



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

Livia Gaby Costa

Sanatório Domingos Freire: memória da exclusão e a criação de novos
espaços urbanos na 1ª légua de Belém

Belém
2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

Livia Gaby Costa

Sanatório Domingos Freire: memória da exclusão e a criação de novos espaços urbanos na 1ª légua de Belém

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Arquitetura e Urbanismo. Área de concentração: Análise e Concepção do Espaço Construído na Amazônia; linha de pesquisa: Arquitetura, desenho da cidade e desempenho ambiental.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Cybelle Salvador Miranda

Belém
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará Gerada automaticamente pelo módulo
Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C837s Costa, Livia Gaby

Sanatório Domingos Freire: Memória da exclusão e a criação de novos espaços urbanos na 1º
légua de Belém / Livia Gaby Costa. — 2019.
155 f. : il. color.

Orientador(a): Profª. Dra. Cybelle Salvador Miranda Dissertação (Mestrado) - Programa de
Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Instituto de Tecnologia, Universidade Federal do
Pará, Belém, 2019.

1. Sanatório. 2. arquitetura. 3. etnografia. 4. memória. 5. Belém-PA.. I. Título.

CDD 725.51

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

Livia Gaby Costa

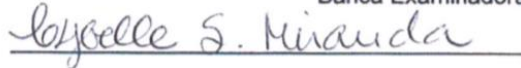
Sanatório Domingos Freire: memória da exclusão e a criação de novos espaços urbanos na 1ª légua de Belém

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Arquitetura e Urbanismo. Área de concentração: Análise e Concepção do Espaço Construído na Amazônia; linha de pesquisa: Arquitetura, desenho da cidade e desempenho ambiental.

Orientadora: Profª. Drª. Cybelle Salvador Miranda

Data: 19/03/2019

Banca Examinadora:



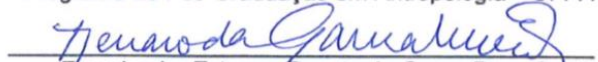
Presidente: Cybelle Salvador Miranda
Doutora em Antropologia/UFGA
Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo - UFGA



Examinador Interno: Juliano Pamplona Ximenes Ponte
Doutor em Planejamento Urbano e Regional / IPPUR-UFRJ
Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo - UFGA



Examinador Externo: Jane Felipe Beltrão
Doutora em História/UNICAMP
Programa de Pós-Graduação em Antropologia - UFGA


Examinador Externo: Renato da Gama-Rosa Costa
Doutor em Urbanismo / PROURB - UFRJ
Fundação Oswaldo Cruz

Belém
2019

AGRADECIMENTOS:

Agradeço à minha orientadora Cybelle Salvador Miranda por aceitar meu tema de pesquisa, auxiliando-me no engrandecimento acadêmico, e pelo exemplo de profissionalismo, sempre disponível a orientar-me nesse percurso. Agradeço também ao acolhimento no Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural (LAMEMO), juntamente com o professor Ronaldo Marques de Carvalho, pelas contribuições e alegria que contagia o ambiente.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa concedida para realização de meus estudos.

Ao Hospital Universitário João de Barros Barreto, seus funcionários e todos que dão vida ao cotidiano da instituição, sem os quais esta pesquisa não seria possível.

A minha mãe, Ylza Gomes Gaby, por todo amor e companheirismo, por ser meu maior exemplo de vida, me apoiar em todas minhas escolhas pessoais e profissionais, vibrando em cada passo dado, mesmo à distância. Ao meu pai, Aluizio Neves Costa, à minha avó, Ilva Gomes Gaby, as minhas primas, tios e tias.

Aos meus companheiros: Breno Roberto Machado Paes, Rafael Sampaio, Eliane Vidal, Michel Sampaio, Lamara Lobo, Emeline Gaby, por toda paciência e companheirismo nesses anos de pesquisa.

Aos queridos amigos do laboratório, Luiz Henrique Rabelo, Ana Laura Melo, Larissa Leal, Wagner Ferreira, Vithória Silva, Salma Nogueira, Dinah Tutyia e Zâmara Lima, por todo carinho, amizade e auxílio na pesquisa.

Ao professor José Maria Abreu Junior, pelo excepcional material disponibilizado a mim, e por mostrar-se sempre disponível a me ajudar no que fosse preciso.

Ao professor Raul Ventura Neto por acreditar em mim e me impulsionar a seguir o caminho da docência.

Aos professores e colegas do PPGAU-UFPA, em especial ao professor Juliano Ximenes, à professora Jane Felipe Beltrão do PPGA-UFPA, pelas acertadas colocações apontadas na banca de qualificação.

E todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1 - Bairro pobre de Londres “Dudley Street” em 1872, gravura de Gustave Doré	19
Figura 2 – Figura 2: Planta da estrutura do panóptico idealizada por Jeremy Bentham	31
Figura 3 - Conjunto de pavilhões da Colônia Juliano Moreira, Rio de Janeiro	33
Figura 4 - Enfermaria Nightingale	34
Figura 5 - Fachada contemporânea do Pavilhão D, contendo traços original	36
Figura 6 - Professor Bissaya Barreto na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, na década de 1930	41
Figura 7 – Hospital-Sanatório da Colonia Portuguesa no Brasil	43
Figura 8 - Galeria de cura ao sol para mulheres no Sanatório Marítimo de São José, em Barcelona	44
Figura 9 - Vista aérea do Sanatório Vicentina Aranha	45
Figura 10 - Asilo da Mendicidade (1901)	57
Figura 11 - Foto do Hospital Juliano Moreira, nome incorporado ao Hospício dos Alienados em 1937	57
Figura 12 - Fotografia dos três pavilhões dos homens no Asylo de leprosos do Tucunduba	58
Figura 13 - Hospital São Sebastião	61
Figura 14 - Hospital São Roque	62
Figura 15 - Vista aérea do Sanatório Domingos Freire em vermelho, Hospital São Roque em azul e enfermaria do São Sebastião em laranja-1959	63
Figura 16 - Planta do Hospital de Isolamento Domingos Freire	66
Figura 17 - Vista aérea do Sanatório Vicentina Aranha	68
Figura 18 - Disposição das edificações do Sanatório Vicentina Aranha	68
Figura 19 - Anexos ao edifício do Sanatório Domingos Freire	69
Figura 20 - Disposição das edificações do Hospital de Isolamento de Belém	70
Figura 21 - Planta do Sanatório do Sindicato dos Trabalhadores de Teatro de São Paulo	71
Figura 22 - Enfermaria do Sanatório Vicentina Aranha	71
Figura 23 - Esquadrias articuláveis do Sanatório Vicentina Aranha usadas para o fechamento das enfermarias	73
Figura 24 - Hospital de Isolamento Domingos Freire	74

Figura 25 - Desenho da fachada do Sanatório do Sindicato dos Trabalhadores de Teadro de São Paulo	74
Figura 26 - Hospital de Isolamento Domingos Freire	77
Figura 27 - Bonde adaptado da “Pará Eletric” para transporte dos pacientes de febre amarela ao Hospital Domingos Freire	85
Figura 28 - Hospital Universitário João de Barros Barreto	89
Figura 29 - Foto do Sanatório Barros Barreto, onde pode ser visto acima e à esquerda o Sanatório Domingos Freire, situado no retângulo vermelho	90
Figura 30 - Hospital Universitário João de Barros Barreto atualmente	91
Figura 31 - Entorno do HUUJBB composto pela Tv. Barão de Mamoré, Rua dos Mundurucus e Alameda dos Arcanjos	91
Figura 32 - Antigo portão de entrada do Hospital Domingos Freire	93
Figura 33 - Percurso no entorno do Hospital Universitário João de Barros Barreto, realizado na primeira pesquisa de campo	95
Figura 34 - Calçada da Mundurucus adjacente ao muro do Hospital	96
Figura 35,36 - Alameda dos arcanjos e a calçada adjacente ao muro do Hospital Universitário João de Barros Barreto	98
Figura 37 - Calçada do outro lado da vida da Alameda dos Arcanjos	98
Figura 38 - Alameda dos arcanjos e as ruas perpendiculares a ela, Alameda “C” e Alameda “B”	99
Figura 39 - Árvore da Alameda dos Arcanjos circundada por entulho	99
Figura 40 - Alameda Dona Marilda Nunes	100
Figura 41 - Alameda “B”	101
Figura 42 - Residência na via sem pavimentação	101
Figura 43 - Vista do outro lado da Rua dos Mundurucus da entrada do Hospital Universitário João de Barros Barreto	101
Figura 44 - Barracas de comida adjacentes ao muro do HUUJBB	102
Figura 45 - Imagem da Rua Barão de Mamoré e a Lanchonete Café e cia na esquina com a rua dos Mundurucus, ao lado a Frutaria “sê tú uma benção” e o restaurante e sorveteria à esquerda	103
Figura 46, 47, 48 - Prédio, residências e o muro do cemitério Santa Isabel na Tv. Barão de Mamoré	103
Figura 49 - Entulho amontoado na calçada paralela ao muro do cemitério Santa Isabel	104

Figura 50 - Antigo portão de entrada do Hospital Domingos Freire	105
Figura 51 - Barraca de água de coco do vendedor João	106
Figura 52 - Rosilda, vendedora de uma das barracas de comida paralelas ao muro do Hospital	108
Figura 53 - Estátua de São Sebastião localizada no interior do HUJBB	115
Figura 54 - Hospital Sanatório Santa Maria	118
Figura 55 - Sanatório Barros Barreto e à sua esquerda Sanatório Domingos Freire	119
Figura 56 - Exemplo de esquema elaborado a partir das metáforas identificadas no discurso da antiga funcionário do HUJBB Iolete	139
Figura 57 - Resultado percentual referente aos metáforas mencionados nos discursos colhidos em campo	141

LISTA DE TABELAS:

Tabela 1 – Tabela de mortalidade da febre amarela, cólera e varíola entre os anos de 1850 a 1905	21
Tabela 2 - Registro de movimentação de pacientes no Hospital Domingos Freire de julho de 1904 a junho de 1905	83
Tabela 3 - Óbitos por tuberculose em Belém (1904 a 1911)	87
Tabela 4 - Mapa referente a soma da quantidade de palavras encontradas nas narrativas dos atores, conforme as metáforas encontradas nos discursos	140

LISTA DE MAPAS:

Mapa 1 - Mapa com a delimitação dos Núcleos da saúde	54
Mapa 2 - Cidade de Belém em 1905	55
Mapa 3 - Planta do levantamento procedido nos terrenos de propriedade da Santa Casa de Misericórdia do Pará, no bairro do Guamá em Belém, recorte específico nas proximidades do Hospital Barros Barreto em 1962	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

ANT - Assistência Nacional aos Tuberculosos

BCG – Vacina contra a tuberculose Bacilo de Calmette-Guérin

CONDEPHAAT - Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica

HUJBB – Hospital Universitário João de Barros Barreto

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IML – Instituto Médico Legal

LAMEMO – Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural

FADESP – Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa

RESUMO:

Esta pesquisa analisa a relação entre a história da assistência à saúde e a arquitetura, aprofundando o olhar sobre o início da construção dos sanatórios e a forma que passam a ser necessários diante de mudanças políticas, econômicas e culturais da sociedade, consolidando-se no Brasil e chegando, conseqüentemente, a cidade de Belém do Pará que inaugura em 1901 o Sanatório Domingos Freire. Tem-se por objetivo estudar a memória do Sanatório Domingos Freire, pelos vestígios presentes, vislumbrando compreender como o espaço é rememorado atualmente e como é parte da trajetória de mudanças urbanas da cidade de Belém, da cultura médica e paraense. Esse passado foi trabalhado, experienciando o *locus* de existência do Sanatório Domingos Freire, terreno hoje do Hospital Universitário João de Barros Barreto, por meio da etnografia, chegando à conclusão, nas narrativas dos agentes sociais, que o apagamento material do primeiro sanatório da capital paraense silenciou sua memória. No entanto, ainda hoje, os estigmas relacionados à instituição vivem no imaginário da população em relação ao HUJBB, demonstrando o importante valor documental do Hospital de Isolamento Domingos Freire para compreensão da memória da cidade de Belém.

Palavras-chaves: Sanatório, arquitetura, etnografia, memória, Belém-PA.

ABSTRACT:

This research analyzes the relationship between the history of health care and architecture, deepening the view on the beginning of the construction of sanatoriums and the way they are needed in the face of political, economic and cultural changes in society, consolidating in Brazil and, consequently, the city of Belém do Pará, inaugurating the Domingos Freire Sanatorium in 1901. The purpose of this study is to study the memory of the Domingos Freire Sanatorium, through the vestiges present, aiming to understand how space is currently remembered and how it is part of the urban changes trajectory of the city of Belém, the medical and Pará culture. This past has been worked out, experiencing the locus of existence of the Domingos Freire Sanatorium, a site of the University Hospital João de Barros Barreto, through ethnography, arriving at the narratives of the local actors that the material erasure of the first sanatorium of the capital of Pará he silenced his memory. However, even today, the stigmas related to the institution live in the imaginary of the population in relation to the HUUJBB, showing the important documentary value of the Hospital of Isolation Domingos Freire to understand the memory of the city of Belém.

Keywords: Sanatorium, architecture, ethnography, memory, Belém-PA.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. REVISANDO OS CAMINHOS PERCORRIDOS: DAS EPIDEMIAS AOS HOSPITAIS DE ISOLAMENTO:	18
1.1 EPIDEMIAS	18
1.2. AS PERSPECTIVAS DE COMBATE AS EPIDEMIAS: AS MUDANÇAS NA MEDICINA, NOS TRATAMENTOS, NAS CIDADES E SOCIEDADE	23
1.3. AS INSTITUIÇÕES TOTALIZANTES	28
1.4. OS SANATÓRIOS	37
2 A ANTE-CAMARA DA MORTE: SANATÓRIO DOMINGOS FREIRE, DA CONSOLIDAÇÃO À SUBSTITUIÇÃO PELO SANATÓRIO BARROS BARRETO	48
2.1. BELEM DA BELLE EPOQUE	48
2.2. A SEGREGAÇÃO DOS “INAPTOS” À MODERNIDADE PARAENSE: POSTURAS MUNICIPAIS, EPIDEMIAS, INSTITUIÇÕES DE ISOLAMENTO	52
2.3. O SANATÓRIO DOMINGOS FREIRE	60
3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: OS INDÍCIOS DO PASSADO	90
3.1. A PESQUISA DE CAMPO	90
3.2 A PAISAGEM EM QUE SE INSERE O HUIBB	94
3.3. OS NARRADORES DO ENTORNO	105
3.4. O PASSADO EDIFICADO: RECONHECENDO O CAMPO	111
3.5. QUESTIONÁRIO AOS TRANSEUNTES	135
3.6. A ANÁLISE DO DISCURSO	137
3.7. ARQUIVO MNEMÔNICO	138
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
REFERENCIAS	148

INTRODUÇÃO:

Os espaços construídos pelos homens, guardam, através de sua materialidade, a memória das práticas sociais dos indivíduos que ali convivem (BÓGEA, 2015). Os hospitais e as alterações que se deram no decorrer dos séculos em suas configurações espaciais representam, não só as mudanças na cultura médica, como as relações sociais que levaram ao nascimento do hospital moderno em fins do século XVIII, até a complexidade das estruturas de saúde atuais.

Os estudos que permitiram pensar a relação do projeto hospitalar em consonância com a sociedade em que se inserem são recentes, aos quais se incorpora essa dissertação, por meio do projeto “Rede Brasil- Inventário Nacional do Patrimônio Cultural da Saúde: bens edificados e acervos na cidade de Belém, PA” coordenado pela professora Cybelle Salvador Miranda e Jane Felipe Beltrão. O projeto iniciou-se em 2009, e está, segundo Miranda e Monteiro (2016, p, 5-6), “entre as ações prioritárias definidas no âmbito da Rede Latino-Americana de História e Patrimônio Cultural da Saúde, criada em 2005, iniciativa coordenada pelos ministérios da Saúde do Brasil e do Chile, Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz e BIREME-OPAS”:

Podemos, de fato, pensar nos hospitais como bens de saúde privilegiados em ações de patrimonialização (...) mas cuja forma-função impõe desafios sobre sua conservação, reconversão e uso. “Numa perspectiva histórica, cultural e social, o desenvolvimento de técnicas adequadas à reabilitação, conservação e a um ambiente construído sustentável, implica uma reflexão sobre os edifícios da saúde’, como nos sugere Tostões e colaboradores (2015:5). Independentemente de seu caráter *patrimonializável*, os hospitais carecem de estudos que valorizem seu papel institucional na história moderna e contemporânea (MIRANDA; COSTA, 2018, p. 20).

Por isso, o esforço da Fiocruz e das instituições parceiras na condução da Rede Brasil de Patrimônio Cultural da Saúde (MIRANDA; COSTA, 2018). E é por meio desse projeto, que me ambientei aos estudos realizados no Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural (LAMEMO) sobre o Patrimônio da saúde, ao ingressar no Programa de Pós-Graduação de Arquitetura e Urbanismo com um pré-projeto que tinha como objetivo estudar a relação da política higienista na consolidação das instituições totalizantes de saúde na capital paraense.

Apreendi, então, por meio dos artigos sobre as instituições de saúde na cidade de Belém, a importância do patrimônio da saúde como “receptáculo de memória e da história da cidade, da medicina, da assistência e mesmo da Arquitetura, como objeto que nos ensina sobre os modos de pensar e viver das gerações passadas” (MIRANDA E MONTEIRO, 2016, p. 16). Percebendo as edificações assistenciais como parte da memória local e da cultura do povo paraense.

A disciplina “Memória e Patrimônio Arquitetônico”, ministrada por minha orientadora, permitiu então, por meio das bibliografias de Pollak (1989); Bogéa (2009), Assman (2003), Le Goff (2003), avançar minha compreensão em relação a memória oficial, parte de uma construção que opta por lembrar as vitórias, apagando as humilhações. Diante disso, objetivando pesquisar as instituições totalizantes, mais propriamente os hospitais de isolamento, percebi a necessidade de trabalhar além dos documentos oficiais, estudando a memória como meio de entendimento desses ambientes, que, devido a segregação, face aos preconceitos, apresentam uma história negligenciada, perceptível no silêncio das fontes documentais em relação aos protagonistas do evento (BELTRÃO, 1999).

Portanto, após a escolha de associar minha pesquisa à memória, atentei-me também a importância de focar meu estudo em apenas um hospital, por conta da inviabilidade de pesquisa de todas essas instituições no período de tempo disponibilizado pelo programa. Sendo assim, optei pela pesquisa da arquitetura assistencial do Sanatório Domingos Freire objetivando estudar sua memória, pelos vestígios presentes, vislumbrando compreender como esse espaço é rememorado atualmente e como faz parte da trajetória de mudanças urbanas da cidade de Belém, da cultura médica e paraense.

O Sanatório Domingos Freire surgiu em fins do século XIX, período no qual a capital paraense, no auge da exploração gomífera, desenvolveu sua modernização inspirada nos moldes europeus. A consequente ascensão econômica, devido ao “boom” da borracha, permitiu a prosperidade de Belém, que, como expõem Miranda *et al.* (2015), passava por um processo de embelezamento e ordenamento do espaço urbano.

O período áureo da Amazônia, segundo Sarges (2010), canalizou os excedentes de sua economia em direção aos cofres públicos, tornando propícia aos governantes a implementação de medidas higienistas, instaurando-se na capital Posturas Municipais, responsáveis por alterar do traçado urbano à vida em comunidade, implantando em Belém o urbanismo sanitista que apresentava como foco a eliminação de epidemias do centro urbano.

Nesse contexto, de segregação de doenças inaptas ao projeto modernizador de Belém, que o Sanatório Domingos Freire é projetado, procurando segregar, *a priori*, os doentes de febre amarela e posteriormente os tuberculosos. O espaço consolidou-se na exclusiva região do Tucunduba, onde diversos modelos assistenciais com mesmo objetivo erguiam-se como o Asilo das Madalenas, o Asilo Santa Teresinha e o Leprosário do Tucunduba.

O olhar a esse espaço assistencial segregacionista levou a consolidação de uma arquitetura destinada à reclusão. Arquitetura que se apresenta como testemunho material de um período no qual o conhecimento médico, como expõe Beltrão (1999), confundia-se à moralidade, e não se relacionava a conhecimentos empíricos relevantes, explicando as epidemias, segundo Bertolli Filho (1992) pelos “deslizes” da população nas práticas básicas de higiene.

O estudo do Sanatório Domingos Freire permitiu então ampliar a noção de arquitetura como vestígio dos processos de tratamento dos pacientes, bem como, do convívio social em Belém nos séculos XIX e XX, entendendo “a arquitetura como documento, e como espaço-palco de relações sociais” (MIRANDA, 2010, p.3). Possibilitou, ainda, a compreensão sobre como o processo de modernização da cidade, situando manicômios, hospitais, cemitérios e presídios distantes do centro, influenciou a expansão urbana da capital para regiões pouco habitadas, como o Tucunduba.

Afinal, a consolidação do Sanatório Domingos Freire no Tucunduba levou a essa região periférica infraestrutura para atendimento dos pacientes, influenciando posteriormente a expansão urbana da cidade à primeira légua patrimonial. Sendo assim, esse itinerário da “saúde”, pode, segundo Miranda *et al.* (2015), subsidiar ações que venham a valorizar o estudo dos espaços de saúde como parte da memória da cidade.

Nessa perspectiva, utilizei como metodologia a pesquisa bibliográfica dos trabalhos e estudos acerca das epidemias, da assistência à saúde e os hospitais. Posteriormente, a pesquisa documental, das “publicações oficiais” acerca da belle époque em Belém, da política higienista, e os espaços de assistência à saúde, prioritariamente o Sanatório Domingos Freire, consultando os periódicos que se encontram no Acervo Biblioteca Nacional na Hemeroteca Digital e em Microfilme, no Acervo da Biblioteca Arthur Vianna, da Fundação Cultural do Estado do Pará.

Procurando na memória do Sanatório Domingos Freire indícios que possibilitem escavar o passado a partir dos vestígios do presente, optei também pelo uso da etnografia para entender, com olhar minucioso, a memória dos esquecidos, afinal, como expõe Benjamin (2004, p. 219) “quem procura aproximar-se do seu próprio passado soterrado, tem de se comportar como um homem que escava”.

Englobando ao estudo a memória desse espaço apagado materialmente na atualidade, e, sendo a memória, segundo Nora (1993), um fenômeno atual, enraizado no concreto, no espaço, no objeto, trabalhei esse passado, experienciando o *locus* de existência do Sanatório Domingos Freire, terreno hoje do Hospital Universitário João de Barros Barreto

O método etnográfico, a vivência atual do HUUJBB, e o diálogo de seus transeuntes, funcionários e pacientes, permitiram compreender “a dimensão simbólica presente nas vivências das pessoas no usufruto do espaço, assim como nos aspectos do próprio espaço” (TUTYA, 2013, p.31).

Adentrar as relações simbólicas locais, por meio das narrativas dos agentes sociais que vivenciam atualmente o HUUJBB, permitiu captar a memória existente hoje em relação ao Sanatório Domingos Freire, e ainda, se a desocupação e demolição de seu edifício refletiram, não só no silenciamento das fontes documentais em relação aos protagonistas, como também na ruptura completa com tudo que o espaço representava.

Distribuída em três capítulos, esta dissertação inicialmente buscou por meio da pesquisa bibliográfica, analisar a relação entre a história da assistência à saúde e a arquitetura, aprofundando o olhar sobre a necessidade dos hospitais

de isolamento e dos sanatórios diante das mudanças políticas, econômicas e culturais da industrialização.

O segundo capítulo, por meio da pesquisa bibliográfica e documental, analisa a implantação do primeiro sanatório na cidade de Belém, em 1901, o Sanatório Domingos Freire, e as mudanças no decorrer de sua existência que levaram a sua substituição pelo Sanatório Barros Barreto e posterior demolição.

Já o terceiro capítulo se dedica às apreensões realizadas na pesquisa de campo (método etnográfico) e as narrativas colhidas (análise do discurso e arquivo mnemônico) procurando apreender a memória sobre o Hospital de Isolamento Domingos Freire e as relações simbólicas locais do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

CAPITULO 1: REVISANDO OS CAMINHOS PERCORRIDOS: DAS EPIDEMIAS AOS HOSPITAIS DE ISOLAMENTO

1.1. EPIDEMIAS:

As manifestações de doenças para o homem primitivo eram consideradas deliberações divinas, faziam parte do plano mítico, e a cura também deveria ser buscada nessa dimensão. Nas civilizações egípcias e do Médio Oriente o lado religioso é posto em segundo plano e surge a necessidade de criar espaços destinados ao tratamento de epidemias. Seria, portanto, a gênese do que hoje conhecemos como hospital (MENDONÇA, FOGAÇA, ARAÚJO, 2014).

Na Grécia Antiga surgiu a medicina (pré) científica, e a busca pela compreensão racional das epidemias (MENDONÇA, FOGAÇA, ARAÚJO, 2014). Hipócrates (460-380 a.C.), considerado pai da medicina, segundo Martelli (1997), que detalha em sete livros as descrições clínicas das doenças infectocontagiosas, além da obra “Ares, águas e lugares”, em que o pesquisador estabelece relações entre os problemas da saúde humana e os elementos do meio (MENDONÇA, FOGAÇA, ARAUJO, 2014).

Na Idade Média, no entanto, ocorre um retrocesso, a influência do cristianismo associa novamente as doenças a castigos divinos e fenômenos sobrenaturais, englobando nesse viés, bruxarias, envenenamento de poços por leprosos, enfim, questões místicas ligadas às epidemias que, nesse período, faziam estragos, como a Peste Negra que no século XIV dizimou metade da população europeia:

A abordagem das “epidemias”, como problemas de saúde pública, pautada na contagem dos casos de doença, taxas de adoecimento em nível populacional e intervenções em grande escala, aparece no século XVIII, período classificado pelos historiadores da saúde pública de “Moderna Estatística Sanitária” (ROSEN, 1994 *apud* MARTELLI, 1997, p. 2).

