

ASILOS COLÔNIAS PAULISTAS: ANÁLISE DE UM MODELO ESPACIAL DE CONFINAMENTO

Ana Paula Silva da Costa¹ (anap.scosta.arq@gmail.com)

Resumo:

O trabalho apresenta investigação desenvolvida em dissertação de mestrado sobre os Asilos Colônias, que, seguindo preceitos do higienismo, serviram ao isolamento compulsório dos portadores de hanseníase no Estado de São Paulo durante décadas do século XX. Busca identificar diretrizes e referências que nortearam os projetos de Urbanismo e Arquitetura de tais estabelecimentos asilares. O tema remonta às influências que o poder, a exclusão, a disciplina e os estigmas tiveram sobre a criação e a utilização de um modelo espacial que resultou em diferentes realidades e definiu a existência e a imagem dos asilados.

Palavras-chave: Asilos Colônias, hanseníase, higienismo, Arquitetura, Urbanismo.

¹ Arquiteta e Urbanista, doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Arquitetura Tecnologia e Cidade da UNICAMP. Este trabalho é resultado de pesquisa de mestrado financiada pela FAPESP, com dissertação defendida em 2008 na Escola de Engenharia de São Carlos – EESC/USP, sob o mesmo título.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil se enquadra entre os países de maior índice de incidência de hanseníase no mundo. Embora hoje esta doença tenha cura, a não continuidade do tratamento desfavorece seu controle. Ações históricas de isolamento dos hansenianos contribuíram para o fortalecimento dos estigmas relacionados a doença, estimulando o ocultamento dos sintomas e dificultando sua extinção. Acreditamos que a criação dos Asilos Colônias para a reclusão permanente e compulsória dos hansenianos tenha colaborado para tal condição estigmatizante.

As estruturas físicas dos Asilos Colônias precisam ter suas memórias preservadas, pois representam valiosos testemunhos de ações espaciais, resultantes de políticas públicas sanitárias. Investigá-las contribui para a compreensão de meios de dominação humana materializados em cidades e equipamentos complementares.

Inicialmente publicavam-se trabalhos históricos sobre hanseníase meramente narrativos, que muitas vezes avalizavam os sistemas de reclusão baseados em paradigmas isolacionistas. Nas últimas décadas, os estigmas da hanseníase e os impactos sociais do isolamento têm sido estudados e apresentados sob um enfoque crítico. Esta pesquisa foi publicada, em 2008, como dissertação de mestrado em Teoria e História da Arquitetura e Urbanismo pela Escola de Engenharia de São Carlos (EESC-USP).

Baseia-se na análise da implantação do sistema Asilo Colônia de isolamento compulsório, no estado de São Paulo, durante as primeiras décadas do século XX, quando os doentes foram enclausurados, apreenderam novos hábitos e seguiram regulamentos que davam pouca atenção às suas individualidades e particularidades.

Cinco Asilos Colônias foram construídos em São Paulo: Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes; Pirapitingui, em Itu; Cocaes, em Casa Branca; Aimorés, em Bauru; Padre Bento, em Guarulhos.

Para guiar o entendimento do tema, estruturou-se o trabalho em quatro partes. A primeira parte visa explicar a moléstia hanseníase e sua difusão, discorrer sobre seus estigmas e apresentar as ações históricas tomadas diante da doença. A segunda parte discorre sobre a relação entre higienismo e eugenia, identificando os instrumentos legais criados para que o higienismo regulasse os espaços, apresentando teorias espaciais fundamentadas nas condições urbanas industriais, bem como exemplos análogos de instituições de confinamento. Na terceira parte identificam-se algumas das questões relacionadas ao controle da hanseníase que resultaram na criação de um sistema de isolamento asilar; e apresentam-se experiências internacionais e nacionais de Asilos Colônias. A quarta e última parte trata da criação do

modelo asilar por Adelardo Soares Caiuby que se concretizou nos cinco Asilos Colônias paulistas cujas diretrizes construtivas e organizacionais são apresentadas.

Diferentemente de outros estabelecimentos de segregação de doentes, os Asilos Colônias foram os únicos a se configurar como “pequenas cidades” o que os aproxima aos outros núcleos residenciais isolados, cujas pesquisas recentes têm avaliado sua forma espacial e seu estatuto na urbanização brasileira. Em relação aos Asilos Colônias, as pesquisas são escassas, deixando lacunas importantes na historiografia. Este trabalho buscou suprimi-las.

2. A HANSENÍASE E A EXCLUSÃO DO DOENTE

2.1. A hanseníase

A hanseníase é uma doença infecto contagiosa causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, descoberto pelo médico norueguês Gerhard Henrick Armauer Hansen (1841/1912) em 1872. Comumente ataca os nervos periféricos e a pele, promovendo manchas, perda de sensibilidade, podendo resultar em incapacidade física e atrofia.

Trata-se de uma doença curável que depende da imunidade do indivíduo para se instalar e se manifestar. Sua transmissão ocorre por meio do contato de pele e mucosas, no convívio entre indivíduo imunodeficiente e o doente que apresente grande quantidade de bacilos na forma contagiosa. A identificação e tratamento precoces favorecem a quebra do ciclo de transmissão da doença e o não aparecimento de sequelas. A cura e o controle da doença dependem muito da melhora na condição de vida do doente, no entanto, os estigmas da hanseníase causam transtornos nas relações sociais dos doentes favorecendo o encobrimento de sintomas e o abandono do tratamento.

A hanseníase apresenta-se, ainda, como um dos principais problemas mundiais de saúde pública. Desde 1982, ações têm sido levadas a efeito, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), buscando sua eliminação através da poliquimioterapia.

2.2. Origens e disseminação

No passado as doenças não eram tão claramente distinguíveis quanto são hoje. A mesma doença recebia diferentes nomes que representavam uma de suas características, resultando em generalizações e ambiguidades nas traduções de textos que abordavam doenças².

² Como forma de diminuir o elo entre o passado da doença e seus aspectos negativos, instituiu-se, no Brasil – lei nº 9.010, sancionada em 29 de março de 1995 – a denominação da doença como hanseníase, proibindo-se, em publicações oficiais, o termo lepra.

Monteiro (1995) fala da possibilidade de a hanseníase ter sua origem multifocal, em virtude da multiplicidade de documentos e de narrativas, gerando conflitos históricos. Opromolla (2000), relata que textos sagrados indianos (XV a.C.), descreviam uma doença semelhante à hanseníase. Esta possivelmente se disseminou pela China e Japão em meados do século VI a.C. e chegou à Grécia, pelos contatos das guerras pérsicas, por volta do ano 480 a.C. Para o autor, até por volta do século V a.C., a Europa não era acometida pelo mal.

