, diretorias e secretarias, contudo, em todos os demais espaços institucionais existe a presença dessa esfera organizacional, muitas vezes fragmentada em outras instâncias, formando a *pirâmide de olhares*. Os internos, por sua vez, ocupam a grande maioria dos espaços, pois são o foco do poder disciplinar institucional.

Na estrutura física e espacial da instituição total, Goffman (2003), ainda, estabelece três dimensões que vão constituir este mundo intra-muros. Primeiramente, os espaços que estão fora do alcance do interno — são áreas não autorizados para este, e sua simples presença já configura uma conduta proibida. Em segundo lugar, tem-se os espaços de vigilância, onde se inclui a maior parte do estabelecimento. E, por último, o espaço não regularizado pela equipe dirigente, onde os internos podem exercer, de uma forma mais livre, os chamados ajustamentos secundários, ou seja, as práticas *não aceitas* pela administração.

Dentro dessa terceira categoria, institui-se os *espaços livres*, onde os internos temporariamente podem evitar a vigilância da equipe dirigente. Frequentemente são utilizados para a prática de ações proibidas ou simplesmente para se manterem distantes dos demais, inclusive dos dirigentes. De um modo geral, a administração não os conhece enquanto locais de prática dessas atividades, outros são reconhecidos, porém tacitamente se permite a redução da vigilância:

[...] espaços onde o internado podia ter livremente uma certa amplitude de atividades proibidas e, ao mesmo tempo certo grau de segurança.[...] a liberdade tem uma geografia. (GOFFMAN, 2003, p. 190)

Alguns desses locais são afastados ou escondidos, como bosques ou jardins, outros são oficialmente definidos pela classe dirigente, contudo, esses últimos, estão ligados a atividades que podem ser desenvolvidas pelo interno, como por exemplo, um posto de cozinheiro ou enfermeiro. O interno transforma os espaços relativos a essas atividades em espaços livres, podendo ali transitar com uma relativa liberdade. Alguns internos, portanto, fazem uso desses postos com o intuito de conquistarem esses espaços livres que, entretanto, constituem-se em lugares proibidos para os demais internos.

Um dos fatos mais intrigantes e comoventes analisados por Goffman (2003) em seu trabalho dentro de uma instituição hospitalar psiquiátrica é o que chama de consumo indireto de locais livres. Pacientes fechados e, por algum motivo, impedidos de se utilizarem de espaços livres, o fazem através de pequenos elementos que permitem uma vivência passiva, ou seja, o olhar por uma janela a *vida* que passa, já se constitui em uma forma de usufruir de um espaço livre. Sentar em um banco o mais próximo possível do limite do hospital, e daí observar as pessoas que por ali passam, permite a esse paciente uma existência nesse mundo externo. Todos esses espaços são um mundo paralelo criado pelos internos, nos quais se exercita uma certa liberdade.

Além desses locais de liberdade, que de um modo geral é utilizado por qualquer paciente sem que haja ali um sentimento de posse, tem-se ainda os territórios de grupo, ou seja, áreas que somente alguns poucos podem usufruir, como, por exemplo, o ponto onde alguns jogam baralho. Os jogadores particularmente, têm que ter a anuência da classe dirigente, e essa atividade é muitas vezes compartilhada por eles.

Por fim, o internado pode ainda desenvolver um tipo de espaço individualizado, o qual Goffman (2003) chama de território pessoal. Nesses espaços, o indivíduo cria alguns elementos de conforto e refúgio, no qual se sente protegido e com um certo nível de satisfação. O local naturalmente estabelecido para isso é o quarto, o qual é disponibilizado para uma minoria. Porém, para alguns, esse espaço mínimo se reduz à cama ou mesmo ao cobertor. Interessante observar que uma consequência desses territórios pessoais são os esconderijos. A guarda de objetos particulares, muitas vezes precisa ser feita em locais de propriedade exclusiva do interno, o que se pode tornar uma grande dificuldade. Os esconderijos, que na verdade criam um sentimento de propriedade, são criados muitas vezes de forma ilícita. A depender do objeto a ser escondido, o esconderijo pode variar do bolso do uniforme a locais fixos, geralmente dentro de locais livres ou de cantos ocultos.

Todos esses locais onde se percebe a intenção declarada, por parte do internado, em exercer o domínio sobre o espaço para ali exercitar a liberdade, são chamados por Goffman (2003) de locais livres. Através dos limites físicos que condicionam a um mundo fechado, o internado consegue criar submundos menores ainda do ponto de vista físico, mas amplamente maiores no que diz respeito ao movimento em busca da liberdade.

Como esses locais livres, de um modo geral, são criados a partir da necessidade do interno em exercer de alguma forma a sua liberdade, contrariando uma das funções primordiais da instituição fechada, a arquitetura não os prevê, são, na verdade, adaptações, e alguns deles podem se constituir em espaços *mentais* ou *virtuais*. Apesar disso, afirma-se que, no contexto das instituições totais de regime fechado, a questão da arquitetura é fundamental e se mostra manifesta e explícita, podendo atuar no bom ou mau desempenho da instituição. Atendendo a função primordial de reclusão, o plano arquitetônico do edifício deve atuar no reforço a privação de liberdade do interno e para tanto lança mão de elementos como muros altos, grades e separação entre categorias de indivíduos e funções. Atendendo, também, ao aspecto totalitário, deverá, a concepção arquitetônica, atender na organização dessa vida coletiva, abrangendo os locais de moradia, de

trabalho, de lazer, o lugar das punições, bem como um local onde se fará, de alguma forma, a comunicação com o mundo exterior, como por exemplo, as salas onde se recebem as visitas.

Desta forma, a arquitetura se mostra a serviço dos objetivos institucionais, transformando o espaço em um rígido agente de controle, seja pela facilidade da visibilidades, seja pela dificuldade da transposição dos muros.

2.4 Prisões, conventos e leprosários

Objetivando entender os mecanismos que compõem a arquitetura de controle, serão tomados como exemplo três tipos de instituições totais (GOFFMAN, 2003): a prisão, o convento e o leprosário. Pretende-se analisar a estrutura arquitetônica de forma a entender seus dispositivos comuns, aqueles que reforçam o sistema de vigilância. Optou-se por esses três modelos de edificações por possuírem em comum o regime de reclusão, muito embora se saiba que, no caso dos conventos, a submissão do interno se faz de forma quase sempre voluntária.

Apesar de terem funções sociais diferentes, observa-se na tipologia arquitetônica algumas semelhanças que se entende serem resultado do sistema de reclusão, próprio destas três edificações. Uma outra questão se faz relevante com relação aos edifícios da prisão e leprosário: a reclusão do primeiro deve funcionar como um recurso punitivo, sendo uma das premissas que direcionam a produção arquitetônica, ao contrário do segundo, que não tem essa questão como elemento basilar. A inserção desses dois estabelecimentos no contexto urbano, todavia, possui uma característica que os aproxima: são explicitamente mantidos fora da cidade, estabelecendo-se um verdadeiro hiato entre essas unidades e os demais habitantes (FIGURA 16).



FIGURA 16 –VISTA DO LEPER'S HOSPITAL - INDIA

FONTE: JENSEN, Jan Olav. BILDSEN, Per Christian. **Lepers Hospital**. Disponível em : <http://www.jsa.no/prosjekt/lasur/e-lasur-text.htm>. Acesso em: 15 de Abril de 2005

No caso da arquitetura prisional (FIGURAS 17/18/19/20) observa-se que tanto o sistema radial como pavilhonar foram empregados como tipologia para essa edificação. O sistema radial, inclusive, foi bastante difundido para essa instituição após o projeto do panóptico. As Figuras 17 e 18 mostram o desenvolvimento das celas no sentido dos raios e na periferia, observa-se que na segunda (18), suas características estão mais vinculadas ao panóptico, revelando-se como uma estrutura mais rígida e fechada. No caso dos conventos têm-se formas mistas que se desenvolvem em torno de pátios (FIGURAS 21/22). Por Sua vez, o leprosário também se desenvolve em torno de uma área central descoberta (FIGURA 23). A instituição de leproso que se tomou como exemplo aqui é um projeto relativamente recente, datado de 1985 e construído na Índia.

A característica comum que pode-se observar, a partir do partido arquitetônico dessas edificações, é que são construções voltadas para o seu interior, ou seja, criam a partir de um espaço interno fechado um universo totalitário, o qual deve conter o essencial da vida da comunidade ali inserida.

Essa forma cerrada gera, no interior da construção, um espaço que é, ao mesmo tempo, *aberto* e *fechado*: são os pátios. Aberto, no sentido da percepção resultante da amplitude proporcionada pela falta de cobertura e, fechado pela limitação geométrica de sua forma e estrutura física.

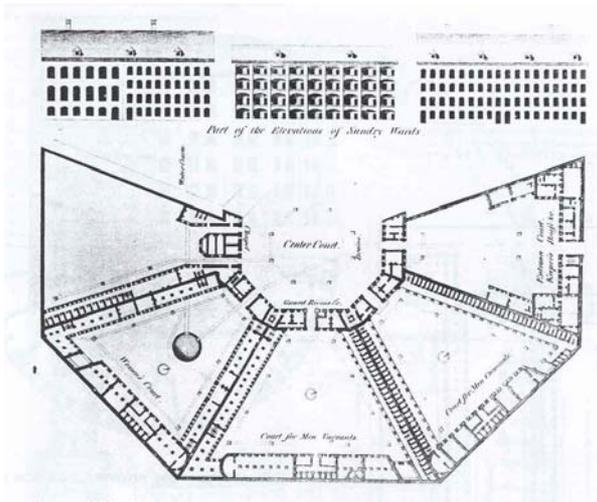


FIGURA 17 – MAISON DE FORCE – 1772-1775

FONTE: PERVSNER, 1980, p.193

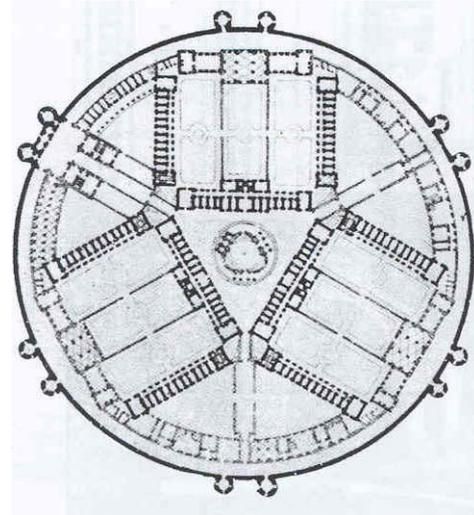


FIGURA 18 – PROJETO PARA UMA PRISÃO DE MULHERES, 1782

FONTE: PERVSNER, 1980, p. 196

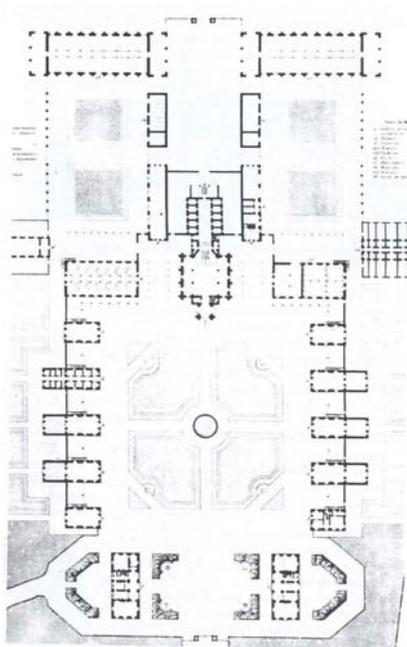


FIGURA 19 – PRISÃO COLÔNIA - 1839

FONTE: PERVSNER, 1980, p.199

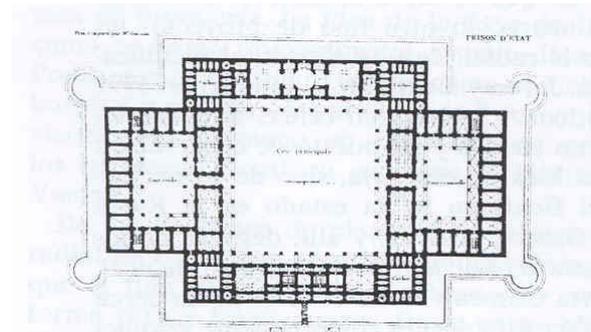


FIGURA 20 – PROJETO PARA UMA PRISÃO ESTATAL, 1795

FONTE: PERVSNER, 1980, p.193

A sua função é de permitir a sociabilidade entre os internos, o lugar do encontro, do passeio, um dos poucos momentos em que se devolve a esse indivíduo a convivência social. Analisado sob o ponto de vista da vigilância, observa-se que esse lugar de agrupamento é facilmente monitorado, pois é limitado, confinado. É evidente que a reunião nesses espaços se faz de forma restrita, principalmente no caso das prisões, evitando assim os motins. É, portanto, uma sociabilidade regulada e limitada, a exemplo da utilização de dias alternados entre homens e mulheres para os passeios no pátio, no caso dos leprosários (LRROG-HSCL).

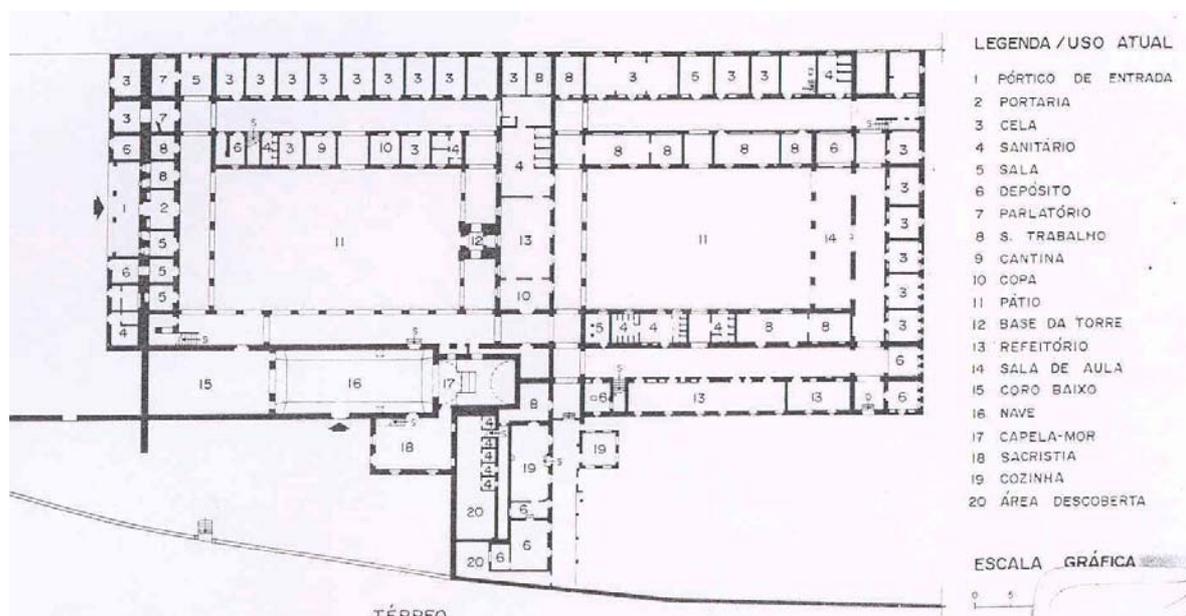


FIGURA 21 – IGREJA E CONVENTO DE N. S. DESTERRO – SALVADOR
 FONTE: IPAC, 1975, p. 11

A base da arquitetura prisional é celular, ou seja, são as células que compõem o *espaço-unidade* da edificação, representado pelas celas. O ambiente da edificação, sendo recortado por esta unidade, possibilita a individualização do interno, de forma que ele possa ser identificado pelo lugar que ocupa nesse espaço classificatório. Assim, a coletividade encarcerada se decompõe nessas áreas fixas, facilitando a vigilância, que agora pode ser individual, proporcionando um melhor controle de todo o grupo. No caso dos conventos,

existem, também, as celas, que funcionam como dormitório dos reclusos. Da mesma forma que a prisão, nos conventos as celas ou dormitórios são os locais que se relacionam de forma individual com o interno, sendo, portanto, o único lugar onde se pode fazer uma referência de *propriedade* do espaço. Por fim, tem-se, no caso do leprosário, os apartamentos dos doentes ou, na sua menor dimensão, as enfermarias e os espaços individualizados das camas.

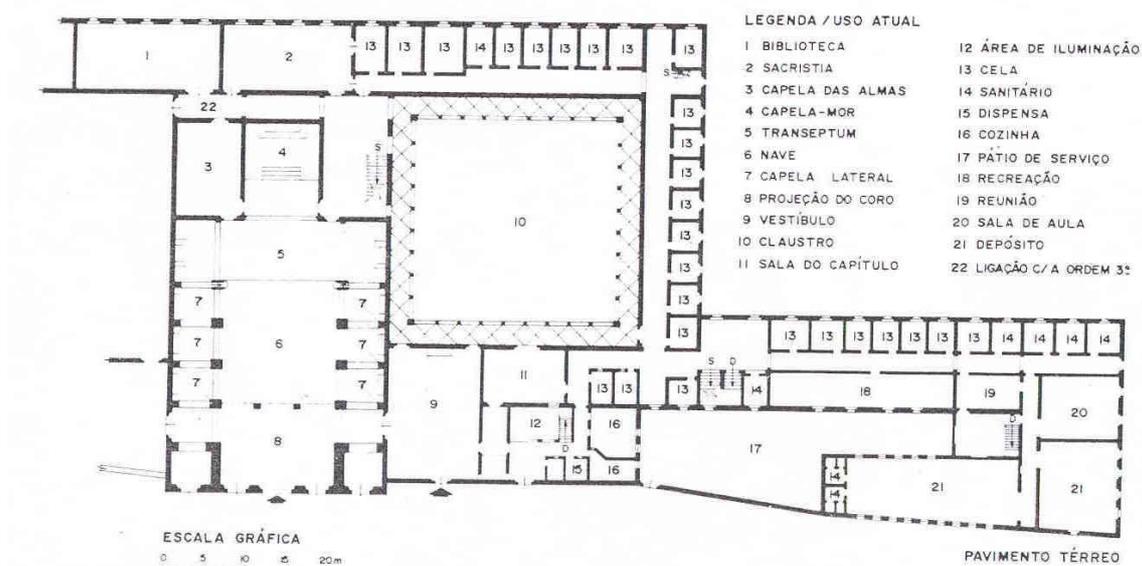


FIGURA 22 – IGREJA E CONVENTO DE SÃO FRANCISCO – SALVADOR
FONTE: IPAC, 1975, p. 17

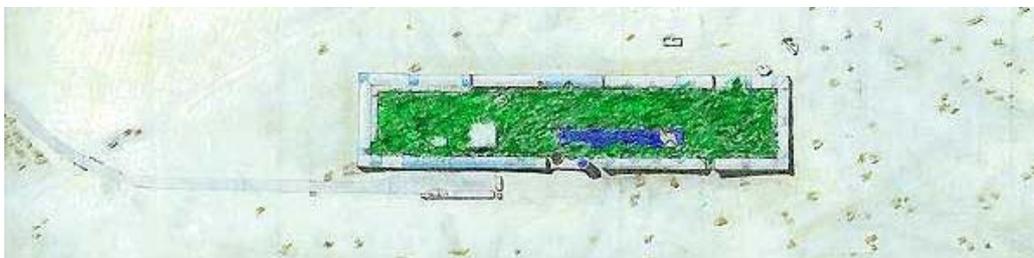


FIGURA 23 – PROJETO LEPER'S HOSPITAL – ÍNDIA – VISTA SUPERIOR
FONTE: JENSEN, Jan Olav. BILDSEN, Per Christian. **Lepers Hospital**. Disponível em :
<http://www.jsa.no/prosjekt/lasur/e-lasur-text.htm>. Acesso em: 15 de Abril de 2005

Assim, essa estruturação arquitetônica possibilita a decomposição do grupo em espaços individuais (as células) e o agrupamento no lugar comum (os pátios) (FIGURA 24). Quando possuem mais de um pavimento, observa-se uma setorização nos vários níveis da edificação, tendo-se no térreo as áreas de uso coletivo — tais como refeitórios, áreas de trabalho; enquanto que, nos pavimentos superiores, o que se observa são áreas individualizadas, como os dormitórios.

Na arquitetura prisional de forma radial, observa-se a convergência das alas e circulações para o centro, onde se concentra o controle ou administração, e para onde devem ir as informações. No sistema pavilhonar, o que se pode destacar é uma possibilidade maior de classificação por setores, podendo os indivíduos serem distribuídos, por exemplo, de acordo com o nível de periculosidade, separando-se aqueles considerados mais perigosos. Essa setorização se constitui, inclusive, como uma forma de segregação interna. Entretanto, neste caso, o sistema de vigilância, não é central, mas dividido por pavilhão, de maneira hierarquizada.



FIGURA 24 – SETORIZAÇÃO DE CELAS E PÁTIOS-IGREJA E CONVENTO DE N.S. DESTERRO – SALVADOR
 FONTE: IPAC, 1975, P.11

O reduzido número de acessos é outra característica da vigilância em Instituições Totais, fazendo com que o controle de entradas e saídas seja mais rígido e menos oneroso; constituindo-se, no caso das prisões, os setores mais vulneráveis e, por isso, os mais vigiados.

Observa-se, também, nesses edifícios, uma compartimentação funcional, prevista para cada uma das atividades do interno: alimentar-se, banhar-se, dormir, trabalhar (FIGURA 25). Isso, da mesma maneira, facilita o controle do cotidiano do interno. Essa questão tem a ver com o sistema disciplinador de uma instituição que planeja todas as atividades de seus elementos e que através das suas seqüências, controla o tempo. A setorização também é um fator que possibilita a classificação dos indivíduos em subgrupos através de características comuns, tais como níveis de enfermidade ou periculosidade e até mesmo da posição hierárquica assumida no grupo. Isso é refletido na estrutura arquitetônica, que deve promover essa distribuição. Desta forma, todo o espaço interno desse tipo de edifício se torna esquadrihável, passível de ser monitorado através desse agrupamento de funções.



FIGURA 25 – ESPECIALIZAÇÃO ESPACIAL - IGREJA E CONVENTO DE S. FRANCISCO

FONTE: IPAC, 197, p. 17

A estrutura arquitetônica dessas construções é fruto de suas funções sociais. A premissa do isolamento dos internos representa o maior fator definidor dessa organização espacial, sendo acrescida, ainda, da questão locacional em relação ao contexto urbano, da separação física em relação ao seu entorno, (através de muros ou portões) ou, até mesmo, da distância da edificação em relação aos limites do terreno. A prisão e o leprosário, que possuem objetivos semelhantes embora por circunstâncias distintas, adotam a separação física em relação a cidade e um sistema de vigilância que visa fundamentalmente evitar a fuga dos internos. No caso dos conventos, essa vigilância se faz, sobretudo, no controle das atividades. O sistema panóptico, todavia, enquanto filosofia de controle, se encaixa em todos esses modelos, sendo facilitado pela forma arquitetônica da edificação, que induz à disciplina, a observação ampliada e a negação da individualidade do interno.

As premissas consideradas na análise desses edifícios se referem, portanto, a estratégias de uma organização do espaço pautada, principalmente, em uma visibilidade constante, além disso, na especialização funcional e na compartimentação, existindo uma tendência para a padronização desses espaços.

CAPITULO III

SALVADOR E A SEGREGAÇÃO DAS DOENÇAS

3.1 A doença, os hospitais e o urbanismo

No final do século XVIII Salvador apresentava um cenário urbano que em muito contribuiu nas preocupações acerca das questões de saúde da população. Nesse período os baianos conviviam com a sujeira nas ruas, resultante de águas de serviços domésticos, do lixo e de dejetos de animais que transitavam soltos. Vilhena, em suas cartas, apontava: “Em primeiro lugar se arruina a saúde do povo da Bahia pelo ar corrupto, que se respira, evaporando das muitas imundícies, que por dentro da cidade se lançam por diversas paragens” (VILHENA, 1969, p. 154).

As condições de salubridade da cidade eram graves e, desta situação emergiram as primeiras preocupações no sentido de um ordenamento do espaço urbano, cujos focos de atenção eram as fontes de insalubridade. Esses pontos insalubres representavam a malignidade da cidade, pois, deles acreditava-se emanar os miasmas¹, que se originavam da matéria orgânica em decomposição e, que por sua vez eram responsáveis pelas enfermidades da população. A ameaça da doença foi, portanto, um elemento que possibilitou algumas ações objetivando a transformação da urbe, tendo como suporte as questões relativas à higiene:

Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são susceptíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. (FOUCAULT, 1979, p.93)

¹ Os miasmas eram considerados “corpúsculos extremamente pequenos que, absorvidos e misturados ao sangue, vão produzir os seus nocivos efeitos”, “partículas orgânicas especiais, miasmas, que dissolvidos nos vapores aquosos são por sem dúvida os que tão poderosamente nos intoxicam”, como “princípio deletério que ocasiona a insalubridade do ar. (MACHADO e outros, 1978, p. 275)

A questão da salubridade atingiu maior evidência na ocasião dos surtos epidêmicos, quando a população era em grande parte dizimada. Salvador viu-se palco de grandes epidemias. Até meados do século XIX, já havia sofrido com a varíola, na segunda metade do século XVII, com a febre amarela, entre 1849-50 e com o cólera morbo entre 1855-56 (DAVID, 1996, p.25). Era a doença denunciando uma realidade que não podia ser negligenciada.

Durante esses momentos de ápice das taxas de mortalidade, o espaço urbano era objeto de ações mais rigorosas. Além de medidas como o asseio de ruas e coleta do lixo acumulado, outros métodos eram utilizados: a quarentena, a desinfecção de casas, a criação de postos sanitários e o isolamento de doentes em espaços determinados. No caso do cólera morbo, por exemplo, David (1996, p.49) cita a instituição de alguns hospitais temporários como os conventos do Carmo e de São Bento, os hospícios da Graça e de Santa Tereza, além da residência de veraneio do arcebispo na Penha. Esses estabelecimentos, de maneira emergencial, denotava a necessidade de organizar espacialmente as categorias que naquele momento estavam classificadas entre sãos e doentes contagiosos.