No século XVIII, com a Revolução Industrial, aumentou o número de pessoas nos centros urbanos, alterando as cidades que se tornam ambientes de grande contingente populacional. A falta de infraestrutura das mesmas para

amparar o grande número de indivíduos ocasionou insalubridade, tornando-as ambientes propícios ao desencadeamento e propagação de doenças. Segundo Monteiro (2009, p. 15) “as condições débeis das urbes, associadas às grandes cargas horárias de trabalho das classes mais desfavorecidas, contribuíam para uma fragilização do sistema imunológico” da população, acentuada pelas péssimas condições de moradia, higiene e trabalho nas cidades, como demonstra Ferreira (2005, p. 24-25):

Esta população deslocada, dada a sua penúria econômica vive em casas com dimensões reduzidas, mal ventiladas, a maior parte sem água canalizada nem redes de esgotos. [...] As cidades a braços com uma elevada densidade populacional; com estrumeiras junto das habitações; com ruas empestadas de águas insalubres mais parecendo esgotos, propicia as condições ideais para que os germes responsáveis por muitas doenças, como a tuberculose, se desenvolvam e as doenças contagiosas se manifestem com maior expressividade.

Figura 1: Bairro pobre de Londres “Dudley Street” em 1872, gravura de Gustave Doré.



Fonte: BENEVOLO (1983, p. 16).

Na Grã-Bretanha, no século XVIII, a varíola se torna endêmica, sendo uma das principais causas de óbitos entre crianças. Em Londres, de 1831 a 1832 a cólera dizimou parte da população, devido à falta de saneamento nos distritos mais pobres da cidade (MARTELLI, 1997).

No século XIX, a movimentação cada vez maior de gente e mercadorias pelo mundo impulsionou a propagação global de moléstias antigas e de novas enfermidades. No Brasil, embarcações traziam inúmeros imigrantes, e Beltrão (1999) afirma que as péssimas condições das mesmas favoreciam o desenvolvimento e transmissão de doenças entre seus ocupantes, facilitando a introdução de várias epidemias nos portos das distintas capitais.

A proclamação da República no Brasil, em 1889, teve como cenário esse contexto mundial, no qual “era preciso derrotar as epidemias que assolavam a nova República”. Como expõe Costa (2011, p. 82), as mesmas atingiam diretamente a economia agrária, tornavam as cidades e os portos lugares perigosos, afetando o progresso do país:

Entre 1850 e 1899, a febre amarela matou oficialmente 56.436 pessoas apenas no Rio de Janeiro, enquanto a varíola causava outras 23.448 mortes. Durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), navios estrangeiros trouxeram ao País a terrível gripe espanhola, que matou centenas de milhares de pessoas (COSTA, 2011, p. 82).

A cidade de Belém, nesse ínterim, sempre esteve naturalmente suscetível a determinadas doenças, que, segundo os discursos do governo e dos médicos da Comissão de Higiene, eram propiciadas diretamente pelos fatores ambientais da cidade:

Nesse sentido, influenciados por uma tradição médica neo-hipocrática, durante muito tempo tornou-se lugar comum entre os médicos a idéia de que o estado de saúde da população de um determinado lugar estava relacionado com a dinâmica dos elementos constitutivos da natureza – ar, água, terra e fogo (COSTA, 2006, p. 21).

Essas doenças que se davam todos os anos devido as condições climáticas paraenses, “bronchites, as pleurisias, as pneumonias, as tuberculosas pulmonares, [...] o reumatismo articular, as febres intermitentes e remittentes”¹, estavam em consonância com o que os médicos do período julgavam conhecer e manter sob controle, diante das terapêuticas utilizadas e, por conta disso,

¹Ofício da Comissão de Higiene Pública e da Comissão de Socorros Públicos. Fundo: Secretaria da Presidência da Província. Série: 13 Ofícios. Ano 1850-1855. Caixa 141. Pasta 1853. Documento nº 27. Arquivo Público do Estado do Pará (APEP).

esses males pareciam não representar graves problemas à saúde pública (COSTA, 2006).

Os perigos à saúde da sociedade paraense pareciam revelar-se nas epidemias excepcionais, como a febre amarela, varíola, cólera, que rapidamente se transformaram em males epidêmicos atingindo a capital e o interior e dizimando grande parte da população no século XIX (COSTA, 2006). Podemos ver na tabela abaixo de Vianna (1975), a mortalidade dessas doenças entre os anos de 1850 a 1905:

Tabela 1: Tabela de mortalidade da febre amarela, cólera e varíola entre os anos de 1850 a 1905

Mortos pela febre amarela	5.007
Mortos pela cólera-mórbus	1.052
Mortos pela varíola	5.299
Total	11.358

Fonte: Vianna (1975) adaptada por Gaby (2019).

Por ser uma cidade portuária, as transações econômicas da borracha ocorriam nos portos e por meio desses que diversas epidemias adentraram na capital paraense (ABREU JR. e MIRANDA, 2014). A varíola, primeiro mal devastador de Belém, de 1721 a 1733, quando controlada, surge posteriormente com um novo fator de disseminação, segundo Vianna (1975), a imigração cearense. A varíola acompanhava os retirantes e novos surtos se instalaram na capital em vários períodos.

A chegada em 24 de janeiro de 1850, da barca dinamarquesa “Pollux”, procedente de Pernambuco, disseminou a febre amarela em Belém, que assumiu rapidamente proporções epidêmicas atingindo 75% da população (MIRANDA; ABREU JR, 2014). A cólera foi trazida ao Pará também via portos, por intermédio da galera portuguesa “Defensor”, que saiu da cidade do Porto em abril de 1855 e desembarcou na capital paraense em 15 de maio do mesmo ano (VIANNA, 1975).

Essas doenças causaram grandes baixas na população e o governo provincial e imperial, voltaria sua atenção para o combate a elas, cuja expansão poderia afetar seriamente as relações comerciais brasileiras (BRITTO e CARDOSO, 1973).

As medidas de combate à disseminação de doenças surgem à princípio na Europa, e o Brasil adere às concepções internacionais que, a partir do século XVIII, voltam a considerar as teorias hipocráticas, tornando o meio fator preponderante para explicação das epidemias. Surgem então teorias na medicina que procuram compreender o impacto do meio na saúde da população (COSTA, 2002).

A teoria miasmática, de infecção do corpo humano por meio de miasmas, resultantes de emanações nocivas, que corrompiam o ar e atacavam o corpo humano se torna preponderante na classe médica. Neste contexto, medidas de controle a fatores considerados perigosos à saúde da população são adotadas, pântanos são aterrados, os ambientes insalubres expulsos e a sujeira eliminada:

A teoria miasmática exigia a adoção de medidas de saneamento, uma higiene total, uma limpeza profunda do meio físico e social, pois onde reinasse a sujeira, a concentração, o amontoamento, criava-se um ambiente propício à formação de miasmas e de doenças, fatores decisivos na mortalidade e morbidade dos habitantes. O espaço urbano foi considerado como o meio mais perigoso para a população. Cemitérios, matadouros, hospitais, cadeias, fábricas, lixões etc. foram transferidos para a periferia da cidade. Construíram-se redes de água e esgoto e passaram a fazer um controle das fontes, rios e chafarizes (COSTA, 2002, p. 64).

Surgia o movimento internacional dos “Higienistas” formado por técnicos, médicos, urbanistas, e políticos progressistas, que criaram uma nova concepção de cidade, estruturando um novo espaço urbano que visava permitir a vida saudável dos habitantes das grandes capitais. Os discursos médicos de combate às doenças ganhavam força, quando se passa, então, a medicalizar o espaço e

a sociedade, primeiramente em solo internacional. Posteriormente, o Brasil adere aos projetos higienistas da nova perspectiva industrial (CASTRO, 2004).

1.2. AS PERSPECTIVAS DE COMBATE AS EPIDEMIAS: AS MUDANÇAS NA MEDICINA, NOS TRATAMENTOS, NAS CIDADES E NA SOCIEDADE

A higiene pública, foco da política de saúde implantada na sociedade europeia no século XVIII, que propunha o ordenamento do espaço urbano e intervenções para “medicalização” da cidade se expande por toda a Europa. A Revolução Industrial, que trouxe inovações em diversos âmbitos, permitiu também o desenvolvimento de pesquisas na microbiologia e na medicina. Os avanços nessas áreas não são elaborados apenas pela procura da cura das epidemias do período, mas também, passam a ser encaradas como “um luxo obrigatório para a obtenção de prestígio na sociedade” (MONTEIRO, 2009, p. 17).

Isso ocorre, pois, as epidemias comprometiam a “ideologia de modernização” da industrialização, na medida em que prejudicavam a saúde coletiva e corrompiam o espaço urbano (CASTRO, 2004). Afinal, com o advento da Revolução Industrial a população tornava-se a “fonte geradora de riqueza”. Nesse cenário, as epidemias prejudicam a economia, atingindo a saúde coletiva, impedindo conseqüentemente o almejado progresso (BERTOLLI FILHO, 1998, p. 12).

As inovações que chegavam então às cidades “modernas” abrangiam distintos campos, culturais, sociais, econômicos e políticos, contribuindo para o advento de novas técnicas que levaram ao aperfeiçoamento de pesquisas diversas. Segundo Castro (2004), o foco na medicina e higiene permitiu que ambas as áreas apresentassem avanços significativos na virada do século. Ampliou-se o estudo e identificação das diferentes doenças, levando à definição, não somente dos tratamentos médicos, mas também da necessidade de espaços físicos com características específicas.

Anteriormente, nos séculos XVII e XVIII, a teoria médica se organizava diante de princípios inexatos, baseados em medicamentos “naturais”, não havendo medicamentos específicos que tivessem relação direta com os sintomas dos pacientes. Existia toda uma “crendice” em relação à cura, que nem a medicina e nem os médicos eram capazes de controlar (FOUCAULT, 1978).

Nesse período, segundo T.E. GILBERT, 1772 (p.3 *apud* Foucault, 1978, p. 339):

A maior parte da medicina prática está nas mãos das pessoas nascidas fora do seio da arte; as curandeiras, as damas de misericórdia, os charlatães, os magos, os vendedores de roupa usada, os hospitaleiros, os monges, os religiosos, os droguistas, ervatários, os cirurgiões, os farmacêuticos, tratam maior número de doentes e dão mais remédios que os médicos.

Devido a isso, da Antiguidade à Idade Média o auxílio a enfermos era prestado pelas ordens religiosas que trabalhavam em espaços que serviam para conforto espiritual e assistência, tanto aos doentes, quanto às camadas marginalizadas. Esses ambientes, segundo Miquelin (1992), objetivavam principalmente proteger a população, servindo como estruturas de separação e não como locais de caráter curativo. “Assim, nas sociedades ocidentais, o hospital representava a tradicional caridade cristã aos pobres” (MIRANDA; COSTA, 2018, p. 22).

É no final do século XVIII que o papel do hospital começa a ser questionado, juntamente as mudanças na concepção da assistência e o desenvolvimento de discussões sobre higiene (MIRANDA; COSTA, 2018). Surgem os hospitais especializados que articulam saber médico e funções terapêuticas, e a noção de cura ganha seu pleno sentido. Com os avanços nas pesquisas, a cura articula-se à doença, apresentando relação com os sintomas e necessidades dos pacientes (FOUCAULT, 1996).

A modernidade que chegava às áreas da saúde e se desenvolvia na Europa faz surgir, em 1875, na Inglaterra, a “medicina social”, que intervêm no espaço privado, aplicando rígidas normas de comportamento, em que a

população, principalmente as camadas mais pobres, deveriam sujeitar-se a inspeções rigorosas baseadas nas concepções higienistas (FOUCAULT, 1996).

As ações desse sistema de medicina, segundo Foucault (1996), objetivavam vigiar essas camadas marginalizadas, tornando-as mais aptas ao trabalho e menos perigosas aos mais ricos. Neste contexto “o pobre perde a sua função social e se torna perigoso, tanto por ser considerado um foco disseminador de doenças, como por tornar-se força política que é capaz de se revoltar” (COSTA, 2002, p. 65).

No século XVIII, diferentemente, os pobres não eram considerados perigosos e isso se deve a vários fatores. As cidades não apresentavam ainda um grande contingente populacional, e nelas a camada de baixa renda fazia parte da instrumentalização da vida urbana, transportavam mantimentos, conheciam a urbe, que no período não apresentava enumeração, e por conta disso, por fazer parte do cenário urbano, eram úteis e isso não era questionado (FOUCAULT, 1996).

Somente no segundo terço do século XIX, que o pobre se torna um perigo social, isso abrangia, ainda segundo Foucault (1996), diversas questões, entre elas o fato da Revolução Francesa evidenciar a população carente como força política passível de grandes revoltas. Além disso, os trabalhos prestados pelos pobres foram substituídos por sistemas postais e de carregamentos, e a cólera de 1832 que se disseminou principalmente na camada marginalizada da sociedade, apontou-a como perigo sanitário. O novo regime encontra então, como expõe Cunha (1989), nas teorias da “degenerescência” um eficaz instrumento de controle social.

O pensamento, segundo Cunha (1989, p.24), baseado nas concepções positivas da ciência, era uma forma de “justificação e estigmatização da pobreza”, pois afirmava ser a pobreza a responsável pela degeneração do proletariado e não a insalubridade dos espaços de trabalho e da cidade, assim:

O tema da multidão, da impessoalidade das relações sociais nas grandes cidades, as diversas formas da luta de classes, a resistência ao trabalho dócil e disciplinado nas fábricas, as mil formas da agitação social, o ritmo “frenético” da vida cotidiana, as reivindicações operárias, a presença da “turba” e sua inadequação aos padrões de

moralidade e higiene das classes dominantes eram temas de crescente preocupação dos políticos e dos doutores ao longo do século XIX (CUNHA, 1989, p. 25).

O pensamento social disseminado nesse período associava, então, pobreza a perigo. Acreditava-se que esses indivíduos ofereciam risco de contágio, pois, como expõe Chaulhoub (2006), os intelectuais-médicos haviam diagnosticado os hábitos de moradores pobres como nocivos à sociedade, com habitações coletivas sujas e focos de proliferação não só de epidemias como inúmeros vícios não condizentes com a “sociedade moderna”. As casas das pessoas de baixa renda, localizadas nos centros urbanos, passaram a ser demolidas, por apresentarem-se ao governo como ambientes propícios a proliferação de moléstias.

Com o olhar vinculado ao controle das doenças infectocontagiosas, o aparelho estatal utilizava-se de vias jurídicas para dar suporte a medidas que auxiliassem os objetivos médicos de prevenção e controle (CASTRO, 2004). O urbanismo sanitário adotado, ordenava o crescimento e embelezamento do espaço, passando a segregar a população de baixa renda em áreas afastadas (SEGAWA, 1999).

A proclamação da República no Brasil, em 1889, se deu em meio a essas distintas mudanças. O governo do país aderiu ao urbanismo sanitário, procurando combater as epidemias, que, como citado anteriormente, causavam transtornos também nas capitais brasileiras. O foco se tornou a modernização e questões políticas e econômicas se alteraram, constituindo-se uma nova ordem social em que a monarquia e a escravidão seriam abolidas, seguindo os padrões das grandes potências internacionais (CASTRO, 2004).

Instala-se o modelo republicano e todo discurso racionalista e progressista apresenta-se positivamente diante dos novos tempos e ideais de modernização, sendo esse o objetivo principal das questões políticas do momento. A economia do país, assim como na Europa, se consolidou no trabalho assalariado e a população se tornou fundamental ao contexto econômico do Brasil (CASTRO, 2004).

As questões sanitárias, substanciais nos âmbitos internacionais, foram introduzidas no país e o governo adere à medicina pública e medidas de higienização. O urbanismo sanitaria foi adotado nas capitais federais, aplicando medidas de saneamento dos centros urbanos, procurando adequá-los aos padrões internacionais. Objetivando assim, alcançar o almejado progresso e desenvolvimento das referências europeias (CASTRO, 2004).

O controle as doenças transmissíveis passou a acontecer através da desinfecção dos ambientes, vigilância dos casos suspeitos e isolamento compulsório dos pacientes. Diante da necessidade de isolamento, surgiram espaços específicos de segregação, que abrangeram também as questões de ordem social, como a destinação das camadas marginalizadas da sociedade (CASTRO, 2004).

A medicina social, por meio de legislação, comportou um controle médico do pobre, e, segundo Foucault (1996), implicou na justificativa de que a assistência é benéfica ao cidadão, o qual “deveria” se submeter aos vários controles médicos impostos nesse novo âmbito.

A legislação brasileira impôs, então, padrões de comportamento, que procuraram impedir a desordem social, comprometedor a ao projeto de modernidade do país, e, como expõe Castro (2004, p. 16):

Uma das instancias desse controle social eram as instituições de regime fechado para abrigo de grupos sociais. Diferentemente do que ocorria anteriormente, essas instituições atuavam na educação e correção do indivíduo e não simplesmente na sua segregação. Por intermédio de uma disciplina rígida, uma nova vida era ali imposta, baseada na educação e no trabalho, fazendo com que os estabelecimentos se transformassem também em símbolos dos novos tempos.

Criaram-se então os espaços voltados aos “infortúnios sociais”, que se consolidaram juntamente às ações sanitárias, configuradas em campanhas que intervinham no meio físico, objetivando a eliminação dos fatores preponderantes de proliferação das doenças infectocontagiosas. Instituições como penitenciárias, abrigo de menores, de mendigos, idosos, e hospitais de

isolamento, surgiram em todo o país como medida moderna e também humanitária (CASTRO, 2004).

Grandes investimentos na higiene e criação de órgãos públicos nas áreas de saúde foram feitos no final do século XIX e início do XX. No entanto, a epidemia da gripe espanhola no Brasil, em 1918, atingiu também as elites, demonstrando a fragilidade das ações sanitárias até então efetuadas pelo governo, desencadeando diversos movimentos populacionais em todo o país, demandando maior intervenção do Estado na saúde (CASTRO, 2004).

Acentuou-se, diante disso, a questão sanitária no Brasil, criando em 1920 o Departamento Nacional de Saúde, auxiliando a ação pública a aprimorar a legislação, e a ação sanitária das doenças que “ameaçavam as novas relações econômicas, tais como a varíola, a febre amarela e a peste” (COSTA, 1986, p. 100 *apud* CASTRO, 2004, p. 18). A estruturação desses serviços de saúde regulamentou a criação de uma rede física, nas quais os hospitais de isolamento passaram, a partir desse momento, a ser um ponto importante nas ações sanitárias.

Os espaços e a arquitetura passam, então, a ser utilizados para alcançar objetivos econômico-políticos, sendo responsáveis por criar a disciplina necessária imposta por essa sociedade moderna (FOUCAULT, 1996). As mudanças advindas da Revolução Industrial que chegaram às cidades e conseqüentemente ao Brasil, foram o primeiro passo de um controle social que se materializa na criação de instituições de isolamento dos grupos inaptos aos projetos progressistas

1.3. AS INSTITUIÇÕES TOTALIZANTES:

As instituições de isolamento são parte da estruturação social do período industrial, que apresentava o controle como peça-chave do sistema. “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo” (FOUCAULT, 1996, p. 47). Por meio

das leis, da polícia e agora das instituições, o sistema passa a vigiar e corrigir, agora em um espaço inspecionado e controlado, essa parte da sociedade que não se enquadrava na nova estrutura política, econômica e urbana que vigorava após a Revolução Industrial.

Esses espaços, como Goffman (1974, p. 16) expõe, apresentavam um caráter total, caracterizados pela “barreira à relação social com o mundo externo e proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos”.

Essas instituições totais, segundo Goffman (1974), podem ser enumeradas em cinco agrupamentos, primeiro, locais para cuidar de pessoas “incapazes e inofensivas”, como cegos, idosos; segundo, locais para cuidar de pessoas incapazes de cuidar de si e que são ameaça a sociedade de forma não-intencional, caracterizando então os sanatórios, manicômios, leprosários; terceiro, seriam espaços para proteger a comunidade contra os perigosos causados de forma intencional, englobando então cadeias, penitenciárias, campos de concentração; em quarto, seriam instituições voltadas a alguma área de trabalho, como quartéis, navios, escolas internas e; por fim, locais de instrução aos religiosos, como conventos, mosteiros, abadias.

A atenção dos arquitetos às necessidades desse período, de vigilância e controle, volta o foco dos mesmos para dentro das paredes de suas obras. No final do século XVIII, inicia-se, segundo Castro (2004), um processo de especialização da arquitetura, relacionado a questões da população, saúde e cidade. As transformações no saber e práticas médicas devido aos avanços nas pesquisas, identificaram o processo de propagação das doenças, que refletiu nas instituições totalizantes, principalmente às voltadas ao atendimento de doentes, como os hospitais de isolamento. Tornam-se relevantes nesses espaços questões como insolação, ventilação e dimensionamento mínimo dos ambientes, além da escolha do terreno estar relacionada ao esquadramento sanitário da cidade (FOUCAULT, 1996).

A preocupação com a circulação do ar nos edifícios hospitalares ocorreu a partir de 1772, após o incêndio do Hôtel-Dieu, se tornando uma questão fundamental nos projetos hospitalares do século XVIII e XIX, pois a teoria dos miasmas defendia que as doenças eram propagadas pelo ar contaminado, e a

solução era então proporcionar uma renovação de ar constante, transferindo muitos hospitais às regiões periféricas da cidade (MÁRTIRE, 2018).

A nova configuração vigente, chamada modelo higienista, que favorece então a ventilação cruzada e iluminação natural, ficou conhecida como projeto Tenon. O médico Jacques-René Tenon, publicou em 1788, *“Memoires sur les hôpitaux de Paris”*, um estudo sobre os ambientes hospitalares da época, tendo como foco a funcionalidade das instituições. Os estudos levaram-no a concluir o dimensionamento ideal dos ambientes hospitalares segundo os usos e serviços, visando garantir o tratamento ideal aos pacientes e reduzir a mortalidade dos espaços de saúde (MÁRTIRE, 2018).

O espaço do hospital passa então a ser um instrumento terapêutico (FOUCAULT, 1996, p. 58). Nesse ambiente de cura se deu a prática da “visita e observação sistemática e comparada dos hospitais”. As instituições de saúde deixam de ser relacionadas unicamente às questões arquitetônicas, tornam-se parte do que o filósofo chama de “fato médico-hospitalar”. Nesse contexto, as descrições desses ambientes no século XVII e XVIII não eram mais como nos monumentos, da parte externa ou estrutural e sim, descrições funcionais.

Até meados do século XVIII ainda não se tinha a prática médica aliada à organização de um saber hospitalar. O hospital foi medicalizado devido a disciplinarização do espaço hospitalar e o deslocamento da intervenção médica, que passa a endereçar a cura não mais a doenças propriamente ditas, mas ao ambiente em que se desenvolvem (FOUCAULT, 1996),

A disciplina hospitalar impôs a esse espaço uma funcionalidade ligada ao esquadramento e vigilância, objetivando, segundo Foucault (1996, p. 63):

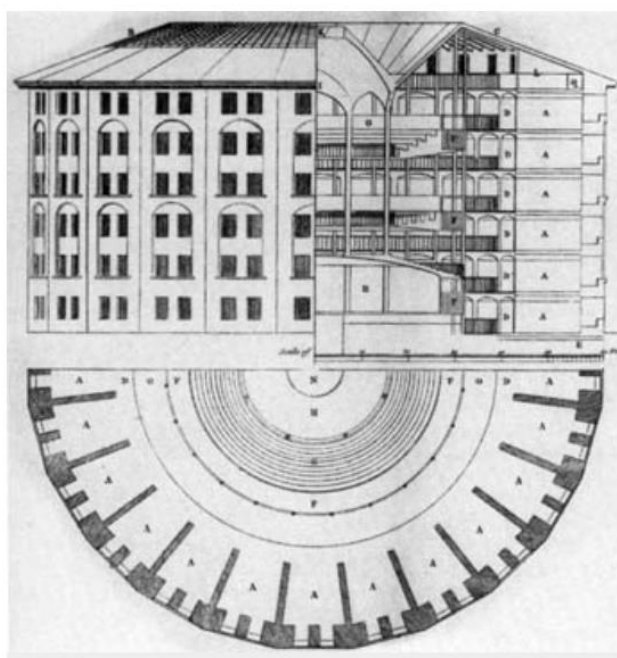
transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica.

O pensamento médico e o internamento, até esse momento, estavam distantes, pois, como exposto anteriormente, o espaço apresentava-se até então como ambiente de misericórdia pública, leito de morte aos pacientes

moribundos, porém, agora, o espaço hospitalar tornava-se local de produção e exercício do saber médico (VIECELI, 2014).

Essas prioridades materializaram-se em um projeto arquitetônico para o período, criado por Bentham, que se enquadrava em edifícios prisionais e que, pela estrutura circular permitia a vigilância por meio de uma torre central (CASTRO, 2004). A estrutura denominada *panopticon* possibilitava, por meio da forma, o controle sobre os indivíduos enclausurados nas instituições, sendo um modelo arquitetônico ideal para a sociedade moderna, industrial e capitalista.

Figura 2: Planta da estrutura do panóptico idealizada por Jeremy Bentham.



Fonte: Abascal e Bilbao (2012).

O panoptismo, termo adotado por Foucault (1996, p. 22) para caracterizar essa forma como uma invenção tecnológica na ordem do poder, é considerado pelo filósofo um espaço disciplinar que sedimenta o controle social. Para Bentham, seu criador, o mesmo não tinha uma destinação única, como prisões, apresentando-se como um espaço adequado também aos habitantes involuntários, reticentes ou constrangidos (TADEU, 2008).

O público alvo dessa tipologia arquitetônica, pessoas levadas compulsoriamente às instituições, demonstra como o panóptico fazia parte do necessário controle social da época. Assim, a principal função do modelo

estrutural era a disciplina, fundamental em um ambiente de habitantes involuntários.

Apesar do Panopticon ser adequado às necessidades do período, apresentou dificuldades de execução pela necessidade de grandes terrenos, e mão-de-obra especializada para construção dos grandes vãos, além do alto custo de amplas áreas envidraçadas (CASTRO, 2004).

A solução, segundo Castro (2004), para um espaço disciplinar que permitisse vigilância e controle foi o modelo pavilhonar, adotado em diversas instituições totalizantes, inclusive prisões e hospitais, pois abrangia as mesmas funções necessárias a nova sociedade e diferenciava-se na construção, eliminando as dificuldades do modelo panopticon. Princípios como controle, organização do espaço e circulação do ar, regulamentaram a arquitetura dos edifícios hospitalares em configuração pavilhonar (MARTIRE, 2018, p. 29).

Nas instituições era levada em conta também a teoria do contágio, que afirmava que as doenças eram propagadas devido ao contato com pessoas infectadas. Por conta disso, os ambientes apresentam espaços de isolamento com períodos de quarentena:

Os novos projetos para os hospitais são concebidos a partir da separação dos doentes por patologias em pavilhões específicos, preparados para impedir o contágio e combater a transmissão das doenças, fazendo uso principalmente da assepsia dos ambientes. O hospital foi sendo desenvolvido até ser configurado em uma grande estrutura composta por vários pavilhões distribuídos de forma separada, mas integrados por áreas de circulação. Nessa nova configuração do hospital, que ficou conhecida como modelo pavilhonar, os pavilhões foram construídos em terrenos distantes dos centros urbanos, privilegiando a incidência do sol e a circulação de ventos (MARTIRE, 2018, p. 31).