Admite-se que os soldados voltaram das conquistas territoriais do Oriente (III a.C.) contaminados pela hanseníase, e que as invasões romanas, posteriores, se encarregaram de sua disseminação pelo continente europeu (MONTEIRO, 1995; OPROMOLLA, 2000). Data desse período a instituição do termo “lepra” como denominação da doença que seria a hanseníase, na tradução dos livros antigos da Bíblia. O período das Cruzadas marcou a maior disseminação da hanseníase pela Europa, pela migração de doentes e pela volta de europeus contaminados. Nessa época se propagaram as instalações destinadas aos doentes de lepra, definidas como leprosarias (OPROMOLLA, 2000).

Os colonizadores trouxeram a hanseníase para o território americano. Segundo Maurano (1939), não havia nenhum relato, nas descrições antigas dos religiosos catequizadores e dos navegadores, sobre qualquer moléstia semelhante à hanseníase. Esta se disseminou trilhando a rota dos colonos nas terras brasileiras. Opromolla (2000) narra que o primeiro documento paulista data de 1765 referindo-se ao perigo que a capitania corria diante da hanseníase. Com o avanço das sistemáticas de identificação da doença, os laudos passaram a ser mais precisos. Durante a década de 1920 e 1930, o estado de São Paulo chegou a ter mais de oito mil hansenianos (MAURANO, 1939).

Indica-se o mercado de escravos negros como um dos prováveis disseminadores da hanseníase no Brasil, mas a priorização da saúde na sua comercialização seria uma forte justificativa contrária. No entanto, não se descarta a possibilidade de influência da escravidão na propagação da hanseníase no Brasil, pelos maus tratos, duras jornadas de trabalho e péssimas condições de moradia dos escravos, que resultavam na aquisição de diversas doenças – inclusive a hanseníase (MAURANO, 1939).

2.3. A hanseníase, a lepra e os estigmas

Estigma é um termo grego que significava os sinais corporais feitos para definir “uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos” (GOFFMAN, 1982, p.11). Gandra Jr. (1970) associa estigma à ausência ou oposição

a certos atributos e qualidades “fundamentais para a sociedade” e que “(...) a sociedade se utiliz[a] das categorias que têm o estigma associado, para, através delas, estabelecer os condicionamentos dos valores dos quais ela representa a negação” (p.137).

As categorias científicas determinam as características epidemiológicas da doença, estabelecem as ações públicas de saúde, assim como, definem clinicamente o doente. As categorias culturais estão repletas de subjetividades e já se encontram arraigadas na memória da doença. A sociedade tem imagens caracterizadas para a hanseníase e o hanseniano, as quais envolvem perfis físicos e psicológicos, conceitos morais e comportamentais degradados (GANDRA JR., 1970).

A Bíblia definia que deveriam ser isoladas e purificadas as impurezas morais e espirituais, ou tsara’ath (ou saraath), evitando suas propagações. Quando da sua tradução, do hebraico para o grego, o termo tsara’ath se transformou em lipro³, ou lepra, abrangendo também, dentro do que se acreditava impuro, doenças dermatológicas descamativas. A hipótese de que a tradução tenha originado a estigmatização da hanseníase e do hanseniano é bastante difundida, entretanto, Relata-se que China, Japão e Índia também se comportavam, há muitos séculos, de forma excludente e estigmatizante diante da doença, restando, à Bíblia, a reprodução de atitudes sociais já consagradas.

Acreditava-se que as moléstias surgiam em virtude dos pecados de indivíduos. Monteiro (1995) apresenta que os leprosos estavam entre os “grupos estigmatizados” que figuravam como “bodes expiatórios” para justificar catástrofes e epidemias.

Para Curi (2002), o agrupamento de indivíduos segundo seus estigmas representa a efetivação da não aceitação pelos “normais” e da própria angústia dos estigmatizados diante da convivência com as diferenças. Por se tratarem de indivíduos descaracterizados de sua completa humanidade, a diminuição do seu universo e de suas oportunidades se confunde com uma condição normal e aceitável.

A segregação foi, durante séculos, uma “prática entendida como correta”, normalmente aceita e “normatizada”. Ninguém seria repreendido por isolar um hanseniano, “ou por se recusar a tocá-lo, por suprimir-lhe as ligações afetivas e familiares”(CURI, 2002, p.43-4).

Conceitos sobre o contágio defendiam o isolamento como forma de proteção das populações sadias. O perigo estava “cientificamente” embasado e as ações que partiam dos médicos eram indiscutivelmente aceitas e defendidas por toda a população. Nesse contexto surgem os Asilos Colônias e demais instalações criadas para exclusão, controle e extinção dos focos de transmissão da hanseníase, tendo como base teorias eugenistas estigmatizantes.

³ Lipro também origina o termo que hoje define o objeto livro, isto é, relação ao que tem camadas, ou folhas soltas (CURI, 2002).

A institucionalização da doença resulta na certeza das diferenças, principalmente quando a medicina designa um espaço para que os doentes sejam segregados. As pessoas ali instaladas passam a ser diretamente associadas à moléstia e, conseqüentemente, aos seus estigmas. Visando não condenar também seus familiares, muitos hansenianos internados mudaram seus nomes e sobrenomes, criando uma nova identidade para seu novo universo estigmatizado. Do mesmo modo, algumas famílias desligaram-se de “seus doentes”, buscando evitar a associação aos estigmas, principalmente referentes à crença na hereditariedade.

3. A HIGIENE E O CONTROLE DO ESPAÇO

3.1. O movimento sanitário e a eugenia

Até o século XIX, existia um certo equilíbrio de atividades nas cidades e que, com a mudança no modo de produção, a população cresceu rápido, modificando as condições espaciais e o comportamento urbano. As condições de proletarização e de urbanização foram adversas à saúde.

A pouca oferta habitacional e os baixos salários forçavam numerosos grupos a ocupar residências coletivas próximas às indústrias, cujas instalações, inadequadas e insuficientes às necessidades, favoreciam a proliferação de doenças. Tais locais, considerados como deturpadores do caráter eram repudiados, assim como seus moradores. A falta de higiene reinante era vista como prejudicial à economia e produtividade, pois repercutia no rendimento da mão-de-obra, nas mortes prematuras e nos gastos médicos (CORREIA, 2004).