A questão teórica sobre as formas de propagação da epidemia de febre amarela se dividiu em duas correntes. A primeira, adepta ao contágio acreditava que a doença podia ser transmitida de pessoa para pessoa direta ou indiretamente e os contagionistas achavam que dado o aparecimento de uma doença, esta “[...] se explicava pela existência de um veneno específico [...]” (CHALHOUB, 1996, p.64), que se reproduzia na pessoa doente e através dela se disseminava. A outra corrente era adepta da infecção, que defendia a propagação da doença através das emanções miasmáticas (CHALHOUB, 1996, p. 64).

Dentro desse contexto das formas de propagação da febre amarela, que aqui se vai estender para outras doenças, o importante a ser colocado são suas repercussões nas questões urbanas. Os médicos higienistas que defendiam a teoria do contágio prescreviam medidas como o isolamento dos doentes em hospitais distantes do perímetro central da cidade, criando desta forma espaços reservados para um contingente de enfermos que nesse momento

representavam uma ameaça à saúde dos habitantes. O afastamento dos hospitais, na verdade, tinha como objetivo maior a separação do doente, enquanto um foco de contaminação, estabelecendo uma relação de segregação espacial dessa população. Essa atitude, ao que parece, extrapola essa questão específica da doença contagiosa e atinge outras especificidades sociais, ou seja, a cidade também estabelece uma relação de segregação espacial com os loucos e os delinqüentes através do seu isolamento em locais determinados. Entende-se, assim, como uma busca de organização espacial da *desordem social*.

No caso de Salvador, o Hospital de Mont Serrat, criado em 1853 e localizado na península de Itapagipe, para assistir aos doentes da febre amarela, representou a exclusão dos agentes contagiosos, defendidos pelos médicos adeptos da teoria do contágio, funcionando assim, como um agente segregador daquele mal:

O hospital de isolamento de Mont Serrat, [...] foi criado unicamente com o intuito de excluir ou separar os doentes dos sãos. Foi um hospital criado para retirar os enfermos de determinadas epidemias da cidade. Esse hospital de isolamento era um componente fundamental dentro da política da medicina urbana, pois para ele deveria afluir toda espécie de agente contagioso e, assim, livrar a cidade do perigo. (UZEDA, 1992, p.30)

Para aqueles que sustentavam a teoria miasmática, a transformação das condições do ambiente urbano com o intuito de impedir a disseminação de miasmas eram medidas mais eficazes. Desta forma, as águas das cidades não poderiam se estagnar, era necessário ordenar o seu curso. O mesmo era advogado para o ar, pois apesar de ser naturalmente sadio, quando tinha alteradas as suas qualidades, por influência do meio, se tornava danoso à saúde e, através do seu movimento próprio, percorrendo o espaço urbano, o ar é um elemento de ligação entre as diversas partes da cidade, podendo, assim, facilmente disseminar doenças. Completando o esquadrinhamento urbano, os defensores dessa teoria, ainda consideravam como fontes de emanações miasmáticas, os hospitais, os cemitérios e os matadouros. Para Chalhoub

(1996) foram os infeccionistas que produziram o arcabouço ideológico para as reformas urbanas realizadas a partir da segunda metade do século XIX, em várias cidades ocidentais.

Desta forma, as reformas urbanas que começavam a se processar foram marcadas pela identificação da cidade como um fato promotor das doenças. Tais intervenções urbanas deveriam então responder a essa questão e, atender em especial aos seguintes pressupostos: para que a água não estagnasse pela cidade, concentrando suas propriedades deletéria, era necessário ordenar seu fluxo e para isso instalar-se-ia canalização específica. O ar, para que pudesse circular livremente, necessitava de caminhos abertos através do alargamento de ruas estreitas, as habitações também deveriam ser abertas à ventilação e a luminosidade. Além de tudo isso, os estabelecimentos, que também representavam focos de emanações miasmáticas como hospitais, matadouros, cemitérios, todos deveriam ser afastados da população.

Percebe-se, então, que através dessa idéia, a cidade se incorpora no campo da medicina higienista e paulatinamente vai sendo esquadrihada para posteriormente entrar em um processo de disciplinarização do seu espaço. Segundo Machado: “[...] a cidade configura-se então como objeto privilegiado ou mesmo exclusivo de intervenção médica por reunir em sua desordem as causas da doença da população” (MACHADO et ali, 1978, p.260).

Os médicos desenvolvem uma verdadeira teoria sobre a cidade e reclamavam o controle sanitário da mesma, como um instrumento na solução de seus problemas. Esse discurso sobre a urbe, que emergiu a partir da medicina, Bresciani (1992) classifica como uma problematização da cidade enquanto questão técnica:

A intervenção técnica na cidade participa de um movimento do conhecimento que partiu da circunscrição da doença e da observação dos corpos doentes para a modificação do meio físico em que a doença aparece. (BRESCIANI, 1992, p. 14)

Esse saber médico *orientou* as políticas de intervenção no meio urbano, abrindo espaço para um novo campo de saber que teria a cidade como objeto de estudo: o urbanismo. Esse último nasce como uma resposta às condições em que se encontravam às cidades no século XIX, representado pelo crescimento populacional, pela insalubridade e pela proliferação de doenças. O urbanismo se utilizaria da cientificidade do saber médico para respaldar muitas das intervenções nas cidades no início do século XX, já que muitas dessas transformações urbanas vem em resposta às questões da saúde dos seus habitantes, objetivando transformá-las em cidades mais salubres.

No início do século XIX, a higiene urbana vai, então, se constituir em um importante aspecto nos problemas tocantes à cidade de Salvador, tendo na questão da salubridade uma forte argumentação nos processos de transformação urbana desse período até o início do século XX. De propriedade do saber médico, a saúde pública e a educação higiênica vão se tornar fortes aliados nas intervenções no espaço urbano ao longo desse século (ALMEIDA, 1998, p. 3). Ordenar o espaço, normatizar a vida, expandir a cidade por locais considerados mais salubres, arejar e alargar ruas, abrir avenidas, arborizar praças, sanear, são algumas das intervenções que fizeram parte do discurso do poder público, pautados, sobretudo nas teses médicas desse período. O objetivo era transformar a urbe em um espaço limpo, livre dos focos promotores das doenças. Aliado a essa imagem, também estava a identificação que a classe dominante fazia com um ideário de civilidade, progresso e modernidade.

No século XIX, a noção de higiene vai atingir além dos componentes urbanos vários costumes e hábitos no âmbito da vida social, sobretudo, os hábitos familiares, visando alterar condutas físicas, morais e sexuais, aqueles considerados responsáveis pela produção da doença. Esse fato demonstrava que além da necessidade de intervenção na estrutura urbana, também era preciso intervir na vida dos habitantes, objetivando assegurar a viabilidade do meio citadino. No caso de Salvador uma medida defendida pelos médicos e que se tornou polêmica foi à reprovação aos sepultamentos nas igrejas:

Entre nós o enterramento dos cadáveres se fazem em catacumbas ou covas. Estas ordinariamente se achando no corpo do mesmo templo, e não sendo muito profundas, sem que d'isso se saiba a razão, trazem o inconveniente de conservar-se a athmosphera d'este lugar saturada de princípios deletérios, que, se desenvolvendo dos corpos em putrefação, permeião a terra, para por-se em mistura, ou mesmo em combinação com o ar limitado d'esse local, tornando-o assim impróprio a respiração dos fiéis. (FREITAS, 1852, p. 5)

A classe médica baiana, importante segmento nessa investigação da cidade sob a ótica higienista, observava-a como um *corpo doente*. Sendo assim, censurava os elementos os quais considerava como deletérios à saúde social, tais como os pântanos, “[...] em alguns logares quer centraes, quer nos subúrbios da nossa cidade” (FREITAS, 1852, p. 4); as ruas da cidade, com suas águas estagnadas e lama; os animais em decomposição; o amontoamento de lixo, cujo recolhimento era bastante precário. Também a sinuosidade e a largura das ruas eram criticadas por impedir a livre circulação do ar, impedindo uma substituição do ar contaminado. Esse saber especializado, denunciava também as relações entre esses elementos urbanos e as doenças: Reis (1919) relacionava a lama das ruas aos ovos transmissores da malária, assim como as águas estagnadas ao “[...] stegomya, principal transmissora da febre amarella” (REIS, 1919, p. 35). Aos miasmas palustres, Menezes Júnior (1873) conectava “[...] as febres quinina (castan), as cachexias palustres, a febre amarella, a cólera-morbus, e a peste [...]” (MENEZES JUNIOR, 1973, p. 19).

Muitas foram as críticas que a classe médica proferiu aos poderes públicos em relação a situação em que se encontrava a cidade, essas críticas recaíam, sobretudo, na falta de método e da visão pontual e imediata com que os órgãos administrativos tratavam a questão saúde e o meio urbano, o que em primeiro plano denuncia também a ausência de uma planificação sobre a cidade. Assim, criticavam os médicos a atuação da municipalidade que, segundo estes, em vez de colocar limites aos tantos males que acometiam a cidade, contribuía para o aumento destes, como, por exemplo, “[...] mandando abrir ruas estreitas e esconsas, que não permitem o livre acesso do ar” (FREITAS, 1852, p. 3).

A classe médica, além de criticar duramente a atuação da administração pública, começa a exercer pressão quanto a sua inserção nos meios de atuação da higiene urbana:

Basta meditar-se pouco para achar-se, que a causa de tudo isso parte de uma lei no nosso fraco entender, mal organizada, que considera homens pouco habilitados, como próprios para velarem sobre a hygiene pública, tornando inválido um conselho de salubridade, ao qual deixa pertencer a administração de tudo, que estivesse nas raias da hygiene do povo baiano, e eis a causa porque este conselho se limita somente a expender o seu juiso, quando he consultado.

Por que razão não se dá a regência de tal matéria a este Conselho, que he composto de médicos, se somente médicos estão mais habilitados, que alguém a fazer observar a boa hygiene? (FREITAS, 1852, p. 13)

O discurso médico, contudo, não se limitou às censuras, muitas foram as propostas levantadas por esses intelectuais no que dizia respeito as ações urbanas em benefício da saúde da população soteropolitana. Prova disso são as muitas publicações dedicadas ao tema pelos médicos egressos da Faculdade de Medicina da Bahia, bem como as publicações da Gazeta Médica da Bahia. Em alguns desses trabalhos prescreveram para Salvador: ruas largas para facilitar a circulação de ar, asseadas para impedir o acúmulo de sujeira, habitações arejadas, o aterramento dos pântanos para evitar a proliferação de miasmas, o controle das construções quanto ao emprego de materiais adequados e o bom reconhecimento do solo para sua implantação, a arborização de ruas e praças para purificar o ar — “[...] ao higienista interessa também a orientação que se deve dar as ruas porque della dependem de muito a ventilação e iluminação das mesmas” (REIS, 1919, p. 14).

Pode-se notar a partir desta *prescrição médica* para a cidade que pretendia-se não somente uma atuação pontual sobre os focos promotores de doenças, mas uma nova estruturação espacial, perpassando uma primeira idéia de normatização sobre a cidade. Assim, esse discurso higienista, que buscava

combater os focos promotores das doenças, se fortaleceu ao longo dos Oitocentos, principalmente na segunda metade do século.

A medicina que esquadrinhou o espaço urbano, completa sua análise nos estabelecimentos que considerava como fontes de emanções miasmáticas. Assim sendo, identificando o hospital como foco de “[...] infecção para a cidade, e a cidade uma fonte de insalubridade para o hospital” (VIANNA, 1898, p. 21) examina-o na tentativa de dominar o perigo que existe no seu interior e que vai além de suas fronteiras, ameaçando a cidade.

A questão suscitada pela instituição hospitalar é análoga a da própria cidade, ou seja, a reflexão sobre essa instituição também se dá a partir do levantamento dos seus elementos negativos e suas inter-relações no processo de desencadeamento das doenças, desta forma, essa análise vai se dá a partir de dois critérios: a sua localização no meio urbano e o seu espaço interno.

A localização dos hospitais, segundo a classe médica não atendia aos princípios da salubridade, estando estes em locais inadequados, sofrendo as influências advindas do meio urbano e ao mesmo tempo exalando miasmas que eram gerados nos seus espaços fechados e assim se constituindo como focos de epidemias e contágios. De acordo com Foucault :

A questão do hospital, no final do século XVIII, é fundamentalmente a do espaço [...]. Em primeiro lugar, onde localizar o hospital, para que não continue a ser uma região sombria, obscura, confusa em pleno coração da cidade [...]. É preciso que o espaço em que está situado o hospital esteja ajustado ao esquadramento sanitário da cidade. (FOUCAULT, 1979, p. 108)

A opinião dos médicos baianos convergiam para esses postulados, segundo estes, essas instituições deveriam serem construídas em terrenos secos, permeáveis, fora dos limites da cidade, em locais elevados, de forma a poderem receber o ar, a luz e o calor. Essas questões, além de revelar um conhecimento sobre os fatores que deviam determinar a escolha do local mais adequado para a construção de instituições hospitalares também demonstrava

a busca de um funcionamento disciplinar da cidade, exigindo a expulsão dos hospitais de seu centro, como forma de impedir seus efeitos deletérios.

Segundo Costa (2000), no ano de 1814, o Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia, localizado no perímetro central da cidade, começava a ter sua localização questionada:

“[...] achando-se o Hospital situado na crista da montanha [...] e sendo o local no centro da povoação, que podia ser prejudicada pelos miasmas [...] a fim de ser removido o Hospital para logar mais conveniente [...] (COSTA, 2000, p.49)

A relação mantida entre cidade e hospital a partir do critério da localização revela primeiramente a identificação desse estabelecimento enquanto um foco de perigo. Evidentemente, o próprio doente e tudo que provinha dele, representava a origem dessas emanções. Em Salvador pode-se citar além do caso referente ao questionamento da localização do Hospital de Caridade, o do Hospital dos Lázaros, no final do século XIX, que devido a sua inserção no núcleo urbano fôra seriamente criticado pela classe médica: onde “[...] outra devia ser a localidade escolhida” (SILVA, 1883, p. 24), o que se contrapunha às opiniões da época de sua fundação que enalteciam a escolha do lugar pela distância com o centro da cidade.

Um outro caso elucidativo com relação a esta questão, diz respeito a escolha do bairro de Nazaré para a construção do novo hospital da Santa Casa de Misericórdia, o Hospital Santa Isabel, no final do século XIX. Sobre esse assunto o Dr. Adolpho Vianna (1898) se manifesta com uma certa indignação por estar o terreno situado dentro da cidade e ainda em um bairro já bastante povoado:

O bairro de Nazareth, populoso, cercado de um lado pelo rio das Tripas, cujo nome popular bem qualifica a sua salubridade, e de outro pela grande massa d’água estagnada, denominada Dique, é um bairro alto, secco, de solo argiloso, mas de uma argila facilmente desagregável e, por conseguinte muito porosa e summamente impregnável pelos elementos deletérios do ar, prestando

perfeitamente às fermentações e tornando-se assim um celeiro inesgotável de sementes das diferentes espécies de micróbios, e quem diz micróbios, diz moléstias. (VIANNA, 1898, p. 60)

Em Salvador essa relação da segregação espacial e, conseqüentemente uma exclusão dessa camada de enfermos, através dos hospitais, teve uma significativa representatividade com o isolamento dos doentes de febre amarela no Hospital de Mont Serrat, com o Hospital São Cristóvão dos Lázaros, destinados aos leprosos, com o Asilo São João de Deus, para os alienados e com a enfermaria de valiolosos no Barbalho (UZEDA, 1992, p. 30).

Essa questão da localização hospitalar, ainda demonstra um direcionamento no sentido das divisões funcionais do espaço físico da cidade, o que naturalmente se associa a uma tentativa da disciplinarização do espaço, ordenando as multiplicidades de atividades e a diversidade populacional.

Além da relação entre o espaço urbano e o hospital, a medicina também se propôs a organizar internamente o espaço hospitalar. O hospital, que representava um foco de contaminação pela sua má localização, também é internamente nocivo para os seus internos, na medida que não estava regido pelos postulados da higiene. A imagem do hospital associada a um estabelecimento infecto, afastava as classes mais abastadas da cidade, estando, então, de um modo geral, os hospitais de Salvador destinados aos mais pobres. Até o final do século XIX, Salvador contava com o Hospital da Santa Casa de Misericórdia, o Hospital Santa Isabel, que atendia os doentes pobres de um modo geral; o Hospital Militar (1739), que atendia aos soldados; o Hospital São Cristóvão dos Lázaros (1787), destinado aos leprosos; o Hospital da Marinha (1837); o Hospital de Mont Serrat (1854), destinado aos doentes de febre amarela; o Hospital Português (1866), para socorrer os seus patrícios e o Asilo São João de Deus (1874), para atender aos doentes mentais. (MOURA, VIANNA, 1852, 1898) (FIGURA 26).

De um modo geral, os médicos criticavam as instalações e as condições de higiene dos hospitais, principalmente o da Santa Casa e o Hospital Militar, e, no

final do século XIX, observa-se muitas críticas ao Hospital dos Lázaros. Referiam-se ao mau cheiro das enfermarias exalado pelas latrinas, à má qualidade da alimentação, a pouca higiene com as roupas hospitalares etc. Ferrari (1853) censurava, ainda, o pouco caso com as questões administrativas, onde denunciava a falta de informação precisa nas *papeletas* dos doentes, o que dificultava o conhecimento dos métodos curativos e seus efeitos. Falava, também, da botica do hospital, cujo atendimento no preparo dos remédios era deficiente e, ainda, referia-se a mudança anual da administração dessa botica, onde se instalava aquela que por menor preço oferecia os remédios.

A forma arquitetônica também era analisada. O Dr. Thomé Affonso P. de Moura, avaliando as formas circular, quadrada, estrelar, além do paralelogramo, [tipo pavilhonar], confessa sua preferência pelo que define como um “[...] quadrado imperfeito, isto he, que o edificio conste de três pavilhões, a saber, um dirigido transversalmente e os outros dois perpendiculares a extremidade deste” (MOURA, 1852, p.6), pois, “[...] não só porque o edificio he completamente arejado, mas também porque havendo um jardim no espaço compreendido pelos pavilhões, torna-se o edificio mais bello e elegante” (MOURA, 1852, p.6).

Internamente, os médicos prescreviam sobre as dimensões das enfermarias, sobre os revestimentos dos tetos, das paredes e do piso. As janelas e as portas tinham suas dimensões e localizações referenciadas. Os materiais que comporiam leitos, cortinas, cobertas, travesseiros e cobertores, também faziam parte desse minucioso receituário para a salubridade da instituição hospitalar de Salvador.

Assim como a cidade, o hospital foi meticulosamente esquadrinhado, do seu funcionamento interno aos materiais de construção a serem empregados. Os médicos ditaram o que futuramente iria compor a normatização hospitalar. Desde o processo de construção de um hospital, a classe médica já reivindicavam a sua presença:

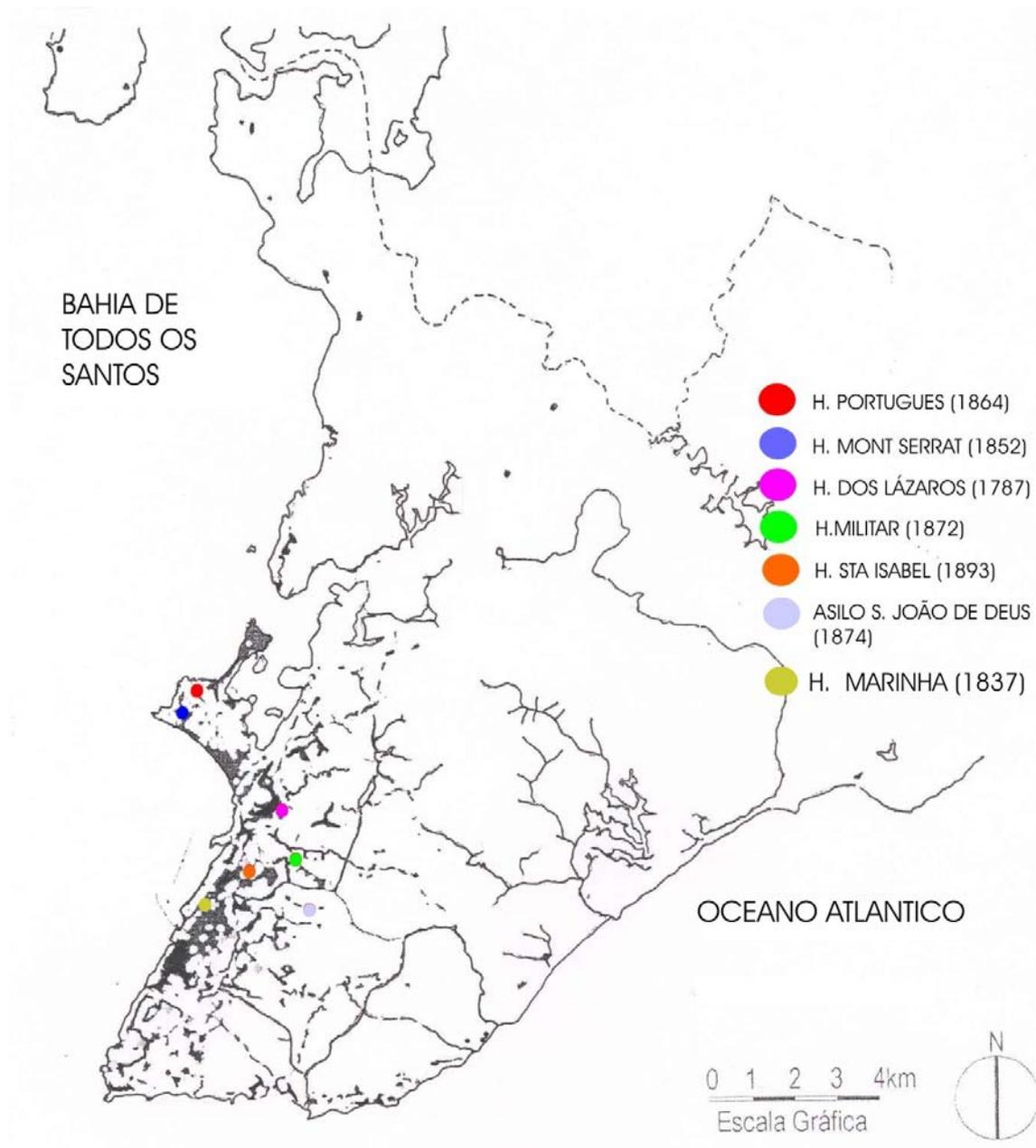


FIGURA 26 – LOCALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE SALVADOR NO FINAL DO SÉCULO XIX

FONTE: VASCONCELOS (2002)

Todas as vezes que tratar-se de construir um hospital é de imprescindível necessidade nomear-se uma comissão composta de um médico higienista, de um engenheiro, de um architecto, de um construtor (VIANNA, 1898, p. 20).

Percebe-se, portanto que existia para Salvador um projeto de medicalização da cidade, incidindo em vários âmbitos da vida social e urbana. Sobre esse tema, contudo, Rios (2001), defende a idéia de que esse discurso médico, não tinha a penetração e a força política necessária para ser implementado na realidade:

[...] os médicos são extremamente críticos das instituições médicas oficiais, em razão de não serem ouvidos nem terem a consideração e o reconhecimento do seu saber pelas autoridades imperiais. [...] a repercussão do discurso médico chegava, com esforço, aos seus pares e a pequena elite que frequentava os círculos acadêmicos [...] (RIOS, 2001, p. 10)

A despeito desta questão, considera-se uma forte influência do pensamento e discurso médico no que diz respeito às intervenções urbanas e institucionais no final do século XIX, ainda que a implementação de fato, no caso das intervenções urbanas, tenha ficado por conta dos engenheiros sanitaristas. No hospital, entretanto, a efetivação da chamada medicalização institucional, deve-se ao corpo médico, mesmo que possa ser considerada anacrônica em relação ao mesmo processo pelo qual passou a instituição hospitalar européia.

CAPÍTULO IV

HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO DOS LÁZAROS: O ESPAÇO INSTITUCIONAL DE CONTROLE DA LEPROSA

4.1 A lepra em Salvador

No final do século XVIII, os habitantes de Salvador conviviam com o medo do contágio da lepra. Nesse período, muitos doentes vagavam pelas ruas da cidade e portarias dos conventos a pedir esmolas. O estado de pobreza e abandono em que viviam os leprosos se assemelhava ao dos “ [...] mendigos, prostitutas, órfãos desassistidos, andarilhos, loucos” (RIOS, 2001, p. 132) que eram socorridos pelo Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia. Este hospital, no entanto, negava-se a receber os portadores da doença e, até mesmo os militares contaminados, que dispunham de uma instituição destinada aos seus cargos, o Hospital Militar, estavam abandonados à caridade da população (NASCIMENTO, 1980).

A imagem dessas pessoas não diferia muito do doente de lepra herdada da idade média. Sua imagem estava ainda, envolta no temor e na repulsa, bem como da piedade cristã, condições tão peculiares naquela época. Termos como *abominável*, *desgraçado fim*, *digno de compaixão*, são encontrados na documentação que se referem a esses doentes, evidenciando, desta forma, um caráter pejorativo da doença.

Os doentes pobres acometidos pelo mal de São Lázaro, “[...] banidos do resto dos viventes, [...] sem nenhum trato ou curativo, que lhes pudesse minorar o mal [...]” (LRROG-HSCL, 1787-1842), desde cedo estavam submetidos a uma situação que se pode classificar como *socialmente excludente*, seja pela condição social do indivíduo, seja pelo seu estado de saúde. Através da mendicância e apartados de suas famílias, buscavam sobreviver vagando pela cidade, contando somente com a caridade da população. O estado de mendicidade, sugerindo a falta de habitação ou emprego, constitui um dos

aspectos da exclusão urbana — se acrescido da doença e a falta de acesso ao tratamento, tem-se uma situação cujo significado é duplamente negativo.