Figura 3: Conjunto de pavilhões da Colônia Juliano Moreira, Rio de Janeiro



Fonte: COSTA (2011a, p. 58).

Essa estrutura de modelo pavilhonar, representado por um edifício independente com laterais livres, como expõe Vieceli (2014), atendia as exigências de salubridade do período, pois resolvia estagnação do ar e umidade, considerada o maior problema da insalubridade hospitalar.

A caracterização dessa série de edificações isoladas que formam um conjunto estruturado segundo Castro (2004, p. 23-24):

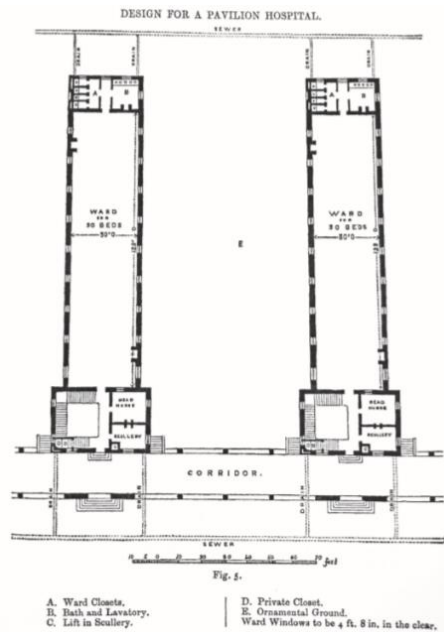
Desenvolve-se a partir de um corpo central, normalmente o administrativo. Sua implantação revela espaços hierarquizados, delimitados e dispostos simetricamente. Mesmo não utilizando a estrutura circular panóptica, a disposição dos edifícios, assim como a localização de aberturas e acessos, possibilita um eficaz controle da circulação de pessoas. A hierarquia de edifícios e a simetria espacial são importantes características, não só pelo controle eficaz dos internos, mas também pelas suas dimensões simbólicas: elas representam ordenamento e organização.

O controle visual interno desses ambientes teve como modelo enfermarias abertas que, segundo Castro (2004, p. 24), foram idealizadas por Florence Nightingale em 1867², e ficaram conhecidas como “enfermaria Nightingale”. As mesmas basicamente apresentavam:

²Enfermeira que trabalhou na Guerra da Criméia (1854) e questionou a “teoria dos miasmas”, que “atribuía a contaminação das doenças aos eflúvios originários das matérias em decomposição (...) apontava que os defeitos dos hospitais eram principalmente devido à falta de

Um longo e estreito salão, com leitos dispostos de forma perpendicular em relação as paredes, dotado de pé-direito generoso e janelas altas entre leitos, em ambos lados, garantindo assim ventilação e iluminação natural. Os banheiros ficavam em uma das extremidades. Contemplava ainda local para isolamento de paciente terminal, escritório da enfermeira chefe, sala de utilidades, copa e depósito, localizados no corredor de ligação com os outros pavilhões. No centro da enfermaria era implantado um posto de enfermagem. Esse modelo serviu de protótipo a diversos hospitais (BADALOTTI e BARBISAN, 2015, p. 353).

Figura 4: Enfermaria Nightingale



Fonte: Badalotti e Barbisan (2015, p. 353).

O espaço, segundo Castro (2004, p. 24), pela disposição regular e simétrica, permitia o controle visual dos presentes. Apresentando também questões que iam além do edifício físico, como a localidade, que geralmente era caracterizada por grandes áreas afastadas do centro para reclusão dos pacientes. Foram criados, para abastecimento dessas instituições, diversos espaços de apoio que produziam o necessário aos pacientes e trabalhadores, gerando colônias que davam suporte as instituições assistencialistas.

Esse foi um elemento muito característico dos hospitais do século XIX. No Brasil, segundo Costa (2011a), o modelo pavilhonar foi adotado em meados do século XIX, e procurava acompanhar a trajetória das construções que se

ventilação e distribuição de pacientes (áreas mínimas por leito) e na superlotação desses ambientes” (BADALOTTI e BARBISAN, 2015, p. 353).

desenvolveram na Europa e dele surgem diversas instituições importantes de assistência no país.

No Pará, as instituições totalizantes surgem implantadas pelo governo estadual, tais como os espaços voltados ao atendimento da lepra; constituídos como colônias, que eram espaços locados afastados dos centros urbanos, e criados para possuir infraestrutura que garantisse o abastecimento autônomo dos internos. O leprosário criado em Santo Antônio do Prata é um exemplo de instituição que surge em um espaço utilizado “desde 1898 (...) como Núcleo Colonial Indígena, dirigido pelos padres Capuchinhos (...) para “civilizar” os indígenas *Tembé* (LOPES, 2018, p. 65, 66).

O leprologista Heráclides de Souza Araújo atuou no Estado do Pará no combate à lepra que, segundo o médico, no ano de 1921 apresentava

1359 casos, enquanto em 1923, eram 2052 doentes. Utilizava os dados numéricos, para legitimar a política de combate à epidemia, e, diante disso, percorrer lugares no entorno de Belém, com vistas a instalação de um leprosário modelo no Estado (LOPES, 2018, p. 65).

O Prata, escolhido como local ideal por Souza Araújo, apresentava naquele momento outra função: desde 1921 era a Colônia Correccional Agrícola que abrigava detentos oriundos de Belém. As atividades do leprosário foram iniciadas então nas edificações existentes, no entanto, segundo Lopes (2018, p. 66), “apenas dois pavilhões e a igreja foram incorporados em definitivo à estrutura arquitetônica da instituição”.

Na pesquisa arqueológica e histórica realizadas por Rhuan Lopes e equipe “foram localizadas 29 edificações/estruturas em arruinamento ou em uso pelos atuais moradores da Vila Santo Antônio do Prata” (LOPES, 2019, p. 66). As estruturas percorrem um raio de 2km a partir do centro, onde é localizado o maior número de prédios históricos, sendo as áreas periféricas menos habitadas:

os locais de habitação dos internos (pavilhões), hospitais, posto policial, oficinas e cozinha estavam localizados no entorno da praça central da Colônia do Prata; as casas de familiares, porém, foram erguidas nas ruas adjacentes. Toda essa área era denominada de “perímetro de isolamento”, na qual doentes eram mantidos sob controle da administração. Já os prédios administrativos e casas dos funcionários ficavam fora dessa zona (SOUZA ARAUJO, 1924 *apud* LOPES, 2018, p. 67).

O leprosário foi inaugurado contendo “23 quarteirões (...) em 16 lotes. As principais construções eram oriundas do Núcleo Colonial Indígena (...) a igreja em estilo renascentista e os dois pavilhões que funcionaram anteriormente para educação das crianças indígenas” foram incorporados (LOPES, 2018, p. 67). Além disso, 76 habitações faziam parte do conjunto, classificadas por Souza Araújo (1924, *apud* LOPES, 2018) como “barracas”, caracterização relacionada provavelmente “a arquitetura vernácula típica dos Núcleos Coloniais Amazônicos do início do século XX, composta por casas de pau-a-pique” (LOPES, 2018, p. 67).

Esse leprosário não estava de acordo com os preceitos higienistas de construções arejadas e salubres, devido ao reaproveitamento das edificações já existentes no terreno. No entanto, o Núcleo Colonial Indígena atendia aos pressupostos mínimos de normas médico-sanitárias devido:

a relativa distância dos centros urbanos; acesso por via ferroviária; terrenos no entorno, que serviriam tanto para efetivar o isolamento contra possíveis contaminações aos moradores vizinhos, quanto para o cultivo agrícola; além dos pavilhões construídos nos anos da administração dos padres Capuchos (SOUZA ARAÚJO, 1924 *apud* LOPES, 2018, p. 67).

Figura 5: Fachada contemporânea do Pavilhão D, contendo traços originais



Fonte: LOPES (2018, p. 69)

No início do século XX o partido pavilhonar foi paulatinamente substituído pelo monobloco vertical, que é estruturado após o aprimoramento das tecnologias, como o uso de estruturas metálicas e segundo Miquelin (1992, p.

54) era “nada mais que um empilhamento de enfermarias Nightingale”. Essa tipologia foi desenvolvida no começo do século XX, segundo Costa (2011a), criada nos Estados Unidos, em substituição aos pavilhões, apesar de nas primeiras décadas esses ainda serem utilizados em instituições de isolamento, tipo colônias, como o leprosário do Prata, que atendia as doenças infectocontagiosas, como a hanseníase.

Esses modelos arquitetônicos foram adaptados aos mais diversos hospitais de isolamento destinados as doenças infectocontagiosas, os mesmos, independentemente da tipologia de sua construção, mantinham-se vinculados a conceitos higienistas, como expõe Monteiro (2009, p.46):

Todos os locais procurados para funcionar como estâncias de tratamento de doenças, quaisquer fossem elas, teriam sempre que responder a requisitos comuns a todos eles: a “identificação do lugar” de acordo com os preceitos higienistas; a “instalação de acessibilidades, a coexistência de investidores e de um sistema de promoção”, a “consolidação de um sistema administrativo autónomo” e a “regulamentação e a formação de uma comunidade de carácter próprio”.

E é a partir da concepção de um hospital de isolamento que se dão espaços como manicômios e leprosários e a solução conhecida como hospital sanatório (BITTENCOURT, 1998).

1.4. OS SANATÓRIOS:

O hospital sanatório se caracteriza como espaço de segregação que possibilitava a estadia, isolamento e tratamento continuado dos pacientes, que poderia variar de acordo com o tratamento específico ministrado (BRÍGIDA, 2014). Trata-se de um hospital de isolamento diferenciado, que possui características físicas específicas, visando a cura do doente:

O programa de um sanatório traz aspectos que aperfeiçoam o hospital de isolamento como ambiente de funções terapêuticas advindas das terapias então utilizadas: parque ou bosque envolvendo a edificação, como agente purificador do ar; área para a implantação de hortas e criação de animais, para suprir as necessidades dos regimes alimentares; distribuição dos vários pavilhões, ligados por passadiços,

resguardando distâncias mínimas, para garantir a insolação e a ventilação dos edifícios, e varandas que abrigavam os doentes nas horas de insolação, e aeração programada (BITTENCOURT, 2000, p. 83 *apud* BRASILEIRO, 2012, p. 57).

Essa tipologia de hospital sanatório foi desenvolvida num período em que a tuberculose se alastrava com rapidez e tornava-se devastadora. Na Europa do século XVIII, a mortalidade por tuberculose estava entre 300 a 400 mortos por ano, em relação a 100.000 habitantes. No entanto, com o advento da Revolução Industrial houve um crescimento exponencial da doença no século XIX, devido ao aumento populacional nos centros urbanos, agregado a pobreza e subalimentação da sociedade (DORIA, DUARTE, SARAIVA, 2017).

As altas taxas de mortalidade alarmaram médicos e governantes, que iniciam tentativas de combate à epidemia. A princípio, segundo Bertolli Filho (2001, p. 31), as medidas de profilaxia colocavam:

em confronto variadas linhas explicativas, aproximando magia e religião, medicina oficial e tradições populares que, no final, anunciavam menos a positividade do saber que a complexidade da doença, que insistia em ocultar alguns de seus mecanismos de funcionamento.

Em 1860, Pasteur (1822-1895) firma a teoria dos germes e vincula a tísica às doenças contagiosas, sem conhecimento ainda do agente infectante (DORIA, DUARTE, SARAIVA, 2017). Devido a isso, desde o século XIX, ela se tornou motivo de exílio, que, segundo Viana e Elias (2007), refletiram em uma lógica terapêutica relacionada ao isolamento sanatorial.

O conceito de que o clima influenciava as doenças norteou a construção de diversos sanatórios em serras, sendo o primeiro, construído na Silésia em 1854. “Aos sanatórios de altitude, com o ar fresco e límpido, indicados na tuberculose pulmonar, vieram juntar-se os sanatórios marítimos, estes particularmente adequados para as crianças ‘escrofulosas e linfáticas’, com risco de tuberculose óssea” (DORIA, DUARTE, SARAIVA, 2017, p. 91).

Em 1882 o alemão Robert Koch descobriu o agente etiológico da tísica, cientificamente denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch. Esse avanço na ciência permitiu, segundo Brasileiro (2012), a profilaxia da epidemia e as explicações sobre a doença, seus

mecanismos de infecção e assim, as formas de tratamento e propostas de cura avançam:

Em 1890, Koch preparara a tuberculina, numa esperança falhada de obter uma vacina ou um tratamento eficaz da tuberculose. Pirquet (1874-1829) e depois Mantoux (1877-1947), em 1908, adaptaram a tuberculina para auxílio do diagnóstico, feito por via de um teste imunológico, cutâneo. Seria ainda necessário aguardar até 1921 para que a vacina anti-tuberculose estivesse acessível, com o bacilo de Calmette (1863-1933) e Guérin (1872-1961) - o BCG, individualizado em 1906/1908. Até que surgisse uma antibioterapia eficaz, decorreria mais de meio século sobre a descoberta da micobactéria: só em 1944, Schatz (1920-2005) e Waksman (1888-1973) descobrem a estreptomocina (DORIA, DUARTE, SARAIVA, 2017, p. 92).

Nesse contexto, em fins do século XIX e início do século XX, os países passaram a assumir políticas próprias para evitar o contágio da tuberculose, motivadas tanto por iniciativas privadas, quanto governamentais. A dedicação de médicos, cientistas e governo para combater a moléstia se deveu ao fato de, segundo Bertolli Filho (2001), a mesma ocasionar um bilhão de mortes só no século XX.

Em Portugal, o indicativo de 15.000 a 20.000 mortes por ano no final do século XIX, desencadeou uma série de medidas de combate à tuberculose. Em 1881 e 1883 Sousa Martins (1843-1897) coordena expedições a Serra da Estrela com o objetivo de instalar ali sanatórios de altitude, tipologia indicada a tísica pulmonar (DORIA, DUARTE, SARAIVA, 2017).

A primeira enfermaria para isolamento da tuberculose foi aberta no Porto, em 1886, e o Instituto Bacteriológico de Lisboa/Câmara Pestana foi inaugurado em 1892, que estudaria posteriormente a produção da vacina BCG. Em Coimbra realizou-se o 1º Congresso Nacional sobre Tuberculose em 1895, e em 1899 foi criada a Liga Nacional Contra a Tuberculose. Do mesmo ano é a fundação da Assistência Nacional aos Tuberculosos (A.N.T) criada pela Rainha D. Amélia:

A Liga e a ANT empenharam-se profundamente na divulgação da doença, na sua profilaxia e no tratamento. Cartazes, folhetos e artigos na imprensa alertam para a doença. Destinam-se hospitais para recolher os doentes infectados. Fundam-se sanatórios, preventórios e dispensários para a vigilância e o tratamento da tuberculose (DORIA, DUARTE, SARAIVA, 2017, p. 95).

Em 6 de janeiro de 1931, pelo decreto nº 19.217, Fausto Lopo de Carvalho (1890-1970) assumia a A.N.T, com objetivo de atuar de maneira incisiva em relação a epidemia que assumia grandes proporções em Portugal, sendo mencionada como “flagelo mais terrível do que a mais mortífera das guerras” e “que propaga[va]-se sem tréguas nem descanso” (CARVALHO, 1934, p. 6 *apud* COSTA, 2014a, p. 10).

Na reportagem *Os maus ares* (1931:1), da mesma revista, segundo Costa (2014), atentava-se para as formas de prevenção da doença, que passou de 6.674 casos em 1902 a uma cifra de 12.370 em 1930 (CARVALHO, 1974:6 *apud* COSTA, 2014a). A revista difunde que os bons hábitos cultivados nos países do Norte, deveriam ser aderidos em Portugal:

“vida ao ar livre, os exercícios físicos, o movimento, a higiene, o asseio e a indiferença ao frio”. E pregava que: “A imobilidade, a clausura, a falta de limpeza, o ar impuro levam à tuberculose”. E concluía: “Façamos como os Povos do Norte, façamos a nossa casa saudável: aqueça-se, areje-se, deixe-se banhar pela luz e pelo sol; não esqueçamos que onde entra o sol não entra o médico” (OS MAUS ARES. 1931: 1 *apud* COSTA, 2014a, p. 12).

A Comissão Executiva da A.N.T, sob a administração de Lopo de Carvalho, lança então um plano prevendo uma série de ações contra a “peste branca”, denominado, segundo Costa (2014a) de “armamento antituberculoso”, que se baseava na construção de diversas instituições de assistência à doença em Portugal, distribuídas para o tratamento em altitude, marítimo e em planície.

O país foi dividido em três regiões, Norte, Centro e Sul, com as sedes distribuídas por Coimbra, Porto e Lisboa. No plano, os dispensários e hospitais teriam caráter regional e os preventórios e sanatórios, serviriam todo o país, e surgiriam por meio de estudo climático e higiênico (COSTA, 2014a).

Os dispensários atuariam na realização de exames clínicos e radiológicos aos adultos suspeitos de possuírem a doença, além da assistência aos indivíduos carentes, mais suscetíveis à tuberculose. Eram espaços fundamentais na triagem dos pacientes e encaminhamento dos mesmos à hospitais ou sanatórios (COSTA, 2014a).

Os preventórios atuariam na vigilância dos filhos de portadores da doença para que eles não viessem a contraí-la pelo convívio íntimo com seus pais, no

ambiente infectado (COSTA, 2014a). As ações que exigiam mais recursos eram as construções de hospitais e sanatórios, locais de internação e tratamento continuado. Enquanto os dispensários eram instalados no coração das cidades, os sanatórios eram voltados ao isolamento nosocomial. “Nos sanatórios, os internos eram submetidos a um rígido esquema disciplinar, higiene, repouso, alimentação e ar puro, e o acompanhamento médico dos internos podia perdurar por vários anos” (ANTUNES *et al*, 2000, p. 371).

As nomenclaturas e estruturas usadas pela A.N.T. se referiam ora a hospitais, ora a sanatórios e a hospitais-sanatórios e tinham relação com os espaços planejados pelo médico Bissaya Barreto no final dos anos 1920. O médico foi um dos maiores apoiadores do golpe de Estado que permitiu a Oliveira Salazar estar à frente do governo português por cinco décadas.

Bissaya atuou como dirigente da União Nacional, e junto a Lopo de Carvalho, participou de ações que faziam parte de um plano de construção de sanatórios, entre eles o Hospital-Sanatório da Colônia Portuguesa, também conhecido como Sanatório de Covões ou da Quinta do Vale, criado para o tratamento de pacientes homens em Coimbra (COSTA, 2014, p. 26).

Figura 6: Professor Bissaya Barreto na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, na década de 1930.



Fonte: COSTA (2014, p. 734).

A princípio, o Hospital-Sanatório da Colônia Portuguesa, em debate na A.N.T, seria adaptado ao antigo Convento de Santa Teresa. No entanto, a ideia foi refutada de imediato por Bissaya Barreto, que leva o assunto à Comissão

Administrativa e Executiva da Junta Geral do Distrito de Coimbra em 1928, demonstrando que o convento era inapropriado por localizar-se dentro da cidade e o internamento de tuberculosos precisava ser feito em um local afastado dos centros urbanos (COSTA, 2014).

Assim, perante o problema de saúde pública que se alastrava, uma nova saída é pensada para entregar à cidade um espaço adequado ao tratamento e profilaxia da tuberculose, “numa época em que não existia medicação ativa, específica para a doença nem espaço apropriado para acolher os doentes nos hospitais da Universidade de Coimbra” (COSTA, 2014, p. 735).

A saída foi utilizar então o Instituto destinado aos órfãos de guerra, a Escola Pró-Pátria, construída pela Colônia Portuguesa do Brasil para “internar e educar os órfãos” na Primeira Guerra Mundial (BARRETO, 1931: 16 *apud* COSTA, 2014a). O espaço apresentava localização ideal, na Quinta dos Vales, e características adequadas às exigências de um sanatório.

Em 5 de fevereiro de 1931, a Liga dos Combatentes cede o edifício, e dia 26 do mesmo mês iniciam-se as obras de adaptação para viabilização do sanatório no local (COSTA, 2014a). Em 6 de junho de 1935 é inaugurado o Hospital-Sanatório da Colônia Portuguesa no Brasil, representando o que havia de mais moderno no período, servindo como referência a outras instituições que surgiriam posteriormente em Portugal. Apresentava quatrocentos leitos e particularidades, como galerias de cura duplas, separadas, para verão e para o inverno:

O edifício central comportava oito enfermarias com as galerias de cura anexas, quartos de primeira classe (quartos de “luxo” providos de appartement), sala de operações, três salas de refeições para os doentes, salas de estar, de jogos, de leitura e bilhar, sala de cinema (equipada com máquina de 35mm com capacidade média para trezentos lugares), cozinha (a vapor, que garantia cerca de seiscentas refeições de cada vez), esterilização e capela. Chão e paredes são forrados a mármore e azulejos e estão distribuídas pelo espaço porcelanas decorativas (...) em edifícios separados estavam instalados o laboratório de análises, a padaria, a lavandaria e costura, as oficinas de mecânica, serralharia, eletricidade, as caldeiras e garagens (COSTA, 2014, p. 738).

Figura 7: Hospital-Sanatório da Colonia Portuguesa no Brasil



Fonte: COSTA (2014, p. 737).

O que chama atenção no projeto, segundo Costa (2014a), é que as linhas mais modernas, ficaram na adaptação da construção já existente, nos três pisos onde existiam as galerias de cura, localizadas ao final do conjunto edificado. As demais dependências mantiveram o traçado das construções tradicionais portuguesas.

As galerias de cura, dispostas de forma escalonada, que possibilitavam a maximização dos raios solares nos distintos pavimentos, viabilizando a técnica de cura ao sol, foram concepções arquitetônicas construídas em grande parte dos sanatórios da primeira metade do século XX, inclusive no Brasil, que, por intermédio da Liga Brasileira de Tuberculose, instalada em 4 de agosto de 1900, começou a atuar na profilaxia da doença e passou construir sanatórios e dispensários no país (VIANA E ELIAS, 2007).

Figura 8: Galeria de cura ao sol para mulheres no Sanatório Marítimo de São José, em Barcelona



Fonte: <https://en.todocoleccion.net/postcards-catalonia/sanatorio-maritimo-san-jose-galeria-cura-sol-para-mujeres-barceloneta~x52340602>

Os Sanatórios construídos no Brasil eram estruturas, em sua maioria, do tipo pavilhonar, com funções distintas e múltiplas (BITTENCOURT, 1998). Os parâmetros para construção desses equipamentos, seguiam recomendações sobre a profilaxia antituberculose, divulgada por estudos científicos, internacionais e nacionais (BRASILEIRO, 2012). Alguns princípios arquitetônicos que poderiam ser considerados como gerais na caracterização desses espaços eram:

A organização complementar de funções individuais e colectivas; a repetição em série da célula individual do quarto, a forte permeabilidade interior/exterior (em particular nas zonas voltadas a Sul); a relação directa dos espaços interiores com o sol, resultante da exigência da predominância da iluminação natural; o uso de sistemas passivos de ventilação natural permanente; a utilização de materiais adequados à limpeza e à manutenção da higiene, etc (MONTEIRO, 2009, p. 39).

A relação entre clima e saúde é interiorizada também na sociedade brasileira, e os benefícios da altitude para os tuberculosos estabelece sanatórios em serras pelo país (MONTEIRO, 2009). No estado de São Paulo, por exemplo, construíram-se sanatórios na serra da Mantiqueira, o que levou, nos primeiros anos do século, a instalação de infraestrutura urbana e de transportes nas cidades de São José dos Campos e Campos do Jordão, com objetivo de recolher os infectados pela tuberculose a esses locais (ANTUNES. *et al*, 2000).

Como expõe Bittencourt (1998, p. 49):

Em regiões onde se agrava a situação da epidemia da tuberculose, o governo concedeu incentivos financeiros para estruturação e organização de área propícias ao tratamento da tuberculose para onde a população física se dirigia.

Em março de 1914, a Câmara Municipal de São Paulo doa a Santa Casa de Misericórdia uma chácara em São José dos Campos para construção de um sanatório para tuberculosos que atendesse a capital e ficasse distante do centro urbano. O terreno escolhido nas proximidades de São Paulo era apropriado por proporcionar o isolamento que a instituição necessitava, e, diante disso, promove-se um ambiente e infraestrutura adequados para a construção do hospital (GODINHO, 2016).

O Sanatório Vicentina Aranha, o primeiro construído em São José dos Campos é inaugurado em 1924, projetado pelo arquiteto Ramos de Azevedo, um hospital do tipo pavilhonar, com sete pavilhões principais, complementados por edificações de apoio, anexos e capela que, mesmo independentes entre si, integravam-se de forma eficiente. As áreas livres entre os edifícios, cerca de 50 metros, garantem a ventilação e iluminação natural importantes para a recuperação dos pacientes (BITTENCOURT, 1998).

Figura 9: Vista aérea do Sanatório Vicentina Aranha



Fonte: Bittencourt (1998).

A instituição foi inserida na paisagem urbana como referência de modernidade e no contexto regional é vista como “uma manifestação

arquitetônica pioneira, devido aos aspectos técnicos, formais e funcionais” (BITTENCOURT, 1998. p.59). Encerrou suas atividades para tratamento da tuberculose na década de 60, atendendo posteriormente doentes crônicos e idosos. Atualmente, encontra-se protegido como patrimônio histórico estadual pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico (CONDEPHAAT):

Reconhecido como o mais completo e com o melhor arranjo espacial, expresso na estrutura formal e funcional do conjunto arquitetônico, o Sanatório Vicentina Aranha, apontado como um dos maiores da América Latina, configura-se como a obra mais importante do período denominado fase sanatorial, e que, além do padrão de serviço oferecido, serviu como referência obrigatória para outras edificações, no município, com finalidades idênticas (BITTENCOURT, 1998, P. 57).

A escolha de cidades ou zonas para sediar os estabelecimentos sanatoriais, muda decisivamente o cotidiano da população circundante como demonstra o exemplo de São José dos Campos. Esses hospitais de isolamento determinaram, muitas vezes, o destino da comunidade que vive nas imediações dessas instituições levando infraestrutura a espaços até então segregados (BITTENCOURT, 1998).