O fortalecimento do Estado, como instituição, ampliou sua esfera de ação. O seu poder era baseado no sistema econômico e, conseqüentemente, no produtivo, no qual os problemas de saúde interferiam diretamente. A visão da saúde como bem público se relaciona, a partir de então, com a formação de uma “comunidade nacional”, onde:

“As políticas de proteção social emergem de uma articulação entre consciência social das elites e seus interesses materiais a partir de oportunidades por elas vislumbradas com a coletivização do bem estar” (HOCHMAN, 1998, p.15).

Visando à manutenção da ordem urbana, as soluções dos problemas de saúde se configuraram como ações policiais, resultando em vigília e punição às infrações. Com as epidemias, diferentes tipos de controle surgiram sobre a vida dos doentes e, conseqüentemente, sobre as cidades.

Por não se conhecerem profundamente as causas das doenças, as ações se dividiam somente entre o isolamento de doentes (evitando-se o contágio) ou a fiscalização e a estruturação urbana (evitando-se a transmissão pelo meio). Descobrendo-se o poder da limpeza sobre as doenças, médicos e engenheiros atuaram conjuntamente na execução de obras de higienização urbana (CAMPOS, 2002).

No Brasil, as primeiras décadas republicanas foram marcadas pela inquietação diante das condições de higiene do país, entendidas como comprometedoras para a integridade da nação brasileira e de seu progresso. O saneamento se estabeleceu buscando resolver algumas das ambiguidades que entravavam o desenvolvimento, inclusive a formação de um povo. “Eis por que os médicos da época aceitavam a missão de restaurar a sociedade avariada: só eles poderiam desvendar – e combater – as causas que tornavam o progresso nacional incerto” (MATOS, 2003, p.20). Havia uma inclinação médica para as questões envolvendo a psiquiatria, a criminologia, a hereditariedade, evidenciando ideologias eugenistas.

A eugenia foi um conceito formulado por Francis Galton, em 1883, que, definindo a “ciência do melhoramento biológico do tipo humano” (CASTAÑEDA, 2003, p.2), pregava a dependência do progresso humano à herança de características físicas, mentais e morais dos indivíduos. Para ele o indivíduo tinha seu caráter definido no nascimento, não havendo margens para a melhora de degenerados, onde somente a suspensão da procriação quebraria o ciclo hereditário de características negativas. A eugenia priorizava a raça branca e defendia sua manutenção mediante ações de controle de miscigenação (CASTAÑEDA, 2003).

Segundo Silva (2005), acreditava-se que deveriam ser fornecidas melhores condições de vida e moradia para que as melhores espécies tivessem condições de manter e expandir suas qualidades, procriando-se. “Isso significa claramente que se abandone a ideia de investimento em habitações populares, por exemplo, que se constituiriam um esforço pouco lucrativo para a melhoria da raça” (p.97).

As teorias eugenistas de Galton foram difundidas no Brasil pelo médico paulista Renato Ferraz Kehl, por meio de conferências e publicações. Segundo Santos (2005) ele exerceu o cargo de “inspetor sanitário rural do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), no qual organizou o Serviço de Educação Sanitária ligado à Inspeção da Lepra e das Doenças Venéreas” (SANTOS, 2003, p. 05).

A abolição, sem planejamento social, da escravatura no Brasil enviou um contingente populacional de negros libertos, sem trabalho e dinheiro, que aumentou, consideravelmente, o número de miseráveis, ampliando a associação entre a raça não branca e os problemas sociais urbanos. A elite, cada vez mais, acreditava que somente o branqueamento poderia salvar o país.

O Brasil adentra o século XX buscando uma imagem de progresso. O desenvolvimento econômico e social abria portas para a ciência e, conseqüentemente, para ideologias de higiene racial. Silva (2005) afirma que o Brasil foi o primeiro país sul-americano a desenvolver e organizar um movimento eugenista e que São Paulo saiu à frente criando a Sociedade Eugênica de São Paulo.

“Para estes, a explicação era médica e a solução era eugênica e educativa. Tratava-se de aprimorar a raça nacional por meio da ‘higienização’ das células reprodutoras” (SANTOS, 2003, p.09).

As ações eugenistas eram preventivas - controlando pelo saneamento os aspectos desfavoráveis à manutenção das boas raças; positivista - incentivando e regulamentando a procriação dos melhores; e negativista - evitando a procriação dos inferiores. As ações preventivas e positivistas favoreceram melhorias em regiões cuja população era vista como hereditariamente favorecida. Já as ações negativistas eram restritivas à procriação e existência de grupos tidos como medíocres e deficientes.

Diversas instituições de reclusão são construídas no início do século XX, seguindo diretrizes de isolamento dos degenerados e dos propagadores de más características. “A segregação em asilos, por sua vez, representaria um método de isolamento dos que eram declarados incapazes de ter ‘descendência normal’” (MOTA, 2003, p. 44).

3.2. A regulação sanitária e o controle das edificações urbanas

Durante o período colonial, no Brasil, as ações públicas de saúde ocorriam, sobretudo diante das epidemias. Buscava-se restaurar as condições anteriores aos problemas por meio de ações de segregação de doentes. As quarentenas eram comuns para quase todas as doenças.

A vinda da corte para o Brasil modificou os padrões de ação em saúde. Procurava-se, por transformações no meio, combater as supostas causas das doenças, incorporando o espaço urbano ao pensamento e às ações médicas.

Já no período Republicano, buscava-se prevenir e combater as moléstias pela assistência pública. Instituíam-se o policiamento sanitário e a organização estatística e demográfica sanitária por meio de atividades punitivas e consultivas. Ao Serviço Sanitário era destinado o controle higiênico das cidades.

Em São Paulo, depois da Constituição Estadual de 1891, criaram-se os serviços sanitários estaduais. No ano de 1892, foi promulgado o Regulamento da Higiene, destinado ao controle de edificações da classe pobre. No ano de 1894, surge, com a centralização das ações sanitárias junto ao Serviço Sanitário, o primeiro Código Sanitário do Estado, baixado como instrumento de normatização da cidade e da vida urbana, que marca a inserção dos serviços da engenharia na legislação sanitária e a extinção dos cortiços. Suas regras de higiene influenciaram as demais legislações espaciais.

No início do século XX, para muitas doenças já existia imunização por vacinas. Eliminar o risco das epidemias remanescentes se baseava na higienização dos povos e na

mudança de costumes. Surge então a Educação Sanitária – desenvolvida nos Estados Unidos e disseminada pela Fundação Rockefeller (CAMPOS, 2002).