“O medo de todas as doenças, juntas, dificilmente pode comparar-se ao terror desencadeado pela lepra” (ROSEN, 1994, p. 59) — esta citação, embora se refira a idade média, poderia representar o temor pelo qual passava a população de Salvador, no século XVIII, em relação à doença. A lepra, embora não possa ser considerada uma epidemia, aparecia como uma doença que ameaçava a saúde pública, por ser considerada contagiosa e por atingir um número crescente de pessoas, associando, assim, ao leproso uma imagem de ameaça social. Para acolher os doentes, a cidade contava somente com um pequeno asilo próximo à capela de São Lázaro, que já se mostrava insuficiente devido a quantidade de pessoas afetadas. Diante desta realidade,

[...] e observando o Exmo. Gov. a abundância dessa qualidade de enfermo, que apareciam vindos dos recôncavos da cidade e cada dia aumentavam mais o número desses infelizes, além de outros que a sua noticia chegavam recolhidos nas suas moradias dentro da mesma cidade, com horror das próprias famílias, que a todo instante se consideravam contaminadas de um mal de tal natureza [...]
(LRROG-HSCL, 1787-1842)

o então Governador e Capitão General da Bahia D. Rodrigo José de Menezes, determinou que “[...] na vigilância da boa economia e saúde dos povos meus subordinados, fazer um hospital em lugar proporcionado, onde se recolhessem semelhantes enfermos” (LRROG-HSCL, 1787-1842).

Agindo a partir das premissas da época, que tinha como balizadores, o medo do contágio e a caridade humana, o Governador, tomou a decisão de fundar o Hospital São Cristóvão dos Lázaros como medida de proteção aos habitantes da cidade e *amparo* aos doentes; denotando, assim, desde já, uma instituição que segundo Rosen (1994), seria o resultante da união de idéias médicas e religiosas.

4.2 O Hospital e sua história

4.2.1 A origem do lugar

Ainda no século XVI, os padres denominados jesuítas, pertencentes a Companhia de Jesus, fundaram a Quinta dos Padres, ou Quinta do Tanque, em terreno doado pelo Governador Tomé de Souza, “[...] à meia légua da cidade, em um bom valle com sufficiente aguada, onde depois assentaram a sua Quinta para as lavouras do seu próprio sustento e dos meninos do seminário” (SAMPAIO, 1949, p.250). Naquele lugar, os padres construiriam uma casa de repouso, para os mesmos, e férias, para os estudantes do Colégio, a qual se manteria até o século XVIII, quando foram expulsos do Brasil. Segundo Leite (1945), o nome oficial do lugar, nos catálogos da Companhia, era de *Casa Suburbana de São Cristóvão*.

Um ilustre nome que passou por esse lugar foi o Pe. Antônio Vieira, que conforme Nascimento (1980), viveu ali por 17 anos, onde pôde se dedicar, nesse período, aos seus escritos literários. Leite (1945) afirma que o padre tinha predileção pela Quinta e, em uma de suas últimas cartas ao seu amigo Pe. Baltazar Duarte, revelava uma saudade do lugar, quando, achando-se enfermo, retornou ao Colégio.

Segundo Vasconcelos (2002), a Quinta foi reformada entre os anos de 1688 – 1691. No ano de 1694, o edifício assim era descrito:

Hoje tem 18 cubículos, além da arcada que rodeia todo o edifício, corredores e duas galerias ou cobertos, para jogos de movimento [...]. Possui capela, pomos de ouro (malorum aurantiorum, laranjeiras) que ajudam a repousar honestamente o espírito. (LEITE, 1945, p. 162)

As ações dos padres jesuítas, bem como o enriquecimento da ordem, começaram a ser criticadas e, por determinação do Marquês de Pombal, vários inquéritos foram realizados em Portugal e suas colônias, com o intuito de investigar e avaliar suas atividades. Finalmente, na segunda metade do século

XVIII, em 1759, esses religiosos foram expulsos do Brasil e seus bens foram leiloados.

Em 28 de maio de 1762, a Quinta dos padres foi levada a leilão juntamente com os demais bens dos jesuítas. Na Certidão que reza sobre esse momento, está assim descrita a fazenda a ser leiloada:

[...] fazenda chamada Quinta dos Padres, sita diante do Forte do Barbalho com sua casa de hospício com bastantes cobérculos e casa de recreação com seu oratório preparado e mais cômodos e officinas para uso, e serviço do mesmo hospício. Tudo de pedra e cal com sua fonte de água nativa corrente, muito bem obrada defronte do mesmo hospício com várias árvores e brejos que serve de horta, tanque e porteira e bem assim uma fazenda chamada São Christóvão vista em cima no alto do monte que consta de uma capella de pedra e cal com seu retábulo com bastante senzalas que feirão a área que fica por detrás da capela em que morarão os escravos todos de taipa de mão cobertos de telha e [...] (LRROG-HSCL, 1787-1842)

Desta forma, foi arrematada a fazenda Quinta do Tanque por Domingos Rodrigues Junqueira, procurador de João Rodrigues Pereira, pela quantia de 2:800\$000 (dois contos e oitocentos mil réis), sendo pagos a vista dois mil cruzados e os cinco mil restantes pagos em dois anos, em pagamentos iguais, e, por isso, permaneceria hipotecada até o pagamento final.

No ano de 1784, o então Governador e Capitão General da Bahia, D. Rodrigo José de Menezes, diante da situação em que se encontravam os portadores de lepra na cidade, resolve fundar um hospital para acolher esses doentes, cujo local escolhido é a Quinta dos Padres, local bastante propício, dado o seu afastamento da cidade. Naquele momento, a fazenda pertencia a D. Ana Maria do Sacramento e foi, então, ordenado que se fizesse uma avaliação de tudo que existisse no local. No termo de avaliação da Quinta, existe referência a uma “[...] casa grande e nobre de sobrado sobre arcos, tudo de pedra e cal [...] (LRROG-HSCL, 1787-1842).

Avaliada, então, no valor de 6:200\$000, a Quinta foi adquirida, pelo governo, através da doação de pessoas de *reconhecida compaixão*, caracterizando-o como uma obra essencialmente de caridade.

4.2.2 A construção do hospital

A quantia arrecadada, empregada para a compra da fazenda, também foi utilizada para a construção do hospital, o qual se chamou Hospital São Cristóvão dos Lázaros. Naquele momento, o estabelecimento representava uma obra de grande utilidade para a cidade, concretizando os anseios da população que temia pela contaminação da lepra.

A primeira pedra do hospital foi lançada a 4 de dezembro de 1784, e foi terminada a 21 de agosto de 1787, quando o governador D. Rodrigo fez realizar na sua Capela, com assistência do Arcebispo D. Antônio Corrêa e do povo que havia concorrido para sua construção, um Te-Deum Laudamus, em pomposa solenidade. (NASCIMENTO, 1980, p.16)

Referindo-se ao dia de inauguração do hospital, Vilhena diz que “ [...] sendo o dia de sua abertura um dos de mais prazer, e satisfação que talvez tenha visto a Bahia” (VILHENA, 1969, p. 421). O número de doentes a que se fazem menção os documentos era de 27, logo no início do hospital.

O Hospital São Cristóvão dos Lázaros foi, desta forma, considerado pelo seu fundador, como por toda a sociedade baiana, uma obra de bastante relevância, dado ao benefício que traria a sua população, sendo em muitos casos referida como “[...] uma obra de tanta caridade e interesse, assim dos míseros enfermos, como dos mesmos sãos” (LRROG-HSCL, 1787-1842). Esse fato confirma o quão o HSCL representou uma instituição que surgiu em resposta a uma demanda da sociedade, funcionando como um instrumento na manutenção da ordem social, na medida em que excluía o perigo representado pela lepra.

Os documentos consultados, a exemplo do LRROG-HSCL, se referem sempre à *construção* do hospital, dando uma idéia de que foi uma obra erguida a partir daquele momento; no entanto, Nascimento (1980) faz uma ressalva, plausível, de que, na verdade, essa construção tenha sido uma reforma da casa já existente para que se adequasse a sua nova função social. Os argumentos da autora dizem respeito ao pouco tempo de obra, somente três anos, e a semelhança do hospital com as descrições da antiga casa de repouso dos jesuítas, anterior a ele. Sobre essa questão, encontrou-se registrado em um dos relatórios do Hospital, datado de 1849, o seguinte trecho: “Esse edifício edificado pelos jesuítas, com quanto não se pode marcar a época exata de sua construção, sabe-se que em 1611 já existia [...]” (Comissão de Higiene Pública – Hospital e Quinta dos Lázaros – Maço 5373), o que comprova ser a referida *construção* do hospital, na realidade, uma reforma para adaptação do casarão existente na Quinta dos Padres no Hospital São Cristóvão dos Lázaros. Ainda em relação à descrição do edifício, prossegue o documento (FIGURA 27):

O edifício está construído em uma superfície quadrilonga com 256 palmos de frente, 170 de fundo e 30 de altura, aberto pelo lado da frente e ocupando os três lados do terreno, porém com um vazio no centro. O intervalo entre as duas frentes está engradado com um portão de ferro e pilares de alvenaria com capitéis e vasos de flores em cima. Os três lados do quadrilongo na parte superior oferecem capacidade para oitenta enfermos, e he actualmente occupada por três enfermarias, que tomão um dos lados, o centro, e parte do outro lado, sendo o restante empregado pela administração, ou residência do administrador e sua família. As enfermarias são bem arejadas tendo as janellas para o exterior, e interior, ou grande ária, onde se acha collocado um chafariz, mui bem trabalhado em pedra mármore. A parte inferior ou accomodações terreas servem para residência dos escravos e outros arranjos da casa, como botica, casa de banho [...]. Formando as enfermarias duas entradas para as enfermarias e morada do administrador, são essas formadas com escadarias de cantaria e parapeito na frente, simetricamente construídas. (Tombamento do Hospital e Quinta dos Lázaros – maço 5370)

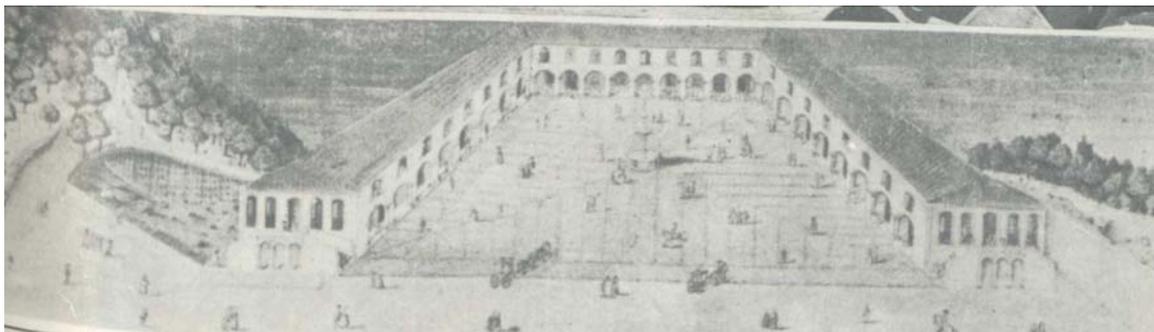


FIGURA 27 – PERSPECTIVA DO HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO DOS LÁZAROS NA ÉPOCA EM QUE FOI INAUGURADO (1787)

FONTE: APEB²

4.2.3 Da instituição de caridade à instituição médica

Apesar de ser admissível a referência aos cuidados médicos na elaboração dos primeiros pensamentos sobre o Hospital São Cristóvão dos Lázaros, é o modelo de reclusão, como instrumento de controle social da doença, sob a égide da caridade cristã, que vai marcar a trajetória dessa instituição, um caminho bastante coerente com a própria história da instituição leprosária. É o recolhimento dos doentes das ruas e o seu posterior isolamento com o objetivo de torná-los inócuos, a maior função social do HSCL, remetendo-o as funções que Antunes (1991, p.91) definiu para os leprosários na Idade Média: “[...] depurar das cidades um contingente de aflitos cujo trânsito incomodava aos sadios”.

Considera-se o final do século XVIII, o momento em que a instituição hospitalar adquire o seu caráter terapêutico, tendo como fato determinante, a inserção do médico no cotidiano do hospital, deixando, assim, de ser um mero alojamento de doentes. Não se pode afirmar porém que, na época de sua inauguração, também final do século XVIII, o HSCL seja uma instituição terapêutica, ao contrário, sua estrutura funcional o aproximava muito mais de uma assistência caritativa. Esse fato pode ser comprovado considerando algumas evidências. Havia a prática, nessa instituição, por exemplo, de visitas esporádicas do médico, denotando a fraca cientificidade e o pouco exercício da medicina no

² Levantamento e perspectiva realizado pelo Ten. Vicente Pinheiro Lemos Fontana, cujo original se encontra no Arquivo Militar do Rio de Janeiro.

tratamento dos doentes. Acredita-se que o caráter inelutável da lepra possa ter contribuído para uma desvalorização desta ciência frente à enfermidade. Cabe também ressaltar que não existia no Brasil, até o início do século XIX, o ensino universitário da medicina, fato que contribuía para a redução de médicos na cidade.

A segunda evidência é que, ao contrário da assistência médica rarefeita, era dispensada uma assistência espiritual sistemática e freqüente, comprovando, assim, a crença de que aqueles doentes incuráveis necessitavam mais de um sacerdote do que de um médico, devendo, portanto, o capelão, que estava encarregado de administrar os sacramentos, residir no hospital:

Porquanto se faz necessário que o Hospital dos Lázaros tenha um capellão de conhecido zelo, virtude e caridade, que administre aos enfermos dele os santos sacramentos [...] com obrigação de fazer nelle effectiva residência [...]. (LRROG-HSCL, 1787-1842)

Além do médico e do capelão, compunha, ainda, o corpo administrativo desta instituição, um inspetor, que deveria servir ao hospital e dar conta ao presidente da província de tudo que se passasse no estabelecimento; um tesoureiro geral, que administraria todos os recursos, um enfermeiro, e, ainda, um cirurgião, que tinha por obrigação visitar os enfermos três dias por semana. Foram encontradas divergências entre a quantidade de dias que deveria o médico e o cirurgião assistir aos enfermos. O regimento do Hospital (ANEXO 01) se refere a dois dias para os médicos e todos os dias para o cirurgião, entretanto, o ato de nomeação dos referidos profissionais cita três dias da semana para cada um deles.

O Hospital São Cristóvão foi uma instituição cuja importância para a cidade de Salvador foi bastante destacada desde a sua fundação e, como forma de garantir recursos financeiros para sua manutenção, D. Rodrigo José de Menezes, estabeleceu que se pagasse vinte réis por cada alqueire de farinha e grãos que se recolhesse no Celeiro Público, o que, posteriormente, foi

confirmado pelo Príncipe Regente D. João em Carta Régia ao então Governador e Capitão General da Bahia, Conde da Ponte, no ano de 1808.

Além dos rendimentos do Celeiro Público, o hospital, ao longo da sua história, vai contar, para sua manutenção, com outras fontes internas de renda. Estas rendas eram provenientes do fornecimento de lenha, capim e hortaliças da fazenda; de foros de algumas porções de terrenos cedidos a terceiros; da lavagem de roupa para o Hospital de Caridade; e da renda anual deixada por um benfeitor de nome Pedro Rodrigues Bandeira. Posteriormente, vai contar, com a extração de loterias. Esses recursos não seriam suficientes para manter financeiramente a instituição, levando-o a uma crise que se refletiu sobretudo na manutenção de sua estrutura física. O administrador do hospital, responsável por tudo que acontecesse dentro dos limites da instituição, deveria prestar conta de todas as receitas e despesas do estabelecimento através de relatórios enviados à administração central da colônia e posteriormente província.

Muitas foram as fases críticas por que passou o HSCL. Registra-se em vários momentos, por exemplo, a falta de roupas para os doentes e o estado de deterioração da edificação. Em fala proferida na abertura da Assembléia Legislativa, em 1848, o Presidente da Província se refere às dívidas do hospital, esclarecendo que os rendimentos não são suficientes para satisfazer a todos os seus encargos.

No ano de 1850, o Presidente da Província solicita autorização a Assembléia Legislativa para nomear uma Mesa Administrativa para o Hospital São Cristóvão, pois, segundo o mesmo, a instituição “[...] não pode com o mesmo proveito ser administrada pelo Governo no meio dos trabalhos que o cercão [...]” (Falla do presidente da Província – 1850), demonstrando que o Hospital transformara-se em um encargo que o governo já não suportava. Nesse mesmo ano começa a construção do Cemitério anexo, o qual deveria gerar uma renda para o hospital, através dos sepultamentos. Entretanto, o que vai acontecer é o contrário, as rendas destinadas ao hospital, em parte são

utilizadas em benefício do cemitério, o que concorreria para agravar ainda mais a crise financeira da instituição.

Além das crises financeiras em vários momentos da sua história, o HSCL enfrentou a falta de pessoal no seu quadro administrativo, onde algumas vezes esteve vago o cargo de capelão “[...] com grande dano espiritual aos enfermos” (LRROG-HSCL 1787-1842, p.55), outras o de cirurgião, em razão de que não havia muito interesse da classe em exercer as atividades ali devido ao baixo salário “[...] pelo qual nenhum cirurgião quer vir a esse lugar tão distante da cidade todos os dias e alguns me tem asseverado que nem uma vez por semana aceitavam tal emprego” (Fundo Governo da Província - Série Saúde Hospital e Quinta dos Lázaros - maço 5371). Desta forma, os doentes, bem como a administração, se viam obrigados a suportar as condições impostas por aqueles que aceitavam trabalhar no hospital, como, por exemplo, comparecerem em dias alternados.

O HSCL, sendo o único estabelecimento de saúde no trato da doença a que se destinava, é referência para toda a Província, sendo então mandados para lá, todos os casos suspeitos de lepra:

A junta provisional do Governo ordena que V.Mce receba para serem tratados nesse hospital, os doentes Manuel Nunes de Brito e Rita Maria de Santa Anna, que lhe hão de ser enviados do Hospital de Caridade, por ali não pertencer o seu curativo.
(LRROG-HSCL 1787-1842, p. 48).

Casos no sentido contrário também aconteceram, ou seja, doentes que foram transferidos para a Santa Casa de Misericórdia por portarem enfermidades distintas da lepra, como ocorreu com uma paciente diagnosticada sem o mal de S. Lázaro, mas com comportamento compatível com os alienados, e que, por isso, estava fazendo muitas desordens no hospital. (LRROG-HSCL 1787-1842)

O Hospital, enquanto instituição especializada em uma doença de manifestação dermatológica, naturalmente parecia ser referência para outras

patologias *semelhantes*. Comprovando tal fato encontrou-se a solicitação da Santa Casa de Misericórdia para que fossem encaminhados para o Hospital São Cristóvão os enfermos de moléstias cutâneas, mesmo as não classificadas como lepra, o que o Presidente da Província achou uma reivindicação justa. Para tal atendimento, contudo, seria necessário a construção de novas enfermarias separadas para cada uma das diversas enfermidades, o que o hospital não tinha condições de arcar. Na sua fala, o Presidente diz ser necessário tal separação para que a *natureza* não se manifeste com uma moléstia que seja o resultado da combinação de duas ou três das existentes (Falla do Presidente da Província - 1846).

O cotidiano do Hospital São Cristóvão apresentava fatos que, em uma primeira análise, poderiam parecer estranhos a uma instituição hospitalar, no entanto, no caso específico desta instituição, cuja incidência sobre a vida dos enfermos não estava restrito ao processo de terapia, mas à totalidade da sua vida, caracterizando-o como uma instituição total, parece coerente a manifestação de tais acontecimentos. Dentre os relatos encontrados na documentação pesquisada, dois foram destacados por serem representativos, caracterizando atitudes que estão além do âmbito da doença:

- 1) Em 1821 foi relatado à Junta Provisional do Governo que o enfermeiro Francisco José da Mota se degolara. Neste caso, cabe esclarecer que os enfermeiros poderiam ser escolhidos entre os doentes de melhor estado, porém o documento não esclarece se este enfermeiro se tratava de um dos doentes. (LRROG-HSCL 1787-1842, p. 46)
- 2) Em 1849, o espanhol José P. Torres, doente do hospital, entalhou uma navalha para assassinar o enfermeiro, também doente. Segundo o relato do administrador, o primeiro havia sido influenciado por um outro doente, português, inimigo do enfermeiro. (Comissão de Higiene Pública - Maço 5373)

Além desses fatos, os doentes, em alguns momentos, manifestavam suas insatisfações ao administrador do hospital, que, por sua vez, as transmitia ao Presidente da Província. Em comunicação datada do ano de 1825 assim reclamavam os doentes:

Alguns doentes desse hospital dos lázaros em requerimento incluso que levão a presença de V. Excia queixão-se – 1) do actual cirurgião do partido, 2) de não haver um médico, 3) do boticário ter mandado remédios falsificados, e 4) finalmente de haver o dito cirurgião maltratado com palavras atacantes [...]. (Fundo Governo da Província - Série Saúde Hospital e Quinta dos Lázaros- maço 5371).

Com relação à resposta sobre a queixa da ausência do médico responde o administrador que,

Quanto ao médico, é verdade que na fundação deste estabelecimento foi nomeado hum, o qual sendo dispensado não veio em seu lugar outro, por julgarem os Exmos. antecessores de V. Excia. sem dúvida desnecessário, não só por ser este mal incurável, o que pode ser menos penoso tendo um cirurgião que aplique remédios apropriados, como talvez por terem em consideração os poucos fundos destinados para tantas despesas que se fazem com os mesmos doentes. E mesmo que ordenado presentemente se deve dar a hum médico que venha da cidade a esse retiro fazer diárias visitas? E de que fundos se tira por ordenado? Não vejo d'onde Exmo. Sr. (Fundo Governo da Província - Série Saúde Hospital e Quinta dos Lázaros- maço 5371).

Esse fato é bastante ilustrativo da pouca importância que se dava à figura do médico dentro daquele estabelecimento, e, ao que parece, somente o inseriu dentro da sua prática hospitalar após determinação de uma lei provincial. Os danos provocados por isso, porém, não deixaram de ser referenciados: “Já algum desfalque soffreo o hospital proveniente da lei provincial, que não só o obrigou a ter um médico effectivo, mas lhe marcou um ordenado de 600\$rs annuais, e mandou ficar essa quantia a cargo de seus rendimentos” (Falla do Presidente da Província – 1853). Mais uma vez, vale ressaltar que a figura do cirurgião, tinha uma presença constante dentro do hospital, o que leva-se a

afirmar que, apesar de uma certa rejeição por uma prática exercida pelo profissional denominado *médico*, o cirurgião garantia essa crescente inserção da instituição no âmbito do saber médico.

A inclusão dessa instituição no campo de ação da medicina começa a se delinear a partir da detecção do lastimável estado em que se encontrava o hospital e os seus doentes, ainda em agosto de 1821, quando nesse momento é nomeada uma comissão médica cirúrgica para elaborar o regulamento da instituição (ANEXO 2). Segundo o trecho referente ao capítulo um, esta regulamentação, que ajustaria o funcionamento do hospital, revela a presença do médico assumindo atribuições mais ligadas ao cotidiano do hospital, revelando, assim, os primeiros indícios da medicalização desta instituição:

Capítulo 1 – Artigo 10: a cada cama deverá ser distribuída dois lençóis, uma coberta e uma fronha, o que tudo será mudado todos os oito dias com as demais roupas do uso do doente ou mais amiúde, segundo ordenar o professor.
(LRROG-HSCL 1787-1842, p. 39)

O regulamento do Hospital São Cristóvão tratava de questões de higiene das enfermarias, estabelecidos a partir do uso de alguns utensílios, tais como, caixas de areia para escarro de doente, lavatórios, roupas de cama etc.; das dietas dos pacientes, das atribuições dos cirurgiões, enfermeiros, do cozinheiro e do tratamento a ser dispensado aos doentes. Esse documento servia para explicitar o discurso que regia as práticas do estabelecimento, podendo assim dirigir o cotidiano dos pacientes e, garantir a conduta dos mesmos, normatizando, desta forma, suas vidas no interior do hospital. Dentro deste instrumento, organizaram-se os dispositivos disciplinares exercidos nesta instituição: “CAPITULO 1º- Artigo 11º: Nenhum doente se deitará calçado sobre a cama, e nem se meterá vestido debaixo da roupa, e aquele que o fizer, ficará a meia razão por um ou mais dias, conforme a reincidência”. A partir da mesma análise, pode-se também perceber através deste documento a rotina diária dentro do hospital:

CAPITULO 7º - Artigo 2º: Os doentes deverão passear em dias serenos, e a horas apropriadas e por isso é necessário que se destinem os recintos, um para os homens, outro para as mulheres cercado de muro, estacada, cerca de limoeiro gravataes, ou de outro qualquer modo afim de que passem a seu cômodo, e mesmo ajardinem o terreno a fim de se enterterem. Quando falte a capacidade para os dois recintos, que de certo não falta, pode haver um somente, e então os passeios serão em dias alternados, um dia para os homens e outro para as mulheres.

Era através desse instrumento que a classe dirigente podia estabelecer uma classificação entre os internos, de forma que pudessem ser qualificados, confirmando-o, assim, como uma instituição de caráter disciplinar.

Um fato que se observa na redação deste regulamento é a ausência de um capítulo referenciando especificamente os médicos, o que poderia contrariar a afirmação anterior sobre os indícios de uma medicalização da instituição. Cabe, então, esclarecer que, no ano de 1821, ano de elaboração do referido regulamento, existia uma distinção entre a prática médica e cirúrgica. Somente em 1832, com a criação das Faculdades de Medicina do Rio e da Bahia (MACHADO et al., 1978, p. 176) é que se faz a articulação entre essas duas práticas. Para efeito de análise, entretanto, sobre o que se entende por medicalização da instituição hospitalar, momento em que a prática médica se sobrepõe a assistência caritativa pela presença mais atuante do médico dentro do hospital, considera-se o cirurgião como membro desta classe *médica*, o que viria a ser confirmado alguns anos depois com a junção das duas práticas profissionais. Além disso, esse profissional era considerado pela administração como um dos *homens da ciência*.

Apesar da forte presença estatal no HSCL, e da assistência religiosa, o hospital cada vez mais estabelecia práticas relacionadas ao contexto da ciência médica. A esse respeito, destaca-se, no ano de 1845, a solicitação do Presidente da Província para que seja experimentado nos enfermos, um remédio, que havia sido descoberto no Pará, “[...] conhecido vulgarmente pelo nome de Assaçu” (Falla do Presidente da Província – 1848), o qual remete ao

médico da instituição juntamente com o receituário com explicações. Ao que parece, o hospital nesse momento já tinha um exercício de experimentação e observação sistemática sobre a doença, objetivando conhecer a enfermidade para melhor tratá-la, o que fortalecia, ainda mais, às características de uma instituição disciplinar.