O século XVIII, como exposto no decorrer do capítulo, dá início ao questionamento sobre o papel do hospital, alterando também as concepções de assistência e desenvolvendo discussões sobre higiene, mudando os cuidados médicos de até então, transformando o espaço hospitalar em “máquina de cura”. O hospital especializado se deu juntamente com a ideia de cidade salubre, que altera a configuração de ruas, elimina os esgotos, distribui água limpa para consumo e implanta cemitérios e hospitais, fora dos limites das cidades (MIRANDA; COSTA, 2018).

As instituições de saúde alteraram então, não só a vida da população nas cidades, mas também, a configuração das mesmas. Sendo assim, o mapeamento dos hospitais leva à compreensão dos processos de ocupação urbana que ocorreram nas capitais brasileiras (MIRANDA, 2018).

Na cidade de Belém, o deslocamento físico das instituições de saúde, no século XIX, permite compreender as transformações urbanas que decorrem no período em que o contingente epidêmico motivou a ampliação de estruturas físicas assistenciais. Os edifícios da saúde são então “referências materiais de

inestimável valor para o entendimento dos núcleos urbanos e das condições de saúde da sociedade” (MIRANDA, 2018, p. 80). Cabe discutir então como a construção do primeiro sanatório da cidade de Belém, Sanatório Domingos Freire, alterou a fisionomia urbana da capital paraense no final do século XIX e início do XX.

2. A ANTE-CAMARA DA MORTE: SANATÓRIO DOMINGOS FREIRE, DA CONSOLIDAÇÃO À SUBSTITUIÇÃO PELO SANATÓRIO BARROS BARRETO

2.1. BELÉM DA BELLE EPOQUE:

Para entender os sentidos que levaram a construção do primeiro sanatório da cidade de Belém do Pará, é necessário compreender o momento econômico, político e social vivido pela capital paraense, as transformações que se deram em fins do século XIX e início do século XX, período de construção do Sanatório Domingos Freire.

Na primeira metade do século XIX, de 1835 a 1839, ocorreu a cabanagem, evento histórico de grande repercussão na Província do Grão-Pará, que ocasionou diversas mortes e foi seguido por surtos epidêmicos, a febre amarela em 1850 e a cólera em 1855. O declínio populacional do período acometeu principalmente a camada marginalizada da sociedade, que representava um terço da população paraense, e sofreu prioritariamente com as doenças, devido as condições precárias de moradia e infraestrutura urbana, além da escassez de assistência médica:

As epidemias geraram as primeiras medidas saneadoras, como a proibição de enterramentos nas igrejas a partir da epidemia da febre amarela, que levou à construção do Cemitério da Soledade, e mais tarde à construção do Cemitério Santa Isabel para as vítimas da varíola na epidemia de 1874, ambos administrados pela Santa Casa de Misericórdia (MIRANDA, 2018, p. 81).

Os surtos epidêmicos ocorrem em um momento que a capital paraense estava no auge da exploração gomífera e adotava as medidas saneadoras baseados nas concepções europeias de modernização. No final do século XIX, a conseqüente ascensão econômica, devido ao “boom” da borracha, permite a prosperidade da capital, que entra em seu período áureo, e como expõe Miranda et al. (2015), torna-se símbolo de Modernidade na Amazônia, passando por um processo de embelezamento e ordenamento do espaço urbano.

Os pensamentos que se perpetuavam por todo o Brasil no decorrer do século XIX chegaram à Belém, e as transformações, tanto no modo de vida da

sociedade paraense, aliado as novas normas morais, quanto as mudanças nas estruturas urbanas, baseadas nas medidas higienistas, tomaram forma. Discursos pautados na ideia de que a nação atingiria a “grandeza” e “prosperidade” dos “países cultos” pela solução dos problemas de higiene pública, fez com que, segundo Chalhoub (2006), os planejadores e políticos passassem a implantar o urbanismo sanitaria nas distintas capitais, como na cidade de Belém:

Esse novo momento da economia regional se traduz em Belém não só em termos de seu crescimento populacional, como também, numa série de medidas diretamente voltadas para a (re)estruturação do espaço urbano, dadas as dimensões e relevância que este passa a ter, enquanto *locus* de acumulação e sustentação da riqueza gerada pela produção gomífera (TRINDADE JR, 1997, p. 39).

Coube ao Estado promover melhorias no espaço urbano para a elite local e investidores estrangeiros, replanejando a cidade segundo as exigências do novo momento econômico, criando mecanismos de controle da vida social do povo paraense, que estivessem de acordo com o projeto de modernização da cidade. Antônio Lemos, intendente da capital que atua de 1897 a 1910, teve importante papel na reestruturação do espaço urbano sob os moldes higienistas (TRINDADE JR, 1997).

Tornar Belém uma cidade compatível com o papel que desempenhava economicamente exigia diversas medidas. A cidade no início do século XIX, como expõe Miranda et al. (2015), apresentava duas freguesias, a da Sé e a da Campina, e diversos pântanos compunham a paisagem, dificultando a urbanização, e tornando o povoamento desigual.

A tentativa empreendida em fins do século XVIII por Pombal, para modernizar a cidade, não teve resultado, Bates (1979, *apud* MIRANDA et al, 2015, p.12) em sua visita ao Norte na época, afirmava que “as casas, em sua maioria, achavam-se em estado precário, e por toda parte se viam sinais de indolência e desleixo”.

As intervenções ocorridas no governo de Mendonça Furtado (1751-1759), procurando melhorar o comércio de Belém e torna-la importante local de exportação de diversos cultivos, encontrou distintas dificuldades, principalmente em relação a mão-de-obra nativa, que dificultou o advento econômico da capital (MIRANDA et al, 2015). A Belém do início do século XIX aparentava abandono e apenas no fim da primeira metade do século XIX que a riqueza regional ia se fazer presente na fisionomia urbana (PENTEADO, 1968).

Com o aterramento do alagado do Piri, foi possível ampliar as fronteiras urbanas da capital paraense, interligando as freguesias da Cidade Velha e da Campina, surgindo novos bairros, divididos em grandes terrenos onde se edificaram as “rocinhas”, que funcionavam como casas de veraneio, situadas nos lugares mais afastados, eram alcançadas nos caminhos que adentravam a mata virgem (MIRANDA, 2018).

A elitização do espaço urbano, empreendida por Antônio Lemos, em fins do século XIX, aloca os recursos em áreas privilegiadas, e redistribui os setores populares para essas áreas afastadas do centro urbano, renovando esteticamente a cidade (TRINDADE JR, 1997). Expandindo-a ao longo dos eixos de terrenos mais altos, reformulando seu traçado, aderindo a medidas de salubridade urbana, empreendendo assim o tratamento de praças, jardins e criando medidas higiênico-sanitaristas que buscavam neutralizar os espaços insalubres. A modernidade se configura:

ao longo da estrada de ferro, na regularidade do traçado do bairro do Marco com seus amplos terrenos, ocupados por casas que atingem novos padrões estéticos e ambientais, e o exuberante Bosque Municipal remodelado ao estilo eclético romântico (MIRANTE *et al*, 2015, p. 527).

Os melhoramentos do período áureo, considerado por Penteado (1968) os anos de 1890 a 1906, ocorreram ainda com a construção de edifícios públicos, de um necrotério no Ver-o-Peso, hospitais e asilos, sistema de iluminação elétrica, e na administração de Antônio Lemos, o calçamento da maior parte das ruas da Cidade Velha, do Comércio e parte do Reduto, com paralelepípedos de granito. Segundo Trindade Jr (1997), ocorrem ainda o aterramento das áreas

baixas, construção de redes de esgoto, de água, coleta de lixo e drenagem de áreas pantanosas.

Belém civilizava-se e entra então no período da *Belle époque*, a idade de ouro da burguesia. As alterações chegam a vida social, são importados os ideais parisienses, inspirando-se neles, não só nas mudanças urbanas, como também, valorizando os costumes franceses aderindo bens de consumo e bens culturais de Paris no cotidiano paraense. Como expõe Daou (2000, *apud* COELHO, 2011, p.147), viajantes europeus, como Avé-Lallement, em seu livro “No Amazonas”, notavam que os paraenses cultivavam uma sociabilidade com fortes marcas europeias, vestiam e consumiam os mesmos produtos que os franceses.

As questões sociais alteravam-se, e as mudanças nos espaços físicos, como expõe Daou (2000, p. 41), estavam atreladas a ampliação dos espaços sociais, “no sentido da intensificação e transformações dos usos tradicionais de esferas de sociabilidade”. Os novos lugares públicos emergiam devido a necessidade da divulgação de domínios da vida social. Os eventos públicos tornaram-se foco dos distintos governantes, preocupados em promover a convivência ordeira do espaço da cidade, renovado urbanisticamente e demograficamente, devido à grande quantidade de imigrantes recém-chegados.

“A vida da cidade tomou as ruas” (DAOU, 2000, p. 41). Dentro desse contexto, outras medidas, buscando o ordenamento do espaço urbano, passavam a ser adotadas pelos políticos. A exclusão dos que estivessem fora dos padrões civilizatórios era uma delas e essa necessária segregação abrangeu, como expõe Costa (2006), as camadas marginalizadas e os doentes, pois a almejada modernização da cidade, exigia medidas de medicalização dos lugares considerados perigosos e insalubres, sendo esses, os mais suscetíveis ao contágio de epidemias e, por isso, os primeiros a representarem uma ameaça a sociedade paraense.

As mudanças sociais em Belém implementadas pela constante busca por padrões franceses, alteraram a dinâmica da sociedade como um todo, e as camadas marginalizadas viram seus hábitos e costumes serem rigorosamente punidos por Posturas Municipais que procuravam disciplinar o espaço da cidade.

As epidemias, dentro das políticas urbanas higienistas, foram segregadas em instituições distantes do centro urbano, que isolavam os doentes da sociedade.

2.2. A SEGREGAÇÃO DOS “INAPTOS” À MODERNIDADE PARAENSE: POSTURAS MUNICIPAIS, EPIDEMIAS, INSTITUIÇÕES DE ISOLAMENTO

A inserção da Amazônia no cenário econômico internacional, sendo principal porto de escoamento da produção gomífera, permitiu as distintas transformações mencionadas. No entanto, em contrapartida, em fins do século XIX a cidade cresce rapidamente e a enorme movimentação de pessoas e mercadorias, somada a infraestrutura deficiente do período, aumenta o número de espaços insalubres e diversas epidemias atingem a população (MIRANDA *et al*, 2015).

A solução eram as intervenções urbanas administradas pelos poderes públicos, uma vez que, segundo os levantamentos dos Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicados em 1926:

O crescimento demográfico significativo ocasionado pelo boom da borracha mostrou que o aparelho urbano era insuficiente para atender a demanda populacional. Uma grande quantidade de imigrantes nordestinos, cujos motivos de evasão foram diversos – muitos fugindo da seca que assolava a região, outros atraídos pelas ofertas de terras na área bragantina –, dirigiu-se ao Pará. De acordo com a progressão de crescimento demográfico de 1872 até 1920, a população de Belém aproximadamente quadruplicou no intervalo de 48 anos: de 61.997 habitantes para 236.402 habitantes (MIRANDA *et al*, 2015, p. 529).

Combater a insalubridade era fundamental, e, nesse período, as teorias médicas se dividiam em teoria da infecção, que afirmavam que a infecção ocorria pelas alterações do ar atmosférico e os agentes causadores do flagelo, e teoria contagiosa, que acreditava na transmissão das epidemias de um indivíduo ao outro (COSTA, 2006). Dentro disso, as medidas adotadas para o combate às distintas doenças do período em Belém englobavam, na teoria da infecção, práticas de limpeza de áreas centrais da cidade, inspeções sanitárias nas

habitações e, na teoria do contágio, eram implementados cordões sanitários, quarentenas e lazaretos (MIRANDA *et al*, 2015).

Embelezamento e saneamento do espaço urbano caminhavam juntos. As medidas profiláticas, estabelecidas devido a ineficácia no período em relação aos meios terapêuticos de combate as doença-infectocontagiosas, disciplinaram o espaço da cidade e os hábitos da população (COSTA, 2006). Esse controle ocorre por meio de novas leis e códigos de Posturas Municipais, Antônio Lemos cria então o Departamento Sanitário Municipal, que atuava na fiscalização sanitária para prevenção de doenças e epidemias, cria ainda a Polícia Municipal, e, além disso, divide a cidade em distritos sanitários (SARGES, 1998).

Os médicos municipais eram incumbidos da vacinação da população e, Antônio Lemos, determinava visitas domiciliares, que eram feitas com rigor, inspecionando as casas quanto à iluminação e higiene, proibindo a aglomeração de pessoas nos domicílios. A cidade foi setorizada: área para ambulantes, para atividade comercial, locais para estábulos, localizados nos bairros periféricos (SARGES, 1998).

Durante todo o processo de ocupação de Belém, desde sua fundação, em 1616, ferramentas técnicas foram necessárias para potencializar a habitação dos terrenos paraenses, visto que, o grande número de áreas pantanosas e a floresta densa, limitavam o crescimento e ocupação da cidade. Essas ferramentas, no século XIX, foram cada vez mais utilizadas, devido a viabilidade econômica do período da borracha. No entanto, havia uma preferência pelos terrenos com cotas mais elevadas, que permitiam menos gastos com aterramentos e, devido a isso, bairros com cota inferior, tiveram sua ocupação postergada pela província, como os bairros periféricos (BOTELHO, 2018).

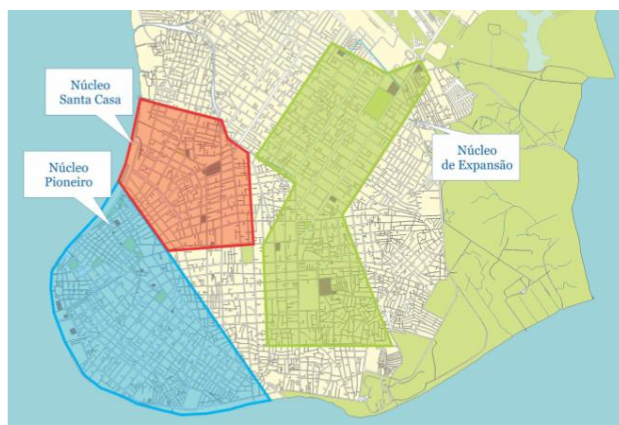
Até meados do século XVIII a ocupação da cidade de Belém se dava às margens dos rios, e é só a partir da metade do século XIX, que há uma interiorização dessa ocupação, devido ao mencionado aterramento do Piri, em 1803. A ligação entre os bairros da Cidade Velha e Campina, é ampliada em 1839, quando os bairros de Nazaré e Batista Campos passam a ser ocupados. No entanto, o processo de expansão mais drástico da cidade foi de 1850 a 1920, devido ao “boom” da borracha, que viabiliza em 1899 a expansão da cidade de

Belém para uma zona nova, no sentido norte do território, na atual avenida Almirante Barroso, onde se propunha um dos bairros mais bonitos e elegantes de Belém (BOTELHO, 2018).

Os bairros periféricos foram selecionados, diante das novas medidas urbanísticas sanitaristas, para local a pobreza, a indigência, os inaptos à “modernização” vigente, incluindo os doentes e os hospitais. Esses bairros se distribuía a partir da praça Floriano Peixoto, em São Brás, até o lado oriental da cidade de Belém, demarcado na Estrada das Mongabeiras, atual Almirante Tamandaré, com o limite no largo da Pólvora, atual Praça da República (PENTEADO, 1968). Segundo Sarges (1998, p. 157), este era “o limite da área urbana de Belém, pois a partir da referida praça começava o trecho da Estrada de Ferro de Bragança”.

O bairro do Tucunduba, atual Guamá, estava entre os bairros periféricos, de cota inferior, e fora escolhido para abrigar diversos hospitais de isolamento. A zona fazia parte do que Miranda et al. (2015) chama de Núcleo de expansão da cidade de Belém. A capital é dividida por esses autores em três núcleos, observando a relação da implantação dos hospitais e a expansão da cidade paraense. Os núcleos foram identificados como Núcleo Pioneiro, onde localizam-se as instituições de saúde implantadas na área inicial da colonização de Belém; o Núcleo da Santa Casa, referenciando a influência dessa instituição sobre as demais em seu entorno, e o Núcleo de Expansão, que seriam os hospitais e asilos aos segregados, que conduziram a ocupação das áreas baixas de Belém, como o bairro do Tucunduba.

Mapa 1: Mapa com a delimitação dos Núcleos da saúde



Fonte: COSTA (2011 *apud* MIRANDA, 2013, p. 314).

O bairro do Tucunduba, atual Guamá, abrigou diversos hospitais de isolamento devido ao fato de, ainda em meados do século XX, ser pouco ocupado, apresentando uma infraestrutura deficiente, com grande quantidade de matas, e distante do centro urbano, algo fundamental para consolidação dessas instituições de segregação (RAMOS,2002).

Mapa 2: Cidade de Belém em 1905³ .



Fonte: SIDRIM, José (1905)⁴ adaptado por Gaby (2019).

- Forte do Castelo (Centro da cidade de Belém).
- Hospital Domingos Freire (Bairro do Tucunduba).

³ Esse mapa é uma proposta de ações da administração de Antônio Lemos. José Sidrim, responsável pelo desenho do mapa, propôs um modelo com traçados ortogonais, com quadras maiores e regulares, semelhante a urbanização americana de final do século XIX e início do XX. Comparando com o traçado atual da cidade, verifica-se que o bairro da Pedreira se encontra muito próximo do desenho de 1905. No entanto, os bairros do Guamá (antigo Tucunduba) e Canudos, não foram consolidados segundo o traçado proposto (MATOS, 2017).

⁴ Fonte: Belém da Saudade, 1998, p. 28.

No entanto, a implantação dos inaptos ao projeto progressista em bairros periféricos torna, como expõe Soares (2008), inevitável a expansão urbana da capital paraense para áreas mais afastadas do centro. As áreas periféricas, situadas em locais alagáveis e consideradas impróprias para a habitação, são então ocupadas pelos hospitais de isolamento, e isso só é possível, segundo Miranda, Beltrão e Henrique (2013, p. 333), “graças às intervenções que eliminaram as barreiras naturais (...) que impediam a ampliação da cidade para o interior”. Percebe-se então que se loca os hospitais de isolamento no Tucunduba por ser um bairro segregado, no entanto:

Concomitantemente e contraditoriamente a isso, dá-se a abertura de vias de acesso a esses locais de isolamento, o estabelecimento de construções e instalações para auxiliar no tratamento de doenças infectocontagiosas, para melhorar o atendimento aos asilados e isolados, como luz elétrica e escola, e para os serviços de sepultamento e até de transportes urbanos. Essas formas espaciais representavam, então, transformações e já eram indicadores de valorização futura daquelas terras, e funcionavam como atrativo para a ocupação urbana (FERREIRA, 1995 *apud* SILVA, 2016, P. 49).

Isso ocorre também em outros bairros periféricos escolhidos para locar espaços de segregação, como o Asilo da Mendicidade, solução encontrada para segregar a mendicidade do convívio social. O projeto é aprovado em 26 de junho de 1899 e o asilo inspirado no estilo neoclássico italiano, segundo Sarges (1998, p. 211), é construído às margens da estrada de ferro de Bragança, e colocado sob a administração da Santa Casa de Misericórdia. A partir da inauguração, em 16 de novembro de 1902, foi proibido, pelo Código de Posturas, esmolar nas ruas, praças, igrejas, edifícios públicos e privados, corroborando com os ideais de cidade “civilizada” (SARGES, 1998).

Figura 10: Asilo da Mendicidade (1901)



Fonte: LEMOS⁵ (1905, p. 257-258).

O Hospício dos Alienados, outro exemplo de hospital de isolamento, é implantado no bairro do Marco, e apresenta característica de um palacete de rica arquitetura e opulência, para o auxílio de doentes mentais, transferidos do Asilo ou Hospício dos Alienados do Tucunduba, que atuou de 1873 a 1901, desativado devido as condições precárias das instalações (MIRANDA *et al*, 2015).

Figura 11: Foto do Hospital Juliano Moreira, nome incorporado ao Hospício dos Alienados em 1937.



Fonte: RICCI E VALENTIM (2009) *apud* MIRANDA (2010).

⁵ O Município de Belém: Relatório apresentado ao Conselho Municipal de Belém, em sessão solene de 15 de Novembro de 1905. pelo Intendente Municipal Antônio José de Lemos. Belém do Pará, Archivo da Intendencia Municipal, 1905.

No Tucunduba, além do Hospício dos Alienados, desativado posteriormente, existia outra instituição segregacional, o primeiro leprosário da Amazônia, para o atendimento da hanseníase, que atua de 1815 até 1938, desativado nesse período já em função do rápido processo de urbanização da região. A quantidade de infectados levados ao Tucunduba no período, segundo Silva (2009), era muito grande. O bairro, ideal para afastar, isolar e vigiar os corpos contaminados, abrigou outros hospitais de isolamento, e, o leprosário, por exemplo que atendia uma diversidade de casos:

Segundo Ramos (2002, p. 20) o Leprosário não isolou apenas hansenianos, mas também “[...] alienados mentais, doentes com varíola e febre amarela, inclusive mendigos e escravos”. Isso demonstrava claramente o desconhecimento médico e, principalmente, o desrespeito e o descaso com que as autoridades responsáveis tratavam a saúde pública nesse momento (SILVA, 2009, p. 15).

Figura 12: Fotografia dos três pavilhões dos homens no Asylo de leprosos do Tucunduba



Fonte: SOUZA-ARAUJO (1933)⁶.

O inexistente conhecimento quanto aos meios terapêuticos eficazes ao combate dessas doenças, como expõe Silva (2009), tornava os hospitais de isolamento, ambientes segregacionistas e preconceituosos, e isso era visto na

⁶ SOUZA-ARAUJO, H.C. Memória do Instituto Oswaldo Cruz: Contribuição á epidemiologia e prophylaxia da lepra no Norte do Brasil. Tomo XXVII, fascículo 3, set. 1933, estampa XLIII.

estrutura física da edificação. No Hospital dos Lázaros do Tucunduba, o prédio da administração, a capela, as casas dos hansenianos, a cadeia, enfim, todas as edificações, apresentavam uma intenção punitiva. O discurso de manutenção da ordem baseava-se, supostamente, na narrativa de impedimento da propagação da doença. A configuração espacial do leprosário deveria, como expõe Henrique (2012, p. 159):

Manter a distinção e hierarquias existentes na sociedade, tidas como naturais e inevitáveis. Como ao longo de todo o século XIX as instalações físicas do Tucunduba sempre foram precárias, incapazes de proporcionar conforto e separar os doentes por sexo e condição social, tal espaço foi sempre majoritariamente ocupado por negros, forçosamente habituados com o modo de viver das pessoas pertencentes às “últimas classes da sociedade”.

Percebe-se então, como expõe Henrique (2012), que a segregação recaía violentamente sobre as classes mais pobres, e as famílias “abastadas” escapavam ao isolamento, permanecendo em seus domicílios. A maioria dos integrantes desse espaço já eram então oprimidos em sociedade. “Pessoas de cor”, predominavam nesses ambientes onde toda configuração servia “para a manutenção da ordem caótica e desumana do suposto tratamento dos internos” (SILVA, 2009, p. 16).

Em 1831, o código de posturas de Belém, procurando legitimar de maneira mais concreta a segregação, evitando o “perambular” de leprosos pelo centro urbano, que era intenso e constante, proíbe os acometidos pela lepra de transitar pelos espaços públicos da cidade. Os responsáveis pelos enfermos, que infringissem as leis, estavam sujeitos a multa e prisão. O regime de ordem e disciplina era constantemente defendido pelas autoridades provinciais (CRUZ, 1973, p. 431 *apud* HENRIQUE, 2012, p. 162).

O Tucunduba foi abrigo então no final do século XIX do “horror” dos centros urbanos, vivendo sob a sombra do preconceito da população em relação a lepra, que, como expõem Mattos e Fornazari (2005), foi repelida historicamente por crenças religiosas, e interpretações bíblicas, que disseminavam medo, depreciação e preconceitos em relação a doença. Este bairro olhado com

prevenção e temor pelos paraenses, passaria a atender outras doenças estigmatizadas pela sociedade moderna.

2.3. O SANATÓRIO DOMINGOS FREIRE:

Em 1894, é criado pelo Governo de Belém a Lei Estadual nº 203, que aprova a construção de um hospital de isolamento na capital paraense. A escolha do local “que melhores condições oferecesse para tão louvável iniciativa” segundo Britto e Cardoso (1973, p. 37), é feita por uma comissão de médicos e engenheiros composta pelos doutores João José Godinho, Francisco Marianno de Aguiar, Virgílio Martins Lopes de Mendonça e Henrique Americano Marques Santa Rosa, além do engenheiro Raymundo Tavares Vianna.

O terreno escolhido para implantar a instituição, devido sua elevação e solo pedregoso, foi a travessa Barão de Mamoré, paralela à travessa José Bonifácio, próximo ao cemitério Santa Izabel, no bairro do Tucunduba. O hospital, segundo Godinho (dez 1900, p. 39) apresentaria, a princípio:

edifícios especiais para varíola, febre amarela, febre thyphoide, a difteria e a tuberculose, tendo além disso casas em separado, para a administração, para o medico, para a observação dos casos suspeitos, para convalescentes, pharmacia, desinfectorio, lavanderia a vapor, necrotério, etc.

Iniciado em 1895, projetado pelo engenheiro Raymundo Vianna, o Hospital Domingos Freire era o primeiro da série dos edifícios planejados para compor o hospital de isolamento que atenderia as doenças infectocontagiosas mencionadas acima. A princípio, segundo Godinho (1900), o espaço assistencial foi criado para o atendimento dos variolosos. No entanto, concluído apenas em 1899, sob a fiscalização de outro engenheiro, Ignacio Moura, foi indicado ao atendimento dos doentes de febre amarela, pois a epidemia, nesse período, aumenta de forma expressiva na capital paraense (BRITTO e CARDOSO, 1973).

Para variolosos é construído um “hospital barraca”⁷ que fornecer-lhes-ia o atendimento necessário, denominado Hospital São Sebastião. O edifício, com acabamento em madeira, é locado no mesmo terreno do Hospital Domingos freire, distante 130 metros dele. Finalizado em três meses, apresentava três corpos independentes que se ligavam por varandas:

No primeiro corpo estão as salas de recepção, aposentos das enfermarias, capela, farmácia e gabinete do médico; no segundo ficam as grandes enfermarias e suas dependências; no terceiro, acham-se os quartos particulares para os doentes pensionistas, sala de refeições, quartos para criados, cozinha e despensa (...) A esquerda do hospital existe um desinfectório, com dependência hermeneuticamente fechada para fumigações e uma estufa locomóvel, perto da qual está a lavanderia. (VIANNA, 1975, p. 66).