Nessa época ocorre uma especialização dos serviços sanitários segundo a compreensão das moléstias, como o caso da Inspetoria de Profilaxia da Lepra (1923), que se transformou em Departamento de Profilaxia da Lepra (1935), definindo leis distintas de ação espacial para a doença (MONTEIRO, 1995).

Até fins do século XIX, no Brasil, os doentes da hanseníase eram internados em asilos, hospitais e enfermarias, buscando-se sua sobrevivência e a não disseminação da doença entre seus parentes. Tais estabelecimentos somente prestavam assistência; não tinham valor terapêutico (CURI, 2002).

3.3. Formulações teóricas sobre o controle do espaço urbano

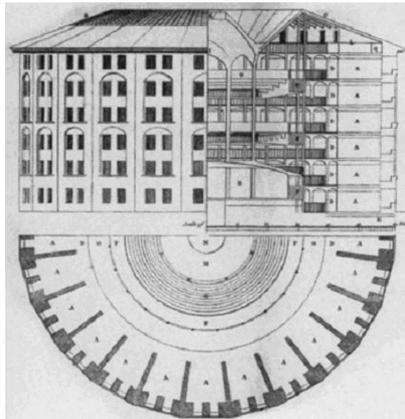
O ritmo das transformações urbanas extrapolava a capacidade de entendimento dos acontecimentos. Segundo Françoise Choay,

“[...] o momento em que a cidade do século XIX começa a tomar forma própria, ela provoca um movimento novo, de observação e reflexão. Aparece de repente como um fenômeno exterior aos indivíduos a que diz respeito. Estes encontram-se diante dela como diante de um fato natural, não familiar, extraordinário, estranho” (CHOAY, 1997, p. 4).

A partir da Revolução Francesa, imprimiram-se mudanças na visão da sociedade urbana, quando diferentes pensadores, envolvidos com a sociedade burguesa e trabalhadora, propuseram formulações urbanas idealizadas, utópicas.

Uma das utopias urbanas foi o Panóptico, criado em 1786, na Rússia, pelo economista inglês Jeremy Bentham, que considerava a arquitetura como técnica capaz de transformar a conduta dos usuários de edifícios. Tratava-se de uma proposta para um presídio e consistia em um edifício circular, cujo centro era composto por uma torre de observação. A ideia de eficiência da máquina esteve presente no ato de transformar os indivíduos em produtos. A proposta se expandiu como conceito e influenciou diversos tipos de edificações pelo mundo, perpetuando-se historicamente (BENEVOLO, 1987).

Figura 1: Panóptico



Fonte: MARKUS, 1993

Em 1832, Charles Fourier propôs a Falange que seria composta por três anéis concêntricos, de tamanhos proporcionais às atividades, abrigo a “cidade central”, às grandes fábricas e, aos seus arrabaldes, avenidas e subúrbio. Prezava-se pelas condições climáticas e pelo oferecimento de iguais qualidades às distintas classes que ali se abrigariam (CHOAY, 1997; BENEVOLO, 1987). Entre 1840 e 1850, comunidades foram fundadas nos Estados Unidos, mantidas pelo sistema de quotas de ações (BENEVOLO, 1987; MARKUS, 1993).

Godin foi um jovem industrial francês, adepto dos preceitos de Fourier, que expôs, em 1870, sua teoria no livro “Solutions Sociales”. Em 1880 compôs, com seus operários, o seu modelo de Familistério, definido por edifício de três blocos fechados com pátios internos. Elaborou um sistema educacional que prepararia os futuros trabalhadores da indústria, dando-lhes conhecimentos técnicos e preceitos morais e sociais. Até 1886, a comunidade compreendeu cerca de 400 famílias, tornando-se um dos exemplos mais concretos de aplicação das teorias utópicas socialistas do século XIX (BENEVOLO, 1987).

No entanto, o maior seguidor dos conceitos de Fourier foi Victor Considérant, engenheiro militar, que buscou, em 1831, dar aos pobres as mesmas condições salútares e elegantes de moradias burguesas. Vislumbrou no Falanstério a harmonia da natureza, inspirada na sinergia das populações. Entretanto, enquanto defendia a harmonia do convívio e da diversidade de indivíduos, propunha a separação espacial por classe social para não confundir o aspecto visual pela mistura de ornamentos das habitações e de “temperamentos”, “variedades de gosto” e “caráter” (CHOAY, 1997).

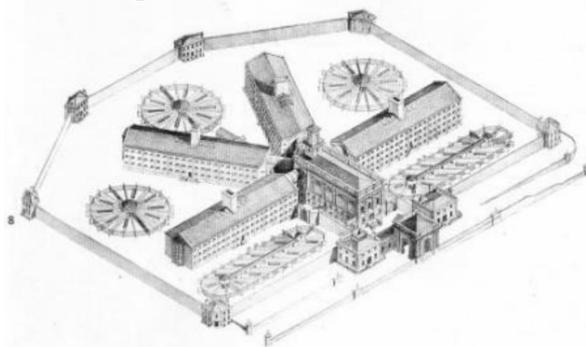
A Higeia foi criada, em 1876, pelo médico inglês, Benjamin Ward Richardson. Preservava o “cultivo do corpo”, desde suas edificações, regulamentos até a inserção de educação física como princípio moral. Baseou-se em conceitos de higiene que se aplicariam à tipologia e à distribuição das edificações, considerando a densidade, o gabarito, a ornamentação, os revestimentos e a ventilação.

presos. A “contaminação moral” foi um aspecto que repercutiu na divisão dos blocos e instituiu-se a prática de observação dos presos como molde para as edificações (MARKUS, 1993). O século XIX é marcado por uma crença no determinismo arquitetônico, cujas tipologias construtivas assumiram o compromisso de transformação social. Acreditava-se que o sistema aplicado aos presídios induziria à retidão moral.

Com a evolução carcerária e a implantação da obrigatoriedade do trabalho como pena, surgem as penitenciárias com o intuito de “corrigir os costumes dos detentos, a fim de que seu retorno à liberdade não [fosse] uma desgraça nem para a sociedade, nem para eles mesmos” (BENTHAN, apud PERROT, 2001, p. 236). Pentonville, na Inglaterra, representou o mais completo modelo de transformação do sistema prisional do século XIX. Aplicando os preceitos do Panóptico, desenvolveu diferentes sistemas de segurança e de separação dos detentos.