Um outro fato elucidativo do movimento da instituição nesse sentido, é a sugestão dada pelo Presidente da Província, em fala dirigida a Assembléia Legislativa, no ano de 1853, para a construção no hospital de uma sala de conferência para o médico e cirurgião, demonstrando, desse maneira, um certo valor pela profissão e sua prática dentro da instituição. Quando questionado sobre a ineficácia do hospital em relação ao tratamento e cura dos doentes, o Presidente da Província, ainda no ano de 1853, dizia ser sempre aplicado os “[...] aconselhados pelos homens da sciencia”, e que, ou por ser a doença incurável, ou por já chegarem os doentes ao hospital em fase avançada, pouco era o resultado em relação a cura e ainda,

Não obstante a reconhecida capacidade do médico do estabelecimento, limitando-se a medicina aos meios paliativos e hygienicos, afim de que o soffrimento das victimas da hedionda molestia sejam aligeirados o mais que possível. (Falla do Presidente da Província – 1853)

Assim, percorrido uma trajetória que tem como ponto de partida uma instituição com característica predominantemente de caridade, o HSCL atinge sua *medicalização*, ou seja, alcança um estágio onde se nota as ações médicas se sobrepondo as ações de cunho caritativo. Entretanto, essa instituição nunca se afastou de sua função segregadora, o que confirma, também, os postulados médicos válidos e ativos naquele estabelecimento.

4.2.4 O declínio da instituição

No HSCL, durante os seus 160 anos de funcionamento, somente pode-se considerar como *tempos áureos* os primeiros 50 anos, pois, já no início do

século XIX, começou a manifestar as crises das quais não conseguiu sair. Frente a esses momentos difíceis, o Presidente da Província tomou algumas atitudes, embora nenhuma delas tenha conseguido reerguer a instituição, que entrara numa linha de declínio. Como exemplo dessas medidas, tem-se a nomeação de uma nova comissão da Mesa Administrativa, formada em 1862, “[...] a qual tomou a peito levantar aquelle estabelecimento da confusão e abatimento em que se achava” (Falla do presidente da Província – 1862).

A crise do hospital continua, e a Presidência da Província cada vez mais manifesta sua preocupação. O motivo pelo qual se encontrava o hospital nessa situação era, além da má gestão, os escassos recursos financeiros destinados à instituição:

De 1860 para cá as administrações da Província tem lançado as suas vistas para esse asylo no pensamento de substituir a anarquia e o esbanjamento pela ordem e economia.(Falla do Presidente da Província – 1863)

Como mais uma tentativa para solucionar os problemas do HSCL, o Presidente sugere, mesmo reconhecendo o esforço da Mesa Administrativa, que a administração do hospital passe para a Santa Casa de Misericórdia, pois se concentraria numa só instituição os serviços de uma mesma natureza. Esse fato viria a se concretizar somente no final do século, no ano de 1895 (COSTA, 2001, p.110). Naquele momento, o presidente também havia aventado a possibilidade do HSCL receber os alienados da Santa Casa, o que não foi possível devido ao estado de ruínas em que se encontrava o edifício pensado para isso.

O declínio do hospital não se manifestava somente nas suas crises financeiras, simultaneamente ocorria uma redução de internos na instituição. No ano de 1871, o então Presidente da Província declara o número de doentes do hospital, referindo-se a uma queda de mais de 100 enfermos para 22. Com esses dados, comprovando o esvaziamento do edifício, é cogitado um novo destino para a edificação, dado estarem “[...] paralizadas as grandes vantagens

que elle offerece” (Relatório apresentado pelo presidente da província – 1871). A função social do hospital parecia está desaparecendo juntamente com os seus doentes e, a instituição aos poucos deixava de responder aos objetivos para os quais fôra criada.

No ano de 1873, o então presidente da Província cogita a transferência dos mendigos da cidade recolhidos no Convento de São Francisco para um dos cômodos do Hospital dos Lázaros. Essa sugestão tinha como base uma lei provincial que autorizava a criação de um asilo de mendicidade na cidade. Para levar a efeito tal transferência, seriam necessárias algumas adaptações no hospital e, para tanto, o presidente nomeia uma comissão para arrecadar donativos com o objetivo de financiar tais adaptações. Cita ainda o presidente, em sua fala, um evento com esse objetivo, acontecido no teatro S. João. Sobre a relevância de tal investida, justificava o Presidente:

[...] fazendo desaparecer do centro da cidade o quadro anticivilizado, que apresentam, os mendigos, os quaes vagam pelas ruas em grupos à esmolar[...]. (Falla do Presidente da Província – 1873)

Algumas alterações no prédio foram feitas para uma melhor acomodação dos novos hóspedes, como a escadaria que dá acesso ao pavilhão central, existentes até os nossos dias (FIGURA 28). Na perspectiva feita do hospital na época de sua inauguração, observa-se a ausência de tal escada. Segundo o Inventário do IPAC (1975), também nesse período foram criados frontões neo-clássicos e modificadas as cercaduras dos vãos da ala direita.

Desta forma, em 29 de julho de 1877, “[...] teve logar n’esse dia a inauguração do estabelecimento sendo logo recolhidos n’elle 88 mendigos de ambos os sexos” (Falla do Presidente da Província – 1877). Esse fato é bastante relevante para a trajetória do HSCL. Primeiramente reforça a função social de segregação, antes destinada somente aos leprosos e que, mesmo assim, parecia estar sendo enfraquecida pela redução do número de doentes. Uma outra questão é a total identificação do estabelecimento, quase 100 anos após

a sua inauguração, com esse encargo de asilar os indesejáveis. A nova função, entretanto, não permaneceu por muito tempo, e os mendigos foram no ano seguinte transferidos para Boa Viagem, onde foi criado o Asilo de Mendicidade da cidade.

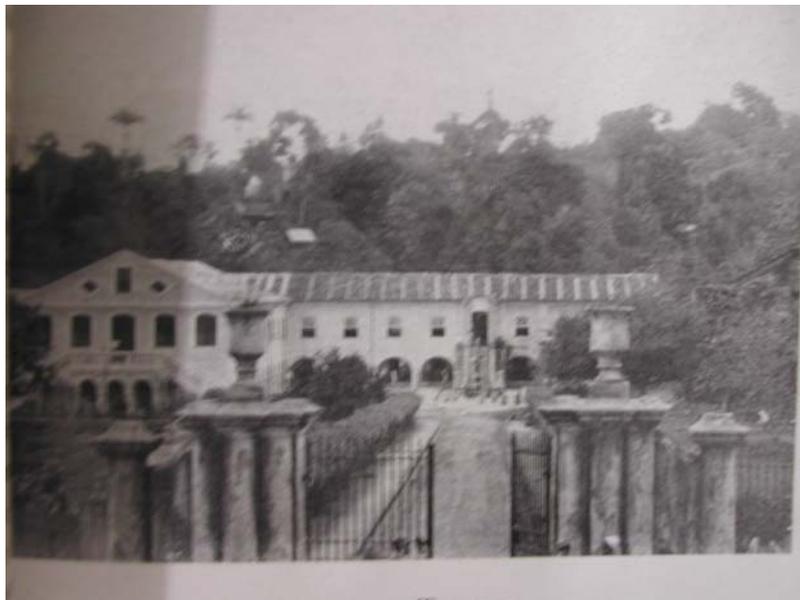


FIGURA 28 – VISTA EXTERNA DO HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO DOS LÁZAROS
FONTE: LEITE (1945)

O Hospital cada vez mais entrava em declínio. No ano de 1880, contava somente com dez doentes internados. Esse, possivelmente, foi um dos fatos que fez com que a instituição fosse perdendo a importância enquanto instrumento de assistência social. Observa-se, a partir desse período, uma ausência do estabelecimento nos relatórios e pronunciamentos dos dirigentes administrativos. Somente no ano de 1905, já sob a administração da Santa Casa de Misericórdia, é que se registram pequenas informações onde claramente se denota o pouco interesse pela instituição: “Quanto aos melhoramentos de que tanto carece o Hospital dos Lázaros, tratará o Governo, depois de ouvir o Conselho de Saúde Pública e os profissionais competentes no assumpto” (Mensagem do Governador do estado – 1906).

Ainda no final do século XIX, estava, esse estabelecimento, já em total descrédito da classe médica devido às condições em que se encontrava.

Referindo-se ao tratamento dos doentes, o Dr. Fidelis D'Oliveira e Silva prescreve, além de boa alimentação, “[...] o acceio dos edifícios em lugares bem arejados, não como o actual Hospital dos Lázaros d’esta capital [...]” (SILVA, 1883, p. 24). E essa opinião parece não mudar no início do século XX: “[...] e o nosso Hospital dos Lázaros [...] dadas às condições em que ora se encontra, em nada corresponde aos fins para que foi construído” (LIMA, 1926, p.5).

A Santa Casa de Misericórdia assume o Hospital São Cristóvão dos Lázaros no ano de 1895, todavia, não suportando arcar com as despesas do hospital, resolve devolver ao Estado os cuidados com a instituição em 1912.

O Governo do Estado, tentando mais uma vez solucionar a crise do Hospital São Cristóvão, planeja transferir seus internos para um pavilhão no Hospital de Isolamento Mont Serrat, conforme pronunciamento no ano de 1918. Existiam naquele período 28 doentes, o que facilitava tal medida. Justificava o governo ser desnecessário um edifício tão amplo, como era o HSCL, para tão poucos enfermos, bem como a otimização de recursos com a junção dos dois hospitais:

Estando projectados mais dois pavilhões, porém não ainda iniciada a sua construcção, por não o terem permitido os recursos financeiros: um de enfermarias communs, igual ao acima mencionado, e outro maior, destinado a sequestração dos leprosos, a conveniente distância dos outros, sendo resolução da Diretoria Geral de Saúde Pública supprimir o actual Hospital dos Lázaros, mal installado em um velho casarão, ficando assim o Estado com um só hospital de isolamento, sob uma só direção [...]. (Mensagem do Governador do Estado – 1920)

Esse fato não chegou a acontecer, e o HSCL permaneceu instalado no casarão da Quinta do Tanque, onde cada vez mais se depreciava enquanto edifício e enquanto instituição. As críticas dos órgãos de saúde pública em relação ao estabelecimento começaram a ficar mais severas, tendo como ponto crucial nessa discussão a sua localização. Naquele período, início do século XX, o

hospital já estava dentro do perímetro urbano, contrariando os preceitos, ainda vigentes, para o trato com esse tipo de enfermidade. A discussão, também já iniciada, sobre as colônias agrícolas como forma mais adequada de alojar os doentes foi outro fato considerado na avaliação tão negativa sobre a inadequação dessa instituição. Nesse período já se cogitava a criação de uma Colônia Agrícola no Estado, tendo o Diretor Geral de Saúde Pública visitado algumas ilhas com o objetivo de determinar aquela que mais se adequava aos fins desejados.

Enquanto não se efetivava a construção desta Colônia, o Hospital continuava, mesmo nas condições em que se encontrava, recebendo e atuando enquanto instituição médica dedicada ao mal de São Lázaro, porém somente recebia os indigentes da cidade, os demais doentes, tratavam-se em domicílio, fato muito questionado pela classe médica, devido as questões de higiene necessárias e pouco disponíveis nas residências.

Tendo sido estabelecido pelo Governo, a instituição de uma Colônia Agrícola, através da lei 1811 de 29 de Julho de 1926 (Mensagem do Governador – 1926), continuavam-se os estudos com o fim de determinar o melhor local para sua instalação. No ano de 1936, dez anos após a referida lei, o hospital continuava funcionando e, por isso, sendo alvo ainda de implacáveis críticas, principalmente pela sua total inserção na cidade. Questionava-se o mau desempenho de suas funções, pois não tinha mais as necessárias condições de proteção da população indene. Esse longo tempo no qual o hospital agonizava, confirmou a inércia com que o poder público lidava com as questões as quais envolviam a instituição.

No ano de 1938, através do Decreto nº 10893 de 1º de Agosto de 1938 a Quinta do Tanque, assim, como parte da fazenda Águas Claras, foram oficialmente doadas para a Sociedade Baiana de Combate a Lepra. O leprosário ainda funcionou na Quinta dos Lázaros até 1947, quando, nesse ano, foi inaugurada a Colônia Agrícola D. Rodrigo José de Menezes (FIGURAS 29/30/31). Os internos foram, portanto, transferidos e o Hospital São Cristóvão dos Lázaros fechou definitivamente as suas portas.



FIGURA 29: COLÔNIA AGRÍCOLA D. RODRIGO JOSÉ DE MENEZES
PRÉDIO DA PREFEITURA E TEATRO
FONTE: FOTOGRAFIA DO ARQUIVO PESSOAL DA DRA. ELIANE DE PAULA



FIGURA 30: COLÔNIA AGRÍCOLA D. RODRIGO JOSÉ DE MENEZES
PAVILHÕES PARA ALOJAMENTO DOS DOENTES
FONTE: FOTOGRAFIA DO ARQUIVO PESSOAL DA DRA. ELIANE DE PAULA



FIGURA 31: COLÔNIA AGRÍCOLA D. RODRIGO JOSÉ DE MENEZES
CASAS GEMINADAS PARA DOENTES CASADOS
FONTE: FOTOGRAFIA DO ARQUIVO PESSOAL DA DRA. ELIANE DE PAULA

4.3. O leprosário e a cidade

O Hospital São Cristóvão dos Lázarus, desde a sua origem teve uma relação com a cidade pautado pela distância. O local escolhido para instalar essa instituição, a antiga Quinta dos Padres, naquela ocasião, distanciava cerca de cinco léguas da cidade. Referindo-se a essa localidade, Vilhena (1969, p. 421) revela: “[...] um sitio o mais próprio, nos arrabaldes da cidade, paragem donde jamais se poderá comunicar aquele contágio de morféia” (FIGURA 32). Essa escolha já revelava uma reflexão, por parte da administração colonial e do corpo médico, não somente sobre a existência do leprosário, mas da necessidade de que esse estabelecimento tivesse um funcionamento, organização e localização compatível com esse tipo de instituição.

A questão teórica na qual se insere esse tema diz respeito primeiramente a própria relação que a instituição hospitalar deveria ter com a cidade naquele período, final do século XVIII, onde vigorava a teoria dos miasmas, enquanto forma de propagação das doenças. Esse pressuposto, então, defendia que o hospital, enquanto foco de emanções miasmáticas deveriam se localizar fora

do perímetro central da urbe, nada mais coerente, portanto, que o HSCL tivesse um sitio de implantação situado a cinco léguas de distância.

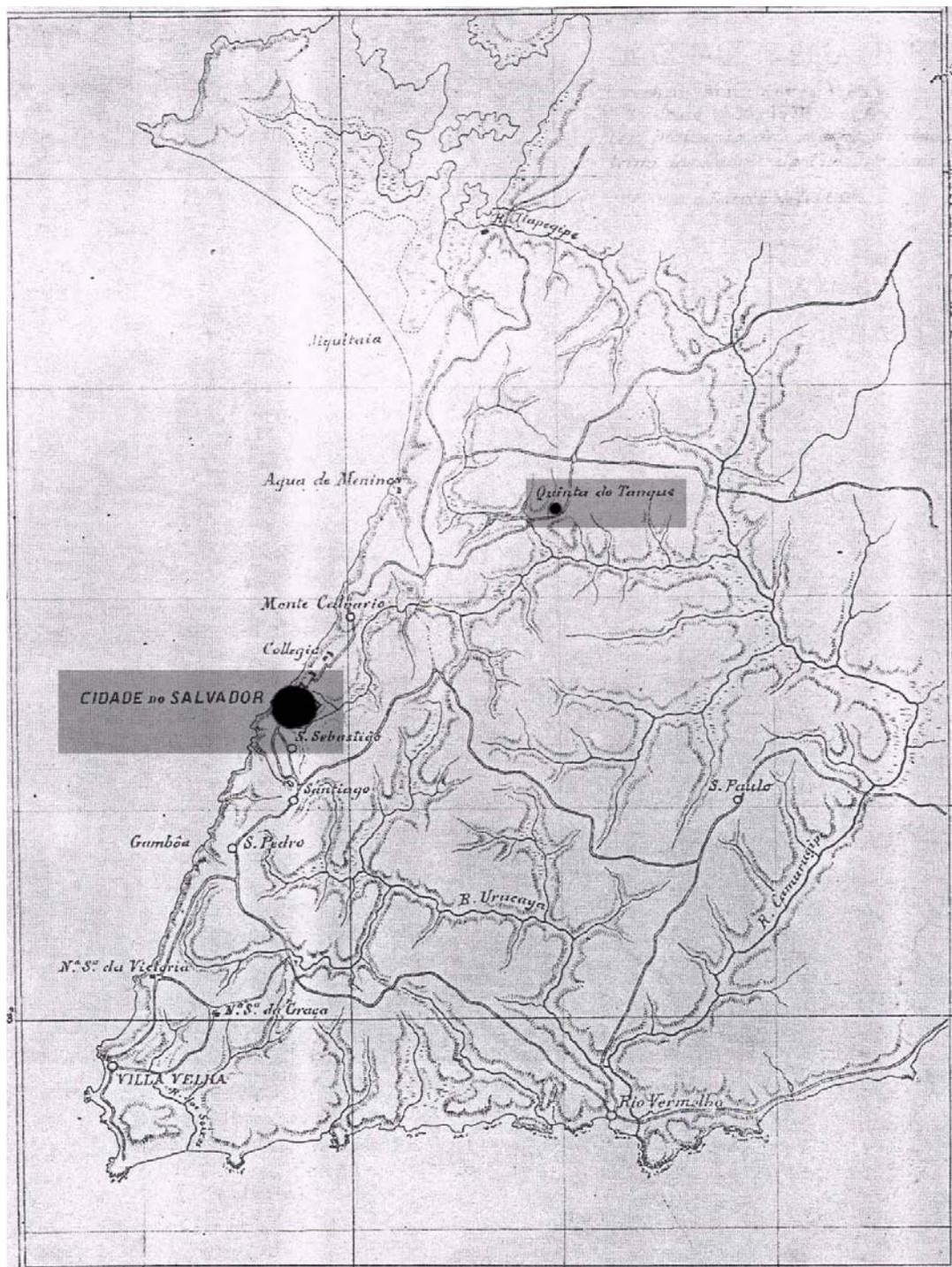


FIGURA 32 – ARREDORES DA CIDADE DE SALVADOR ENTRE 1550 E 1570

FONTE: SAMPAIO (1949)

A teoria do contágio, por sua vez, também pode ser referida como modelo balizador da relação que existiu inicialmente entre o HSCL e a cidade, pois defendiam os médicos, adeptos desse conhecimento, o afastamento do agente

contaminador de doenças, em hospitais também distantes da cidade. Essa teoria levanta, de uma forma mais evidente, o papel do leproso dentro do processo de disseminação da doença, referenciando, assim, a instituição a um local de detenção da ameaça representada pelo doente.

O Hospital São Cristóvão, apesar da condição de estar afastado da cidade por um determinado período, participou de sua conjuntura política e social. Durante o regime escravista, por exemplo, a instituição, em alguns momentos, contribuiu para a liberdade de escravos submetidos ao seu domínio. Muitos são os casos onde estes indivíduos solicitam a sua carta de alforria e o administrador do hospital acena positivamente em seus relatos ao Presidente da Província, essa liberdade, todavia, não se fazia sem ônus pecuniário para o escravo. Para os escravos idosos, o motivo que os levava a solicitarem sua liberdade era o longo tempo de serviço prestado à instituição. Para os jovens, geralmente ainda crianças, era o medo do contágio da doença, o que, freqüentemente, faziam os pais pedirem a liberdade dos filhos (LRROG-HSCL 1787-1842).

Ainda pelo fato de estar vinculado à cidade e aos seus processos urbanos, a Quinta dos Lázaros, teve uma contribuição marcante no processo de expansão urbana de Salvador. Ruas e estradas foram abertas pelos seus terrenos. Em 1819, foi solicitado pelo Conde da Palma ao inspetor do Hospital São Cristóvão que:

Devendo proceder-se ao conserto da casa da pólvora do Matatú, que se acha arruinada, ordeno a V. Mce que deixe abrir para fácil condução dos materiais que devem desembarcar em Água de Meninos a estrada como tem sido costume em outras ocasiões(LRROG-HSCL, 1787-1842, p. 32).

Foram encontradas, também, referências a estrada da Cruz do Cosme e a estrada do Cabula, ambas entraram pelas terras da Quinta dos Lázaros. Em razão da abertura destas estradas, especificamente sobre a do Cabula, existiram interesses de particulares em explorar os terrenos remanescentes

para a construção de casas, tendo em vista “o aumento da cidade para aquelle e outros lugares” (Fundo Governo da Província - Série Saúde Hospital e Quinta dos Lázaros- maço 5371). Em muitas solicitações para o uso do terreno da Quinta em benefício de abertura de estradas, era mencionado o não acarretamento de prejuízo aos lázaros.

Também são executadas obras de construção e conserto nos seus arredores. Em fala dirigida à Assembléia Legislativa, em 1853, o Presidente da Província, cita as estradas que dos diversos pontos da cidade se dirigiam a Quinta, “de forma que se prestem ao trânsito de carros” (Falla do Presidente da Província – 1853). Naquele momento estava quase pronta a estrada que seguia do portão do hospital para a Cruz do Cosme, com extensão, segundo a fala do presidente, de 180 braços e 50 palmos de largura,

[...] facilitando as comunicações com a soledade, lapinha e outros lugares da freguesia de Santo Antônio além do Carmo [...] Logo que se finde essa obra será começada a da estrada em direção ao Barbalho, abandonando-se o caminho velho para tirar-se uma recta [...]. (Falla do Presidente da Província – 1853)

A expansão da cidade em direção à Quinta dos Lázaros, o que a princípio poderia ser um elemento positivo, teve um efeito danoso ao destino do próprio hospital, pois, aos poucos, este processo, ia contribuindo para que a instituição fosse perdendo o que se considerava a sua *maior qualidade*: a distância para o núcleo urbano.

Partindo de toda essa contextualização, incluindo as teorias do contágio e infeccionista, o importante a se constatar é como o HSCL contribuiu para a ordenação do espaço social e físico de Salvador: primeiramente, tem-se o isolando dentro de seus limites, daqueles que não estavam adequados ao convívio da sociedade mais ampla, e em segundo lugar, a inserção do hospital no contexto urbano, colocava em xeque a *desordem urbana* e a busca por um funcionamento disciplinar da cidade através da setorização desses

estabelecimentos em locais determinados, questão essa que se mostrava de grande interesse naquele período.

4.4. A estrutura arquitetônica x a instituição hospitalar

Apesar do edifício onde funcionou o Hospital São Cristóvão dos Lázaros não ter sido construído com o objetivo de desempenhar uma função hospitalar, foi adaptado para desempenhá-la e, como tal será analisado neste trabalho. Cabe ressaltar que o uso original do prédio, a casa de repouso dos jesuítas, com funções semelhantes a de um convento, facilitou a adequação para o novo uso hospitalar (leprosário), pois, possuíam características comuns, conforme demonstrados no capítulo II.

A planta arquitetônica, disponível para o exame, é resultado de um levantamento da edificação da época em que foi inaugurado o hospital, feito pelo IPAC a partir de informações referentes à mesma naquele período. (FIGURA 33)

A história da morfologia arquitetônica, da instituição hospitalar, demonstra o desenvolvimento no período renascentista da planta cruciforme (FIGURA 34). Constituía, esse modelo, em dois grupos de salas de internação em forma de cruz, separados por um grande pátio em forma retangular onde se encontrava a igreja ao centro. Cada sala de internação, juntamente com construções perimetrais, formavam pátios internos providos de galerias que facilitavam a circulação. A simetria do conjunto é um elemento bastante ressaltado pela forma arquitetônica. Geralmente, no plano de distribuição espacial dessa tipologia arquitetônica, as áreas de serviço para lavagens de roupas ficavam sob os alojamentos e o os locais de banho ficavam no subsolo.