Figura 13: Hospital São Sebastião.



Fonte: ALBÚM DE BELÉM (1902, p. 30)⁸.

⁷Os “hospitais-barracas”, ainda que aparentassem ser construções simplistas, apresentavam defensores que consideravam o espaço ideal pois, após o encerramento das epidemias, poderiam ser facilmente demolidos. “Entretanto o caráter provisório do São Sebastião, nunca foi levado em conta, sendo o mesmo demolido somente em 1959, quando já estava mais do que obsoleto” (A PROVÍNCIA DO PARÁ, 8 de novembro de 1959. p.8 *apud* ABREU JUNIOR, 2018, p. 71).

⁸ BELÉM. Intendente Municipal (1898-1911: A. J. de Lemos). Álbum de Belém: 15 de novembro de 1902. Paris: P. Renouard, 1902. 104 p. il. Disponível em: <<http://www.fcp.pa.gov.br/2016-12-16-20-17-48/album-de-belem>>. Acesso em: 11 de fev 2019.

Além desses dois hospitais, foi construído no terreno o Hospital São Roque, colocado a cargo do tratamento da gripe espanhola, que adentrou Belém em 5 de outubro de 1918 a bordo do vapor “Ceará” e, durante três meses, atingiu devastadoramente a população paraense, chegando ao total de 575 óbitos (ABREU JUNIOR, 2018). Essas instituições surgem aproximadamente no mesmo período, no início de 1900:

Os hospitais ditos de isolamento eram mais hospitais no nome, talvez só o Hospital Domingos Freire merecesse essa designação, por ser uma construção de alvenaria que causava boa impressão aos observadores, com capacidade de 50 leitos, podendo atingir 60, se necessário fosse. Os demais hospitais de isolamento, o São Sebastião e o São Roque, eram respectivamente um hospital de madeira, tipo hospital de campanha, com capacidade para 80 leitos; e o último uma casa alugada (ABREU JUNIOR, 2018, p. 71).

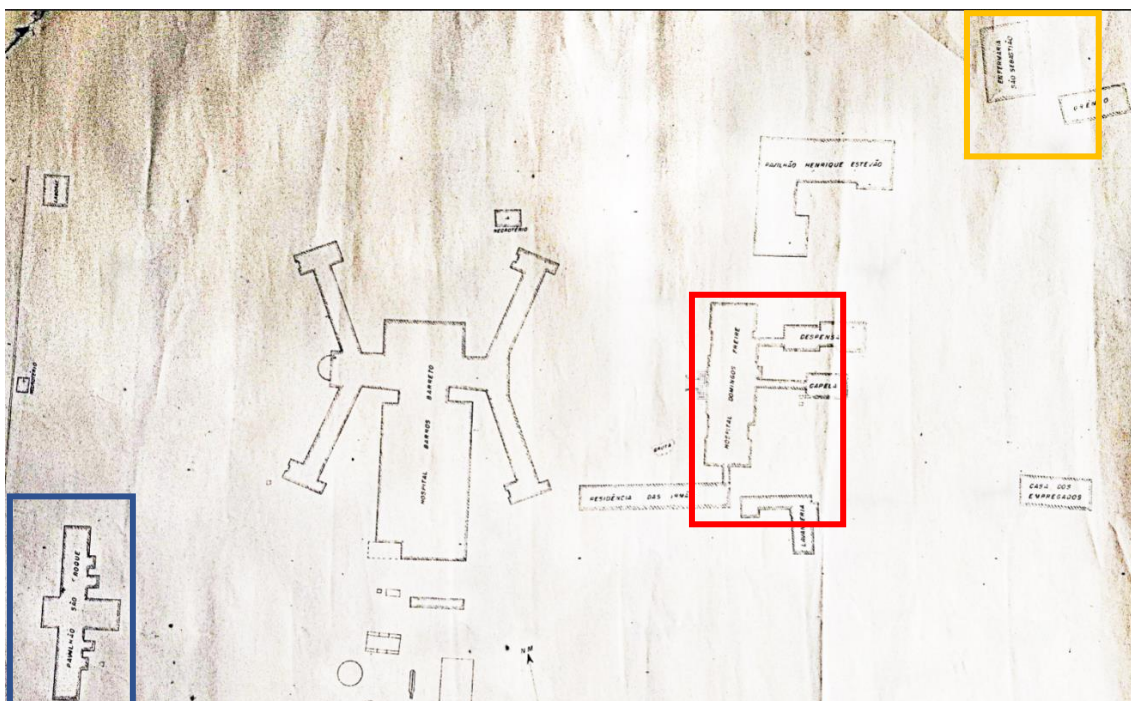
Figura 14: Hospital São Roque



Fonte: ALBÚM DO PARÁ (1939, p. 133)⁹.

⁹ PARÁ, Inventor Federal (1938-1942: J.C. Gama Malcher). Álbum do Pará. Belém: H. Rodrigues, 1939. 268 p. il. Disponível em:< <http://www.fcp.pa.gov.br/2016-12-16-20-17-48/album-do-para-1939>>. Acesso em: 11 de fev 2019.

Figura 15: Vista aerea do Sanatório Domingos Freire em vermelho, Hospital São Roque em azul e enfermaria do São Sebastião em laranja -1959.



Fonte: Acervo do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Para implantar as instituições no terreno mencionado, foram feitas modificações no bairro. João Pontes de Carvalho, diretor do Hospital Domingos Freire, expõe que ampliou a avenida central que ligava o Sanatório Domingos Freire à José Bonifácio, abrindo longas e vastas alamedas que amenizaram “o aspecto desagradável que apresentava o hospital, affogado nas sombras espessas da mal cuidada e compacta floresta” (CARVALHO, 1900, p.14).

O edifício do Sanatório é locado então nessa área, construído distante da travessa Barão de Mamoré, cerca de 150 metros, que era, a princípio, extremamente isolado, a ponto de, segundo Miranda e Abreu Jr. (2014), ser praticamente desconhecido da população. Isso fica claro no que expõe Carvalho (1900, p. 14):

Situado a considerável distância do centro populoso, sem que para isso concorra motivo algum de ordem hygienica, segregado completamente dos recursos que lhe poderiam proporcionar a visinhança da cidade, oferece sérios embaraços pela dificuldade de locomoção aos enfermos que lá tenham de ir procurar tratamento.

No entanto, o próprio João Pontes de Carvalho, afirma que a criação da instituição estava em conformidade com a ciência moderna, sendo, como expõe Miranda e Abreu Jr. (2014), o isolamento, nesse período, a maneira que os médicos higienistas acreditavam extinguir de circulação os patógenos das epidemias:

A criação dos hospitaes de isolamento correspondeu a bem orientado impulso dos nossos poderes públicos: esse facto revelou não só a justa compreensão da forma evolutiva dada pela sciencia moderna ao debellamento das molestias infecto-contagiosas, como também deixou patente o ponto de vista alevantando e progressista com que deve ser encarada a solução de tão difficil problema (...) cuja complexidade, a segregação absoluta do individuo infeccionado é imposta como medida de imprescindível rigor(CARVALHO, 1900, p.13)

O Hospital Domingos Freire foi inaugurado, então, em 29 de abril de 1900. No auto de inauguração foi declarado:

Aos vinte e nove dias do mez de Abril do anno de mil e novecentos decimo segundo da proclamação da Republica dos Estados Unidos do Brasil, achando se presentes em o hospital destinado a isolamento e tratamento de doentes de febre amarella, situado a travessa Barão de Mamoré nesta cidade de Belem, capital do Estado do Pará, os Excelentísimos Senhores Dr. José Paes de Carvalho, Governador; (ilegível), António José de Lemos, Vice-Provedor em exercicio de Provedor da Santa Casa da Mizericordia; os membros do Conselho Administrativo da mesma instituição; authorities civis, militares e religiosas, e outras pessoas distinctas, foi solennemente inaugurado o referido hospital (F/S. Casa, n.º 409 Museu).

O documento declara ainda que o Governador José Paes de Carvalho, pelo officio nº 1723 de 22 de agosto, por resolução da Assembleia Geral da Associação da Santa Casa de Misericórdia, reunida dia 3 de setembro, passa a administração e direção do hospital para o Conselho Administrativo da mencionada Associação. O auto de inauguração é redigido por Francisco de Sant'Anna Ferreira Rocha, official maior da secretaria da Santa Casa de Misericórdia, e Ignacio Gonçalves Nogueira o subscreve. Ambos assinam o documento, assim como os presentes na inauguração, e por fim é declarado:

O Conselho Administrativo da Santa Casa de Misericórdia resolveu, com aprovação do Excellentíssimo Sr. Governador do Estado, dar a este hospital a denominação de “Domingos Freire” como homenagem ao illustre brasileiro e distinto chimico bacterologista Doutor Domingos José Freire, o primeiro que iniciou os estudos da febre amarella, no terreno da bacteriologia (F/S. Casa, n.º 409 Museu).

A Província do Pará descreve na inauguração o Hospital Domingos Freire como “um bello edificio varrido de ar e de luz, amplo, confortável e elegante, emergindo majestoso por entre o arvoredo que vae dia a dia recuando perante o esforço civilizador que dilata em todos os sentidos o perímetro urbano” (A PROVINCIA DO PARÁ, 29 de abril de 1900, s.p.).

O diretor João Pontes de Carvalho, destaca a elegância e imponência do edificio. Entretanto, critica o estabelecimento, que, projetado como cópia fiel do Sanatório de Estocolmo, era inadequado ao clima paraense e não atendia às exigências do serviço hospitalar para o qual fora destinado, mesmo com a considerável soma de dinheiro público utilizado na construção da instituição (CARVALHO, 1900).

Godinho (1900) discorda de Carvalho, e em resposta ao diretor, afirma que o local seguia as recomendações higienistas em relação aos hospitais de isolamento sendo o projeto adequado, discutido por médicos do Serviço Sanitário do Estado e por engenheiros da seção de Obras Públicas. As lacunas, mencionadas por Carvalho (1900), se faziam presentes pois a instituição, construída aos variolosos, teve de atender a febre amarela, não havendo acomodações adequadas ao acolhimento dessa doença, no edificio criado para outro fim. Godinho (1900, p. 39) explica ainda:

E nem podia deixar de haver lacunas, pois aquelle edificio é como diz o dr. Pontes de Carvalho apenas uma secção e não um hospital na verdadeira acepção do termo e nessas condições era impossível tornal-o <<amoldável a um hospital de isolamento para molestias infecto-contagiosas>>.

A alternativa para sanar tal problema era transferir o atendimento da febre amarela para o antigo local de assistência, que funcionou por muito tempo no Hospital da Caridade, na praça da Igreja da Sé e do Forte do Castelo. Com isso,

o Hospital Domingos Freire seria destinado ao tratamento de varíola dos “doentes de classe” e o São Sebastião, que naquele momento atendia os variolosos, seria destinado aos indigentes afetados pela doença. Feito isso, e aterrando o pântano que faz parte do terreno, e que José Pontes de Carvalho menciona em seu relatório como inadequado, o edifício “nada deixaria à desejar em beleza, salubridade e conforto, podendo mesmo ser vantajosamente utilizado” (GODINHO, 1900, p. 39).

Este edifício “cópia fiel do Sanatório de Estocolmo” apresentava:

(...) dois pavimentos, um inferior, cimentado, ao rez do chão, e outro superior assoalhado.

Este último contem quatro salas ou enfermarias, uma maior para 20 leitos e outra menor, para 10 ditos, dispostas symetricamente de cada lado do edifício; as de um lado para adultos e creanças do sexo masculino, e as do outro lado para o sexo feminino.

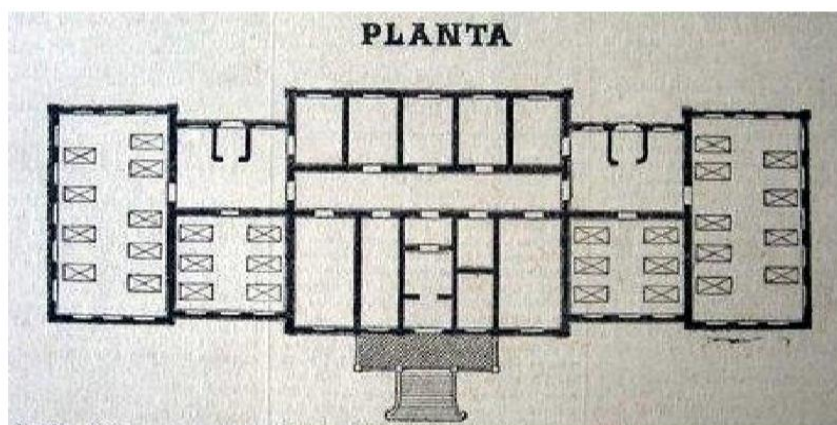
Nesse edifício só deviam permanecer os doentes e os enfermeiros, que ali se conservariam incommunicaveis durante o tratamento; só o medico teria nas enfermarias acesso franco, devendo mudar de fato e desinfecar-se após a visita, antes de deixar o estabelecimento.

As portas de entrada e de sahida eram diferentes, dando aos doentes entrada por um lado e sahida pelo opposto.

A’ roupa, os alimentos, medicamentos e tudo que podessem carecer os doentes deviam ser entregues por um postigo existente no corredor da entrada principal do edifício, segundo o plano primitivo.

A directoria e o medico teriam alojamento fora das enfermarias nas immediacções, em edificios expressamente construídos para suas residências (GODINHO, 1900, p. 39).

Figura 16: Planta do Hospital de Isolamento Domingos Freire



Fonte: MIRANDA E ABREU JR. (2014, p. 4).

A disposição da planta, representa “os hospitais regidos pelo higienismo” (COSTA, 2011, p. 57). Anteriormente, do século XV ao XVIII, o hospital

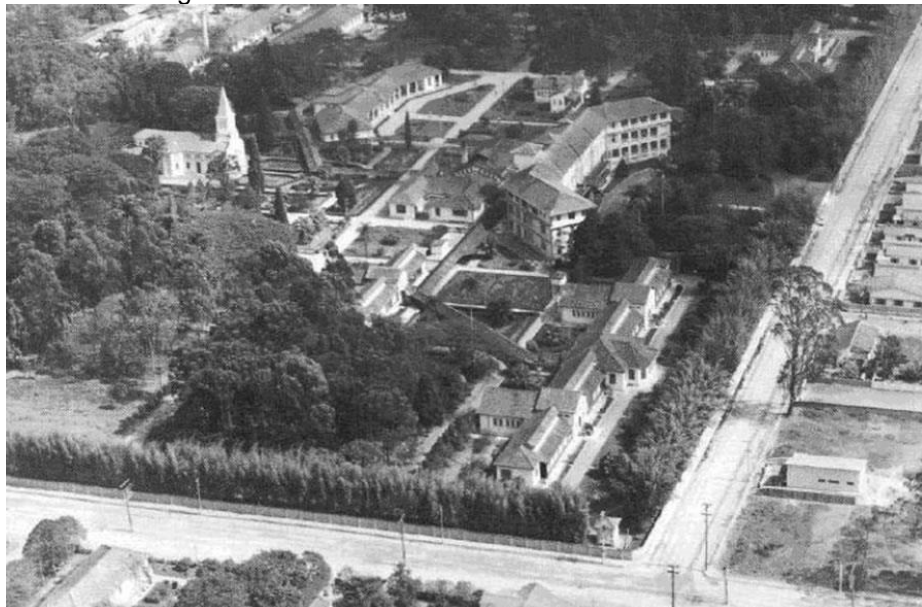
cruciforme predominou, o modelo hospitalar religioso foi substituído apenas com o advento do hospital moderno. “A primeira tentativa de melhoria do espaço cruciforme, tido como insalubre na maioria dos casos” foi feita por Tenon. Os estudos do médico em 1788, levaram a configuração higienista “num primeiro momento, e culminaram nos hospitais pavilhonares cem anos depois, com Tallet” (COSTA, 2011, p. 57).

O Hospital-Sanatório de qualidade era idealizado sob a luz do higienismo e deveria satisfazer os quesitos de situação, exposição e construção (COSTA, 2014). O Hospital Domingos Freire estava em consonância com os aspectos progressistas, notórios na escolha do terreno e na setorização de seus espaços, bem como, na linguagem expressa na fachada.

A princípio, como exposto anteriormente, a proposta do Hospital de Isolamento em Belém apresentava diversas edificações para atendimento de doenças-infectocontagiosas distintas. A multiplicidade de prédios para abrigar atividades destoantes era comum na composição espacial dos sanatórios, um exemplo seria o Sanatório Vicentina Aranha. Hospital do tipo pavilhonar, com distintos edifícios, especificamente, sete pavilhões principais, complementados por edificações de apoio, que formavam um conjunto arquitetônico no interior paulista:

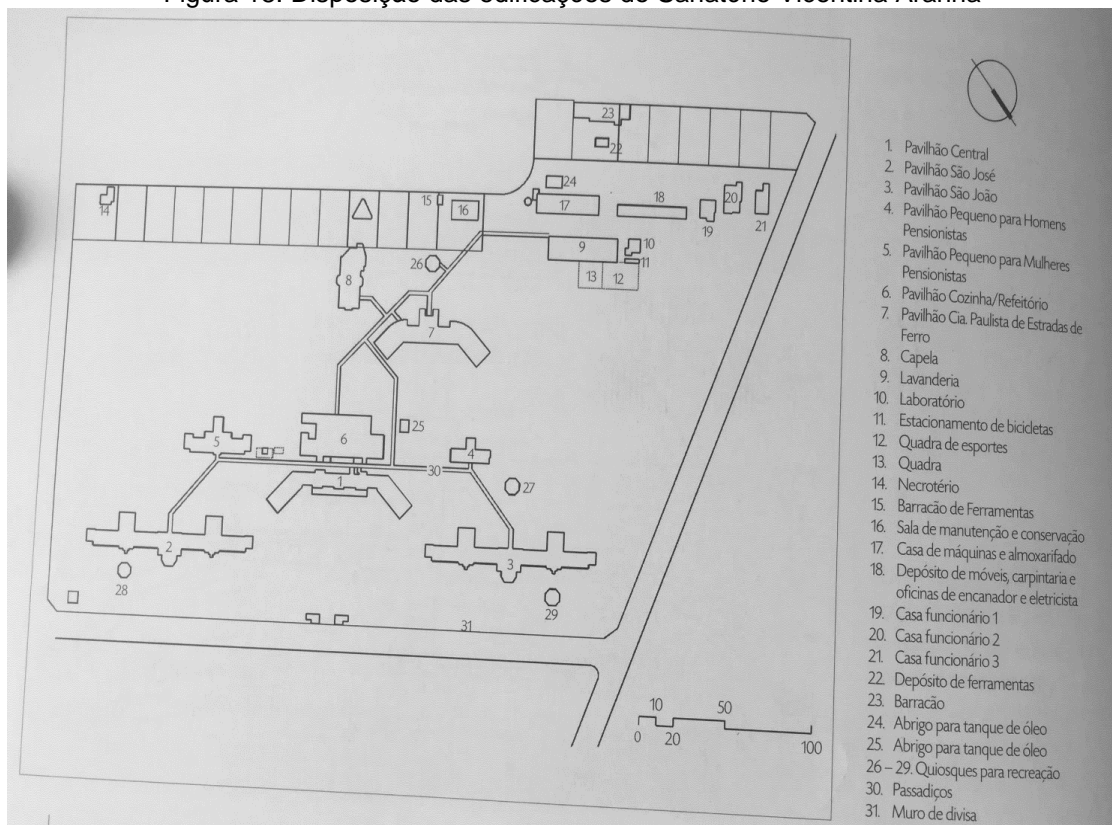
Conta, hoje, com 19.033m² de área edificada, distribuídos em pavilhões específicos para cada tipo de atividade. Além do centro cirúrgico, localizado no Pavilhão Central, as construções que se destacam são os alojamentos para os enfermos, divididos em pavilhões femininos e masculinos, somando duzentos e oitenta e quatro leitos. Merecem atenção as edificações destinadas a manutenção e serviços, tais como o pavilhão de cozinha, despensa, frigorífico e refeitório; além de anexos como lavanderia, coradouro, oficinas, casa de máquinas, almoxarifado, fábrica de sabão, cabine de força, reservatórios de água, reservatórios do óleo diesel das bombas, decantador, incinerador e chaminé. Edificações secundárias foram necessárias para dar suporte às atividades complementares como granja, pocilga e o edifício para depósito de ferramentas. Faziam parte deste conjunto as garagens, rampa para lavagem de veículos e abrigo para bicicletas (BITTENCOURT, 1998, p. 64).

Figura 17: Vista aérea do Sanatório Vicentina Aranha



Fonte: BITTENCOURT (1998, p. 63).

Figura 18: Disposição das edificações do Sanatório Vicentina Aranha



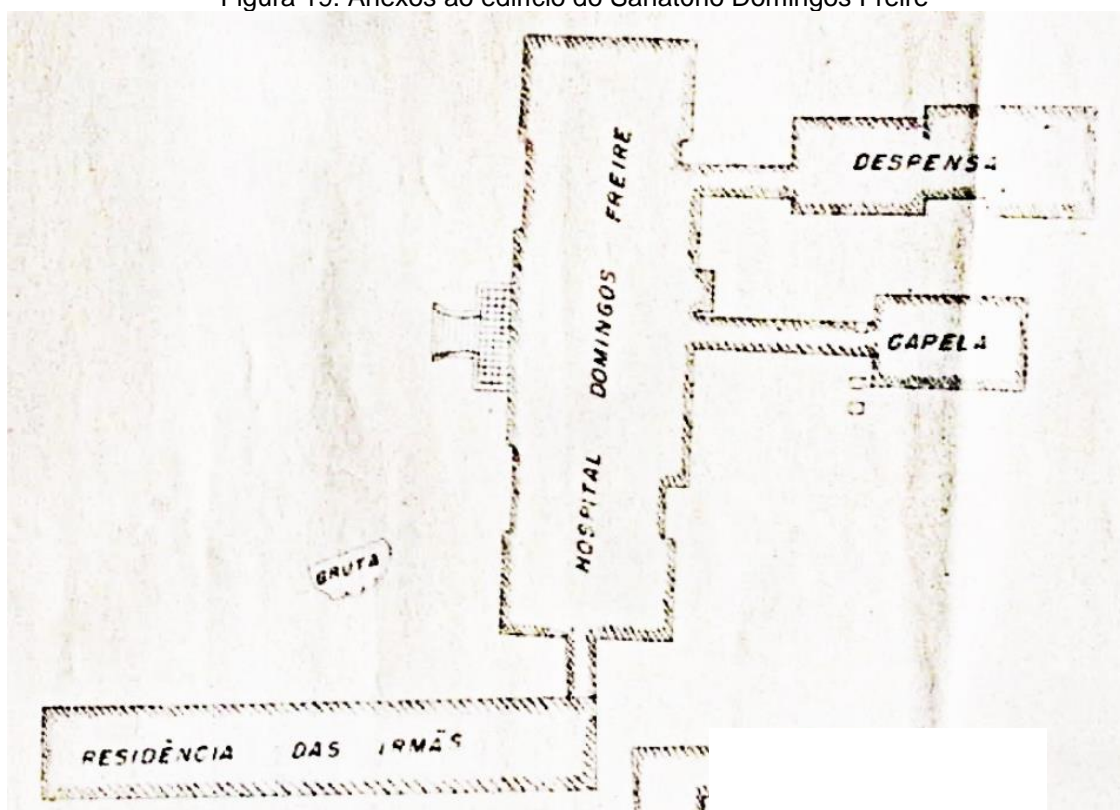
Fonte: BITTENCOURT (1998, p. 62).

No Hospital de Isolamento de Belém, a proposta das distintas edificações findou apenas no Sanatório Domingos Freire, primeira edificação construída, e, posteriormente, em dois hospitais-barracas (São Sebastião e São Roque),

disponibilizados para atendimento dos variolosos e da peste bubônica. Contudo, como já exposto, esses espaços eram “hospitais mais no nome” pois, segundo Abreu Junior (2018, p. 83), apenas o Sanatório Domingos Freire era uma construção de alvenaria, “que causava boa impressão aos observadores”.

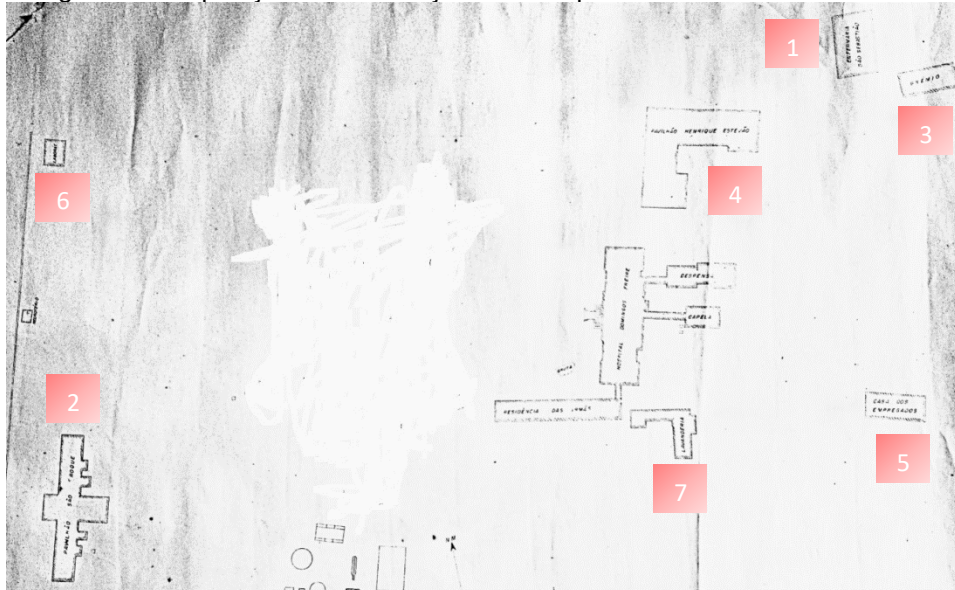
No decorrer dos anos de atuação da instituição, complementaram-se a esses espaços edificações secundárias necessárias ao suporte dos pacientes, como as do Sanatório Vicentina Aranha. O edifício do Hospital Domingos Freire foi interligado a ambientes como despensa, capela e edificações para abrigo das irmãs que assistiam os pacientes (figura 19). No terreno, além da Enfermaria São Sebastião (1) e Hospital São Roque (2), existia, como demonstra a figura 20, um grêmio (3), pavilhão Henrique Estevão (4), casa dos empregados (5), laboratório (6) e lavanderia (7).