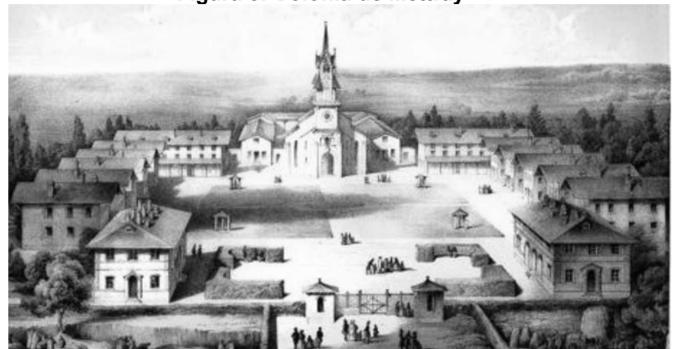
Perrot (2001) afirma que o grande número de jovens entre os delinquentes franceses resultou numa especialização das instituições criminais visando à correção moral. Surgiam as colônias agrícolas de correção como Mettray, construída na França, em 1840, cujo modelo foi difundido para a reclusão e correção de menores no século XIX.

Figura 4: Vista de Pentonville, 1840



Fonte: MARKUS, 1993

Figura 5: Colônia de Mettray



Fonte: GAILLAC, 1991

Os hospitais existiam, na época medieval, como instituições de salvação espiritual, fundamentados no atendimento de indivíduos pecadores. Suas construções estavam vinculadas às demais edificações religiosas e prezava a participação dos doentes nas cerimônias. A necessidade de contingente militar para as guerras favoreceu a transformação do edifício hospitalar. Priorizava-se o restabelecimento da saúde dos soldados em batalha. Dessa forma, os princípios de ventilação passariam a influenciar as formas das edificações hospitalares.

Um dos primeiros médicos que buscaram a efetiva transformação física dos hospitais foi o francês J.R.Tenon, cujas inovações propostas apareciam na identificação da edificação hospitalar como instrumento de cura independente das práticas terapêuticas utilizadas. O século XVIII representou também a instituição do rigor e da disciplina nos

hospitais. A necessidade de regularizar os espaços hospitalares segundo o uso e de evitar a contaminação favoreceu a segregação diferenciada de certos tipos de doentes.

A grande transformação ocorreu na relação entre o operário e a indústria, com a implantação das vilas operárias, onde se criaram condições para que todas as necessidades das famílias fossem supridas em espaços projetados e controlados segundo os interesses dos proprietários. Criavam-se verdadeiras comunidades destinadas a viver segundo crenças de transformação social (CORREIA, 1998).

As indústrias preferiam a localização rural pela “abundância de terrenos baratos”, pela oferta de recursos energéticos naturais e também pela menor dependência às leis urbanas. As vilas operárias surgem nesse contexto, garantindo maior controle sobre o trabalhador (CORREIA, 1998).

Port Sunlight, fundada pela indústria de sabão Lever, no final do século XVIII, representava a materialização do ideal industrial na composição do espaço destinado à moradia dos operários. Apresentava traçado irregular e diversidade de tipos de edificações.

Figura 6: Implantação de Port Sunlighth



Fonte: CORREIA, 1998

Figura 7: Edificação de Port Sunlighth



Fonte: CORREIA, 1998

O modelo de instalação industrial que apresentava a vila para operários se difundiu pela Europa e por diversos outros países industrializados, inclusive no Brasil. São Paulo, pela presença de grande número de indústrias, desenvolveu diversos núcleos habitacionais industriais que acompanhavam o crescimento das rodovias.

Diferentes tipologias de núcleos industriais surgiram no estado de São Paulo e nos demais estados do Brasil seguindo as necessidades de cada produção, neles os preceitos higiênicos e morais se desenvolveram.

4. O SISTEMA ASILO COLÔNIA

4.1. Os Asilos Colônias: algumas experiências internacionais

Os avanços nos estudos sobre hanseníase demonstravam que esta era uma doença de baixa letalidade e que seus portadores não apresentariam, ou demorariam a apresentar, comprometimentos de suas capacidades físicas. Enquanto não se comprovava a eficiência das vertentes profiláticas, os doentes representavam um grupo de indivíduos produtivos que deveriam ser isolados. Somente hospitalizar, nos moldes modernos, era inviável em virtude da ausência de tratamento efetivo e do custo da manutenção e controle dos internos. O isolamento se basearia em dar abrigo assistido aos doentes, contudo, a necessidade de atendimento em grande escala representava ameaça por causa do agrupamento de indivíduos ativos que poderiam vir a se rebelar contra os sadios (CURI, 2002; MONTEIRO, 1995).

Um modelo de isolamento insular, bastante discutido na época, foi implantado, em 1870, na ilha havaiana de Malokai, a colônia de Kalaupapa que assumia outra posição diante da doença estabelecendo-se como instituição de pesquisa (GREENE, 1985).

Às margens do rio Mississippi, próximo à estrada de ferro e da cidade de Carville, em 1921, institui-se o Leprosário Nacional de Carville para o internamento e tratamento de todos os doentes dos Estados Unidos. Todas suas alas eram bem divididas para o uso de sãos e doentes, sendo a maior parte dos serviços cotidianos feitos por equipamentos mecânicos, evitando-se assim todas as formas de contato direto com a doença (ARAÚJO, 1928).

Figura 8: Implantação de Carville



Fonte: National Hansen's Disease Museum

Figura 9: Pavilhões residenciais de Carville



Fonte: National Hansen's Disease Museum

4.2. Os Asilos Colônias no Brasil

O Brasil, quando se tornou República, manteve a autonomia política de suas unidades federativas, fazendo com que as determinações federais somente fossem implantadas nos estados mediante acordos. Dessa forma, as medidas profiláticas de isolamento dos doentes de hanseníase demoraram a se efetivar.

Em 1924, após reformas e ampliações, inaugurava-se a Colônia Santo Antônio do Prata, conhecida como Lazarópolis do Prata (ARAÚJO, 1928).

Seguiu-se a construção do Leprosário de São Roque, no Paraná, em 1926, que, segundo Castro (2004), ficava na região de Piraquara. A duas horas de Manaus, no Amazonas, foram construídas as instalações do Leprosário Belisário Penna, em 1930, que serviriam para o asilamento dos doentes de hanseníases da região (ARAÚJO, 1928). Em 1929, na capital federal do Rio de Janeiro inaugurou-se a colônia asilar de Curupaity com suas instalações ainda incompletas (ARAÚJO, 1928).