As construções renascentistas são mais complexas utilizando duas formas básicas: o elemento cruciforme e o pátio interno ou claustro rodeado por galerias e corredores. (MIQUELIN, 1992, p.40)

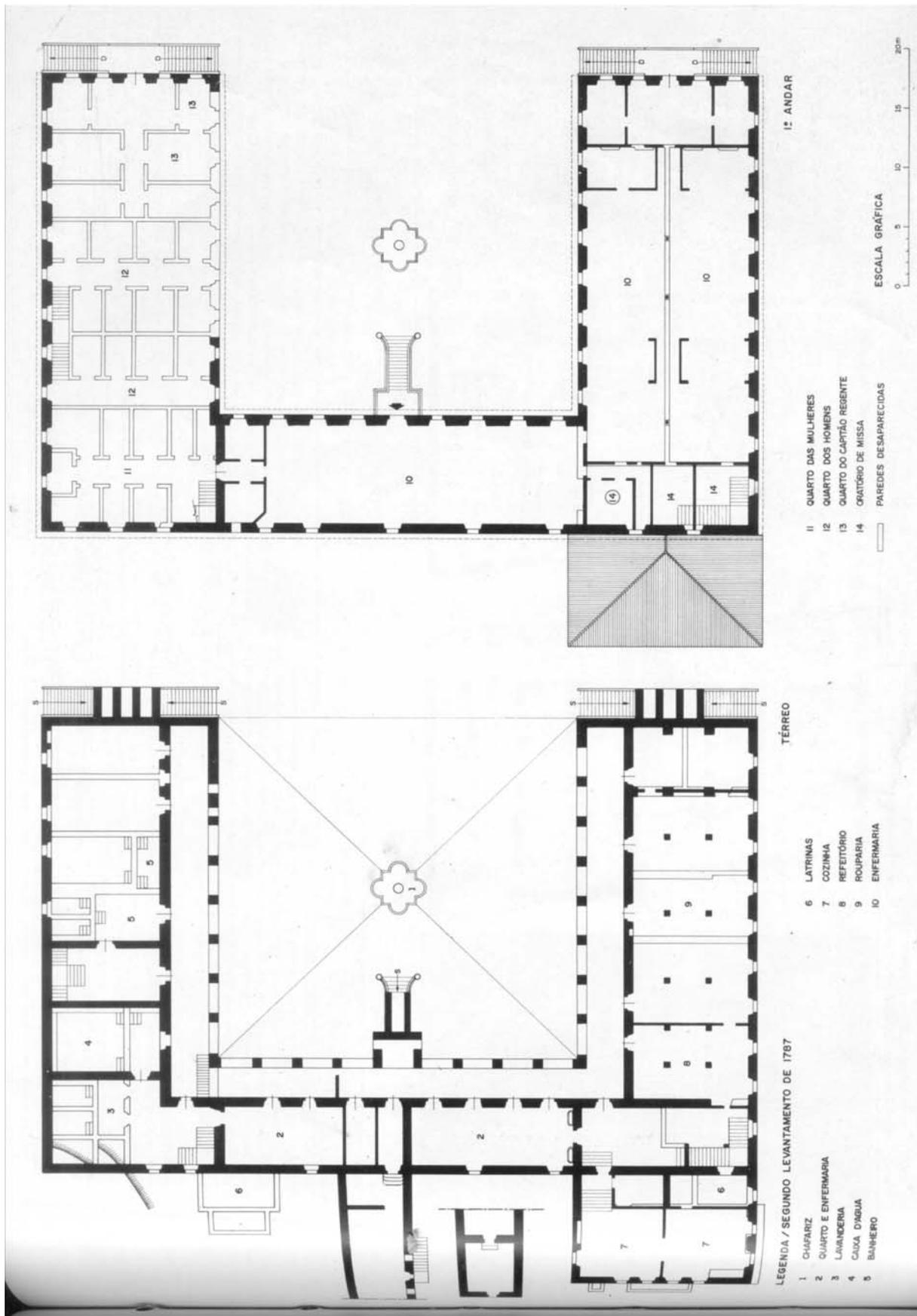


FIGURA 33 – PLANTA ARQUITETÔNICA DO HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO DOS LAZAROS

FONTE: IPAC (1975)

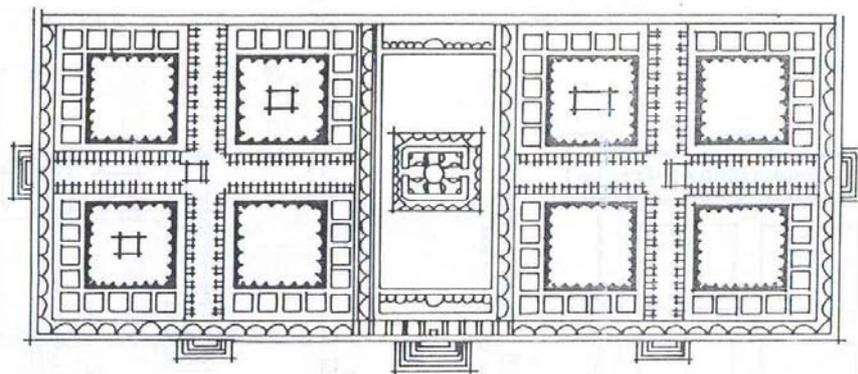


FIGURA 34 – OSPEDALE MAGGIORE DE MILÃO (1456)

FONTE: MIQUELIN, 1992, p. 41

Um ponto a ser observado nesse momento é a semelhança desse modelo com a arquitetura panóptica. O foco central de observação representado pela igreja, nessa configuração arquitetônica, denota o caráter religioso predominante da instituição e como esta se configurava como elemento dominador nessa estrutura. A igreja observava a todos e a ela todos se reportavam, conduzindo-os para o que considerava um bom comportamento e fazendo dos atos religiosos instrumentos nos processos relacionados às doenças.

Como uma derivação ou variação dessa planta em cruz, a planta quadrada (FIGURA 35) também vai se constituir em um padrão do Renascimento. Dispostos quatro pavilhões em forma de quadrado formando um pátio central, essa tipologia tem a desvantagem de criar uma área perimetral muito grande, dificultando, assim, a circulação de pessoal. Em alguns casos essa forma se modificou, chegando a se suprimir um dos lados, tomando a planta a forma de “U” (FIGURA 36) (MIQUELIN, 1992, p.41), em outros, os vértices do quadrado não se uniam, garantindo ventilação em todos os lados do pavilhão.

Observa-se, pois, uma semelhança entre a planta do Hospital São Cristóvão e a tipologia em vigor no período renascentista para a instituição hospitalar, tendo como principais características a forma em “U” e o pátio central. Embora o contexto do final do século XVIII, quando o hospital São Cristóvão foi inaugurado, já começasse a se delinear o sistema pavilhonar, não cabe falar em anacronismo, pois, efetivamente, somente no início do século XIX essa

nova proposta foi implementada, estando ainda em vigor a chamada *forma renascentista*.

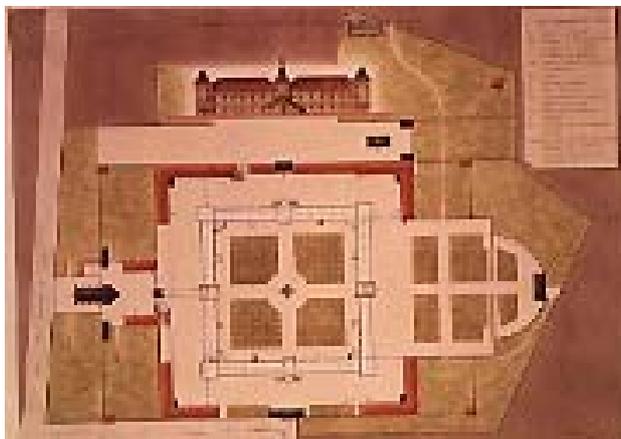


FIGURA 35 - PLAN DE L'HÔPITAL SAINT LOUIS - PARIS

FONTE: L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS.

Disponível em: <<http://www.aphp.fr/site/histoire/architecture.htm>>.

Acesso em: 14 de maio de 2005.

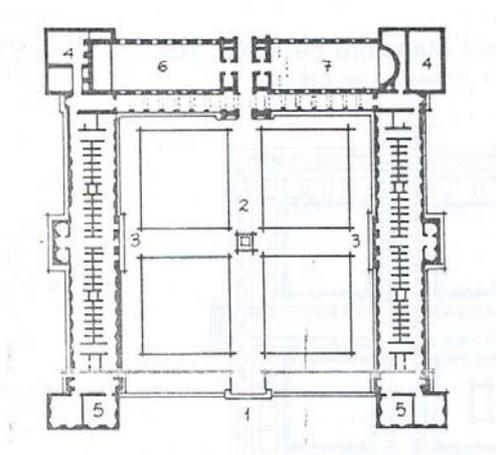


FIGURA 36 – CHELSEAN ROYAL HOSPITAL (1682)

FONTE: MIQUELIN, 1992, p. 42

Adaptada, então, a antiga casa de repouso dos jesuítas, para funcionar o Hospital São Cristóvão dos Lázaros, analisar-se-á a planta arquitetônica e o seu desempenho para a função hospitalar, considerando-se o pensamento vigente para tais instituições no período de funcionamento da instituição.

Sabe-se que no final do século XVIII, mesmo período de inauguração do HSCL, a instituição hospitalar dava início à organização que a consolidaria como instituição médica. Dentro desta nova forma, a estrutura física foi algo determinante, pois se considerava que a arquitetura poderia interferir nos processos de cura. A estrutura pavilhonar foi a forma arquitetônica recomendada e aceita para a nova estruturação física hospitalar. Esse modelo se fazia adequado principalmente por que, naquele momento, os hospitais concentravam de uma maneira *confusa e misturada* todos os tipos de doenças, assim, o partido pavilhonar facilitaria a separação física dos enfermos por tipo de enfermidade. Era, claramente, um meio da arquitetura interferir no processo de cura dos doentes.

Com relação ao HSCL, há de se considerar dois fatos que, de certo modo, o colocam a margem desse processo. Primeiramente não se pode considerar, para esse hospital, a possibilidade da mistura de enfermidades, pois, desde a sua origem, foi um hospital especializado em uma determinada doença. Esse fato pode justificar a inexistência de uma demanda arquitetônica com tais objetivos. De qualquer maneira, sua planta mostra uma separação entre os sexos feminino e masculino (FIGURA 33), o que também é confirmado pelos vários relatos sobre as obras na instituição; fato que, em algum momento do início do século XX parece ter sido desconsiderado, tendo em vista o conselho do Dr. Durval Moreira da Silva Lima com relação às intervenções a serem feitas no estabelecimento: “[...] que o governo reconstrua a ala esquerda, remodelle a direita e a parte central do Hospital das Quintas de modo a permitir uma separação entre os leprosos de sexos diferentes em alas diferentes” (LIMA, 1926, p. 13). Em segundo lugar, o processo de cura *facilitado* pela arquitetura, como se defendia na época da reestruturação espacial da instituição hospitalar, no final do século XVIII, também não cabia para o HSCL, pois essa (a cura) era um fato que não se considerava no caso dos leprosos, ou seja, não cabe nesta instituição buscar referências físicas associadas ao processo de cura da doença. É evidente que em todas as considerações feitas pelo médico Tenon, na sua obra *Memoires sur les hôpitaux de Paris*, tinha-se em mente a construção de uma nova edificação, o que também deve ser considerado nesta análise do HSCL, pois não se tratou de uma construção nova, mas, sim, de

uma adaptação, sendo relevante, então, considerar todas as limitações inerentes ao fato. Referindo-se a forma arquitetônica do HSCL, o Dr. Thomé Affonso P. de Moura faz elogios, afirmando ser este, entre os hospitais da cidade, o que tem a melhor e mais elegante forma (MOURA, 1852, p.6). Acrescentando ainda sobre a relação entre a organização da instituição hospitalar, no século XVIII, e os leprosários, afirma Ornellas (1997) que:

Quando, a partir do século XVIII, a medicina veio a ser incorporada ao hospital, assumindo o seu controle, passou-se a acreditar que esse pudesse exercer uma ação terapêutica eficaz. [...]. As instituições asilares se destacam, então, como instrumentos diferenciadas, ficando, no entanto o hospício e o leprosário em suspenso, como situações ambíguas: no primeiro caso, a indeterminada condição de doente do louco e, no segundo, a segregação vitalícia que o estigma consubstanciava. (ORNELLAS, 1997, p. 46)

No século XIX, os médicos baianos, que tinham sobre a cidade um olhar crítico sobre as fontes promotoras de doenças, também se voltaram para o interior da instituição hospitalar pretendendo minimizar os efeitos maléficos sobre os seus pacientes. Desta forma, prescreveram algumas recomendações para estes estabelecimentos, entre os quais, vai-se aqui comparar com as instalações do HSCL:

Enfermarias:

Não deverão ser muito grandes, nem muito pequenas, e sim de mediano tamanho; o seu comprimento deve estar em relação com a largura e altura; ellas deverão ser todas rodeadas de janellas; cada andar de pavilhão deverá conter somente uma à duas salas; tendo duas, comunicar-se-hão por meio de uma só porta: os cantos das salas serão arredondados, porque a ventilação torna-se livre, entretanto que sendo rectos, o máo ar he nesses pontos mais ou menos demorado.

(MOURA, 1852, p.6)

O HSCL, de acordo com a Figura 33 parecia não atender essas recomendações, pois tinha enfermarias muito grandes. Em relação a

ventilação, era garantida pelo grande número de janelas, proporcionando, inclusive, ventilação cruzada no ambiente. Com referência aos cantos, vê-se claramente não serem arredondados, o que atualmente se sabe não ser uma condição que possa interferir no processo de cura do doente.

Com relação aos revestimentos, pouco se pode afirmar sobre os materiais empregados. Nas paredes possivelmente haviam azulejos, tendo em vista alusão de Lima (1926) ao se referir ao estado de ruína em que se encontrava o hospital. Na opinião médica, esse revestimento facilitava o asseio e higiene. O piso, muitas vezes referido nos relatos em que se tratava das obras do hospital, era em assoalho de madeira e, devido a sua má conservação, chegou a grande estado de degradação. Sobre o que pensavam os médicos sobre os revestimentos a serem empregados no piso, Moura (1852), dá uma idéia:

Alguns práticos preferem o solo de ladrilho, uns o de ladrilho no centro, soalhado em sua circunferência; outros o completamente soalhado; e dizem os primeiros, que o solo soalhado tem o inconveniente de se impregnar de líquidos que nelle se derramão, e de miasmas; mas esse inconveniente desaparecerá, se o soalho for construído de madeira pouco porosa e encerado, pois assim será preferível ao do ladrilho, porque não he tão frio, como este último. (MOURA, 1852, p. 7)

Nas descrições sobre o teto, se encontrou muitas referências ao seu vigamento em madeira, mas não se pode precisar se existia forro ou era telha aparente. Sobre o melhor revestimento para os tetos, prescreviam os médicos:

Sendo os hospitaes de telha – vã (como os dessa cidade), apresentão grande inconvenientes, [...] por mais bem unidas que sejam as telha, darão passagem a chuviscos [...] por tanto convém muito, que os hospitaes sejam forrados, e que seja preferível o estuque à madeira, porque he propriedade inherente do pao se impregnar de miasmas [...]. (MOURA, 1852, p. 7)

As portas e janelas do edifício são em madeira. As plantas mostram que os acessos às enfermarias eram independentes. Cada uma tinha o seu acesso

próprio, o que não parece ser algo estranho para o tipo de estabelecimento, reforçando, possivelmente, um caráter privativo dos doentes naqueles espaços. As janelas, bastante numerosas, garantiam ventilação e iluminação aos aposentos do hospital. Com relação às janelas, observavam os médicos que:

Ellas devem ser espaçosas e elevadas seis a sete palmos do solo, chegar dous a três abaixo do tecto, e ter de comprimento dez palmos, e pouco menos de largura, seu número deve estar em relação com o tamanho da sala. Devem ser construídas de madeira, de modo que possam abrir e fechar livremente, e além disso ter vidraças divididas em duas partes, uma superior, e outra inferior, esta deve ser fixa, e aquela de tal maneira arranjada, que se possa abaixar, e levantar segundo a necessidade [...]. (MOURA, 1852, p. 7)

Os banheiros estavam localizados sob as enfermarias. Esse poderia ser um elemento problemático, pois a umidade concentrada no local acabaria por danificar o madeiramento que o recobria, o que, por sua vez, era o assoalho das enfermarias. Os ambientes com maior concentração de água — banheiros e lavanderia — estavam localizados contíguos a caixa d'água. A planta traz uma representação de escadaria, sugerindo um desnível, o que se cogita ser para um melhor escoamento das águas.

As latrinas possivelmente pareciam ser em número reduzido para a quantidade de doentes do hospital, mesmo considerando que, ao longo do tempo, o número de enfermos seria cada vez menor. A localização não era adequada, devido à proximidade com a cozinha. A planta não permite avaliar se haviam latrinas separadas para os dois sexos, mas, pela indicação de dois espaços destinados a essa função, era uma possibilidade que poderia ter acontecido. De qualquer forma, estavam muito longe de atender as prescrições para uma boa higiene dos doentes, que recomendavam que cada enfermaria deveria ter uma latrina.

Cada enfermaria deve ter uma latrina, a qual será edificada na parte externa da parede, comunicando por meio de uma ou duas portas com a enfermaria, e ocupando o lugar mais retirado, ao abrigo dos ventos capazes de trazerem o máo cheiro: ella deve ser igualmente

afastada dos leitos [...] o seu pavimento será em ladrilho, excedendo um palmo de altura ao da enfermaria, porque assim não dará lugar, a que os gazes dos materiaes estercoreaes se introdução na sala pela parte inferior das portas, as quaes devem chegar até o pavimento das enfermarias [...]. (MOURA, 1852, p.10)

A cozinha era um ambiente que deveria estar localizado fora do corpo do hospital, ainda que houvesse uma comunicação física eficaz entre os mesmos. A cozinha do HSCL parecia atender a essa especificação de uma forma não muito eficiente, estava localizada em uma espécie de anexo, no sub-solo da edificação, próxima ao refeitório.

Ella deverá ser construída na parte mais inferior do hospital, próxima as enfermarias, e de modo que a fumaça não penetre nellas, bem como no mais do edificio. [...] A cozinha do hospital militar está edificada no centro das enfermarias, próximo a latrina [...]. (MOURA, 1852, p. 11)

O HSCL aparentemente respondia a todos os espaços necessários para uma instituição de abrigo, porém carecia de ambientes específicos para suas atividades médicas. Sendo a lepra uma doença que em determinado estágio, implicava na amputação dos membros periféricos do corpo (mãos e pés), a planta arquitetônica, não indica um espaço específico para tais procedimentos cirúrgicos, entretanto sabe-se que aconteciam, conforme relatório apresentado em algumas mensagens dos governadores do Estado. Por exemplo, no ano de 1925:

Pequenas intervenções cirúrgicas:
 Foram feitas durante o anno de 1925, as seguintes:

Abertura de Absessos:	4
Amputação de dedos:	2
Paracentese:	1
Total:	7

(Mensagem do Governador do Estado – 1925)

Analisando, pois, a estrutura arquitetônica do HSCL a partir de uma conjuntura histórica da instituição hospitalar, percebe-se uma total compatibilidade entre ambas, ainda que a edificação do Hospital dos Lázaros não tenha sido originada dessa função.

4.5. Entre os muros da exclusão

4.5.1. A função de segregar

O Hospital São Cristóvão dos Lázaros (HSCL), desde a sua concepção, já tinha como premissa, para a atenção à lepra, o isolamento dos doentes como forma de proteger a população indene. Destarte, não se prestava especificamente à terapêutica da doença, mas, sobretudo, à segregação dos seus portadores, funcionando como uma barreira que deveria impedir a disseminação dessa enfermidade, refletindo, deste modo, a atitude social vigente naquele período em relação à doença. Assim sendo, a prática de reclusão da instituição, encerrando dentro dos seus limites os doentes, inseriu o HSCL num processo que conduziu os seus pacientes a uma total exclusão da vida social e urbana.

A função segregadora a que se pode circunscrever esta instituição, vai se dar a partir da crença em dois fatores, a saber: primeiramente, na eficácia do isolamento enquanto neutralizador do perigo da contaminação. Naquele momento, o leproso era considerado uma ameaça, pois era portador de um *mal contagioso* e somente afastando-o das pessoas sãs se poderia barrar o alastramento da doença.

O problema então é a “comunicação das gentes”, o contato entre as pessoas. [...] É esse caráter contagioso que faz do leproso uma ameaça, um portador de doença e morte. O leproso configura para a comunidade um futuro de morte e destruição. (MACHADO et al., 1978, p. 76).

Um segundo fator era o caráter incurável da doença, no qual se acreditava na época. Esse fato fazia associar ao doente a imagem da morte premente, o que, de certa forma, desvalorizava a sua vida, que já estava condenada, pouco importando aonde viesse a viver ou morrer. Esses fatores vão, então, nortear os princípios aos quais estariam sujeitos o HSCL.

Com o objetivo de recolher os leprosos, e já imbuído da idéia de um hospital de lázaros, a primeira atitude tomada pelo Governador da Capitania, D. Rodrigo José de Menezes, foi “[...] fazer uma diligente e cuidadosa colecção de todos os quanto se achavam pelas ruas assim doentes” (LRROG-HSCL, 1787-1842) e enviá-los para a fortaleza do Barbalho, naquele período “[...] bastante retirada da cidade” (LRROG-HSCL, 1787-1842). A partir daí, começou-se a busca por um local apropriado para o futuro leprosário de Salvador:

Tomando os pareceres da municipalidade e de sábios doutores da medicina, o governador aprovou o local escolhido por estes, que era a Quinta, que se dizia dos ex-jesuítas, distante da cidade cerca de meia légua [...] (NASCIMENTO, 1980, P.15).

Inicialmente, é a questão locacional que dá o caráter segregador da instituição. A distância do núcleo urbano foi um dos fatores considerados para a escolha do local onde seria construído o hospital. Segundo o próprio Governador: “[...] não tendo achado outro sítio mais acomodado e retirado que o da Fazenda denominada a Quinta dos Padres [...]” (LRROG - HSCL, 1787-1842). Esse distanciamento era, portanto, o primeiro elemento concreto que caracterizava a exclusão urbana dos doentes, e que assegurava à instituição a sua mais importante função social, a segregação dos doentes.

A questão da localização afastada dos leprosários foi tão relevante na história social da instituição, que enquanto o crescimento da cidade não chegou aos seus arredores, a função de segregar os leprosos esteve assegurada. Contudo, não se podendo barrar o desenvolvimento urbano, esta distância foi ficando cada vez menor, chegando ao ponto de não mais existir. Esse fato, entre outros, motivou duras críticas à instituição com relação ao desempenho de

seus objetivos. No início do século XX, já incluída no contexto urbano, assim se referiam ao hospital:

Pela sua localização dentro do perímetro urbano, pela divisão de suas dependências, pelo regimen nosocomial adoptado, não satisfaz absolutamente o Hospital dos Lázaros as condições técnicas exigidas para o estabelecimento dessa natureza. (Mensagem do Governador do Estado – 1925)

Em 1936, próximo de deixar definitivamente de existir, enquanto hospital, essa questão ainda não tinha se resolvido e a instituição já havia perdido totalmente a sua função maior, devido a sua total inserção na cidade:

Como frisa muito bem o Inspetor Técnico do único hospital de leprosos do Estado, não se pode admitir, a luz dos modernos preceitos da ciência sanitária, a presença de um estabelecimento nosocomial dessa natureza, encravado no seio da cidade, cercado de habitações, sem as necessárias condições de proteção a população indene e do imprescindível conforto para os míseros sofredores do mal de Hansen. Indispensável se torna removê-lo do perímetro urbano [...].(Mensagem do Governador do Estado – 1936)

Esses relatos comprovam o quanto a separação com a cidade era essencial no caso deste estabelecimento, sendo inclusive um dos grandes instrumentos na profilaxia da doença, vigente nos 160 anos de atuação do hospital. Tão importante que foi um dos fatos que *confirmaram* a inutilidade da instituição enquanto cumpridora de sua função social.

Apesar de ser um fator de relevância, o distanciamento da cidade não era suficiente para garantir a proteção da cidade, pois, detentores de sua liberdade, os doentes poderiam continuar disseminando a doença. A imposição de um regime fechado ao hospital, com a proibição expressa da saída dos enfermos, era uma condição que garantiria a contenção do mal representado pela lepra, transformando-o, desta forma, em cárcere. O impedimento explícito à saída era, portanto, um outro elemento que fortalecia a função de exclusão do leproso do contexto urbano. Essa medida era tão importante que estava

estabelecida de forma categórica no regimento da instituição: “Os doentes não sairão do hospital para vir à cidade, ou outra qualquer parte ainda que seja para cobrar dívida ou ajustar contas [...]” (ANEXO 1). Essa regra *contra* os leprosos e a *favor* da cidade era universalmente proposta para os leprosários. Machado et al. (1978) cita os estatutos que regulavam o funcionamento do lazareto no Rio de Janeiro, onde esta condição era expressa no seu capítulo 13: “Em nenhum caso se permitirá aos enfermos fazerem passeios fora do recinto do hospital e de sua cerca [...]” (MACHADO et al., 1978, p. 137).

O regime carcerário em que viviam os doentes do HSCL, também é comprovado pelos vários pedidos ao administrador da Quinta dos Lázaros, que por sua vez os repassava ao Presidente da Província, para que pudessem sair da instituição. Alguns pacientes alegavam seu pedido ao fato de terem se apresentado voluntariamente ao hospital, desta forma não levantando suspeitas sobre uma provável fuga, outros, ao fato de não serem portadores da doença:

Ilmo. e Exmo. Sr. diz D. Joaquina Rosa Gomes d’Araújo [...] a suplicante sair do dito hospital por não padecer daquela moléstia, e não poder fazer sem despacho de V. Excia. Que determine ao capitão inspetor do mesmo hospital para que deixe ir gozar de sua liberdade, portanto. (LRROG-HSCL 1787-1842, p. 77)

Outros fatos relacionados a esse regime de fechamento são os registros de fuga de enfermos, onde explicitamente se ordena que sejam novamente recolhido ao hospital. Após entrarem na instituição, a expectativa de saírem era muito pequena, segundo a fala do Presidente da Província no ano de 1854, para a grande maioria, somente a morte os tiraria daquele lugar:

[...] entre os doentes falecidos durante o anno, constata-se um que existia no Hospital à 47 anos, outro a 32, vivendo alli ainda Francisco Borges com 62 anos de hospital, tendo entrado com 34 annos de idade (Falla do Presidente da Província – 1854).

O fechamento compulsório dos leprosos, definido, sobretudo, pelos seus limites físicos, com a intenção de isolar esses doentes, onde naquele momento se constituíam como uma ameaça à sociedade, delimita de uma forma clara e precisa o espaço da reclusão. A relação hospital e prisão, historicamente está associada a representação da instituição hospitalar, quando esta transcendeu a noção de abrigo e assumiu a função repressiva, sendo o caso mais elucidativo, o Hospital Geral da França, criado no século XVII, onde um universo de sociais foi deliberadamente ali encerrados.

Um outro fato que confirma a função de segregar exercido por esse estabelecimento, é a sua identificação enquanto uma Instituição Total, conceituada por Goffman, (2003). Além de constar em uma das classificações adotadas por esse autor (leprosários), pode-se enumerar outras situações características desse tipo de instituição. O sistema de privilégios, por exemplo, pode ser referenciado no caso de uma doente que solicitara ao administrador “[...] seja sustentada uma escrava que possui alegando que essa escrava [...] própria lhe serve com mais caridade e respeito” (Fundo: Governo da Província-Maço 5371). Esse pedido foi acatado pelo fato da doente, além de ser portadora da lepra, ser ao mesmo tempo cega. Havia casos, também, da concessão de construção de casas separadas, quando o enfermo pudesse construí-las com os recursos próprios; deixava-se claro que após o seu falecimento, o imóvel seria de propriedade do hospital.