Figura 19: Anexos ao edifício do Sanatório Domingos Freire



Fonte: Acervo do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Figura 20: Disposição das edificações do Hospital de Isolamento de Belém



Fonte: Acervo do Acervo do Hospital Universitário João de Barros Barreto adaptado por Gaby (2019).

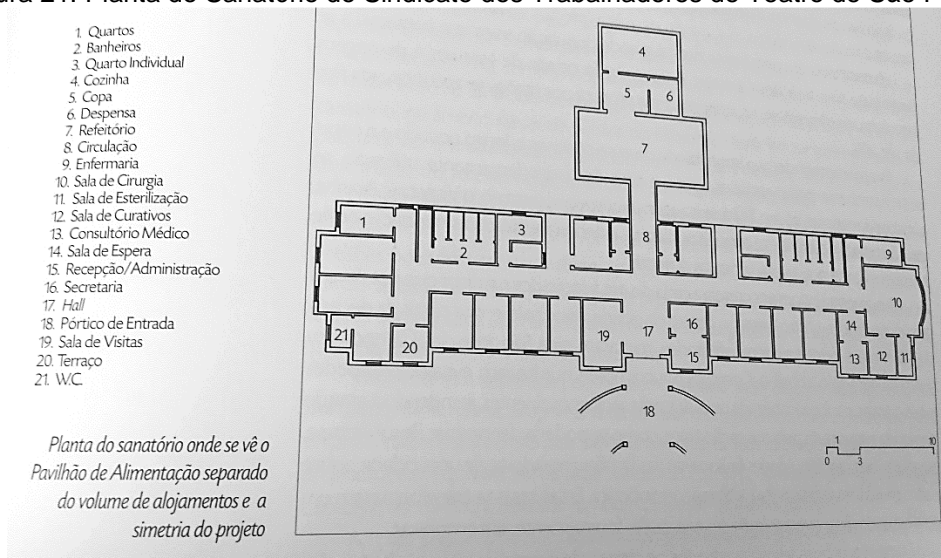
A descrição da planta do Sanatório Domingos Freire por Godinho (1900), nos mostra ainda que, a edificação, assim como em São José dos Campos, era setorizada por sexo, e a disposição simétrica dos espaços se dava nas laterais da área central do edifício. No entanto, diferentemente do Vicentina Aranha, a setorização se dava no mesmo pavilhão, mas há semelhança quanto a simetria, e à disposição dos pavilhões masculinos e femininos que no sanatório paulistano “estão alocados, respectivamente, à esquerda e à direita do Pavilhão Central” (BITTENCOURT, 1998, p. 65).

A simetria e a disposição por sexos eram comuns na tipologia sanatorial. O Sanatório do Sindicato dos Trabalhadores de Teatro de São Paulo, apresenta uma fachada e, de certa forma, um projeto, de 1937, semelhante ao Sanatório Domingos Freire. O edifício também se configura de forma retangular simétrica. O acesso de ambos compõe o eixo que estrutura a fachada e distribui à esquerda e à direita os aposentos divididos por sexos, dispostos simetricamente em uma única edificação (BITTENCOURT, 1998).

Assim como no Sanatório Domingos Freire, há uma preocupação entre a separação dos pacientes e funcionários no Sanatório do Sindicato dos Trabalhadores de Teatro de São Paulo. O alojamento dos pacientes deste último

ocupa quase toda a fachada, o setor de serviços, como refeitório, cozinha, despensa e área dos empregados, se encontra em volume independente, ligado apenas por um corredor como mostra a figura 21 (BITTENCOURT, 1998).

Figura 21: Planta do Sanatório do Sindicato dos Trabalhadores de Teatro de São Paulo.



Fonte: BITTENCOURT (1998, p. 147).

As diferenças notórias em relação ao Sanatório Domingos Freire e o do Sanatório do Sindicato dos Trabalhadores de Teatro de São Paulo são, primeiramente, os leitos para pacientes. No Sanatório do Sindicato dos Trabalhadores de Teatro de São Paulo os mesmos, dispostos na fachada, compõe quartos individuais ou com dois leitos, não havia grandes enfermarias (BITTENCOURT, 1998). No Sanatório Domingos Freire os leitos são dispostos nas laterais da edificação e não na fachada, e os pacientes eram colocados em grandes enfermarias, como pode-se ver na planta da figura 16. No Sanatório Vicentina Aranha os pacientes também eram dispostos em enfermarias.

Figura 22: Enfermaria do Sanatório Vicentina Aranha



Fonte: BITTENCOURT (1998, p. 85).

A separação entre áreas de funcionários e pacientes, se deu nos três sanatórios. No entanto, no Sanatório Domingos Freire, parte das edificações para funcionários e serviços se apresentava na mesma edificação, como no Sanatório de São Paulo, e outra parte, apresentava-se em prédios dispostos no terreno, como no Sanatório Vicentina Aranha.

Godinho (1900, p. 39), ao descrever a incomunicabilidade e a necessária desinfecção após o contato dos funcionários com enfermos, demonstra a preocupação do contágio e o motivo da necessária segregação entre funcionários e pacientes. O isolamento se dava então, na localização do terreno em relação ao centro urbano e na disposição interna dos hospitais.

Na virada do século XIX para o XX, médicos, higienistas, perseguiram a sujidade e a falta de asseio, utilizando a quarentena para segregar os inaptos (VIGARELLO, 1996). Há uma separação dos “lugares perigosos”, um conceito de sujo e limpo que se vê nos hospitais de isolamento. A disposição interna dos espaços, a distribuição das esquadrias, a localização, a fachada, tudo, levava em consideração os preceitos higienistas. Evitar o contágio era o foco.

A separação entre “limpo e sujo” é notória na planta do Sanatório Domingos Freire, inclusive, todos os pertences a que os doentes tivessem acesso, roupas, alimentos, eram entregues por pórticos, evitando contato direto dos sãos com os moribundos (GODINHO, 1900). A paranoia em relação a micróbios, desvelados como agentes patológicos, tornam questões de iluminação natural e circulação do ar preponderantes. A defesa que a propagação das doenças se dava pelo ar contaminado devido, principalmente, a falta de higiene (teoria dos miasmas), torna as questões de conforto da edificação necessárias aos ambientes assistenciais (MARTIRE, 2018).

A teoria da corrupção do ar desenvolveu-se como podemos ver abaixo:

Foi entre os pensadores islâmicos que a teoria da corrupção do ar atingiu maior desenvolvimento, durante a Idade Média. Dentre eles destacou-se o médico Ibn Sina, mais conhecido como Avicena (980-1037). Em seu livro *Cânon da medicina* ele atribuiu muitas doenças à podridão. As “febres pestilenciais” seriam produzidas pelo apodrecimento da água ou da atmosfera. A água estagnada ou dos pântanos, alterada pela podridão, assim como corpos de cadáveres,

produziriam vapores malignos, transportados pelos ventos para outros lugares.¹⁰

Percebe-se na planta do Hospital Domingos Freire a importância de evitar a estagnação do ar levando em consideração a teoria dos miasmas. A disposição dos leitos, próximo as esquadrias, nas enfermarias, renovavam a circulação de ventos e permitia a iluminação natural do ambiente de aglomeração, insalubre, “o lugar maligno”, que precisava ser “corrigido”.

No Sanatório Vicentina Aranha há uma preocupação também em relação a iluminação e ventilação nas enfermarias, como podemos ver abaixo:

Nas enfermarias e nos quartos individuais têm-se grandes esquadrias em madeira, onde portas-balcão com bandeiras articuláveis conjugam-se com janelas que vão do piso ao teto, divididas em três partes, todas passíveis de movimento, permitindo, com isso, iluminação e ventilação abundante (BITTENCOURT, 1998, p. 78-83).

Figura 23: Esquadrias articuláveis do Sanatório Vicentina Aranha usadas para o fechamento das enfermarias.



Fonte: BITTENCOURT (1998, p. 84).

As esquadrias compunham a fachada do Sanatório Domingos Freire, que apresentava características neoclássicas. O neoclassicismo, linguagem arquitetônica adotada em hospitais do século XIX, tanto no Brasil, quanto em

¹⁰MARTINS, Lilian Al-Chueyr Pereira & MARTINS, Roberto de A. Os miasmas e a teoria microbiana das doenças. [Miasma and the microbial theory of diseases]. *Scientific American Brasil* [Série História] (6): 68-73, 2006, p. 69.

Portugal se deu em oposição ao barroco e rococó, valorizando os elementos greco-romanos, compondo-os proporcionando harmonia inteligível entre as partes (SANGLARD, 2018).

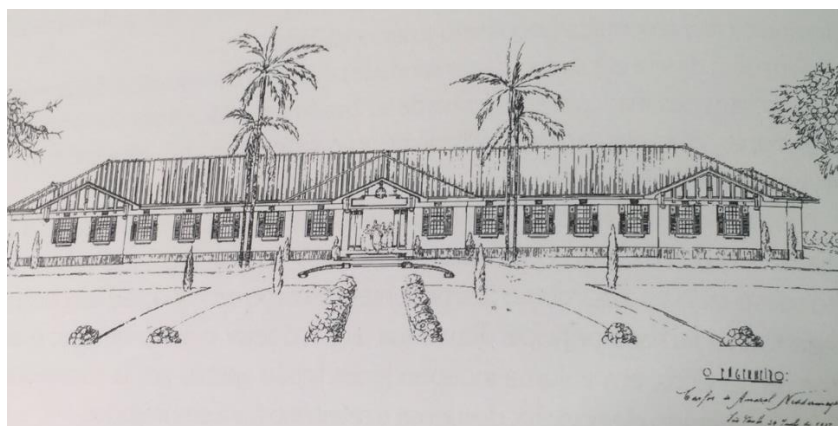
No período dos oitocentos, se dá em resposta ao esgotamento das antigas edificações, abrindo espaço para edificações hospitalares onde vigorasse a ideia de progresso, resultando na concepção de prédios higiênicos (SANGLARD, 2018). É notória a frequente utilização desse estilo ao comparar a semelhança da fachada do Sanatório do Sindicato dos Trabalhadores de Teatro de São Paulo e do Sanatório Domingos Freire, como podemos ver nas Figuras 24 e 25 abaixo.

Figura 24: Hospital de Isolamento Domingos Freire



Fonte: MIRANDA E ABREU JR. (2014, p. 5)

Figura 25: Desenho da fachada do Sanatório do Sindicato dos Trabalhadores de Teatro de São Paulo



Fonte: BITTENCOURT (1998, p. 146).

A arquitetura do Sanatório Domingos Freire, “o solido estabelecimento bem architectado, elegante e talvez mesmo luxuoso demais para o fim a que é destinado”, como expunha Vianna (1975, p. 60), apresenta em seu projeto, a influência da linguagem arquitetônica em voga no Brasil durante o século XIX, denominada de “classicismo imperial brasileiro” (MIRANDA, 2018).

O Brasil, por três séculos terá como referência Portugal, a arquitetura lusitana dos séculos XVI e XVII estará presente na arquitetura colonial erudita, afiliada ou ao barroco-rocóco ou a linguagem pós-renascentista (SOUSA, 1994 *apud* MIRANDA; COSTA, 2018). Alberto Sousa expõe então que até a primeira metade do século XIX o Brasil não apresenta uma arquitetura clássica, discutindo a pertinência da historiografia tradicional, que afirma que o neoclássico se apresenta na arquitetura desde meados do século XVIII e, dentro da cronologia europeia, teria chegado no Brasil juntamente com a Missão Francesa no Rio de Janeiro em 1816 (MIRANDA; COSTA, 2018).

No entanto, “de acordo com o autor, o verdadeiro neoclássico europeu esteve presente em poucos edifícios” nacionais (MIRANDA; COSTA, 2018, p. 27). No país, sobressai dentre as escassas experiências neoclássicas, uma arquitetura inovadora, nacional, denominada de “classicismo imperial brasileiro”, que teria expressiva produção no país entre 1830 até o início do século XX.

A arquitetura inovadora chamará atenção da antiga metrópole, a ponto de Portugal tomar para si tal estilo, vertente denominada por Sousa como “classicismo à brasileira”, e aderindo a ele em palacetes, escolas e hospitais, por meio dos *brasileiros de torna viagem*, portugueses emigrados que fizeram fortuna no Brasil e retornam ao país investindo na construção de espaços com o estilo brasileiro, que simbolizava progresso e modernidade (MIRANDA; COSTA, 2018).

A arquitetura se destaca pelos elementos estilísticos marcantes, como o uso de platibandas, sendo no “classicismo imperial brasileiro” prioritariamente o uso de platibandas cheias, e no “classicismo à brasileira”, as vazadas e com balaústres. “Esta será a característica que define o estilo, visto que a presença deste traço e de vãos encimados por vergas semicirculares serão determinantes

para julgá-lo como Classicismo Imperial Brasileiro” (MIRANDA; GRILO; PINHO, 2015, p. 233). Essa produção arquitetônica:

sinalizou uma fase em que a arquitetura brasileira buscava satisfazer as necessidades das novas elites, com ideais liberais e calcada em atividades econômicas urbanas. O caráter simbólico desta arquitetura voltava-se para o espaço público, denotando uma aparência racional, austera, com emprego ponderado de ornamentos, os quais serviam para demarcar a volumetria pouco acentuada dos edifícios (MIRANDA; COSTA, 2018, p. 27).

Nesse panorama, os novos edifícios públicos da Belém Imperial, sobressaindo os edifícios hospitalares, adotam a linguagem do “classicismo imperial brasileiro” (MIRANDA, 2018). Os hospitais que apresentaram essa linguagem arquitetônica em Belém possuíam as características que delimitavam esse estilo. O Hospício dos Alienados, por exemplo, apresentava as principais características do “classicismo imperial brasileiro”, como o modelo pavilhonar, a predominância horizontal, a simetria, os vãos em verga reta, em ritmo regular, sem adornos estilísticos e as platibandas encobrindo a cobertura (MIRANDA, 2018).

O Hospital Domingos Freire apresentará essa linguagem arquitetônica, em um edifício de um pavimento, dividido em cinco partes, uma central, duas intermediárias e duas laterais, e um porão semienterrado delimitado por uma cornija contínua:

No corpo central, destacava-se o frontão central triangular, sustentado por um pórtico composto de quatro pilastras de capitel dórico e entablamento. A entrada principal contava com vão em arco pleno, sustentado por pilastras de capitel dórico, ladeado por duas janelas de peitoril alongadas, de verga reta com bandeira fixa em arco pleno, emolduradas e também sustentadas por pilastras de capitel dórico. Ressalta-se ainda uma escadaria linear para acessar a entrada principal (MIRANDA, 2018, p. 99-100).

Os corpos intermediários, recuados na fachada, apresentavam janelas de peitoril de vão, com bandeira fixa, ambos de verga reta, e continham molduras encimadas por cornijas de vão lineares. Alinhadas às janelas, no nível do porão, há três esquadrias, de moldura simples, sendo a central de vão regular e, em cada lado, um óculo. Os corpos laterais assemelham-se quanto às esquadrias,

mudando apenas as cornijas de vão, que na área central, era triangular e nas laterais, cimbradas (MIRANDA, 2018).

Figura 26: Sanatório Domingos Freire



Fonte: FRAIHA NETO (2012, p. 98).

O edifício entra em funcionamento de fato apenas com uma tragédia que acomete a “Companhia Lyrica Italiana” que vem ao Pará se apresentar na comemoração do 4º centenário do descobrimento do Brasil. Os membros da Companhia, após alguns espetáculos, são acometidos pela febre amarela, e mesmo diante da imediata internação do grupo no Hospital de Isolamento Domingos Freire, muitos vão à óbito (CARVALHO, 1900a).

Este episódio, dada sua repercussão, contribui para uma visão de descrédito, principalmente nos países europeus, em relação às condições de salubridade e assistência oferecidas no Pará. Carvalho (1900a, p.38), em resposta às reprovações externas, afirma que o desastre se deu, não por ser a cidade uma região inóspita, mas pelos empresários da “troupe lyrica italiana” terem-na acomodado em lugares infectados da capital paraense. Estatisticamente, comparando a mortalidade da Amazônia a outras regiões, “não passa de um mytho a imputação de inhospitabilidade que se attribue ao (...) Estado”. A situação se agrava ainda mais quando dois pesquisadores, Walter

Mayers e Herbert C. Durham da “Escola de Medicina Tropical de Liverpool”, chegam ao Estado do Pará para estudar a transmissão da febre amarela na Região Amazônica e são acometidos pela doença. (COSTA, 1972).

Os insucessos no tratamento dos pacientes do Hospital Domingos Freire geram pesadas críticas quanto a eficácia de atuação da instituição, como a matéria veiculada pela Folha do Norte¹¹ em 14 de agosto de 1900, intitulada “Verdades amargas”:

(...) do Hospital Domingos Freire, que é o isolamento reservado aos acometidos da fatal enfermidade, fornece-se á imprensa a lista dos poucos que conseguem a cura, mas para não tornar evidente entre a cifra da mortalidade e das curas, a somenos importância desta, cala-se propositalmente o número de recolhidos para não espantar o pobre estrangeiro recém-chegado.

Em resposta ao jornal, o diretor do hospital, José Pontes de Carvalho, publica que de 1 a 22 do referido mês da matéria, estatisticamente, entraram 78 enfermos, falecendo 20 desses, totalizando 25% de óbitos. Afirma, em defesa ao posicionamento da Folha do Norte que, muitos dos óbitos ocorreram pois os enfermos foram conduzidos para o isolamento já em estado moribundo, isso ocorreu, segundo o médico, pois “não poucos colegas meus só se lembram do Hospital Domingos Freire, quando vêm os seus clientes sem mais esperanças de vida” (CARVALHO, 1901, p. 261).

O fato é que no ano de 1900, período pré-vacina¹², de recursos terapêuticos praticamente inexistentes em relação a febre amarela, da inauguração do Hospital Domingos Freire em 29 de abril à 31 de dezembro, 514 enfermos entraram na instituição. Desses, 193 foram à óbito, totalizando 37% dos pacientes (BRITTO E CARDOSO, 1973). O hospital atendia também, além dos pacientes de febre amarela, doentes de diferentes epidemias e surtos que

¹¹ “A vacina 17 D é que vem sendo empregada, desde 1937, na vacinação antiamarílica no Brasil” (FRANCO, 1969, p. 131).

¹² PARÁ, Inventor Federal (1938-1942: J.C. Gama Malcher). Álbum do Pará. Belém: H. Rodrigues, 1939. 268 p. il. Disponível em:< <http://www.fcp.pa.gov.br/2016-12-16-20-17-48/album-do-para-1939>>. Acesso em: 11 de fev 2019.

acometeram o Estado na primeira década do século XX, abrangendo então casos de tifo, impaludismo, tuberculose, varíola (MIRANDA e ABREU JR, 2014).

No ano de 1901, a movimentação do hospital totalizou 187 pacientes. Desses, 130 obtiveram alta e 57 faleceram. O baixo fluxo devido a diminuição de casos de febre amarela, fez a Inspetoria do Serviço Sanitário do Estado reservar o Hospital Domingos Freire para o atendimento da peste bubônica, que acometia os estados do Sul do país, e que poderia adentrar a capital paraense. Os doentes de febre amarela passaram a ser atendidos no Hospital da Caridade (BRITTO e CARDOSO, 1973).

No entanto, como expõe Augusto Montenegro, no Relatório apresentado à Assembleia Legislativa em 1902, a tuberculose avança na sociedade paraense. Diante disso, a Santa Casa de Misericórdia cria, segundo Montenegro (1902), uma enfermaria exclusiva ao atendimento desses pacientes. Porém, o perigo de manter o atendimento dos tísicos em um hospital geral, fez, em 1903, o governo adaptar o Hospital Domingos Freire para o tratamento dessa moléstia:

Hospital Domingos Freire- Não tendo sido mais utilizado esse hospital para a cura da febre amarela e tendo tomado um certo desenvolvimento a tuberculose nos últimos annos n'este Estado, resolveu o Governo adapta-lo ao tratamento dessa moléstia, visto ser dos hospitaes o que melhores condições hygienicas apresenta (MONTENEGRO, 1903, p. 65, 66).

A adaptação do edifício para atendimento aos tísicos ocorre, segundo a fonte acima, pela demolição de duas paredes de compartimentos que serviam como ante-sala de entrada dos doentes, com objetivo de aumentar os dois refeitórios. Junto a cozinha constrói-se, também, uma despensa. Além disso, devido alguns casos de febre amarela que continuavam seu atendimento na instituição, são colocadas telas higiênicas de proteção contra os mosquitos.

Constrói-se também no alinhamento da Barão de Mamoré, um muro com grade de ferro e portão, produzidos nas oficinas do Instituto Lauro Sodré, uma “moradia do guarda portão” e, da entrada às escadarias do hospital é criada uma avenida central, com muros laterais e completamente arborizada de mangueiras

e coberta de terra amarela. Fez-se no sentido transversal do terreno, a canalização das águas pluviais e foi criado também um refeitório para as irmãs da caridade que assistiam os pacientes, criando uma despensa e uma pequena copa no local (MONTENEGRO, 1904, p. 88,89).

As mudanças que aconteceram no refeitório se deram devido a necessidade de aumentar o número de religiosas para atender a demanda crescente de pacientes. Devido a isso, o edifício destinado a moradia das mesmas também sofre alterações, aumentando o número de aposentos. Constrói-se ainda um tanque destinado a irrigação da horta e uma vacaria com estábulo para 16 vacas, enfermaria, curral de bezerros, moradia para o vaqueiro e área para extração de leite (MONTENEGRO, 1904, p. 90).

Após as adaptações na edificação, as campanhas sanitárias de Belém oferecem o Hospital Domingos Freire para acolhimento dos doentes de tuberculose. O crescimento demográfico e as péssimas condições de moradia, contribuíram para disseminação da epidemia na capital, que entre os anos de 1904 a 1905, aumenta o número de óbitos de 315 para 350. A falta de meios terapêuticos no período para tratamento dos pacientes, piorava o quadro, e a tuberculina¹³ não apresentava nenhum efeito sobre a doença (AMARAL, 2006).

As críticas voltaram a recair sobre o Hospital Domingos Freire. Segundo Amaral (2006, p. 154), em 14 de Janeiro de 1905, o jornal *Folha do Norte* veicula uma matéria intitulada “os hospitaes de belem”, criticando o tratamento destinado aos tísicos. A nota afirmava que a proximidade do hospital que atendia tuberculosos em relação ao Hospital São Sebastião, que atendia os doentes de variola, apresentava risco aos pacientes internados nas instituições:

Pelo facto de demorarem ambos os hospitaes no mesmo terreno, péрто um do outro, jamais de um caso de variola tem se dado nos doentes de bacillose pulmonar, constituindo outro serio perigo a remoção delles para o meio dos variolosos. Ainda se está em tempo de emendar a mão e fazer um melhor beneficio á população de Belém¹⁴.

¹³ “Verdades amargas”, in *Folha do Norte*. Belém, 14 ago. 1900.

¹⁴ “Em 1890, Koch preparara a tuberculina, numa esperança falhada de obter uma vacina ou um tratamento eficaz da tuberculose. Pirquet (1874-1929) e depois Mantoux (1877-1947), em 1908, adaptaram a tuberculina para auxílio do diagnóstico, feito por via de um teste

O perigo da proximidade das duas instituições já havia sido mencionado por Carvalho (1900), que afirmava ser imprudente a separação dos hospitais por uma distância insignificante, sem que existisse entre os mesmos, um cordão sanitário, que assegurasse a não infecção dos doentes do Domingos Freire pela varíola. Em resposta, Godinho (1900) afirmava no período que, extinto o pântano encontrado no terreno, os inconvenientes do contágio pelo impaludismo que se poderiam originar devido à proximidade entre os hospitais estariam extintos.

Nota-se, no entanto, que em 1905 as inquietações do diretor José Pontes de Carvalho tornaram-se realidade. Em resposta às críticas, a propaganda governista procura reforçar o serviço de assistência médica aos tuberculosos na instituição e passa a expor a doença como “perigo social”, perpetuando um “sentimento de pavor” em relação a moléstia na sociedade paraense. O governo procurava com isso legitimar a ideia do necessário isolamento dos tuberculosos, insistindo desde o início na “obrigação moral” de denúncias em caso de doenças contagiosas. Soma-se a isso o não encaminhamento dos doentes ao Hospital Domingos Freire devido a veiculação de notícias na mídia referentes ao grande número de óbitos da instituição e o contágio dos mesmos pela varíola devido à proximidade da instituição e do Hospital São Sebastião (LEMOS, 1905, p. 49).

Essas questões são percebidas em discursos como o de Augusto Montenegro à Assembleia Legislativa, em 1905. O governador expõe o grande número de vítimas da tuberculose, e cita as ações do governo no Hospital Domingos Freire:

(...)movimento do hospital Domingos Freire apenas pallida idéa vos dará dos estragos que a tuberculose esta fazendo entre nós. A leitura assídua do obtuario tranos-ia a noção nitida do perigo social que é esse mal, e um sentimento de pavor se apoderaria de nós diante das victimas que ele produz.

O que o governo faz no hospital Domingos Freire significa somente um esforço apenas no sentido de chamar a atenção da população. Sem cujo concurso toda e qualquer lucta contra a tuberculose é inefficaz.

imunológico, cutâneo. Seria ainda necessário aguardar até 1921 para que a vacina anti-tuberculose estivesse acessível” (DORIA; DUARTE, SARAIVA, 2017, p. 92).

Os que se recolhem ao hospital Domingos Freire não são mais doentes, são condenados à morte certa, que vêm encontrar na caridade do governo um simples alívio para os seus últimos dias.

Os próprios que sahem melhorados, graças ao regimen da casa, são muitas vezes obrigados a voltar a ella, porque o mal, que por momentos parou em sua marcha devastadora, retoma alento por effeito das condições de vida social a que se dedica a quase unanimidade dos que procuram o abrigo d'esse estabelecimento hospitalar (MONTENEGRO, 1905, p. 40).

O governador afirma que a mensagem não passava de um “esforço” para chamar atenção dos paraenses sobre o trabalho realizado no Domingos Freire. O objetivo era expor à população como a tuberculose era uma doença devastadora que, segundo o intendente Antônio Lemos, no período, não parecia assustar os paraenses, como os casos esporádicos da peste, pois a tuberculose era uma doença de difícil diagnóstico e a morte ocorria de maneira lenta (AMARAL, 2006).