No Piauí, a Fundação São Lázaro arrecadou fundos para a construção do Hospital Colônia de Carpina, distante 4 km de Parnaíba, para os doentes de hanseníases do estado, segundo os projetos elaborados pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, inaugurado em 1931. No Ceará, em 1927, foi construído o Leprosário Antônio Diogo com doações particulares, em um terreno do estado próximo à estrada de ferro Baturité, em Canafistula, distante 80 km de Fortaleza. No Rio Grande do Norte, em 1929, o Hospital Colônia São Francisco de Assis se tornou realidade, em 1929, com o auxílio do estado (ARAÚJO, 1928).

Em Pernambuco, os doentes de hanseníases eram isolados no Hospital de Lázarus do Recife, desativado em 1941, quando foi inaugurado o Asilo Colônia da Mirueira (ARAÚJO, 1928). Alguns de seus prédios foram projetados na década de 1930, pelo arquiteto Luiz Nunes, seguindo o estilo internacional de arquitetura moderna.

Em 1949, foi construído pelos governos federal e estadual o Asilo Colônia de Águas Claras, a 12 km de Salvador. O estado do Espírito Santo, em 1937, inaugurou o Asilo Colônia de Itanhenga, situado em Cariacica, a 14 km de Vitória. No Maranhão, o Asilo Colônia do Bonfim foi construído próximo ao Rio Bocanga, em 1932, sendo inaugurado cinco anos depois. Na Paraíba, em 1941, na região de Rio do Meio, foi inaugurado o Hospital Colônia Getúlio Vargas. Em 1941, inaugura-se, no Mato Grosso, o Asilo Colônia São Julião, que recebeu os doentes do antigo Hospital São João dos Lázarus de Cuiabá (ARAÚJO, 1928).

O estado de Minas Gerais inaugurou seu primeiro Asilo Colônia em 1931, denominado Santa Isabel, situado no município de Santa Quitéria, a 50 km de Belo Horizonte. Criou, também: o Asilo Colônia Santa Fé, inaugurado em 1942 no município de Três Corações; o Padre Damião e o São Francisco de Assis, inaugurados em 1945 em Ubá e Bambuí, respectivamente (ARAÚJO, 1928). As construções se assemelhavam ao modelo paulista e seguiram as orientações do engenheiro Lincoln Continentino.

Figura 10: Implantação da Colônia Santa Fé



Fonte: ARAÚJO, 1928

O Asilo Colônia Santa Tereza, no estado de Santa Catarina, situava-se a 24 km da capital do estado, às margens do rio Marium, foi inaugurado em 1936. O estado do Rio Grande do Sul construiu o Hospital Colônia Itapuã, em 1940, em Viamão a 60 km de Porto Alegre. O Asilo Colônia Santa Marta foi fundado em 1943 pelo estado de Goiás, com a colaboração de um influente proprietário de terra, doente de hanseníase, que queria estar isolado próximo às suas terras (ARAÚJO, 1928).

Figura 11: Edificações da Colônia Santa Marta



Fonte: ARAÚJO, 1928

O questionamento da eficiência do modelo implantado somado à descoberta das sulfonas para o tratamento e controle da doença. A partir da década de 1940, com a possibilidade de cura, muitos asilos passam a ser desativados no Brasil. São Paulo se distinguia nesse cenário nacional, criando suas próprias medidas diante da epidemia de hanseníase e mantendo o internamento compulsório até a década de 1960.

5. OS ASILOS COLÔNIAS PAULISTAS

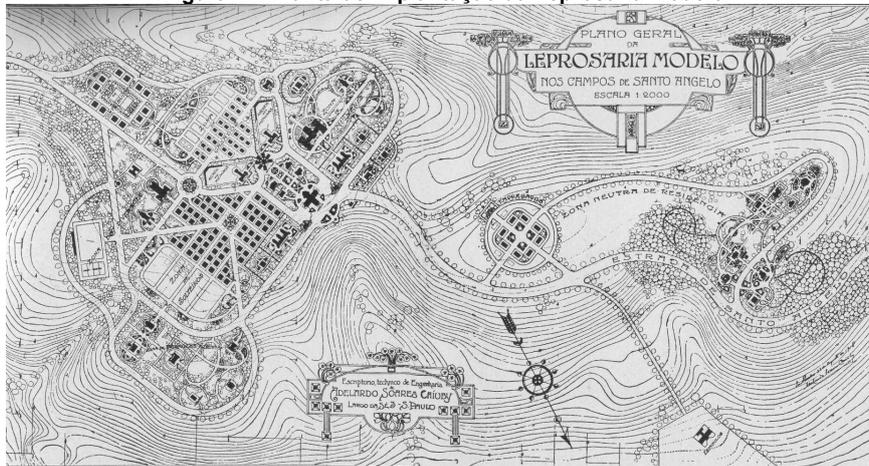
5.1. Adelardo Soares Caiuby e o modelo asilar paulista

Adelardo Soares Caiuby, formado agrimensor, em 1897, pela Escola Politécnica de São Paulo, participou da construção do Sanatório Divina Providência, em 1928, em Campos do Jordão, de residências na Vila Capivari, idealizada pelo médico Emilio Ribas. Em 1937, Caiuby desenvolve, para o Rio de Janeiro, o projeto de uma colônia penitenciária para menores. Em 1944, desenvolveu o projeto da Vila Caiubi, junto às Indústrias Klabin, em Telêmaco Borba, Paraná.

A convite das gerências governamentais do estado de São Paulo, elaborou o projeto modelo para a instalação dos Asilos Colônias, resultando na publicação, em 1919, do livro "Projecto da Leprosaria Modelo nos Campos de Santo Ângelo", que conciliava a ideia de isolamento com a criação de uma "cidade" ideal, integrada à natureza, dotada de formas

modernas de lazer, higiênica e confortável. Seguindo o exemplo do Carville, Caiuby propusera três zonas – a “zona sã”, a “zona doente” e a “zona intermediária” – dividindo, espacialmente, as pessoas e os serviços segundo as necessidades de funcionamento e de prevenção.

Figura 12: Planta de implantação da Leprosária Modelo



Fonte: CAIUBY, 1919

Com a aplicação de conceitos de higiene no espaço e no cotidiano dos usuários, separa grupos de edificações respeitando as curvas de nível do terreno, a baixa densidade e a valorização de espaços arborizados. Criou um complexo urbano cujo programa de edificações oferecesse trabalho, hospitalização e moradia, conforto, espaços de lazer, esportes, parques e praças. O estilo Bangalô é uma referência constante na composição das edificações propostas.