Para que o Hospital dos Lázaros atendesse de uma forma mais satisfatória e aprazível aos internos, os médicos aconselhavam algumas intervenções de forma a se tornar essa instituição *mais atrativa*. Aconselhava o Dr. Durval Moreira da Silva Lima, que deveria haver no hospital salas para diversão, com aparelhos de rádio, piano, vitrola, jogos, uma biblioteca. Apesar da reclusão, achava esse médico que deveria ter o leprosário aparelhos telefônicos para que pudessem se comunicar com familiares e amigos. Que houvesse áreas ajardinadas e arborizadas, para que os doentes pudessem passear “[...] variando o cenário comum do edifício em que vivem” (LIMA, 1926, p.19).

Que os doentes, embora lhe seja absolutamente vedado sahir, ou alimentar quaisquer relações com o exterior, possam receber em determinados dias e sob fiscalização as visitas dos seus parentes. Essas medidas, que lembram as postas em prática nas colônias, tornarão o hospital menos insípido [...] (LIMA, 1926, p. 19)

Essas medidas, ao que parece, não foram concretizadas, (não se encontrou registro dessa ordem), entretanto, é representativo por mostrar um dos mecanismos das Instituições Totais em proporcionar um certo nível de reintegração do interno ao mundo extra-muros, o qual ele não tem acesso.

Louvado na sua inauguração como uma obra de tanta caridade e interesse da população, o HSCL pouco a pouco foi incorporando alguns símbolos que o associava a um espaço inimigo. Primeiramente, o doente leproso o temia pelo isolamento e exclusão que representava para sua vida, por outro lado, a população sã via a edificação como uma concentração de contágio da lepra. Além dessas representações, o lugar da doença e do cárcere, o Hospital dos Lázaros representou também o lugar da punição. Essa representação fica evidente a partir de alguns casos envolvendo o referido hospital, cuja internação era referendada como um castigo. Um exemplo bastante ilustrativo é o caso em que fôra mandado ao Hospital dos Lázaros o preso de Estado Miguel Joaquim Cesar “[...] para o ter com toda segurança nesse Hospital dos Lázaros em uma prisão separada e bem segura” (LRROG – HSCL 1787-1842). Nascimento (1980), faz referência ao pouco tempo da estadia do preso no hospital, precisamente de 05 de fevereiro a 16 de março de 1819, o que levanta a possibilidade daquele ato ter sido resultado de um castigo atribuído ao preso e não da suspeita da doença. Um outro caso, bastante elucidativo, é narrado por uma mulher que dizia “[...] por denúncia de pessoas suas inimigas foi recolhida ao hospital dos lázaros, uma filha de nome Josefa Victorina de Santa Ana [...]” (LRROG-HSCL 1787-1842, p. 75).

O caráter segregacionista do HSCL, não se fazia somente na relação com o mundo externo. Internamente existiam situações que configuravam uma segregação entre doentes. A depender da condição social, o enfermo poderia

ter algumas prerrogativas concedidas por parte da administração. Um exemplo claro está na fala do Presidente da Província, quando se refere às obras de melhoramento do hospital, no ano de 1853. Deveria-se prever nessa reforma do edifício, adequações no antigo local onde residia o administrador para receber os doentes de melhor condição social, sendo inclusive uma forma de incentivá-los a virem se recolher no hospital:

Até o presente acham-se os enfermos collocados em commum em um salão sem distincção, o que não pode deixar de offerecer obstáculo a entrada de muitos individuos [...] he digna de reparo a communhão em que vivem os enfermos, sem distincção de pretos e brancos, de escravos e livres, convindo que em sentido opposto sejam preparados as enfermarias” (Falla do Presidente da Província – 1853).

Essa questão da separação dos doentes por classe social, também era recomendada pela classe médica:

Que nas dependências destinadas a cada sexo haja enfermarias, onde sejam dispostos os doentes de accordo com as suas condições sociais, uma de menor dimensão para os leprosos quando attingidos de moléstias intercurrentes e aposentos para pensionistas, destinados aos que não quizerem sujeitar a promiscuidade com outros e que disponham de meios que lhes permittam satisfazer as contribuições impostas pelo Governo [...] (LIMA, 1926, p. 13).

Essas vantagens, como já foi explicitada, tinha o objetivo de *incentivar* os doentes mais abastados a virem se tratar no hospital, fazendo com que a instituição pudesse cumprir com o fim para que fôra criada. Em fala de abertura na Assembléia Legislativa, o Presidente da Província, reforçando também a função de reclusão da instituição para esses doentes de melhor condição social, afirma que:

O fim do hospital dos Lázaros não é somente recolher aquelles que, por abandonados de todo o recurso, procuram este estabelecimento, he também o de obrigar a força a se recolherem a elles muitas

peessoas, que muito embora tenham meios de se tratar, tem a imprudência de se misturarem na sociedade, e mesmo de communicarem o mal pelas práticas sensuaes, a que a moléstia os convida com violência. (Falla do Presidente da Província – 1845)

Nesse momento o Presidente também criticou uma Postura da Câmara que autorizava a se curarem em casa aqueles enfermos que se julgassem com meios suficientes para tal procedimento, o que na opinião do mesmo, tornava o hospital inútil, pois “[...] nem mesmo os mendigos deixarão de provar que tem meios de se curarem fora do hospital”, e ainda “[...] parece-me que este objeto pertence mais a polícia do que as Câmaras, e que sobre tudo devem evitar-se essas decisões em opposição directa ao senso commum [...]” (Falla do Presidente da Província – 1845).

Desta forma, a partir desses relatos, fica evidente a função segregacionista que desempenhou o HSCL, evidenciada, sobretudo, pela escolha de sua localização e pelo regime de cárcere em que mantinha seus pacientes. Delimitada fisicamente pelo seu espaço, essa instituição se converteu em um verdadeiro monumento arquitetônico de exclusão, incorporando imagens associadas a um espaço que abrigava o perigo.

4.5.2. A arquitetura que exclui

Complementando as premissas que conformam a noção de exclusão para o HSCL, pretende-se analisar sua tipologia arquitetônica (FIGURA 37/38) partindo das interpretações dos espaços interiores de Instituições Totais (GOFFMAN, 2003) com fins semelhantes aos seus, tais como prisões e conventos.

Observa-se, a partir da análise da organização espacial desses estabelecimentos, uma certa conformidade, que a princípio parece estar diretamente relacionada com as premissas que regem a concepção arquitetônica dessas edificações. Alguns elementos se mostram

representativos nesse processo e sabe-se estarem vinculados com a função a qual desempenha a edificação.



FIGURA 37 – PLANTA DO HOSPITAL SÃO CRISTOVÃO DOS LÁZAROS – PAVIMENTO TÉRREO
 ESPECIALIZAÇÃO ESPACIAL
 ELABORAÇÃO: MARCIA PINHEIRO

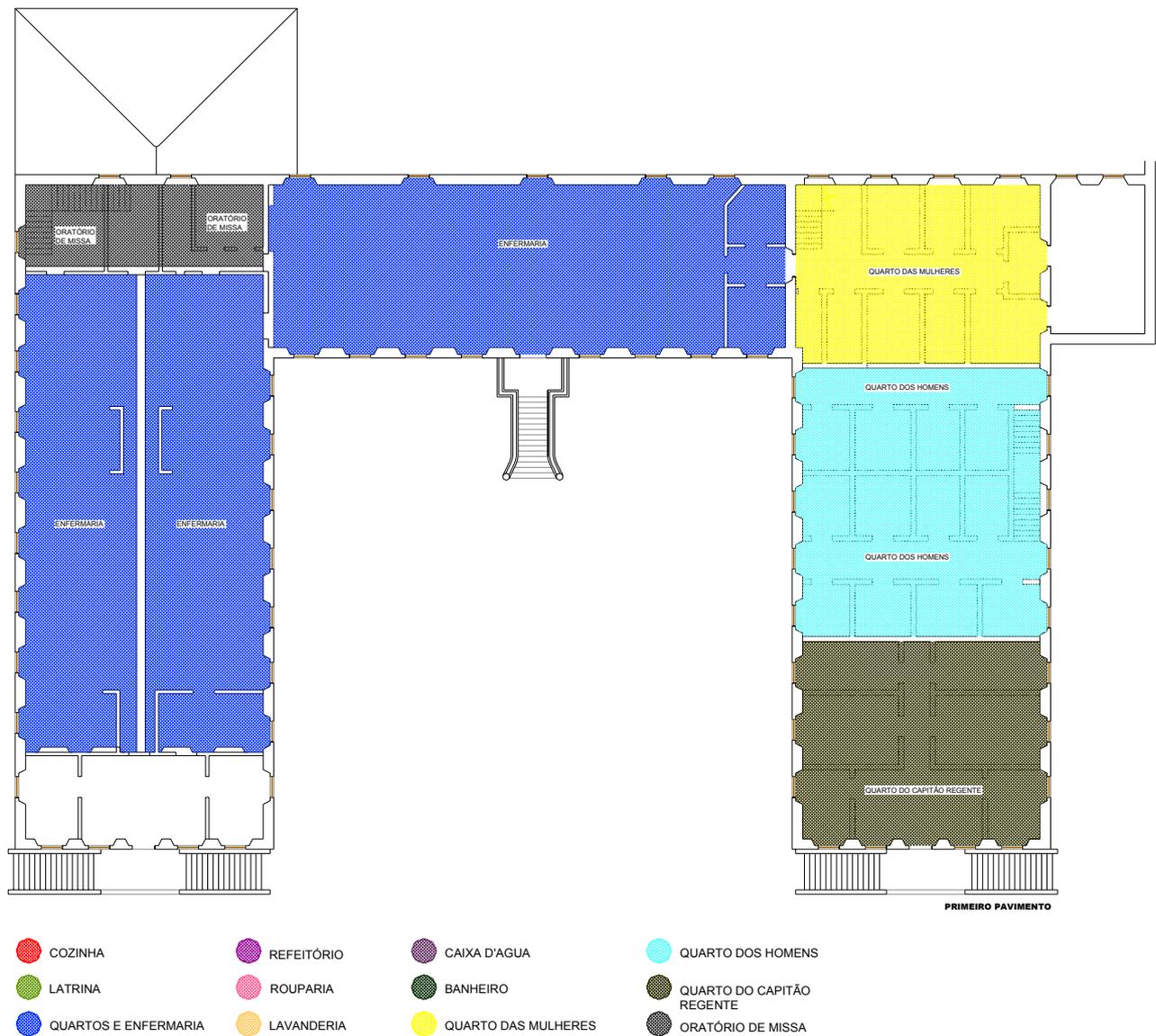


FIGURA 38 – PLANTA DO HOSPITAL SÃO CRISTOVÃO DOS LÁZAROS – PRIMEIRO PAVIMENTO
 ESPECIALIZAÇÃO ESPACIAL
 ELABORAÇÃO: MARCIA PINHEIRO

Partindo-se pois, desse contexto identifica-se na organização espacial do HSCCL os componentes que contribuíram na percepção de seu espaço físico enquanto um elemento de exclusão.

Pode-se afirmar que a idéia de reclusão foi determinante na concepção espacial de adaptação da estrutura pré-existente da antiga casa dos jesuítas,

bem como a noção de ruptura entre os habitantes da cidade e os doentes ali encerrados, visto ser a questão da localização e o regime de cárcere tão marcantes nessa instituição.

Essas questões, que diziam respeito à segregação dos doentes, se manifestaram na edificação através dos seguintes elementos: reforçando ainda mais a idéia de isolamento, além da localização afastada do perímetro central da cidade, tinha-se o afastamento do edifício em relação às divisas do terreno (FIGURA 28). Esses dois *distanciamentos* acabaram por se tornarem aspectos complementares de uma mesma imagem, ou seja, aquela que comunicou à sociedade o quanto essa deveria se manter longe daquele edifício que encerrava o perigo. Os muros altos que contornavam toda a sua área, marcaram a geometria que estabeleceu as noções de espaço interno e externo, sendo a transposição entre esses dois meios controlados por um único acesso, fato esse que mostrava a clara intencionalidade de se dificultar a relação entre os mesmos.

Esses elementos (afastamento da edificação, os muros, o acesso único) contribuíram para a percepção de uma estrutura austera e impermeável que por sua vez transmitia a sensação de segurança dos que estavam extra-muros:

O muro alto, [...] não mais aquele que manifesta, por seu prestígio, o poder e a riqueza, mas o muro cuidadosamente trancado, intransponível num sentido e no outro [...]. (FOUCAULT, 1987b, p.96)

O espaço do Hospital dos Lázaros, definido inicialmente dessa forma, rompe, através de seus elementos arquitetônicos, qualquer possibilidade de interação entre os grupos populacionais. Esse rompimento se dá através de um plano material, que por sua vez se rebate de maneira determinante no plano psicológico e social.

Esses elementos arquitetônicos são, portanto, os que inicialmente manifestam que tipo de vínculo existia entre o HSCL e a cidade, ou seja, tanto a sua

posição urbana quanto o seu fechamento espacial o leva a ser percebido como um espaço separado. É pois, através dos limites físicos que se dá nessa edificação a relação binomial do espaço arquitetônico interior x exterior, de uma maneira rígida e bem definida, não deixando suscitar qualquer dúvida do que deve estar dentro ou fora do hospital.

Contudo, mais do que definir essa relação entre interior e exterior, os limites físicos do HSCL, vão ter um papel importante na conformação de um espaço interno que vai muito além da imagem de um *espaço separado*, chegando a moldar o que aqui se entende como um *espaço que separa*.

Esses elementos físicos permitem a construção de uma edificação fechada e isolada que, por sua vez, vai instaurar internamente os procedimentos relacionados a disciplinarização dos que ali estão submetidos. O HSCL através de seus regulamentos e práticas institucionais exerceu sobre os doentes de lepra uma rotina disciplinarizadora, buscando além do domínio sobre essas pessoas, estabelecer uma prática que conduziria a construção de um espaço analítico.

Do ponto de vista arquitetônico, percebe-se também o processo de disciplinarização do espaço interior do HSCL. Observa-se, por exemplo, o que Foucault, denomina de a *arte das distribuições* a partir das pequenas *celas* existentes nos quartos dos pacientes (FIGURA 38). Esse elemento permite, portanto, que exista um nexos entre esse pequeno espaço e o paciente que o ocupa, tornando possível estabelecer as presenças e ausências de uma forma mais imediata: “Cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar um indivíduo” (FOUCAULT, 1987b, p.123). Ainda nas enfermarias, essa distribuição é firmada com base no leito, também ali se instaura um processo de controle sobre o paciente e de tudo que acontece com ele no interior da instituição, bem como do desenvolvimento da doença. As celas, ou mesmo os espaços dos leitos desse hospital são, portanto, as menores unidades espaciais.

Além da finalidade de identificar o paciente através da sua posição no espaço, são nesses pequenos locais onde acontece a maximização do isolamento do

doente, ou seja, são neles onde o enfermo se defronta consigo mesmo e exercita de forma mais plena a sensação de *estar só*. Uma solidão para o corpo e para a alma, no caso específico do leproso, é a oportunidade de se deparar com a severidade de Deus e dos homens.

A organização celular, observada nos quartos (FIGURA38), representa, ainda, a decomposição da coletividade, destinando espaços individuais aos doentes, de modo que pudessem está inseridos em um sistema de classificação. Interessante observar nessa instituição, três níveis classificatórios de doentes, primeiramente tem-se aqueles onde se destinavam os quartos com espaços individuais, um outro era representado pelas enfermarias, espaços mais coletivizados e por último tinha-se aqueles doentes que possuíam suas próprias casas dentro da instituição, totalmente segregados dessa classe que habitava e estava distribuída dentro do hospital.

A organização espacial, cujo nível mais elementar se dá na célula, identificada no HSCL pelas *celas* dos quartos (FIGURA 38), se amplia e dá forma a um espaço hierarquizado e codificado. Um ambiente caracterizado por um cotidiano de submissão, um espaço cujas regras é ditada também pelo espaço.

O Hospital São Cristóvão, sendo uma Instituição Total, estava preparado para responder as demandas provocadas por esse tipo de estabelecimento. Funcionava como espaço de moradia, de tratamento da lepra, de lazer e quiçá de trabalho. Sendo assim, todo o espaço interior atendia a essa realidade e delimitava fisicamente todas as esferas da vida dos enfermos.

Os espaços internos foram concebidos a partir de uma única função: dormir, comer, orar, circular e em nenhum momento se permitia a ambigüidade de usos, nem novas formas de apropriação do espaço, ou seja aqui não se viola qualquer possibilidade de uso que não seja aquele pré-definido pela instituição. A determinação pré-estabelecida para os uso desses locais, acaba por se constituir em um instrumento nas relações de poder existentes no estabelecimento e na redução do interno a um único papel social, o que contribui para uma certa despersonalização dos que estão ali submetidos, pois

em nenhum momento se permitia uma autonomia que viesse a entrar em conflito com os objetivos institucionais.

A vivência dos espaços dentro do HSCL estava submetida a uma seqüência de atividades, definida exclusivamente pela função espacial, e pelos horários pré-determinados para seu uso. Esses lugares determinados têm como objetivo criar espaços úteis, satisfazendo, assim, ao processo disciplinador da instituição. Essa forma de interpretar o espaço está, também, muito vinculada a uma arquitetura utilitarista, a qual deve responder ao objetivo da edificação.

Dentro dessa organização espacial existem os lugares de permanência prolongada e eventual, bem como os espaços que permitem a intercambialidade entre os mesmos, estabelecendo uma relação de operacionalidade, que se dá através de distâncias desejáveis ou não. No caso do HSCL, a ligação entre os diversos espaços pode se dar pelas circulações ou mesmo entre si (FIGURA 37/38). A operacionalidade entre atividades pode ser observada com a setorização por pavimento. Observa-se, por exemplo, que aquelas mais coletivas se dão no pavimento térreo, enquanto as de cunho mais individualizado, de um modo geral, estão no pavimento superior. Nota-se que existe também uma proximidade de espaços cujas funções podem ser consideradas afins, tais como cozinha e refeitório, lavanderia e caixa d'água, quartos e enfermarias.

O Hospital dos Lázaros, representado pelo seu *arranjo arquitetônico* estabeleceu, assim, códigos que comunicava ao interno o que era permitido fazer dentro da instituição, sendo tais códigos, estabelecidos pelas localizações funcionais: o lugar de comer, de dormir, de passear, transformou o HSCL em um espaço rígido e dominador. As regras de ocupação espacial se definiam simplesmente pela função destinada a cada local, não cabendo qualquer indecisão sobre como proceder em cada espaço do hospital.

O exercício da disciplina, além de se utilizar das premissas anteriores, localizações funcionais e distribuição espacial, vai se valer do que se considera o seu maior dispositivo: a vigilância. O HSCL, enquanto um *observatório* de

doentes, estabeleceu mecanismos, inclusive facilitados pela sua organização espacial, que compôs o seu sistema de controle.

A vigilância, como dispositivo fundamental na organização desse espaço, vai além do controle de fugas, estava estabelecida também através de pontos de observação ao longo do edifício. No HSCL, inicialmente, observa-se o posicionamento do apartamento do administrador proporcionando um ângulo de visibilidade privilegiado das áreas de acesso e do pátio central, oferecendo a este funcionário um maior controle sobre a movimentação nesses locais.

O controle também acontecia por meio da sobreposição de fluxos e pode ser notado por algumas circulações no interior da edificação, a exemplo da circulação interna através das enfermarias, fazendo com que uma rede de olhares fosse estabelecida pela simples passagem pelo ambiente.

Dentro do HSCL, a decomposição do sistema de vigilância através da estrutura arquitetônica se dava pela previsão de espaços comuns e individualizados, o que vai estar intrinsecamente ligado com a concepção da disciplinarização do espaço. Os espaços coletivos, tais como o pátio e os locais de refeição e de oração, permitiam uma certa socialização, contudo, eram espaços passíveis de uma vigilância em grupo. A forma pavilhonar em “U”, moldando o pátio interno, destinava-se ao convívio e ao banho de sol, ou passeios e, tinha um regime de dias alternados para homens e mulheres, o que facilitava o sistema de controle pela sub-divisão em grupos.

O sistema panóptico, embora não esteja arquitetonicamente transplantado no edifício do Hospital São Cristóvão, fica estabelecido através de todas as nuances do sistema de vigilância. As instâncias de controle, por exemplo, aquelas que controlavam os espaços internos e, conseqüentemente, os próprios doentes, estavam decompostas. Primeiramente no enfermeiro que, em alguns casos era escolhido entre os doentes de melhor estado. Logo depois se tinha o médico, o qual se reportava ao administrador, que, por sua vez, comunicava todos os acontecimentos do hospital ao dirigente da Bahia. Por fim, finalizando a *cadeia de olhares*, encontrava-se a própria sociedade, que

denunciava, entre seus pares, aqueles que se suspeitavam terem contraído a lepra.

Desta forma, o sistema panóptico era garantido pelo funcionamento do HSCL e facilitado por sua estrutura arquitetônica. A respeito da identificação do Hospital dos Lázaros em uma instituição de caráter médico, pode-se afirmar que o sistema panóptico em muito contribuiu para esse fato, pois foi dentro desse esquema e desse diagrama disciplinar que se possibilitou uma observação sistemática sobre os doentes e suas reações aos diversos tratamentos aplicados, permitindo um conhecimento mais eficaz sobre a doença.

Do ponto de vista espacial intra-muros dessa instituição total, ainda pode-se estabelecer alguns espaços onde supostamente poderiam ser considerados livres, tais como os definidos por Goffman (2003). Além dos espaços determinados pelos postos de trabalho, transformando-se em espaços livres para os que ali desenvolviam atividades laborais, tinha-se dentro dos limites do HSCL, áreas de cultivo de plantações e pequenos pastos que facilmente serviriam para desempenhar os chamados ajustamentos secundários, ou as atividades não permitidas pela administração, bem como simplesmente proporcionar ao interno um certo distanciamento momentâneo da realidade que o cercava.

Todas as premissas que elucidam as características de uma arquitetura excludente, representadas pelo HSCL, se valem de estratégias da organização espacial, priorizando os esquemas lógicos de compartimentação, visibilidade e setorização funcional. Essa manifestação arquitetônica faz com que o interno tome consciência do espaço que o domina e o submete a uma realidade que o separa do mundo externo, definindo o isolamento ao qual deveriam está sujeitos os leprosos.

CONCLUSÃO

(...) A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância do grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem traçar à sua volta um círculo sagrado. (FOUCAULT, 2003, p.6)

A exclusão urbana sempre foi utilizada como uma forma de discriminação de indivíduos que, por várias questões, sejam econômicas, sociais, de caráter religioso, moral, cultural ou até mesmo de saúde, se configuram como indesejáveis. Muitos, considerados como uma ameaça social, se transformaram em grupos marginalizados, como os presidiários, os doentes mentais, os miseráveis e as vítimas de doenças contagiosas. Associados a essas categorias estão os chamados *territórios de excluídos*, ou seja, a espacialização resultante dos processos que conferiram a esses grupos um caráter marginal. Um exemplo desses territórios urbanos são os guetos e as favelas; por outro lado, a dimensão arquitetônica pode ser representada pelo edifício penitenciário, pelo leprosário ou, ainda, pelo hospital psiquiátrico.

Ao longo da história encontram-se muitos exemplos desses contingentes de excluídos, sendo possivelmente um dos mais antigos os leprosos, vítimas de sua condição de saúde, agravada pelas conseqüências da enfermidade na sua aparência física. Os sentimentos de medo, aversão e repulsa, existentes desde a antiguidade, criaram as condições geradoras do estigma que se incorporou ao doente e conduziu muitas das práticas associadas à doença, como, por exemplo, a sua expulsão dos limites urbanos. Os leprosos compuseram, desta forma, um dos primeiros grupos sociais estigmatizados e rejeitados pela sociedade.

A partir da idade média, deu-se início à segregação desses doentes em locais específicos, denominados leprosários, constituindo-se em um dos primeiros exemplos da institucionalização da prática social da exclusão. Primeiramente o afastamento do leproso estava associado à vinculação que dele se fazia com o pecado; era uma forma da sociedade cristã afastar de si um símbolo vivo de uma alma corroída pelo erro. Nesse momento, a proscricção do doente se fazia através de um ritual litúrgico, sem nenhuma identificação do leproso enquanto um ser vitimado por problemas de saúde. Posteriormente, quando se reconheceu a sua condição de enfermo, o leproso é então assistido pela caridade cristã; período em que as instituições destinadas ao seu recolhimento conhecem uma grande expansão.

Esse modelo de segregação, estabelecido pela lepra, que tinha por finalidade separar o doente do convívio com os indivíduos sãos, vai influenciar muitas práticas relacionadas ao controle de elementos vistos como *perigosos*, entre elas o monitoramento das doenças contagiosas. Um outro aspecto, também referenciado a essa prática excludente, iniciada com o leprosário e que diz respeito ao hospital, é a função social que esta instituição desempenhou por volta do século XVII, quando a assistência prestada aos doentes e miseráveis, de cunho predominantemente religioso, é secularizada. Esse momento marca um novo interesse sobre a assistência aos necessitados, caracterizado, sobretudo, pela intenção de eliminar o que se considerava como fonte de desordem urbana, representada, naquele período, pela miséria social. A elite política acrescenta a essa nova forma de assistência um outro elemento: a repressão e o controle de um grupo de pessoas entendido como potencialmente perigoso à vida das cidades: mendigos, doentes contagiosos, loucos, delinqüentes etc. Desta forma, a exemplo dos leprosários, a instituição hospitalar se converteu, nesse momento, em uma das principais formas institucionalizadas para o exercício de controle da vida urbana.

Essa nova postura em relação aos necessitados e doentes, permitiu que determinados mecanismos de exclusão fossem adotados em nome dos interesses coletivos, com o intuito de transformar a cidade em um local mais aprazível. Assim, criaram-se espaços de exclusão, uma espécie de zona

limitada para conter todas as formas de perigo social, a exemplo do Hospital Geral da França, no século XVII, de forma que a ordem pública fosse mantida. Práticas institucionais como a disciplina e a vigilância, também foram utilizadas com o objetivo de organizar e adequar esses indivíduos ao sistema social hegemônico. Essas foram formas comumente encontradas para a defesa das iminentes ameaças sociais, a exemplo do tratamento dispensado aos leprosos — medida que claramente revelava a intolerância com que a classe dominante dedicava às manifestações mais aparentes da miséria e das enfermidades.