Essa Mensagem de 1905 demonstra então, como expõe Amaral (2006), que a “pallida idéa” dos estragos da tuberculose, torna possível discutir os significados da doença, a dimensão social do hospital e os vestígios desse “sentimento de pavor”. Os obituários médicos divulgados diariamente na imprensa, e os debates dos especialistas que expunham a tuberculose como “mal do século”¹⁵, de ação devastadora, difundem a dificuldade de restabelecimento do doente. O “mal” era então associado a morte certa, como demonstra a fala de Augusto Montenegro, e, a procura pelo hospital, representava, nessas circunstancias, o desejo de ter um leito “para morrer sob cuidados médicos mínimos, como o conforto das irmãs religiosas, o uso de remédios e as visitas diárias de médicos no leito hospitalar” (HARVEY, 1981 *apud* AMARAL, 2006, p. 156).

A instituição não era vista então como espaço de cura, os cuidados hospitalares, boa alimentação, descanso, roupas limpas, poderia melhorar a condição de alguns internos no Hospital Domingos Freire, mas não significava o restabelecimento do doente. Os que iam para casa após melhoras nas condições

¹⁵ O “mal do século” era a forma que a tuberculose era chamada no final do século XIX, sendo uma expressão retirada da tese: BELTRÃO, J. F. Cólera, o Flagelo da Belém do Grão Pará. 1999, 246 f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1999.

físicas, como expõe Montenegro (1905), acabavam retornando posteriormente a instituição. Segundo Amaral (2006, p. 157):

Observa-se que uns retornavam ao hospital praticamente obrigados e, não por menos, devido ao agravamento ou debilidade da saúde. Em outras palavras, o mal não parava sua caminhada, continuava marchando devastadoramente. Nesse ponto, as “condições de vida social” foram identificadas como as causas do agravamento dos que retornavam “obrigados” na busca de alívio e tratamento hospitalar.

A movimentação do hospital de julho de 1904 a junho de 1905 apontava 210 internados: desses, 108 faleceram, 68 melhoraram e 24 permaneceram em tratamento. Nota-se então que mais da metade dos doentes, cerca de 52% faleceram, um alto percentual, e os que melhoravam, como já exposto, muitas vezes, retornavam à instituição, pois a própria concepção de melhoramento podia ser confundida com o desenvolvimento da doença, que ocorria lentamente (AMARAL, 2006).

Tabela 2: Registro de movimentação de pacientes no Hospital Domingos Freire de julho de 1904 a junho de 1905

HOSPITAL DOMINGOS FREIRE		
(TUBERCULOSE)		
Movimento de Julho de 1904 a Junho de 1905		
Passaram de Julho de 1904	7	
Entraram : nacionaes do sexo masculino.....	124	
" " " feminino	53	
Extrangeiros do sexo masculino	24	
" " " feminino.....	2	210
Os nacionaes eram :		
do Pará.....	44	
" Amazonas	5	
" Maranhão.....	23	
" Piauhy	10	
" Ceará	43	
" R. G do Norte	27	
" Parahyba	9	
" Pernambuco.....	6	
" Alagoas.....	6	
" Bahia.....	5	
" R. de Janeiro.....	1	
" Capital Federal	2	
" Rio Grande do Sul.....	1	
" Goyaz.....	2	
Extrangeiros.....	26	
Sahiram :		210
No mesmo estado.....	10	
Melhorados.....	68	
Por fallecimento.....	108	
Ficaram em tratamento.....	24	210

Fonte: RELATÓRIO... (1905, p.40).

As estatísticas, a mensagem de Montenegro (1905), a crítica ao sanatório gerenciada pela *Folha do Norte*, demonstram que o Hospital Domingos Freire era, nesse período, questionado quanto ao exercício do saber médico, acreditando-se que o mesmo poderia trazer mais danos do que melhorias à saúde. Em resposta à crítica da imprensa sobre “fazer um melhor benefício a população”¹⁶, o governador Augusto Montenegro, expõe o espaço como medida de caridade do governo, que procurava oferecer a instituição para dar alívio aos doentes já sentenciados à “morte certa”. Diante disso, muitos doentes optavam por não procurar o hospital, sendo encaminhados ao espaço quase moribundos pois o “sentimento de pavor” em relação a tuberculose, se estendia ao Hospital Domingos Freire (AMARAL, 2006).

O discurso oficial tenta então, como exposto, legitimar a ideia de aceitação de isolamento dos pacientes, preocupado com o não encaminhamento destes a instituição, e a permanência nos centros urbanos que poderia agravar a disseminação da epidemia:

(...) a tuberculose é um dos maiores inimigos que atacam a sociedade moderna. Os males que esta moléstia produz as vidas que annualmente ceifa, a desordem e o aniquilamento que deixa no seio das famílias assumem uma tal gravidade, que para ella se volve com afinco a atenção acurada dos hygienistas, dos humanitários e dos homens de estado (...) O hospital Domingos Freire, por mim applicado ao isolamentos dos tuberculosos indigentes, tem prestado a esta situação afflictiva os serviços para os quaes ele foi destinado. Mas, convem que se saiba, ao estabelecê-lo o Governo do Estado não nutriu a pretensão de resolver um problema tão complexo e tão difficil como o da prophylaxia da tuberculose.

O destino altamente social, a lucta contra a tuberculose, reclama além dos esforços do poder público, o concurso sincero e decidido da população, a qual uma propaganda tenaz e proficua deve levar a convicção dos perigos extraordinários que estão ligados a disseminação do micróbio de Koch (MONTENEGRO 1906, p. 28, 29).

O chamado da população no combate à epidemia, demonstram a preocupação oficial na segregação dos pacientes, numa tentativa de impedir a disseminação da epidemia (AMARAL, 2006). Os doentes que mais procuravam

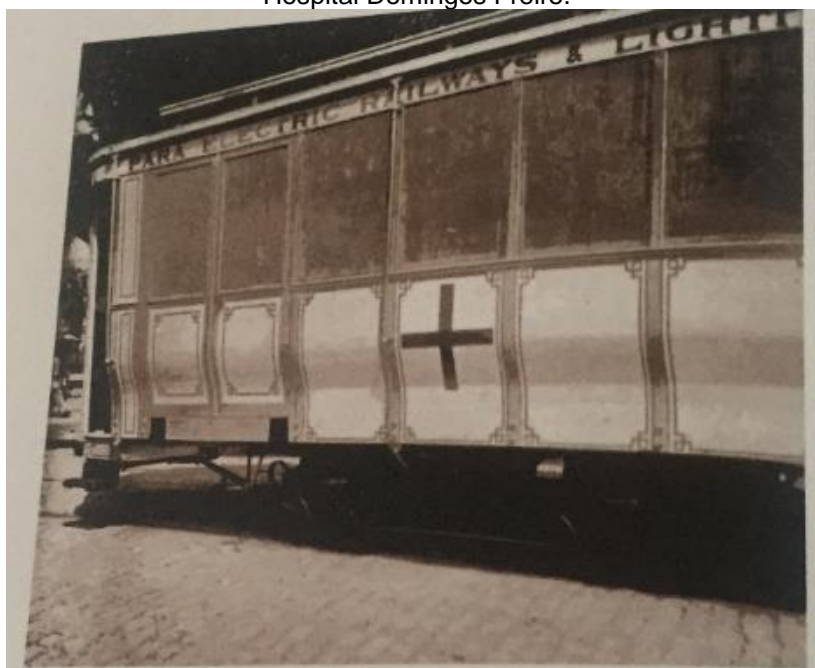
¹⁶“Os hospitaes de Belém”, in *Folha do Norte*. Belém, 14 jan., 1905.

a assistência pública eram os pobres, os indigentes, como expõe Montenegro (1906), que, novamente, aponta o Hospital Domingos Freire como ambiente necessário, ideal ao isolamento dos pacientes. Porém, não se apresentava como resolução a “um dos maiores inimigos da sociedade”, a tuberculose.

Em 1907, a doença continua a crescer na capital paraense e a grande quantidade de pacientes torna a instituição de saúde insuficiente para receber todos os necessitados que “a pobreza obriga recorrer á assistência oficial” (MONTENEGRO, 1907, p. 53). Passou-se então a recusar pacientes, devido a lotação que o Hospital Domingos Freire se encontrava, e em 1908, por problemas financeiros, não é possível aumentar os leitos da instituição como os governantes objetivavam (MONTENEGRO, 1908).

Em 1910, o governador do Pará, João Antônio Luiz Coelho, afirmava que o hospital apresentava as melhores condições de conservação e limpeza. No período, atendendo ainda casos de febre amarela, passa por melhorias, colocando nas aberturas, telas de proteção para impedir o ingresso de mosquitos. Além disso, um bonde adaptado da “Pará Eletric”, inteiramente telado, era utilizado para o transporte de doentes à instituição de forma segura (COELHO, 1910).

Figura 27: Bonde adaptado da “Pará Eletric” para transporte dos pacientes de febre amarela ao Hospital Domingos Freire.



Fonte: FRAIHA NETO (2012, p. 102).

As aberturas de tela de arame do Hospital Domingos Freire não impediam a circulação de ar da instituição, necessária ainda ao tratamento dos tuberculosos hospitalizados e, mesmo diante da adequada higiene do espaço mencionada por Coelho (1910), a drenagem dos pântanos ainda não havia ocorrido e os mesmos continuavam a causar transtornos, e perigos de impaludismo, devido a proximidade do instituição a outros espaços de saúde como o Hospital São Sebastião.

Em 12 de novembro de 1910 é iniciada, na cidade de Belém, uma campanha de combate a febre amarela, comandada por Oswaldo Cruz. Operações de remoções e isolamentos eram executadas pelas equipes de higiene e em diversas regiões ocorreram expurgos nos domicílios, que segundo A Província do Pará (1910, p. 1), aconteciam da seguinte maneira:

Retirados os moradores, que se passaram para outras casas situadas nas proximidades, animais e alguns objectos, procedeu-se a rigoroso expurgo (...) Isolados os objectos susceptíveis de deterioração por meio de saccos de lona, cobertos de papel, é o prédio fechado, todos os orifícios e frestas tapadas com papel e o telhado coberto com panno americano. Depois, procede-se à cubagem do prédio e consequente queimação de grande quantidade de enxofre.

Diante dessas medidas, em maio de 1911 a febre amarela desaparece na cidade, porém, procurando erradicar de vez a epidemia da capital, a campanha se mantém pois, como expõe Coelho (1911), a diminuição ou ausência de vigilância poderia irromper novamente os casos na capital. A continuação da campanha permitiu então que em 16 de outubro de 1912, Oswaldo Cruz comunicasse oficialmente a erradicação da febre amarela da cidade de Belém, e no Hospital Domingos Freire, restou apenas um pavilhão em anexo denominado “Oswaldo Cruz” que permaneceu devidamente aparelhado para o tratamento de doentes da febre oriundos de outras regiões.

A tuberculose continuou nos anos mencionados, atingindo uma grande parcela da população, fazendo cada vez mais vítimas, como evidencia a tabela abaixo dos óbitos por tuberculose em Belém dos anos de 1904 a 1911:

Tabela 3: Óbitos por tuberculose em Belém (1904 a 1911)

Ano	Óbitos por tuberculose em Belém
1904	318
1905	350
1906	352
1907	431
1908	470
1909	432
1910	466
1911	476

Fonte: LEMOS (1906, p. 79).

O “mal do século” continuou a ser atendido no Sanatório Domingos Freire, principalmente após a febre amarela, em 1912, encontrar-se erradicada do Estado (COELHO, 1912, p. 42). Alguns anos depois, o tamanho reduzido para o grande número de pacientes acometidos pela tísica, e a escassez de recursos, torna o Sanatório Domingos Freire cada vez mais obsoleto e ultrapassado como projeto arquitetônico hospitalar, remetendo às tradicionais casas de saúde da Europa, substituídas naquele período, pelos hospitais de modelo pavilhonar (MIRANDA e ABREU JR., 2014). O sanatório passa então a ser:

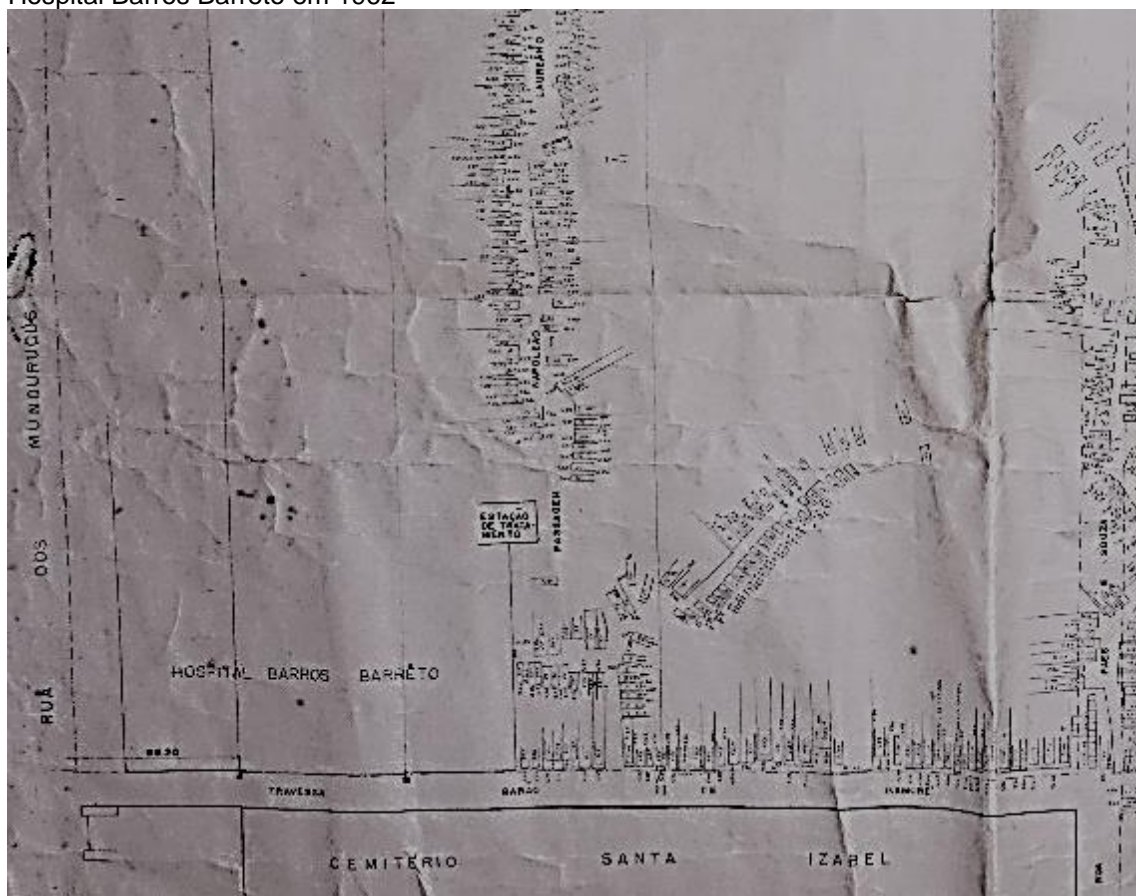
...defficiente e inhospito, sendo olhado pelos doentes com prevenção e horror. Pelo espírito arguto e mordaz do povo, chegou a ser cognominado de Ante-camara da morte. E se a tanto não chegára, attingiu, porém o extremo de obrigar as irmãs de caridade que alli consomem vida e saúde em proveito da humanidade, a fazer xaropes de hervas plantadas nas redondezas, os quaes eram administrados aos doentes como única medida therapeutica (GARCIA FILHO, 1932 *apud* MIRANDA e ABREU JR., 2014, p. 7).

Diante disso, é aprovada a construção de um novo sanatório, o Sanatório de Belém. O modelo escolhido para instituição foi o monobloco, tipologia arquitetônica hospitalar criada após aprimoramento tecnológico, como o uso de estruturas metálicas, e que “parecia ser a resposta a uma modernidade mais própria ao novo século” (COSTA, 2011, p. 60). Em diversos outros estados da nação, de 1937 a 1977, foram construídos grandes sanatórios pela fiscalização do Ministério da Educação e Saúde, o Sanatório de Belém estava entre eles, e

sua obra é iniciada em 1939 para viabilizar o atendimento do crescente número de tuberculosos na região (MIRANDA e ABREU JR., 2016).

Conjuntamente a construção da nova instituição e com o Sanatório Domingos Freire ainda em atividade, ocorrem mudanças também no bairro do Tucunduba. Depois da década de 30, segundo Silva (2016), grande parte dos terrenos da Santa Casa na região foram ocupados pela população de baixa renda, expandindo a malha urbana em direção a várzea do Tucunduba, forçando o aceleração da produção daquele espaço urbano, que como exposto anteriormente, vinha sofrendo alterações há alguns anos devido a locação dos hospitais de isolamento que levaram diversas instalações ao bairro, para melhor atender os asilados.

Mapa 3: Planta do levantamento procedido nos terrenos de propriedade da Santa Casa de Misericórdia do Pará, no bairro do Guamá em Belém, recorte específico nas proximidades do Hospital Barros Barreto em 1962

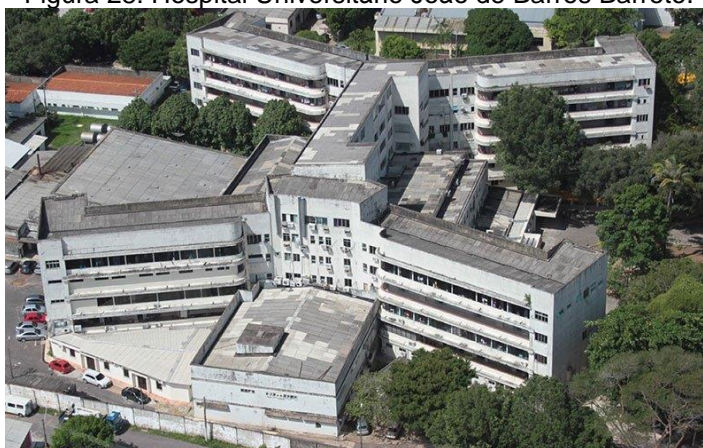


Fonte: Acervo de mapas do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

A ocupação dessa região pela população de baixa renda acontece em um momento em que a área central era disponibilizada para a elite local. Isso ocorre, segundo Gonçalves et al. (2012), devido ao processo de valorização, ocasionada pela implementação de políticas públicas de intervenção nas redes de drenagem, além da implementação de serviços infra estruturais que desencadearam no redirecionamento das camadas marginalizadas para além da primeira légua patrimonial de Belém, destinada principalmente, anteriormente, aos espaços de segregação.

A construção do Sanatório ocorreu em meio a essas distintas mudanças e em 20 de agosto de 1956 passa a ser chamado de Sanatório Barros Barreto, em homenagem a João de Barros Barreto, o responsável por apontar a necessidade de construção da instituição quando era diretor do Departamento Nacional de Saúde. O prédio é finalizado em 1959, e direcionado ao atendimento exclusivo dos doentes de tuberculose, sendo os pacientes do Sanatório Domingos Freire então transferidos a nova¹⁷ instituição de saúde. Uma década depois o antigo Hospital de Isolamento Domingos Freire não passava de ruínas, marcando o fim de uma era de tratamentos empíricos dos pacientes acometidos pelas moléstias do começo do século XX (MIRANDA E ABREU JR., 2014).

Figura 28: Hospital Universitário João de Barros Barreto.



Fonte: DIÁRIO ONLINE (2016).¹⁸

¹⁷ Hospital Universitário João de Barros Barreto.

¹⁸ Disponível em: <http://www.diarioonline.com.br/noticias/concursos-&-empregos/noticia-372449-mais-de-800-vagas-abertas-nos-hospitais-da-ufpa.html>. Acesso em Jan. 2018.

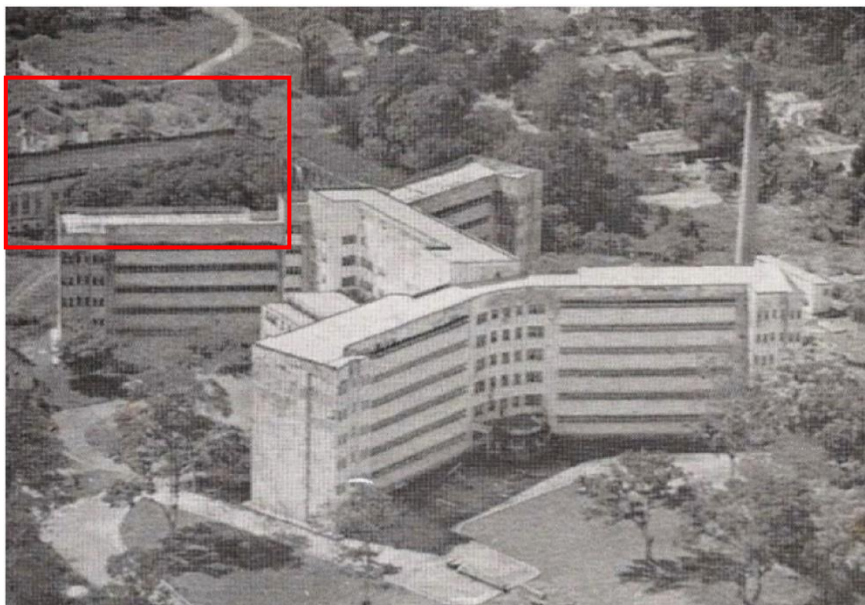
3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: OS INDÍCIOS DO PASSADO

3.1 A PESQUISA DE CAMPO:

Estudar os vestígios da memória sobre o Sanatório Domingos Freire, entendendo, como explica Nora (1993), a memória como um fenômeno atual, fez-me compreender a necessidade de trabalhar com o passado dessa instituição de saúde, a partir do presente.

Apreender resquícios atuais de um prédio apagado materialmente, sendo a memória, segundo Nora (1993), algo enraizado no concreto, no espaço, no objeto, mostrou-me a importância de experienciar o *locus* de existência do Sanatório Domingos Freire, terreno hoje do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Procurando perceber se a instituição construída no local, apresenta uma continuidade das ações empreendidas no Sanatório Domingos Freire, ou se o apagamento material deste refletiu em uma ruptura completa com tudo que o espaço representava.

Figura 29: Foto do Sanatório Barros Barreto, onde pode ser visto acima e à esquerda o Sanatório Domingos Freire, situado no retângulo vermelho.



Fonte: MIRANDA e ABREU JR (2016, p. 23) adaptado por Gaby (2019).

Vivenciar o HUJBB, o entorno dessa instituição, explorando-a como pesquisadora, conhecendo o Outro, a memória presente nas narrativas acerca

do meu objeto de estudo, só seria possível por meio de uma ferramenta metodológica que me permitisse ir a campo, e possibilitasse, como expõe Laplantine (2000), apreender os “detalhes” do cotidiano, uma experiência de imersão total.

Figura 30: Hospital Universitário João de Barros Barreto atualmente



Fonte: GONÇALVES (2015) ¹⁹.

Figura 31: Entorno do HUJBB composto pela Tv. Barão de Mamoré, Rua dos Mundurucus e Alameda dos Arcanjos.



Fonte: *Google maps* 2019.

¹⁹ GONÇALVES, Samuel Lima. Hospital Universitário João de Barros Barreto inscreve para 25° Pro APS. Disponível em: <<https://ww2.ufpa.br/imprensa/noticia.php?cod=10533>> Acesso em: 29 de jan 2019.

Optei então pelo uso da etnografia, que englobaria de maneira adequada as necessidades da pesquisa, pois como expõem Rocha e Eckert (2008, p. 2):

o método etnográfico é composto por inúmeros procedimentos incluindo levantamento de dados de pesquisa probabilística e quantitativa (demografia, morfologia, geografia, genealogia, etc.), a observação direta é sem dúvida a técnica privilegiada para investigar os saberes e as práticas na vida social e reconhecer as ações e as representações coletivas na vida humana.

Abordando a memória como construção social que se constitui, segundo Halbwachs (2006), a partir das relações mantidas entre os indivíduos e grupos, a escolha desse aporte metodológico permitiu “pesquisar, na vida social, os valores éticos e morais, os códigos de emoções, as intenções e as motivações que orientam a conformação de uma determinada sociedade” (ROCHA E ECKERT, 2008).

A pesquisa de campo adentrou nas teias de relações simbólicas locais, e, mesmo diante da inexistente materialidade do Sanatório Domingos Freire, apreendeu “a dimensão simbólica presente nas vivências das pessoas no usufruto do espaço, assim como nos aspectos do próprio espaço”, percebendo, como arquiteta, os valores e significados agregados a esse ambiente e se nesses, permanece a lembrança do passado (TUTYA, 2013, p.31).

Abordando o campo de pesquisa como símbolo e resultado de articulações sociais que refletem “a maneira como culturas, sociedades e grupos sociais representam, organizam e classificam suas experiências” (VELHO, 1980, p.3). Compreendendo os significados criados pelos sujeitos, transeuntes, pacientes, funcionários que vivenciam atualmente o local, para entender o que subsiste na sociedade referente ao Sanatório Domingos Freire. Afinal, a memória, marcada pelo passado, é fruto do tempo presente de quem rememora, composta pelas escolhas e pela experiência no tempo (LE GOFF, 2003).

A prática de campo, que, segundo Geertz (1989), compreende as teias culturais existentes na sociedade, estabeleceu relações, selecionou informantes, ampliou o discurso humano. As assimilações sobre as dinâmicas e interações cotidianas do local da pesquisa e o contato com as vozes, compôs o diário de campo, e do material colhido nas narrativas foi feita a análise do discurso.

As narrativas apresentam-se como um aporte metodológico importante do trabalho, permitindo a aproximação da visão dos personagens, compreendendo o processo de produção das mesmas a partir das intensas transformações que ocorreram no entorno do Sanatório Domingos Freire e posteriormente na sua substituição pelo Sanatório de Belém, averiguando como as circunstâncias desse cenário de apagamentos e transformações contribuíram para a construção dos discursos.

Utilizei como ferramenta complementar na discussão dos resultados da pesquisa de campo o arquivo mnemônico, que reúne as narrativas apreendendo a relação simbólica dos agentes sociais com o local. Além disso, sentiu-se a necessidade de aplicar um questionário aos transeuntes da rua Barão de Mamoré, possibilitando obter um panorama sobre a percepção dos personagens em relação ao único vestígio material do Sanatório Domingos Freire, o antigo portão de entrada da instituição, locado nessa via, no muro do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Figura 32: Antigo portão de entrada do Hospital Domingos Freire.



Fonte: GABY (2017).