5.2. Diretrizes construtivas e organizacionais dos Asilos Colônias paulistas

A construção dos Asilos Colônias completou o sistema profilático criado no estado de São Paulo para o combate à hanseníase. Suas implantações seguiram sistemas de zoneamentos baseados em diretrizes médicas e funcionais que distribuíram o programa de edificações entre as Zonas Sãs, Intermediárias e Doentes, segundo critérios de uso para sãos e doentes. Seguiam as diretrizes apresentadas por Adelardo Caiuby e encontradas no modelo norte-americano de Carville.

Os planos urbanos definiam áreas para moradia, trabalho, atendimento médico, esportes e lazer. Visavam criar espaços com baixas densidades populacionais, dotados de amplas áreas verdes, onde a preocupação com o índice de ocupação do território remonta às tendências urbanísticas vinculadas às questões sanitárias, em que a aglomeração de edificações era associada à estagnação do ar, à de baixa incidência solar e riscos à saúde dos ambientes.

Seus desenhos tendiam a assumir um traçado ortogonal, a ter amplas avenidas arborizadas elaboradas com a preocupação de criar visuais que favorecessem as fachadas principais de algumas edificações, principalmente igrejas.

As edificações normalmente se situavam soltas nos lotes, seguindo os alinhamentos das ruas e respeitando as insolações. Os muros, normalmente baixos, eram vazados e decorativos nas fachadas. Os recuos eram amplos, respeitando critérios de ventilação e iluminação higiênicos e, quando frontais, favoreciam as fachadas principais das edificações.

Figura 13: Cine teatro do Asilo Colônia Padre Bento



Fonte: Instituto Lauro de Souza Lima

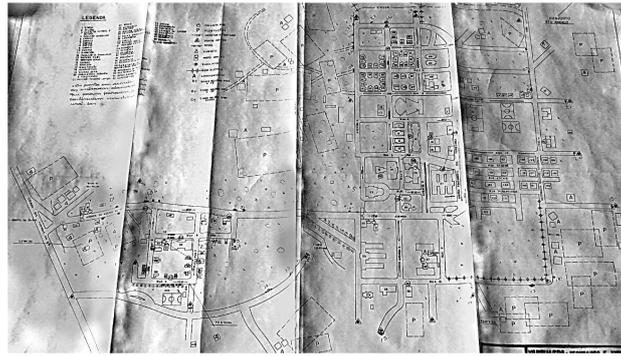
Os equipamentos de uso coletivo se apresentavam reunidos, geralmente, em torno de praças cujos desenhos eram conformados de modo que se valorizassem as fachadas dos prédios principais. Estas se situavam em pontos focais estabelecidos através de amplas ruas. Pátios em frente às edificações também eram criados como forma de valorizar suas implantações.

As habitações eram agrupadas seguindo suas tipologias, formando núcleos habitacionais distintos e que ocupavam, normalmente, grandes áreas. Existiam as habitações coletivas, definidas como pavilhões, que ocupavam regiões próximas aos equipamentos coletivos; as habitações geminadas, oferecidas pela instituição para grupos de mesmo sexo ou casais, as quais compunham núcleos disseminados; as habitações individuais construídas por particulares, seguindo parâmetros previamente estabelecidos, normalmente em zonas privilegiadas; as habitações de aluguel e os pensionatos, disseminados entre as demais.

Os atendimentos médicos e hospitalares se distribuíam em edificações, comunicantes, compondo um bloco na Zona Intermediária. Os serviços de abastecimento de água ocupavam áreas com topografias favoráveis aos seus funcionamentos. Os cemitérios, criadouros, serviços de tratamento de esgoto e de incineração de lixo ficavam distantes das demais ocupações.

O primeiro Asilo Colônia, inaugurado em 1928, foi o Santo Ângelo, formado por cerca de mil hectares situados a 35 km da cidade de São Paulo e a 8 km de Mogi das Cruzes, próximo à estação férrea de Santo Ângelo.

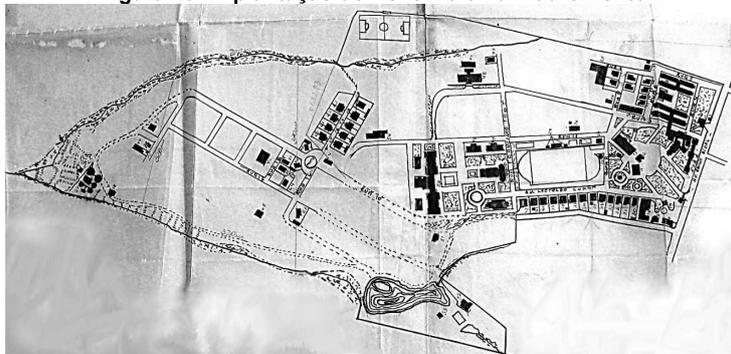
Figura 14: Implantação do Asilo Colônia Santo Ângelo



Fonte: Ana Paula S. da Costa

Fundado também em 1928, o segundo estabelecimento destinado à rede de asilamento foi o Sanatório Padre Bento, situado no Município de Guarulhos, a 20 km do centro de São Paulo.

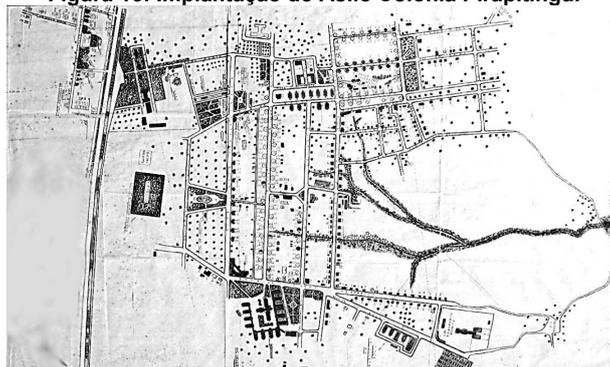
Figura 15: Implantação do Asilo Colônia Padre Bento



Fonte: Ana Paula S. da Costa

O terceiro Asilo Colônia, o Pirapitingui, foi inaugurado em 1932, equidistante 9 km do município de Casa Branca e de Vargem Grande, apresentando capacidade para internar mais de três mil hansenianos em aproximadamente mil hectares.