A prática institucional da segregação de indivíduos, seja pela ameaça de contaminação de doenças, seja pelo seu comportamento criminoso, sempre atendeu a uma demanda da própria sociedade, e é por ela instituída e executada. Para dar suporte a esse modelo, o sistema social também instituiu discursos que justificavam tais práticas. O modelo de exclusão dos doentes, por exemplo, através da sua retenção em instituições hospitalares, foi em determinado momento respaldado por um discurso médico que, baseado em teorias que versavam sobre o contágio de doenças, definia como profilaxia o afastamento dos seus aparentes focos. Além disso, o afastamento de elementos urbanos que representavam uma fonte de disseminação de doenças, como os matadouros, hospitais e cemitérios, também foi defendida, reforçando essa prática de exclusão institucional.

O Hospital São Cristóvão dos Lázarus foi a primeira instituição hospitalar de Salvador a se configurar como um modelo de exclusão social. Foi fundado para recolher os portadores de lepra que se encontravam abandonados pelas ruas da cidade, representando um pretenso perigo para a população. Naquele momento, a lepra era uma doença contagiosa devido à falta de tratamento e as péssimas condições de higiene em que viviam as vítimas abandonadas pela cidade. Além disso, não se conhecia uma terapêutica para o mal e a cura era algo que não se pensava. Sendo assim, a única ação em relação à doença era sua profilaxia, aplicada através do afastamento do doente do convívio social e o mantendo recluso no leprosário. O HSCL, desde a sua inauguração, portanto, tinha como premissa à exclusão dos doentes do meio social e seu confinamento na instituição.

Elaborado e organizado para acolher os leprosos de Salvador, esse estabelecimento os manteve segregados durante todos os 160 anos de sua existência enquanto instituição hospitalar, acolhendo-os sob a égide da caridade cristã e tratando-os sob a responsabilidade da medicina, embora ainda sem uma terapêutica eficaz.

A análise dessa instituição através de sua trajetória histórica, bem como o apoio das teorias vigentes na época permitiram caracterizar esse hospital como um instrumento institucional de exclusão social, tendo essa função sido reforçada pela sua estrutura arquitetônica.

Alguns elementos se destacam como instrumentos fortalecedores desse modelo de exclusão representado pelo hospital. **A questão locacional** da instituição, por exemplo, foi um dos grandes definidores de sua função social. Atendendo aos pressupostos da época no que diz respeito a forma como se lidava com a lepra, o HSCL foi fundado em um sítio distante do perímetro urbano. Esse fato tinha como finalidade dificultar a relação entre os doentes e os habitantes sãos, pois a ameaça do contágio requeria que fosse necessário afastar o leproso e sua doença. Uma outra razão era impedir que o próprio hospital, naquele momento considerado como foco de concentração miasmática, pudesse contaminar a cidade. Percebe-se claramente a relevância dessa questão quando a instituição, já circunscrita ao perímetro urbano, é severamente criticada quanto ao desempenho de suas funções que, segundo as opiniões médicas, não satisfazia mais as condições técnicas para um estabelecimento daquela natureza. O distanciamento da cidade foi, portanto, a primeira variável a conferir a essa instituição um caráter segregador.

O regime de cárcere é um outro elemento que evidencia a exclusão dos doentes. Essa medida regulava o funcionamento das instituições destinadas ao asilamento de leprosos, estando, portanto, o HSCL em total coerência com as práticas vigentes na sua época. A reclusão dos doentes tinha como finalidade um maior controle sobre a doença, reforçando ainda mais a dificuldade de sua disseminação através da restrição de mobilidade do doente, fortalecendo a proteção dos indivíduos indenes.

A própria arquitetura, como uma auxiliadora desse regime carcerário, proporcionando os dispositivos para uma observação sistemática dos internos, contribuiu para um melhor desempenho dessa função social do HSCL. Estando em consonância com outras tipologias arquitetônicas com a finalidade de reclusão de seus usuários, a edificação onde funcionou o HSCL, desde os limites físicos delimitados pelos seus muros e portões, já determinava a geometria da exclusão. Observa-se, a partir de suas características arquitetônicas, alguns elementos que funcionavam como dispositivos de vigilância sobre os internos, tais como a localização estratégica da administração e a especialização e separação de espaços por função, permitindo um maior domínio sobre as atividades e sobre os doentes que as executavam. Essa arquitetura, que buscava restringir acessos, orientar o movimento dos internos dentro da edificação, prover os espaços destinados às atividades básicas da vida, organizar por características — como os estágios da doença ou por sexo — se constitui uma estrutura de controle sistemático, que agia diretamente sobre os internos.

Por último há de se falar sobre **o valor simbólico da instituição**. A percepção que as pessoas tinham daquele lugar o associava a todo o imaginário no qual a lepra estava envolvida, transformando-o, assim, em um lugar temido, uma fonte de perigo. Alguns fatos na sua história comprovam o uso do hospital como um local apropriado para penitências, sendo enviados para lá pessoas que deveriam ser por algum motivo castigadas.

Na tentativa de responder a pergunta que balizou este trabalho, tem-se que as peculiaridades do que aqui se denominou de arquitetura de exclusão se faz a partir de vários componentes, identificados nesse estudo de caso do HSCL.

Primeiramente a relação entre edificação e cidade, que pode se dar pelo simples afastamento do núcleo urbano ou pela construção de severos muros, ou ambos, o importante é romper qualquer forma de interação entre o universo externo e interno.

A concepção espacial está intimamente ligada aos objetivos institucionais e atendem aos seus dispositivos disciplinares. Assim, premissas como proximidades e distâncias, que estabelecem vínculos desejáveis ou não entre atividades desenvolvidas nos espaços; posicionamentos estratégicos de lugares que devem ter maior ou menor visibilidade; fragmentação espacial que proporcione a relação espaço x função, de uma maneira definida e estática; possibilitam, ou até mesmo induzem a utilização espacial de acordo com o que pretende a edificação, enquanto sua função social.

Esses espaços, com todas as características já abordadas, vão gerar através da percepção espacial, a noção de lugar, que por sua vez, vai ser construída, a partir da idéia de *espaço vivido*. A percepção espacial vai ser, então, a resultante de todo esse processo desencadeado pelos elementos arquitetônicos na elaboração de uma arquitetura de exclusão.

A utilização dos espaços (estabelecida pela prática institucional), de forma rígida e formal, por parte de seus usuários, sem qualquer possibilidade de uma apropriação informal e aleatória, ou liberdade de uso, faz com que a edificação seja percebida como um lugar onde se subtrai a condição de indivíduo livre. Essa condição é fortalecida, ainda mais, pela obrigatoriedade de se permanecer dentro dos limites da instituição.

A arquitetura de exclusão, no sentido do espaço físico, possui, então, características peculiares, contudo, não podem ser dissociadas do processo que relaciona os objetivos institucionais, as organizações do ambiente construído e que, por fim vão resultar na percepção espacial do usuário. De uma forma ainda mais detalhada, tem-se que a função da edificação determina uma concepção arquitetônica a qual resulta numa organização espacial capaz de atender aos objetivos institucionais e que por fim, juntamente com as práticas internas desenvolvidas, moldam a percepção espacial da edificação criando a imagem do edifício de exclusão.

Assim, a estrutura física de uma edificação não pode ser vista de forma isolada, a ela vincula-se toda uma série de elementos que a definem, e que sem os mesmos tornar-se-ia incompreensível.

A partir desse entendimento, pode-se ainda afirmar que, essa mesma estrutura física, revelada enquanto propriedade de uma arquitetura de exclusão pode, a partir da mudança dos elementos que a geraram (função social da instituição), ser facilmente transformada em uma arquitetura de liberdade, ou seja, se as práticas institucionais, por exemplo, permitissem aos internos o poder de decidir, segundo os seus próprios desejos, a melhor forma de utilizarem os espaços, a percepção sobre esse ambiente construído seria alterada e ao mesmo seria incorporada uma imagem de *arquitetura de liberdade*. Essa afirmação que a princípio pode se considerar um paradoxo, não é uma subversão de tudo que foi dito, é a simples constatação que o elemento que mais caracteriza um modelo de arquitetura é a apropriação do seu espaço interno, ou seja, o que garante o exercício da exclusão ou mesmo da liberdade é, sobretudo, uma prática de utilização espacial pelo usuário.

REFERÊNCIAS

ACADÉMIE DE CRÉTEIL. Educacion nationale enseignement superieur recherche. Disponível em: <http://www.ac-creteil.fr/smS/idf/visites/ap-hp_1ere.htm>. Acesso em 25 de maio de 2005.

ALBUQUERQUE, J. A . Guilhon. **Instituição e poder**: a análise concreta das relações de poder nas instituições. 2º edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

ALMEIDA, Maria do Carmo Baltazar Esnaty. “ **E a Bahia Civiliza-se...**”: o saber urbanístico & o saber médico em Salvador na Primeira República (1890-1930). In: Seminário de História da Cidade e do Urbanismo, 6., 1998, Natal. **Anais...** Natal: UFRN, 1998.

AMARAL, Polycarpo Antonio Araponga do. **Estado atual dos principais hospitais desta cidade**. These apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typographia de Camillo de Lellis Masson, 1853.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital**: instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras, 1991. 168p.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA. Fala dos Presidentes da Província, 1840-1889.

_____. Mensagens dos Governadores do Estado, 1889-1950.

ATHAYDE, Joildo Lopes. **Salvador e a Grande Epidemia de 1855**. Salvador: UFBA - Centro de Estudos Baianos, 1985. 41 p.

ARAUJO, Heraclides César de Souza. **Sinótese da História da Lepra no Brasil (1600-1954)**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Núcleo de Informação em História das Ciências Biomédicas e da Saúde, Série Produção Intelectual – Trabalhos Próprios, 1952.

_____. A lepra no passado: como viviam os leprosos na Europa. Porque a lepra desapareceu desse continente. Explicação plausível. **Revista Terapêutica**: Rio de Janeiro, XXIII (5) 45, 1943.

BACHELARD, Gaston. **A poética do espaço**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BENELLI, Silvio José. Dispositivos disciplinares produtores de subjetividade na instituição total. **Psicologia em estudo** V. 8, nº 2, p. 99-114, Maringá, Jul-Dez,

2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000200011. Acesso em: 10 de maio de 2005.

BENTHAM, Jeremy. O panóptico ou a casa de inspeção. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org). **O panóptico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

BORSA, S Michel. C-R . **La vie quotidienne des hôpitaux em France au XIX siecle**. Paris: Hachette, 1985. 246 p

BOURDIEU, Pierre. Efeitos de Lugar. In: Bourdieu, Pierre et al. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1997.

BRESCIANE, Maria Stella. Permanência e ruptura no estudo das Cidades. In: **História e Cidade**: modernização das cidades brasileiras nos séculos XIX e XX. Salvador: UFBA / Faculdade de Arquitetura / Mestrado em Arquitetura e Urbanismo, 1992.

_____. **Londres e Paris no século XIX**: o espetáculo da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1982.

CASTELS, Robert. **As armadilhas da exclusão**. Desigualdade e a questão social. São Paulo: EDUC, 1997.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**: Cortiços e epidemias na corte Imperial. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1996.

CHOURAQUI, A. **Os homens da Bíblia**. São Paulo: Cia das Letras, 1978.

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

COSTA, Fernando. **Se é contagiosa a morphéa**. These de Graduação apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Imprensa Moderna de Prudêncio de Carvalho, 1906.

COSTA, Iraneidson Santos. **A Bahia já deu régua e compasso**: o negro e o saber médico na Bahia – 1890/1940. 1997. Dissertação (Mestrado em História) – UFBA, Salvador, 1997.

COSTA, Paulo Segundo. **Hospital de Caridade São Cristóvão/ Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia**: 450 anos de funcionamento 1559-1999. Salvador: Contexto e Arte Editorial, 2000.

_____. **Ações sociais da Santa Casa de Misericórdia**. Salvador: Contexto e Arte Editorial, 2001.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Pública, 1985. 121 p.

COTTINI, Aristides. **El hospital em la historia**. Argentina: Editora IDEARIUM, Universidade Mendoza, 1980

CUNHA, Ana Zoe Schilling. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (2), 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10243.pdf>> Acesso em: 22 de Fevereiro de 2005.

CURI, Luciano Marcos. **Defender os sãos e consolar os lázaros**: lepra e isolamento no Brasil 1935/1976. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

DAVID, Onildo Reis. **O inimigo invisível**: epidemia na Bahia no século XIX. Salvador: EDUFBA / Sarah Letras, 1996. 156 p.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese** [tradução Gilson César Cardoso de Souza]. São Paulo: Perspectiva, 1991. 170 p.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1988.

FERRARI, Augusto José. **Sobre a missão que presentemente cabe aos médicos na província da Bahia**. These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typographia de Carlos Poggetti, 1853.

FERRAZ, Fernando Gigante. **Poder médico**: da urbe à família. A emergência de um saber sobre a cidade. Dissertação de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo – UFBA: 1994.

FERRAZ, Regina Coeli Franco. **A medicalização dos hospitais no século XVIII**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 1993.

FILHO, Antônio Lopes. **Transformando a lepra em hanseníase**: a árdua tentativa para a eliminação de um estigma. Monografia – Gestão de Iniciativas Sociais. Rio de Janeiro : UFRJ – COPPE , 2002. Disponível em <http://www.morhan.org.br7hansen_mono_antonio.pdf>. Acesso em 05 de junho de 2005.

FONTOURA, Arselle de Andrade da. Desvendando uma história de exclusão: a experiência o Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapuã. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**. [on line]. 2003, vol 10 supl 1, p 397-414.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=s0104597020030004000018&lng=pt&nrm=ISO>>. ISSN 0104-5970. Acesso em: 22 de fevereiro de 2005

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 7^a ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

_____. **O nascimento da Clínica**. 3^o edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987 a.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 26^o edição. Petrópolis: Vozes, 1987 b.

_____. **Microfísica do Poder**. 18^o edição. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREITAS, Manoel José de. **Breves considerações acerca da polícia médica da cidade da Bahia**. These apresentada e publicamente sustentada perante à Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia, Typographia de Carlos Poggetti, 1852.

GAMA, Christovão Colombo da. **Hygiene da Tuberculose na Bahia**. These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, cadeira de Hygiene. Bahia: Imprensa Moderna de Prudêncio de Carvalho, 1904.

GAZETA MEDICA DA BAHIA 1866 – 1872. Bahia: Typographia de João Gonçalves Tourinho. n^o 01 – 120

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?**. [on line]. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. Disponível em <<http://www.portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=theschap&id=00001003&lng=pt&nrm=isso>>. Acesso em 24/06/2005.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da Identidade deteriorada**. 4^o edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2000.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 7^o Edição. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GRAÇA, Luiz. **Textos sobre a saúde e trabalho**. [on line]. 2000. Disponível em: <<http://www.ensp.l.pt/luizgraça/textos77.html>> . Acesso em: 18 de abril de 2005.

GUIMARÃES, Orlando Edwal de Souza. **Hygiene dos Hospitaes**. These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, cadeira de Hygiene. Bahia: Imprensa Carvalho, 1923.

GUIMARAES, Maria Helena Pires. A higiene na sociedade brasileira da segunda metade do século XIX. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V.18, n.1/4, p-9-26, jan-dez-1991.

HALL, Peter. **A cidade da noite apavorante**. In: Cidades do Amanhã. São Paulo: Perspectiva, 1995.

HUNTER SMITH III, Thomas. Um monumento a Lazaro: o hospital de lepra do Rio de Janeiro. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**. [on line]. 2003, vol 10 supl 1, p 143-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s010459702003000400007&lng=pt&nrm=ISO>. ISSN 0104-5970. Acesso em: 22 de fevereiro de 2005.

INTERNATIONAL LEPROSY ASSOCIATION. **Global project on the history of leprosy**. Disponível em:< <http://www.leprosyhistory.org>. >. Acesso em: 12 de novembro de 2004.

IPAC – BA. **Inventário de Proteção ao Acervo Cultural da Bahia**. Salvador: Secretaria da Industria, Comercio e Turismo, 1975.

JENSEN, Jan Olav. BILDSEN, Per Christian. Lepers Hospital. Disponível em: <http://www.jsa.no/prosjekt/lasur/e-lasur-text.htm>. Acesso em: 15 de Abril de 2005.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS. Apresenta informações sobre a assistência médica pública da cidade de Paris. Disponível em: <<http://www.aphp.fc/site/histoire/architecture.htm>>. Acesso em: 14 de maio de 2005.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 249p.

LE PARIS PITTORESQUE. **Guide du Paris: d'hier & aujourd'hui**. Disponível em: <<http://www.paris-pittoresque.com/monuments/17b.htm>>. Acesso em 14 de maio de 2005.

LEITE, Serafim S. I. **História da Companhia de Jesus no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Livro, 1945.

LIMA, Durval Moreira da Silva. **Da Lepra na Bahia (Notas e Fatos)**. These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1926.

LIMA, Hisbello de Andrade. **Ligeiras considerações sobre a lepra**. These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, cadeira de Clínica Dermatológica. Bahia: Oficinas do Diário da Bahia, 1910.

LIMA, Suzann Flávia Cordeiro de. Arquitetura penitenciária: a evolução do espaço inimigo. In: **Revista eletrônica de arquitetura Vitruvius** [on line]. Abril de 2005. Disponível em <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arqoo/esp299.asp>. Acesso em 15 de maio de 2005.

LISBOA, Terezinha Covas. **Breve História dos Hospitais**. Notícias Hospitalares [on line] 2002. Numero 37. Ano 4. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm>>. Acesso em 27 de maio de 2003.

LOPES, Appio José. **Estudo clinico da morphéa**. These apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia a fim de obter o gráo de doutor em medicina. Bahia: Typographia dos Dois Mundos, 1886.

LUZ, Madel Therezinha. **O Corpo da Cidade**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1992. 12 p.

LYRIO, Olympio Correia. **Breves considerações sobra a análise bacteriológica do ar e sua importância na produção das moléstias infecciosas**. These apresentada à Faculdade de Medicina e Pharmácia do Estado da Bahia. Bahia: Imprensa Popular, 1894.

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

MANCUSO, Maria Inês Rauter. O estigma da lepra: a experiência da exclusão. **Teoria e Pesquisa**; 16-17: 34-44, jan-jun, 1996

MAROCCI, Gina Veiga Pinheiro. **Salvador século XVIII**. A emergência de novos padrões urbanísticos. UFBA / Faculdade de Arquitetura / MAU, 1996.

MARQUES, Arthur Nunes. **Da prophylaxia da lepra**. These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, cadeira de Hygiene. Bahia: Typographia Social S. Jeronymo, 1924.

MATTOSO, Kátia M. de Queiroz. **Bahia século XIX: uma província no império**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992. 747 p.

MELO, José de Carvalho. O Hospital Geral de Salvador através dos tempos. **Anais do I Congresso Brasileiro de História da Medicina Militar**. Rio de Janeiro: Departamento de Documentação e História da Medicina Militar da ABMM, 1972.

MENDES, Flávio de Souza. **Estudo clínico da morphéa**. These de Graduação apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typographia dos Dois Mundos, 1887.

MENEZES JUNIOR, João José de Souza. **Influência dos miasmas palustres sobre a saúde do homem**. These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typographia de J. C. Tourinho, 1873.

MILLER, Jacques-Alain. A máquina panóptica de Jeremy Bentham. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org). **O panóptico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos Edifícios Hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992. 241 p.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **Da polícia médica a cidade higiênica**. Disponível em: <http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saúde/policia.htm>. Acesso em: 23 de abril de 2004.

MONTEIRO, Yara Nogueira. Profilaxia e exclusão: o isolamento compulsório dos hansenianos em São Paulo. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**. [on line]. 2003, vol 10 supl 1 , p 95-121. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s010459702003000400005&lng=pt&nrm=IS>.ISSN 0104 5970. Acesso em: 22 de fevereiro de 2005.

_____. **Doença e pecado no imaginário cristão**: Um estudo sobre a lepra na Idade Média. Espaço Metodista [on line][2004?]. Disponível em: http://www.educacional.com.br/metodista/met_ed_bd.asp?codtexto=334. Acesso em: 10 de março de 2005.

MOURA, Thomé Affonso Paraíso de. **Algumas considerações acerca dos hospitais**. These apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typographia de Carlos Poggetti, 1852.

MUCHAIL, S. Tannus. O lugar das instituições na sociedade disciplinar. In: RIBEIRO, Renato Janine (Org) **Recordar Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

NASCIMENTO, Anna Amélia Vieira. **Quinta do Tanque**: um monumento a serviço da cultura. Publicações do Arquivo Público do Estado da Bahia. Salvador, 1980.

NASCIMENTO, Ana Margarida Barreira. **Segregação Urbana e Equipamentos de Saúde na cidade de Salvador**: Estudo comparativo entre as avenidas Manoel Dias da Silva e Afrânio Peixoto. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Dissertação de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo, 2003.

NUNES, Everaldo Duarte (Org.). **Medicina Social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. 205 p. (Série: Textos)

OBREGON, Diana. **Debates sobre la lepra**: medicos y pacientes interpretan lo universal y lo local. Culturas científicas y saberes locales: asimilacion, hibridacion, resistencia. Santafé de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, jul 2000. p 258-82.

OLIVEIRA, Apygio Jose de. **Contribuições para o estudo da etiologia da lepra**. These de Graduação apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Imprensa Moderna de Prudêncio de Carvalho, 1900.

OLIVEIRA, Diocleciano Alves de. **Da responsabilidade médica e do exercício da medicina em geral e especialmente no Brasil**. These apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia, cadeira de Medicina Legal. Bahia: Imprensa Moderna de Prudêncio de Carvalho, 1904.

OLIVEIRA, Iranilson Buriti. Fora da Higiene não há salvação: a disciplinarização do corpo pelo discurso médico no Brasil Republicano. MNEME – **Revista de Humanidades**. UFRN-CERES. Disponível em <http://www.seol.com.br/mneme/033-p.htm>. Acesso em 10/03/04.

OLIVEIRA, Luciano. Os excluídos existem? Notas sobre a elaboração de um novo conceito. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. nº 33, p: 49-61, Fevereiro de 1997.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. **O paciente excluído**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1997.

PANDYA, Shubhada S. Primeira Conferencia Internacional sobre Lepra, Berlin, 1897: a política segregacionista. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**. [on line]. 2003, vol 10 supl 1 , p 161-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s010459702003000400008&Ing=pt&nrm=ISO> ISSN 0104-5970. Acesso em: 22 de fevereiro de 2005.

PASSOS, João Epaminondas de Melo. **Da lepra e sua etiologia**. These de Graduação apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typographia dos Dois Mundos, 1889.

PEREIRA, Antonio. **A analítica do poder em Michel Foucault** – a arqueologia da loucura, da reclusão e do saber médico na idade clássica. Belo Horizonte: Autentica; FUMEC, 2003.

PEREIRA, Felipe Machado. **Melhoramentos introduzidos na construção dos hospitais**. These de graduação apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia, Typographia dos Dois Mundos, 1887.

PERLMAN, Janice E. **O mito da marginalidade**: Favelas e política no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

PERROT, Michele. **Os excluídos da historia**: operários, mulheres e prisioneiros. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

_____. O inspetor Bentham. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org). **O panóptico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PEVNER, J. **Historia de las tipologias arquitectonicas**. Barcelona, Gustavo Gilli, 1980.

PITTA, Ana. **Hospital**: dor e morte como ofício. 3°. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. (Série: Saúde em Debate).

REIS, Arnaldo Moreira. **Sobre a Hygiene do Solo Urbano**. These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, cadeira de Hygiene. Bahia: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1919.

REIS, José Marques dos. **Elephantiasis dos Gregos**. These de Graduação apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia, Typographia dos Dois Mundos, 1881.

RIOS, Venézia Durando Braga. **Entre a vida e a morte**: medicina, médicos e medicalização na cidade de Salvador. 1860-1880. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2001. Dissertação de mestrado do curso de história.

ROSEN, George. **Da Polícia Médica a Medicina Social**: Ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. **A Evolução da Medicina Social**. In: Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Editora, 1983.

_____. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: UNESP, 1994.

RUSSELL-Wood, A.J.R., 1939. **Fidalgos e Filantropos**: A Santa Casa de Misericórdia da Bahia – 1550-1755. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1981.

SAMPAIO, Teodoro. **História da Fundação da Cidade do Salvador**, (Obra Póstuma). Bahia: Tipografia Beneditina Ltda, 1949.

SANTOS, Fabrício Lírio dos. **“Te Deum Laudamos”**: a expulsão dos jesuítas da Bahia: 1758-1763. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2002. Dissertação de mestrado do curso de história.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 1998.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. Pesquisa documental sobre a história da Hanseníase no Brasil. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**. [on line]. 2003, vol 10 supl 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=S0104597020030004000019&lng=pt&nrm=ISO>>. ISSN 0104-5970. Acesso em 22 de fevereiro de 2005.

SILVA, Fidelis D'Oliveira. **Elephantiasis dos Gregos (Morphéa)**. These apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia, cadeira de Pathologia Interna. Bahia: Typographia Liguori & C, 1883

SILVA, Kleber Pinto. A idéia de função para arquitetura: o hospital e o século XVIII. In: Revista eletrônica de arquitetura **Vitruvius** (06 Textos) [on line]. Setembro de 2001. Disponível em <<http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/argooo/esp052.asp>> Acesso em: 11 de abril de 2005.

SILVA, Octavio Torres da. **A cidade de Salvador perante a hygiene**. These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typographia Moderna, 1908.

SILVEIRA, Maria Juliana Rodrigues da. **O discurso do saneamento e a modernização da cidade**: Salvador, 1890-1930. Salvador: Dissertação de Mestrado da Faculdade de Arquitetura da UFBA.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M.; **Prevenir e Curar** : O Controle Social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978. 166 p.

STANFORD UNIVERSITY. **History of leprosy**. Disponível em <http://www.stanford.edu/class/humvio.103/parasites2005/leprosy/history.htm>. Acesso em: 25 de abril de 2005.

TESHEINER, José. **Pinturas**. Disponível em <http://www.geocities.com/jtesheiner/pinturas/rembrandtaressureicaodelazaro.htm>. Acesso em: 25 de abril de 2005.

TRONCA, Ítalo. História e doença: a partitura oculta (A lepra em São Paulo, 1904-1940). In: RIBEIRO, Roberto Janine (Org). **Recordar Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

_____. **As máscaras do medo: lepra e aids.** Campinas: UNICAMP, 2000.

UNIVERSITÉ PARIS SUD. **Urologie CHU de Bicêtre.** Disponível em: <<http://www.uro.bicetre.org/histoire.htm>>. Acesso em 24 de maio de 2005.

UZEDA, Jorge Almeida. **A Morte Viglada: a cidade de Salvador e a prática da Medicina Urbana (1890/1930).** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1992. Dissertação de Mestrado do curso de História.

VASCONCELOS, Pedro de Almeida. **Salvador: transformações e permanências (1549-1999).** Ilhéus : Editus, 2002.

VIANNA, Adolpho. **Hygiene dos Hospitaes.** These para o dourado em sciencias Medico-Cirurgica apresentada à Faculdade de Medicina e de Pharmacia da Bahia. Bahia: Litho-Typ. Enc. Wilcke, Picard & c. 1898.

VILHENA, Luis dos Santos. **A Bahia no século XVIII.** Coleção baiana. Salvador: Ed. Itapuã, 1969. V.2

WACQUANT, Loic J. D. Da América como utopia às avessas. In: BOURDIEU, Pierre et al. **A miséria do mundo.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1997.

WERRET, Simon. Potemkin e o Panóptico: Samuel Bentham e a arquitetura do absolutismo na Rússia do século XVIII. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org). **O panóptico.** Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

WHITE, Cassandra. Carville e Curupaiti: experiências de isolamento e comunidade. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos.** [on line]. 2003, vol 10 supl 1, p 123-141. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=S010459702003000400006&lng=pt&nrm=ISO>> . ISSN 0104-5970. Acesso em 22 de fevereiro de 2005.

ZEVI, Bruno. **Saber ver a arquitetura.** 5º Edição. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

FONTES PRIMÁRIAS — ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

DOCUMENTAÇÃO MANUSCRITA

Seção Colonial e Provincial:

Seqüestro dos bens dos jesuítas – 1759/1763 (maço n°610)

Livro de Registro de Resoluções e Ordens do Governo, respectivas ao estabelecimento e regência do Hospital São Cristóvão dos Lázaros (LRROG-HSCL)- Quinta do Tanque – 1787/1842 (maço n° 481-20)

Comissão de Higiene Pública - Hospital e Quinta dos Lázaros: 1829/1836 (maço n° 5369)

_____. 1845 (maço n° 5370)

_____. 1825/1827 (maço n° 5371)

_____. 1835/1849 (maço n° 5373)

_____. 1824/1867 (maço n° 5374)

Presidência da Província: Série: Saúde – Hospital e Quinta dos Lázaros: 1843/1864 (maço n° 5375)

Obras Públicas: Minutas: 1833/1873 (maço n° 5376)

_____. 1824/1878 (maço n° 5377)

_____. 1849/1878 (maço n° 5378)

1824/1879 (maço n° 5379)

1828/1881 (maço n° 5380)

1833/1885 (maço n° 5381)

1882/1886 (maço n° 5382)

1850/1889 (maço n° 5383)

1885/1889 (maço n° 5384)

ANEXO 1

REGIMENTO DO HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO DOS LÁZAROS

Modo porque se deve reger o Hospital São Cristóvão dos Lázarus da cidade da Bahia, estabelecido pelo seu fundador o Ilmo Exmo D. Rodrigo de Menezes, governador e Capitão General da mesma cidade.

1

Haverá no dito Hospital hum inspector que terá a intendência de tudo, relativo ao mesmo hospital, e toda a mais propriedade, de cujo zelo, e préstimo confio o desempenho dos artigos que aqui vão indicados, e nomeo para o dito lugar ao capitam de infantaria reformado Manoel Henrique de Carvalho, o qual pela sua regência vencerá o ordenado que eu lhe julgar conveniente.

2

Haverá mais hum Administrador Thesoureiro Geral que fará a arrecadação dos rendimentos do celeiro público, que estabeleci como patrimônio para subsistência do mesmo hospital, o qual em virtude da mesma arrecadação suprirá e fará as despesas pertencentes ao dito hospital, e que será obrigado no fim de cada anno a me dar contas de sua arrecadação e despesas, ou ao Ministro que for nomeado Juiz privativo do dito hospital e nomeo para Administrador Tesoureiro Geral a Gualter M. da Costa Guimarães, comerciante desta praça esperando dele que haverá como até aqui o tenho experimentado cheio de um santo zelo, e caridade a (---) do dito lazareto, e vencerá o mesmo ordenado do capitam inspetor.

3

Haverá um capelam com vezes de paroco, havendo para isso as licenças necessárias do Exmo. Ilmo. Arcebispo, o que será obrigado a rezidir dentro do mesmo hospital para poder mais promptamente cuidar do bem espiritual dos mesmos doentes, e mais pessoas pertencentes aquela caza e vencerá o ordenado que eu me parecer justo arbitrar-lhe.

4

Haverá hum médico que visite o hospital duas vezes na semana e hum cirurgião que será obrigado a vizitar o hospital todos os dias os quais vencerão o ordenado que eu lhe julgar conveniente, segundo seu zelo, e caridade.

5

Haverá hum enfermeiro, que seja efica, e cuidadozo na asyistencia , e tratamento dos doentes, o qual vencerá o ordenado que pelo seu cuidado merecer.

6

Haverá hum feitor para o governo do serviço da fazenda que vencerá o ordenado a proporção dos seu prestimo e actividades.

7

O inspector vigiará sobretudo para que se conserve em boa ordem dando-me parte todos os mezes, do modo com que servem todos os que estão debaixo da sua regencia, das faltas que fazem os profeçores para que eu conhecendo as suas omições os possa despedir, e nomear outros que cumprão melhor as suas obrigaçoens.

8

O Inspector receberá todos os mezes, ou todos os quinze dias da mão do thesoureiro geral o dinheiro para as despesas do dito hospital e no fim do mês dará hua conta corrente assignada por elle ao mesmo thesoureiro do que recebeo, e gastou, para descarga do mesmo thesoureiro quando se lhe tomar conta, e poder mostrar com legalidade o recebimento e despeza da thesouraria.

9

O Inspector será obrigado no fim de cada anno dar-me hum mappa rezumo da despeza em geral de todo o hospital e do rendimento da mesma fazenda, e haverá no dito hospital, livro de receita e despeza, para poder responder-me justificadamente nesta materia, ou ao Ministro que for nomeado Juiz Privativo, o qual me fará presente.

10

Os doentes não sahirão para vir a cidade, ou a outra qualquer parte, ainda que seja para cobrar divida, ou ajustar contas; porque nesse cazo me representará para eu dar a providencia que for justa.

11

O Inspector, logo que tiver noticia, que em algua parte onde a distância o permita, há pessoa doente daquele mal, mandará o Médico e Cirurgião examinar se está confirmado nele, e sendo verdade, o fará recolher ao lazareto, sem excepção de pessoa ou admitir-se escuza algua; porque seria malograr o effeito do dito hospital, se conservasse doentes daquele mal onde pudesse grassar o seu contágio; e se qualquer dos doentes recolhidos, for rico, e quizer tratar-se a sua custa, o poderá fazer, mas sempre dentro do hospital, assim como nenhum será despedido dele sem que esteja perfeitamente bom.

12

Se algum doente quizer fazer a sua custa alguma caza para si junto ao mesmo hospital, o poderá fazer, tirando da mesma fazenda as madeiras e pedras necessárias, visto haver nela abundancia destes generos e não pagará renda alguma, porem por sua morte, os seus herdeiros não terão direito algum a dita caza, antes ficará esta pertencendo ao dito hospital.

13

Não serão admitidos na dita fazenda reideiros de fora para que pela continuação dos tempos não venhão a faltar mattos para as plantas de mandioca tão necessária ao hospital e lenhas para as despezas de hua caza tão numeroza como é o mesmo hospital.

14

Havendo necessidade de providencias sobretudo que novamente ocorrer, o Inspector me representará pela Secretaria do Estado.

15

Se em qualquer tempo, alguns dos meus sucessores se resolver o que não espero a querer desmembrar, ou vender parte daquela fazenda, o Inspector, e o administrador me representará submiçamente, que aquela propriedade, foi comprada com esmolos do povo, e que a Real Fazenda não despendeo nela, ou na ereção do hospital quantia alguma por limitada que fosse, pedindo-lhe ao mesmo tempo licença para o representar a Sua Magestade debaixo de cuja Real proteção, se acha o hospital, por gozar de todos os previlégios dos Ospitaes Reais de Lisboa, e que a confirmação daquele lazareto já se acha affecta.

E porque as circunstancias dos tempos, podem fazer necessarias muitas providencias, que eu desde agora não posso prevenir, ou remediar, logo aos meus sucessores como benignos conservadores do mesmo lazareto, queirão com as suas luzes das saudaveis providencias em hua materia em que interessa não menos que o serviço de Deos, o de Sua Magestade, e ao bem público.

Fonte: Livro de Registro de Resoluções e Ordens do Governo, respectivo ao Estabelecimento e regencia do Hospital dos Lázaros desta capitania (Quinta do Tanque) – 1787/ 1842

Seção Arquivo Colonial e Provincial (481-2)
Arquivo Publico do estado da Bahia

ANEXO 2

Tendo a Junta Provisional deste governo tomado em consideração e particular cuidado o deplorável e lastimoso estado a que se acham reduzidos os miseráveis doentes do Hospital dos Lázaros desta cidade pelo mal tratamento e desleixo em que estava o dito hospital e desejando-lhe dar uma nova forma pela qual aqueles miseráveis sintam menos os rigores dos seus males: dignos certamente de humana compaixão, tomando para isso debaixo de suas vistas a proteção de um tão santo, como pio estabelecimento. Há por bem determinar que d'ora em diante se observe literal, e escrupulosamente no referido hospital o regulamento que com esta baixa e por ela aprovado, e mandado organizar por uma comissão médica cirúrgica particularmente nomeada para isso, ficando o administrador responsável por toda e qualquer falta que se seguir na inobservância do mencionado regulamento, e instruções que o acompanham assinadas por José Lino Coutinho, membro desse governo e Secretário dos Negociantes Estrangeiro da Guerra, e Marinha encarregado desta providência. O dito secretário o tenha assim entendido e faça executar expedindo as ordens necessárias.

Palácio do governo da Bahia, quatorze de agosto de mil oitocentos e vinte e hum.

Assinam o documento a Junta Provisional

REGULAMENTO PARA O HOSPITAL DOS LÁZAROS

CAPÍTULO 1º

DA POLÍCIA E ACEIO DAS INFERMARIAS

Artigo 1º

Todas as enfermarias deverão ser conservadas no maior asseio possível devendo ser caiadas de 4 em 4 mezes e lavadas empreterivelmente de 8 em 8 dias.

Artigo 2º

Haverá hum lampião em cada enfermaria com seo capitel, que determinará em hum tubo destinado a conduzir o fumo fora da enfermaria. O azeite deve ser ou doce, ou de mamona, nunca de peixe.

Artigo 3º

Junto das camas dos doentes haverá huma caixinha, ou banca, com a commodidade de receber huma bilha com ágoa de beber, hum guardanapo, hum talher e dous pratos de pó de pedra.

Artigo 4º

Além dessa caixa haverá junto da cama de alguns enfermos que não possam hir as latrinas vasos de retrete, os quaes serão lavados, e conservados no maior asseio, sendo o enfermeiro multado no seo soldo, ou ração pelo mais pequeno descuido, ou omissão a este respeito.

Artigo 5º

Em cada intervalo de cama haverá huma pequena caixa com areia para os doentes escarrarem; ficando a meia rassaõ aquelle que escarrar fora do ditto lugar: visto que não são as paredes azulejadas athé certa altura como comvinha que fossem a bem de serem freqüentemente lavadas.

Artigo 6º

Em cada enfermaria haverá duas tinas montadas sobre rodas para se banharem aquelles doentes que não puderem desser a caza de banho, e logo que se conclua qualquer banho ou lavagem será a mesma immediactamente lavada, e esfregada, e por qual quer demora ou omissão a este respeito será multado o mesmo Enfermeiro.

Artigo 7º

Haverá em cada enfermaria hum lavatório com a sua competente toalha, a qual será renovada todos os dias, ou duas vezes no dia quando necessário.

Artigo 8º

O Enfermeiro terá duas ou mais seringas, duas commadres e alguns ourinoes de vidro para o serviço de cada enfermaria.

Artigo 9º

As camas terão hum enxergão, travesseiro, cobertas com hua capa de lona oleada e abotoada aos lados do enxergão, a qual deverá ser lavada com hua

esponja todas as vezes que se mudar a roupa, devendo ser primeiro bem enxuta.

Artigo 10º

A cada cama serão distribuídos dois lençóis, huma coberta, e hua fronha, o que tudo será mudado todos os oito dias com a demais roupa do uzo do doente ou mais amiúdo, segundo o ordenar o professor.

Artigo 11º

Nem hum duente se deitará calçado sobre a cama, e nem se meterá vestido de baixo da roupa, e aquelle que o fizer, ficará a meia razão porhum ou mais dias, conforme a reincidência.

Artigo 12º

Não hé permittido fumar nas enfermarias, nem alterar raxõens, nem profirir palavras indecentes, e quem praticar o contrário incorrera na pena asima referida.

Artigo 13º

Todos os doentes serão barbiados ao menos de 8 a 8 dias.

CAPÍTULO 2º

DAS DIETAS

Artigo 1º

Haverá huma dieta geral para todos os doentes, enquanto não forem acometidos de algum symptoma que exija mudança, porque neste cazo serão adietados pelo Proffessor competente.

Artigo 2º

A dieta constará de três comidas, almoço, jantar e seia. O almoço será formado de meia medida de leite a cada doente, duas onças de assúcar branco, e hum pão, podendo cada hum ajuntar-lhe alguma ágoa quente. Em lugar disto pode-se lhes abonar quatro onças de mingao de tapioca, ou farinha do Reino com hua gema de ovo e assúcar branco.

Artigo 3º

O jantar constará de 8 onças de carne, sempre fresca, cozida livre de osso ou cartilagem, seis onças de caldo com suas verduras e competentes adubos, duas onças de arroz, ou hum prato de ervas ou selada, e alqua fructa, tudo acompanhado de dois terços de huma décima de farinha, ou aliás , hum pão.

Artigo 4º

Será permitido a cada doente o mandar guisar, ou assar a sua carne, não querendo cozida, o que deverá declarar ao Enfermeiro com anticipação.

Artigo 5º

De 8 em 8 dias comerão peixe fresco em lugar de carne, para evitar o enjôo, que a mesma costuma fazer, sendo continuada, e então o jantar constará de huma ração de peixe com seo competente caldo, e molho, hum prato de feijão com ervas e fructa.

Artigo 6º

As ceias constarão de um pão, e quatro onças de xá, ou de hum prato de ervas e hum ovo, podendo abonar-se em lugar disto duas onças de arroz de manteiga, ou um prato de litria doce, ficando ao arbítrio dos doentes, a escolha de qual quer destas couzas asima notadas e o Enfermeiro marcará com antecipação estas differenças para ordenar ao cozinheiro.

CAPÍTULO 3º

DO CIRURGIÃO

Artigo 1º

Haverá no hospital hum cirurgião para tratar dos enfermos de ambos os sexos, ganhando de ordenado 140\$000 rs annual.

Artigo 2º

Todos os dias de manhã fará huma vizita ao dito hospital afim de tractar e curar as chagas dos enfermos, e applicar outro algum remédio se alguma nova doença tiver sobrevindo a estes desgraçados, ficando obrigado a fazer fora destas horas alguma outra vizita, sendo chamado pelo Inspector no caso de algum incidente ou precizão.

Artigo 3º

Guiar-se-há o Cirurgião emquanto as dietas pelo que se acha marcado no Regulamento do dicto hospital e pelo que toca ao tractamento Médico, esforçar-se-há empor em prática o que se acha designado no capítulo (7 º 1º).

Artigo 4º

Terá toda a vigilância, e cuidado, a fim de que os Enfermeiros, e Serventes desempenhem bem as suas obrigações, e vigiará freqüentemente os utensílios da cozinha para que se cumpra a risca os artigos do Capítulo 4º com preferênciam aquelle que trcta dos cazos da cozinha, participando ao Inspector para dar as providências no cazo de infracção.

CAPÍTULO 4º

DOS ENFERMEIROS

Artigo 1º

Haverá hum enfermeiro que vigiará sobre o asseio de todas as enfermarias, sendo responsável por qual quer omissão daquellas couzas que ficam no Capitulo antecedente notadas.

Artigo 2º

Acompanhará a visita do professora fim de executar a risca o que lhe for determinado.

Artigo 3º

Examinará se os Enfermeiros particulares a cada enfermaria cuidão nas suas obrigações, e servem pontualmente aos doentes.

Artigo 4º

Podem ser escolhidos para Enfermeiros particulares, aquelles doentes, que se acharem em melhor estado, e o quizerem ser, e os quaes se dará huma gratificação mensal, afim de servirem com melhor vontade.

Artigo 5º

Serão destinados dois Serventes para a enfermaria dos homens e duas Serventes para a das mulheres, os quaes serão despensados de outro qual quer encargo.

Artigo 6º

O Enfermeiro não receberá roupa alguma para os doentes que não esteja perfeitamente lavada, dando parte ao Director da omissão que houver a esse respeito.

CAPÍTULO 5º

DO COZINHEIRO E COZINHA

Artigo 1°

Haverá hum Cozinheiro, e para seo ajudante se pode destinar o escr° que actualmente (mto) (tom) mal serve de cozinheiro: além deste haverá mais outro só relativo a cozinha.

Artigo 2°

Na cozinha se deve construir fornalhas econômicas; não só para diminuir a despeza do combustível, como para se conservar mais limpa a mesma cozinha e preservar os que trabalhão no incomodo do calor.

Artigo 3°

Far-se-hão na cozinha as acomodaçoens necessárias para tudo está arranjado competentemente.

Artigo 4°

Serão excluídos do uzo todos os vasos de cobre, e em seu lugar servirão os de ferro, ou barro, não vidrado; os caldeiroens de cobre devem ser applicados a aquecer ágoa para os banhos, e estes terão lugar de manhã, ou huma hora antes de jantar.

Artigo 5°

O cozinheiro será responsável pelo asseio da cozinha, soffrendo ponto no seo ordenado pela omissão.

CAPÍTULO 6º

DA ROUPARIA

Artigo 1º

Haverá huma caza sufficiente para goardar a roupa; a qual deve existir na seguinte proporção = 3 pares de lençoos, e 2 cobertas e 3 fronhas para cama, 6 camizas, 2 roupões, 2 pares de chinellos, e 2 barretes para cada doente.

Artigo 2º

Haverá 30 colxoens de reserva com suas competentes capas oleadas para serem distribuídas aos doentes empeior estado.

CAPÍTULO 7º

SOBRE O TRATAMENTO

Artigo 1º

Todo o tratamento deve consentir em boa dieta, banhos e passeios, para tanto nenhum plano de cura pode razoavelmente propor, por não haver athé o prezente algum conhecido, que tenha sido útil, motivo pelo qual se deve abandonar ao professor assistente; o que poderá fazer diversas tentativas e para que as mesmas sejam com utilidade, deverá ter os conhecimentos necessários para ensaiar os diferentes ácidos mineraes, as fumigaçoens sulfúreas por meio de fornalhas adoptadas; e o linimento de balçamo de cupaiva e manná, e outros meios que tem sido recomendados.

Artigo 2º

Os doentes deverão passeiar em dias serenos, e a horas apropriadas e por isso hé necessário que se destinem dois recintos, hum para os homens, outro para as mulheres cercado de muro, estacada, cerca de limoeiro gravataes, ou de outro qualquer modo afim de que passem a seo cômodo, e mesmo ajardinem o terreno a fim de se enterterem. Quando falte a capacidade para os dous recintos, que de certo não falta, pode haver hum somente, e então os passeios serão em dias alternados, um dia para os homens e outro para as mulheres.

Artigo 3º

O Inspector ou Director do hospital deverá fiscalizar sobre a execução de todos esses artigos, ficando a observância dos mesmos de baixo da sua responsabilidade.

Bahia, 16 de abril de 1821.

Com as rubricas dos Exmo. Senhorres do governo Provizional

INSTRUÇÕES

Para o regimen econômico do inspector do Hospital dos Lázaros.

Artigo 1º

O Inspector fará executar literalmente os artigos do Regulamento que esta acompanha aprovado pela Exma. Junta Provisional deste Governo, e mandado para actividade pela portaria sua desta data.

Artigo 2º

Receberá mensalmente do thesoureiro do dito hospital a quantia de quinhentos mil rs que a tanto se tem calculado orsar as despezas da caza visto a regularidade do mesmo número de seus doentes, e a nehuma variedade de suas moléstias.

Artigo 3º

No princípio de cada anno o inspector fará o pedido das cousas e obras extraordinárias que forem precisas no dito hospital e Quinta, a fim de se mandar prontificar ou dar-se-lhes o dinheiro necessário, não podendo ele depois disso fazer algua outra despeza desta natureza e tratando tão somente daquelas mensais relativas a mesada determinada pelo dito regulamento.

Artigo 4º

A botica será paga no fim de cada anno. Como despeza extraordinária, segundo a conta extraída no livro do receituário assinada pelo cirurgião da

caza e rubricada por ele inspector, requerendo o boticário a este governo para se enviar ordem competente ao thesoureiro.

Artigo 5º

Dará as ordens do enfermeiro mor, dos outros enfermeiros, e do cozinheiro, fica marcada a quantia de trezentos e vinte rs por dia, e ração para o primeiro e ultimo, e para os outros visto serem tirados dos mesmos doentes, se lhes tem arbitrado mil e seis centos rs por mês para cada um, como gratificação, tomando a dito inspector sobre si, o cuidado de mandar ensinar a alguns dos escravos da casa a cozinhar, afim de que para o diante se poupe a despesa de um cozinheiro de fora.

Artigo 6º

No fim de cada mês o inspector dará a este governo uma exata conta da despesa mensal e outra geral no fim de cada anno, a fim de reconhecer o saldo que houver para entrar com elle no cofre sendo a favor, e no caso contrário para ser pago pelas despesas extraordinárias.

Palácio do Governo da Bahia, 14 de agosto de 1821.

José Lino Coutinho.

ANEXO 3

DOCUMENTAÇÃO FOTOGRÁFICA



DETALHE CASTELO D'ÁGUA HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO DOS LÁZAROS
FONTE: APEB



DETALHE ESCADARIA DE ACESSO AS ENFERMARIAS DO HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO DOS
LÁZAROS – 1938
FONTE: APEB



DETALHE FONTE DO HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO
DOS LÁZAROS – 1938
FONTE: APEB



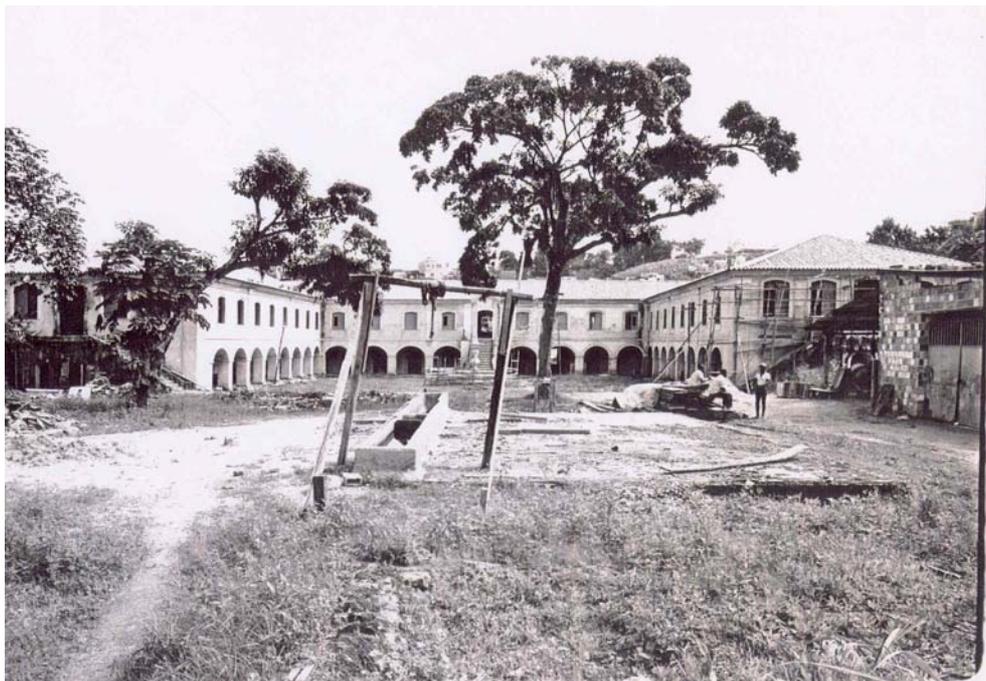
INCENDIO PREDIO ANTIGO HSCL – ALA DIREITA
FONTE: IPAC



INCENDIO PREDIO ANTIGO HSCL – ALA DIREITA E CENTRAL
FONTE: IPAC



SITUAÇÃO DO PRÉDIO NA DÉCADA DE 1970
FONTE: IPAC



RESTAURAÇÃO DO ANTIGO PRÉDIO DO HSCL

FONTE: IPAC



SITUAÇÃO ATUAL DO ANTIGO PRÉDIO DO HSCL: DETALHE DAS ARCADAS E ESCADARIA CENTRAL

FONTE: APEB



SITUAÇÃO ATUAL DO ANTIGO PRÉDIO
DO HSCL: DETALHE DA FONTE CENTRAL
FONTE:APEB



SITUAÇÃO ATUAL DO ANTIGO PRÉDIO DO HSCL
DETALHE DA ESCADARIA LATERAL DA ALA DIREITA
FONTE: APEB



SITUAÇÃO ATUAL DO ANTIGO PRÉDIO DO HSCL
DETALHE DO PÁTIO CENTRAL
FONTE: APEB



SITUAÇÃO ATUAL DO ANTIGO PRÉDIO DO HSCL
DETALHE DA FONTE
FONTE: APEB