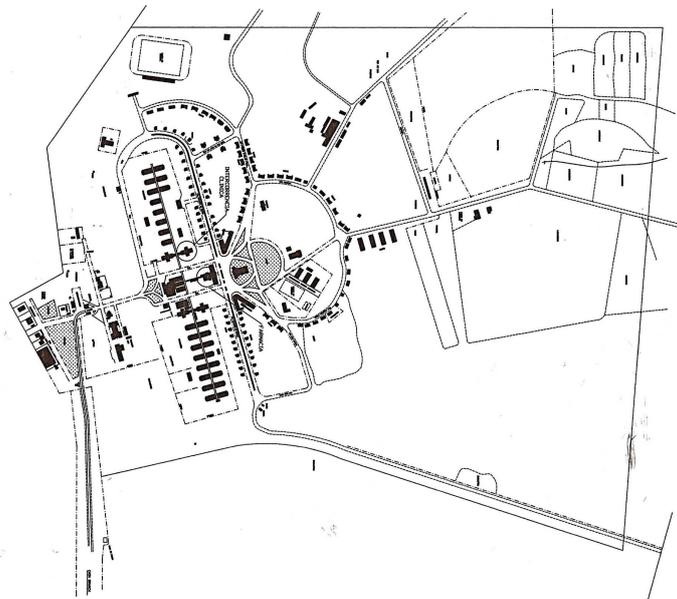
Figura 16: Implantação do Asilo Colônia Pirapitingui



Fonte: Ana Paula S. da Costa

Foi inaugurado em 1932, o Asilo Colônia Cocaes equidistante 9 km do município de Casa Branca e de Vargem Grande, apresentando capacidade para internar mais de três mil hansenianos em aproximadamente mil hectares.

Figura 17: Quadra de basquete do Asilo Colônia Cocaes

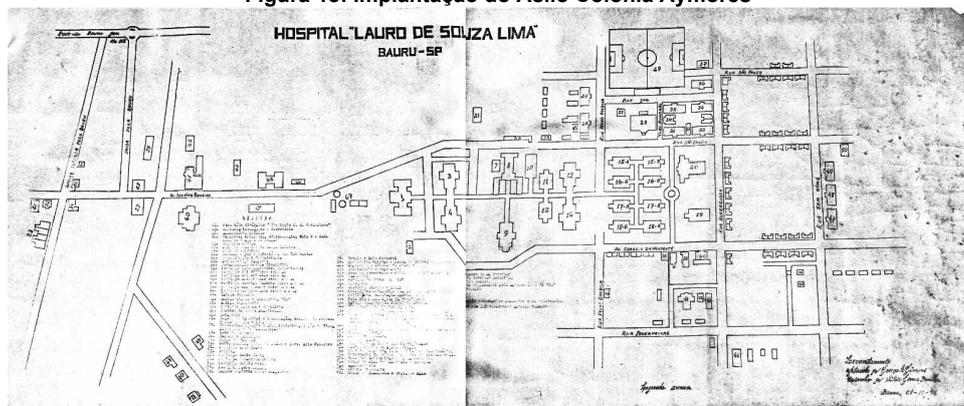


Fonte: Ana Paula S. da Costa

O Asilo Colônia Aymorés, situado a 12 km da cidade de Bauru, próximo à estação ferroviária Aymorés, foi inaugurado em 1933, possuindo 775 hectares.

“O ‘Aimorés’ passou a ser uma espécie de ‘Asilo-Colônia Modelo’, para onde eram levadas as visitas importantes do Serviço Oficial” (MONTEIRO, 1995, p. 110).

Figura 18: Implantação do Asilo Colônia Aymorés



Fonte: Ana Paula S. da Costa

REFERÊNCIAS:

ARAÚJO, H.C.S. **Um Leprosario modelo**. Revista de Higiene e Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1928. ano 2, n.4, p.189-205.

BENEVOLO, L. **História da cidade**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

CAIUBY, A.S. **Projecto da leprosária modelo nos campos de Santo Angelo**. São Paulo: E.Riedel, 1919.

CAMPOS, C. **São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925 – 1945)**. São Carlos: RiMa, 2002.

CASTAÑEDA, L.A. **Eugenia e casamento**. História, Ciências, Saúde -Manguinhos, Rio de Janeiro, 2003, v.10, n.3, p. 901-930.

- CASTRO, E.A. **A Arquitetura do isolamento em Curitiba na república velha**. Curitiba: E.A.de Castro, 2004.
- CHOAY, F. **O Urbanismo**. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- CORREIA, T.B. **A Construção do habitat moderno no Brasil (1870 – 1950)**. São Carlos: RiMa, 2004.
- _____. **Pedra: plano e cotidiano operário no sertão**. São Paulo: Papirus, 1998.
- CURI, L.M. **Defender os sãos e consolar os lázaros: lepra e isolamento no Brasil, 1935/1976**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.
- GAILLAC, H. **Les Maisons de correction (1930-1945)**. Paris: Cujas, 1991.
- GANDRA JÚNIOR, D.S. **A Lepra – uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 1970.
- GREENE, L.W. **Exile in paradise: the isolation os Hawai’l’s leprosy victims and development of Kalaupapa settlement, 1865 to the present**. Denver: [s.n.]. 1985
- GOFFMAN, E. **As Características de instituições totais**. In: ETZIONI, A. Organizações complexas: estudo das organizações em face dos problemas sociais. São Paulo: Atlas, 1976. p.294–331.
- HOCHMAN, G. **A Era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: HUCITEC; ANPOCS, 1998.
- MARKUS, T. **Building and power: freedom and control in the origino f modern building types**. London: Routledge, 1993.
- MAURANO, F. **História da lepra em São Paulo**.São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939
- MONTEIRO, Y.N. **Da Maldição divina a exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- MOTA, A. **Tropeços da medicina bandeirantes: medicina paulista entre 1892-1920**. São Paulo: EDUSP, 2005.
- OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de Hansenologia**, ed 1. São Paulo. Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.
- PERROT, M. **Os Excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
- SANTOS, R.A. **Lobato, os jecas e a questão racial no pensamento social brasileiro**. Achegas, 2003, n.7.
- SILVA, M.V. **Naturalismo e biologização das cidades na constituição da idéia de meio ambiente urbano**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo
- TICLI, K.K. **As Instituições e a cidade do século XX: uma análise da arquitetura disciplinar na cidade de Ribeirão Preto**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Pulo, São Carlos, 2000.
- WARD, S.V. **The Garden city: pats, present and future**. Cambridge: Oxford University Press,1992.