3.2 A PAISAGEM EM QUE SE INSERE O HUIBB:

A primeira inserção no universo da pesquisa etnográfica ocorreu durante a disciplina de “Método etnográfico para pesquisa em Arquitetura”²⁰. A ferramenta de pesquisa foi utilizada na disciplina para produção de um ensaio acadêmico, baseado em visitas de campo que desenvolvi em torno do Hospital Universitário João de Barros Barreto. A primeira incursão ocorreu dia 3 de maio de 2017, no período da tarde, juntamente com minha colega de turma Ana Valéria Barros, que desenvolveu seu diário de campo na mesma localidade.

Experienciar o *locus* do apagamento do Sanatório de Belém, o terreno e entorno onde a instituição se consolidou, e posteriormente foi demolida e substituída pelo Sanatório Barros Barreto, apresentava-se a mim como uma experiência completamente nova, não só pelo ato de ir a campo como pesquisadora, mas por ser a primeira vez que caminhava no bairro e entrava na instituição atualmente denominada Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Vivendo em Belém há cerca de dois anos, as experiências na cidade ainda me eram novas, o olhar cotidiano vinculado a minha cidade natal, São Paulo, atrelava-me às memórias paulistanas, vinculando-as a minha realidade atual. Notava que não só eu percebia Belém com valores de minha cultura, como também, os que me cercavam relacionavam-me às minhas origens cotidianamente, pelo falar, pelo agir “impessoal” dos paulistanos.

Minha inserção em campo colocava-me então em contato com um novo espaço, mas também com outra cultura. Pela primeira vez percebi que não fazia parte do grupo, em que o olhar atento, a inserção densa, procurava perceber a realidade daquele espaço, fazia refletir minha realidade. Como expõe Laplantine (2000), o contato com outra cultura, faz o pesquisador perceber seus saberes e fazeres, lançando um olhar para dentro de si.

Essa aproximação, a etnografia de rua, como expõe Rocha e Eckert (2001, p.1), permite uma nova percepção, “espaços, cheiros, barulhos, pessoas,

²⁰ Ministrada pela professora Cybelle Salvador Miranda, no primeiro semestre da Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Pará. A disciplina, pautada na leitura de textos sobre o método etnográfico, abrange a compreensão do aluno em relação a essa metodologia e sua utilização em Arquitetura e Urbanismo.

objetos e naturezas que o caminhante experiencia em sua itinerância” e que exercitam o olhar e ouvir do pesquisador em campo, ferramenta que:

Impõe ao pesquisador ou a pesquisadora um deslocamento de sua própria cultura para se situar no interior do fenômeno por ele ou por ela observado através da sua participação efetiva nas formas de sociabilidade por meio das quais a realidade investigada se lhe apresenta (ROCHA E ECKERT, 2008, p. 2).

Não me tornando uma nativa, como expõe Geertz (1989), nem procurando copia-los, iniciei minha pesquisa. O entorno do Hospital Universitário João de Barros Barreto é considerado pelos paraenses um local perigoso, fruto das noções construídas em relação ao bairro do Guamá, área periférica da cidade de Belém. A incursão ocorreu pela Rua dos Mundurucus, Alameda dos Arcanjos e Barão de Mamoré (Figura 33):

Figura 33: Percurso no entorno do Hospital Universitário João de Barros Barreto, realizado na primeira pesquisa de campo



Fonte: *Google maps* adaptado por Gaby (2017).

Iniciei o percurso descendo a Rua dos Mundurucus, seguindo pela calçada paralela ao muro do Hospital. A sensação de insegurança, presente nos relatos dos paraenses em relação a localidade, é agravada pelo imenso paredão do nosocômio, que acompanha todo o caminho, chegando até a esquina da próxima rua, Alameda dos Arcanjos. Somado a isso, o ínfimo fluxo de pessoas, contrasta com o grande movimento de carros, o que se repete do outro lado da via, apesar da existência de comércios, restaurantes e residências.

O percurso irregular da calçada, exigia minha atenção ao caminhar. Olhando para o chão, desviando da grande quantidade de lixo e procurando não escorregar na terra batida que se apresentava no local do asfalto, sentia o incômodo do sol causticante das 15h, em um percurso sem sombras para ameniza-lo.

Figura 34: Calçada da Mundurucus adjacente ao muro do Hospital.



Foto: GABY (2017).

Observei no decorrer do caminho uma senhora que usava muletas, acompanhada de uma moça mais jovem, andando com dificuldade até o carro estacionado paralelo à calçada. A irregularidade daquele trajeto próximo ao Hospital Universitário João de Barros Barreto, dificultando o caminhar ao espaço assistencial, principalmente de pessoas idosas e com dificuldade de locomoção, expunha que, a inserção urbana dessa instituição de saúde, ocorreu sem a análise das necessidades adequadas a um terreno hospitalar, que requer acessibilidades nas vias de entrada, tanto no interior do espaço quanto no seu entorno.

Atentei então que a construção do Sanatório Barros Barreto substituindo o Sanatório Domingos Freire, impôs a locação da instituição no terreno escolhido pelos governantes do período higienista da cidade de Belém. O critério de isolamento desses espaços, como visto no segundo capítulo, consolidou-os no Tucunduba, bairro, no período, segregado do centro urbano da capital paraense. Objetivava-se então, a princípio, dificultar o acesso dos paraenses a instituição, e, no período de construção do Sanatório Barros Barreto, mesmo diante das alterações que se processaram em seu entorno, as necessidades de acessibilidade hospitalar não foram adequadas ao terreno.

Continuando meu percurso pela rua dos Mundurucus, sentia como se chegar a esquina daquele muro e finalmente mudar aquele cenário, seria um alívio em meio ao odor desagradável e o calor intenso.

Cheguei então a esquina, na Alameda dos Arcanjos, de um lado da via, a rua adjacente ao muro do Hospital, não apresentava calçada, como é possível visualizar na figura 35 e 36, e havia uma grande quantidade de vegetação. Do outro lado uma calçada, mais alta que a rua (Figura 37), mas com a mesma irregularidade do caminhar até então. Essa via apresentava outra alameda chamada Dona Marilda Nunes²¹, e, mais à frente, outras duas ruas de casas perpendiculares a principal, como observado na vista aérea da figura 38, denominadas Alameda “C” e Alameda “B”, que apresentavam ao fundo uma árvore circundada de entulho (figura 39) que impedia a passagem de carros.

²¹ Marilda de Figueiredo Nunes foi esposa do governador da época dos militares Alacid Nunes, eleito em 1965 pela UDN, atuou em dois mandatos na capital paraense, de janeiro de 1966 a março de 1971 (FGVCPDOC). Ela deu nome ao Conjunto construído no sítio exato onde fora implantado o Sanatório Domingos Freire, que no período de atuação de Alacid Nunes, já se encontrava demolido, e o Sanatório Barros Barreto atuava no auxílio aos pacientes de tuberculose.

Figura 35 e 36: Alameda dos arcanjos e a calçada adjacente ao muro do Hospital Universitário João de Barros Barreto



Fonte: GABY (2019).

Figura 37: Calçada do outro lado da vida da Alameda dos Arcanjos



Fonte: GABY (2019).

Figura 38: Alameda dos arcanjos e as ruas perpendiculares a ela, Alameda "C" e Alameda "B"



Fonte: *Google maps*, 2019.

Figura 39: Árvore da Alameda dos Arcanjos, circundada por entulhos.



Fonte: GABY (2017).

A Alameda Dona Marilda Nunes apresentava uma grade, como é possível visualizar na figura 40, e diversas casas grandes distribuía-se naquela estreita ruela, fiquei impressionada com a suntuosidade das mesmas em uma região descrita como perigosa. Continuei meu percurso caminhando pela rua, sentindo-me segura ali, devido a tranquilidade e falta de movimentação do local, espaço de ambientações familiares, calmo, tranquilo, onde o silencio fazia audível o cantar dos pássaros.

Figura 40: Alameda Dona Marilda Nunes



Fonte: GABY (2019).

A “Alameda C” e a “Alameda B”, as duas ruas posteriores no percurso, apresentavam diversas casas com fachadas semelhantes. Na “B”, a primeira habitação, visualizada na figura 41, ficava ao lado da árvore mencionada. Atrás desse local era possível visualizar a existência de outras residências, como a da figura 42, construídas em um perímetro sem pavimentação, aparentemente uma

invasão. Os olhares desconfiados lançados a mim e Ana Valéria, vindo da única moradia visível desta invasão, nos fez retornar.

Figura 41: Alameda “B”



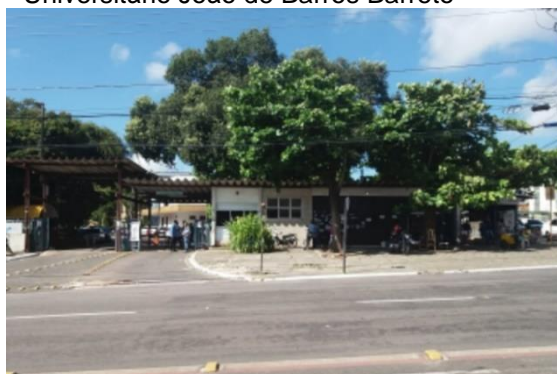
Figura 42: Residência na via sem pavimentação



Fonte: GABY (2019).

Voltamos à Rua dos Mundurucus, subimos a rua rapidamente devido ao calor intenso, chegando ao cruzamento com a rua Barão de Mamoré, na entrada do HUJBB. O acesso a instituição de saúde acontecia por um portão de ferro, que levava a um curto corredor, e posteriormente a uma área maior, com diversas cadeiras posicionadas lado a lado, como um setor de espera. A frente dos assentos, na lateral, via-se uma mesa e um funcionário fazendo anotações dos pacientes que adentravam o espaço.

Figura 43: Vista do outro lado da Rua dos Mundurucus da entrada do Hospital Universitário João de Barros Barreto



Fonte: GABY (2017).

Na esquina, na rua Barão de Mamoré, próximo à entrada do HUUJBB, um ponto de táxi, a guarita com bancos, e ao lado desta, diversas barracas de comida adjacentes ao muro, que variavam entre tapioca, água de coco, salgados, sucos. Essa calçada desgastada apresentava, diferente da rua dos Mundurucus, muitas árvores. Um aglomerado de pessoas na sombra das copas esperava no ponto de ônibus ao lado da área dos taxistas.

Figura 44: Barracas de comida adjacentes ao muro do HUUJBB



Fonte: GABY (2019).

No outro lado da via, na esquina, existia uma lanchonete, ao lado uma frutaria, um restaurante e sorveteria (figura 45), e em seguida um prédio baixo e seis casas posteriores a ele, o cemitério Santa Isabel encontrava-se adjacente à última residência (Figura 46,47 e 48).

Figura 45: Imagem da Rua Barão de Mamoré e a Lanchonete Café e cia na esquina com a rua dos Mundurucus, ao lado a Frutaria “sê tú uma benção” e o restaurante e sorveteria à esquerda.



Fonte: GABY (2019).

Figura 46, 47 e 48: Prédio, residências e o muro do cemitério Santa Isabel na Tv. Barão de Mamoré



Fonte: GABY (2019).

Atravessamos a rua Barão de Mamoré, a calçada apresentava-se, apesar dos desníveis, pavimentada, possibilitando melhor locomoção. Ao chegar à frente do muro do cemitério nos deparamos com a inexistência de calcamento, no lugar, entulhos de lixo, visíveis na figura 49, ocupavam toda a via de pedestres, obrigando os mesmos a caminharem pela rua.

Figura 49: Entulho amontoado na calçada paralela ao muro do cemitério Santa Isabel.



Fonte: GABY (2017).

Notamos no outro lado da via, o portão de entrada do Sanatório Domingos Freire, interditado por madeiras, que deixavam visível apenas a parte superior dos ornamentos de ferro que o compunham. Decidimos atravessar a rua, e olhar de perto o único elemento material que restou da antiga instituição.

O desgaste visível na figura 50, o abandono nítido, demonstravam que a última memória daquele espaço parecia estar, como o restante do todo, sumindo. Senti como se essa lembrança não quisesse ser lembrada. A mesma, parecia trazer à tona todo o sofrimento vivido ali, e o aspecto da última parte concreta do Sanatório Domingos Freire transpassava a ideia que o povo paraense, refutava-se em se apropriar daquela parte da sua história como memória.

Figura 50: Antigo portão de entrada do Hospital Domingos Freire



Fonte: GABY (2017).

3.3. OS NARRADORES DO ENTORNO:

No dia 26 de maio de 2017, foi realizada a segunda incursão, agora no período da manhã. Destinamos essa visita à apreensão de narrativas sobre os personagens que conformam a rotina da rua e do bairro, procurando ouvir as vivências cotidianas e se os resquícios de memória do Sanatório Domingos Freire encontravam-se em ruínas como o único vestígio material que lhe sobrara.

Nesse diário de campo a sensação de não pertencer aquele ambiente foi acentuada: parada junto a minha colega na rua Barão de Mamoré, sentia-me estranha em meio aqueles personagens, apreensiva. Como poderia aborda-los? Anteriormente, insegura e conhecendo pela primeira vez o terreno, não só como pesquisadora, mas como “turista” em minha nova cidade, caminhava pelo campo, aparentemente como outros transeuntes, mas com olhar curioso, como etnógrafa que captava percepções inalcançáveis à efemeridade de uma passagem cotidiana, que, como expõem Rocha e Eckert (2001, p.23):

certamente nos impede de desvendar uma série de códigos locais, etiquetas, segredos, não ditos, gestos, olhares e ações que nos passam despercebidos, e que apenas uma continuidade da pesquisa de campo nesse espaço pode elucidar.

Nessa incursão, no entanto, a necessidade de aproximação apresentava um novo desafio como pesquisadora, despindo o personagem de transeunte e expondo minha realidade e meus objetivos em campo. Novamente refletia sobre minha cultura, a “impessoalidade” dos paulistanos, me manteve a par de diálogos com desconhecidos. Entretanto, sendo a finalidade da pesquisa antropológica aplicada, como expõe Geertz (1989), conversar com os nativos, ampliar o universo do discurso humano, e objetivando analisar as narrativas para apreender os sistemas simbólicos nas vivências das pessoas naquele espaço, procurei, devido ao meu embaraço, estratégias de aproximação.

3.3.1. O vendedor de coco, João²²:

A princípio Valéria e eu chegamos aos vendedores consumindo algum de seus produtos, foi assim, que conhecemos João, dono de uma barraca de água de coco paralela ao muro do Hospital, registrada na figura 51. O mesmo contou que trabalhava a vinte oito anos ali, desde os nove anos de idade, quando saíra da tribo Tembé onde sua mãe era índia. No início auxiliou o tio até, recentemente, herdar sua barraca.

Figura 51: Barraca de água de coco do vendedor João



Fonte: GABY (2017).

Percebemos em ambas as visitas de campo uma movimentação rarefeita de transeuntes, algo que me chamou atenção, criando inúmeras incertezas sobre o Hospital Universitário João de Barros Barreto e a abrangência de seu

²² As narrativas colhidas em campo, tanto nas incursões externas em torno do HUUJBB, quanto as internas à instituição de saúde, foram gravadas e transcritas posteriormente pela autora.

atendimento. Percebendo a oportunidade de sanar esses questionamentos, continuei o diálogo perguntando à João sobre a movimentação da região.

O vendedor relatou que antigamente o fluxo de transeuntes era intenso devido a existência de um posto do INSS na região, além do atendimento de urgência do Hospital Universitário João de Barros Barreto. No entanto, após o encerramento das atividades do posto e a eliminação do serviço de emergência do hospital, a movimentação diminuíra. A delegacia localizada nas proximidades do HUJBB também fechou, e houve relatos de funcionários sobre “visagens” no espaço. Me veio à cabeça, nesse momento, o relato de Jane Beltrão a respeito desses discursos sobre “assombrações” e a forma que se associam com a memória dos espaços de sofrimento:

Sempre me interrogo, será que o preconceito fica impregnado nas ruínas, pois hoje só o grande portal do Domingos Freire preserva-se em pé e, os mais jovens não experimentaram o que a geração na faixa do sessenta vivenciou. Parece que os espaços perigosos assombram sempre, talvez por isso o local e a proximidade com o Cemitério, ainda ativo, criado ao final do século XIX, reforce a crença nas visagens assombradas pelo sofrimento do “mal do século”, uma das muitas denominações da tuberculose (MIRANDA, 2010, p.20).

João vivencia a região desde 1989, viu a transição da instituição para Hospital Universitário em 1990, conhece funcionários antigos que consomem os produtos de sua barraca, conhecia os relatos de assombrações que pairaram sobre a delegacia que existiu nas proximidades, e também sobre o HUJBB. Vivenciava amplamente o espaço, no entanto, desconhecia o Sanatório Domingos Freire. Esse fato atentou-me que, cotidianamente, há relatos de instituições que deixaram de existir, como a delegacia, recentemente inativa, mas, não subsistia entre os frequentadores da barraca de João conversas cotidianas sobre o Sanatório Domingos Freire.

3.3.2. A antiga moradora, Rosilda:

Objetivando então encontrar vestígios da memória do Sanatório Domingos Freire na narrativa sobre personagens cotidianos daquele espaço, seguimos com a pesquisa. Rosilda aparece-nos nesse momento como figura

fundamental na construção dessa narrativa. Vendedora, fotografada na figura 43, também trabalha em uma das barracas de comida, e explica que vive naquela região há quarenta e sete anos, desde os três anos de idade, numa residência localizada atrás do Hospital.

Figura 52: Rosilda, vendedora de uma das barracas de comida paralelas ao muro do Hospital



Foto: Ana Valéria Barros (2017).

Interessei-me de imediato por suas lembranças e perguntei se ela conheceu o Sanatório Domingos Freire. Rosilda confirma e passa a relatar suas memórias. “Era um sanatório, período em que o diretor era o Almir Gabriel e atendia apenas tuberculosos”. Os internos do Hospital viviam em um sistema muito rigoroso, no qual só era permitido uma visita que ocorria aos domingos. Devido a esse rígido sistema, a morte dos pacientes só era anunciada aos familiares no dia da visita, não existia outra comunicação. Internava-se o paciente e de imediato ia-se embora.

Na época do tratamento de tuberculosos, segundo ela, os pacientes eram tratados muito bem, melhor que hoje:

Hoje misturou muito as doenças, é criança misturada com tudo isso. Mesmo hoje, com a visita liberada para duas pessoas da família, é péssimo isso para os pacientes. Os familiares levam comida para o doente, e os que não podem se alimentar dessas coisas acabam piorando, chegam até a morrer. Além dos roubos que vem acontecendo aí dentro, todo mundo se sente inseguro.

A vendedora, por vivenciar cotidianamente aquela região, conhecia funcionários do Hospital, e nos apresentou José, que se aproximara da barraca. Era funcionário antigo do HUIBB, atualmente trabalhava na Caldeira. Sabendo

de nosso interesse pelo Sanatório Domingos Freire, afirmou que conhecia o local, nos disse “entrava por aquele portão” e apontou para a antiga ruína da instituição de saúde. O sanatório era muito distante do portão de entrada:

(...) aquele lugar era muito difícil de chegar, era matagal, tudo alagado no caminho. Só dava pra passar pra lá por uma ponte de madeira estreita, rodeada de lama.

A região, além do difícil acesso, localizava-se distante do centro da cidade, Rosilda afirmou então que, naquele período, chegar ao núcleo urbano “era algo como caminhar daqui até Nazaré para conseguir pegar um ônibus de pau”. Segundo ela, a área apresentava vasta vegetação abrigando distintas árvores frutíferas:

Alguns pacientes fugiam do Sanatório, e quando a gente via algum deles, falava para eles que precisavam voltar para continuar o tratamento, que não podiam ficar “perambulando” por ali. Eles não queriam, falavam que aquilo parecia uma prisão e preferiam ficar no mato. Conseguiam sobreviver porque existia muita fruta por aqui, jambo aos montes.

O discurso da antiga moradora da região apresentou tantas novidades em relação a meu objeto de estudo, que notei a amplitude de perspectivas que a etnografia poderia trazer nas narrativas colhidas em campo. No entanto, no momento do diálogo, não analisei com cautela a cronologia narrada por Rosilda. A vendedora vive há quarenta e sete anos na região, chegou com três anos no bairro do Guamá, em 1970.

Nesse período o Sanatório Domingos Freire havia sido demolido, e já ocupava o terreno o Sanatório Barros Barreto. Observei então que o discurso de Rosilda era sobre o Sanatório Barros Barreto, inclusive quando fala do diretor Almir Gabriel, que atuou nessa instituição. Acredito que a ligação afetiva da antiga moradora com a região e o Hospital Barros Barreto, instigou-a a falar do passado e das boas lembranças que vinham a sua memória.

Nas memórias vinculadas a trajetória de vida, as lembranças, segundo Ferreira (2013) determinam a relação dos sujeitos com os evocadores de recordação. “Nesse tempo de recordação, os sentimentos são individualmente construídos e participam dessa modulação do tempo de vida” (FERREIRA, 2013, p. 94).

Nota-se, portanto, na entrevista com Rosilda, uma dualidade em seu discurso, devido a individualidade de sua vivência naquele espaço, no qual, como expõe Ferreira (2013), a mesma abstrai-se da realidade contemporânea, recuperando imagens de um passado idealizado, no qual os problemas ficam secundarizados.

Percebe-se nos relatos que a vendedora opõe o passado e o presente, expressando qualidades e valores do passado, que no presente eram negados. Um exemplo é quando ela diz “Na época do Sanatório, os pacientes eram tratados muito bem, muito melhor que hoje. Hoje misturou muito as doenças, é criança misturada com tudo isso. Mesmo hoje, com a visita liberada para duas pessoas da família, é péssimo isso para os pacientes”.

O fato é que essa idealização do passado se faz nítida quando Rosilda expõe a visão dos pacientes em relação a instituição de saúde, opondo o que ela afirmara anteriormente em relação ao excelente tratamento dos mesmos: “alguns pacientes fugiam do Sanatório, e quando a gente via algum deles, falava para eles que precisavam voltar para continuar o tratamento, que não podiam ficar “perambulando” por ali. Eles não queriam, falavam que aquilo parecia uma prisão e preferiam ficar no mato”.

A fala de Rosilda demonstra como as memórias afetivas em relação ao bairro e ao Hospital Barros Barreto necessitam atenção, as narrações apresentam suas individualidades e podem conter, como no caso da vendedora, contradições. Como descreve Nietzsche, a memória é o passado sob o peso do presente, Assmann (2011) demonstra que nela, há sempre uma ponte entre passado, presente e futuro, e atua seletivamente, recordando uma coisa, na medida que esquece outra. Dentro disso, as narrativas de Rosilda apresentam memórias que se cruzam, entre lembranças das falas de pessoas mais velhas que conviveram com o Sanatório Domingos Freire, vinculada as vivências dela

em relação ao bairro, existe a descrição do rigoroso sistema de tratamento dos Sanatórios, a obrigatoriedade de permanência dos pacientes na instituição, e, como o Tucunduba era segregado do centro urbano de Belém, ainda na década de 1970, período que Rosilda narra suas vivências.

José, funcionário antigo da instituição, aproximadamente 70 anos de idade, apesar do sucinto diálogo, apresenta-se como o único personagem que rememora de fato o Sanatório Domingos Freire, percebe-se que o mesmo conheceu o edifício em sua materialidade, e a narrativa condiz com relatos encontrados em artigos. Segundo Miranda e Abreu Jr. (2014), do portão existente hoje como ruína até a entrada do Sanatório era um percurso de cerca de 150 metros, o que tornava-o ainda mais isolado, a ponto de ser praticamente desconhecido da população. Esse ambiente excluído, apesar de passar por um processo de drenagem dos pântanos, mantinha difícil acesso, sendo vencido apenas a pé ou a cavalo (MIRANDA *et al*, 2013).

3.4. O PASSADO EDIFICADO: RECONHECENDO O CAMPO

A incursão etnográfica dentro do HUUJBB, ocorreu após a validação do meu projeto pelo gerente de ensino e pesquisa do complexo hospitalar, Dr. Pedro Paulo Freire Piani, e submissão do mesmo na Plataforma Brasil Saúde para análise do comitê de ética²³.

A autorização permitiu que em agosto de 2018 eu iniciasse minha pesquisa de campo. Adentrar a instituição, como pesquisadora, me permitiu a liberdade em campo que necessitava, colhendo narrativas no interior do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Objetivando compreender as relações simbólicas locais pela perspectiva de funcionários e pacientes.

O enfoque nas experiências dos sujeitos e suas trajetórias, permitiu, como propõe os estudos de antropologia da saúde, segundo Andrade e Maluf (2014), entender “os processos de “saúde-doença” como experiências repletas de

²³ O número do CAAE da pesquisa cadastrada na Plataforma Brasil Saúde no comitê de ética é 95070318.0.0000.5172.

significados”, permitindo enfatizar os diferentes discursos e práticas sociais existentes no complexo hospitalar.

3.4.1. O Imaginário do Barros Barreto: relatos etnográficos da experiência em campo

3.4.1.1 O hospital que ninguém vinha

A primeira incursão interna ocorreu dia 20 de agosto de 2018 às 08h. Em campo, a insegurança da incursão externa reapareceu, como abordar aquelas pessoas? Devo me apresentar como pesquisadora? Caminhei até o bloco principal do HUJBB e sentei à frente da porta de entrada, ao lado da estátua de São Sebastião. Permaneci ali imóvel por um tempo, olhando para o grande fluxo de pessoas, questionando como poderia atuar naquele ambiente.

Ao meu lado, uma senhora, com um curativo próximo a mão parecia inquieta e resolvi perguntar se estava bem, “não minha filha, não ando bem” e começou um diálogo comigo. Me informou que tinha vindo de Goianésia, que era muito distante e pela terceira vez se consultava no Barros Barreto. A princípio havia sido atendida mais próximo, em Marabá, porém, como não existiam especialistas na cidade para tratá-la, foi encaminhada ao Hospital Universitário e naquele momento aguardava sua filha que entrara para pegar seus exames.

Percebi nessa conversa a oportunidade de questioná-la em relação a suas lembranças do Hospital, se já havia escutado relatos sobre a instituição e sua atuação na capital paraense. Me disse que sim, que em 1997 chegou a deixar um parente na porta do Hospital Barros Barreto, mas não entrou, lembrou-se apenas que naquele período o entorno era muito diferente, muito menos casas e comércio, e que se via árvores baixas compondo a parte interna do hospital, e que hoje, a vegetação estava muito maior e robusta.

Questionei-a sobre o Sanatório Domingos Freire:

Existiu outro hospital aqui? Não sabia que aqui teve outro hospital, anterior a essa visita de 1997 lembro apenas, quando vivia no Maranhão, que um de meus conhecidos que trabalhava em garimpo foi transferido pra cá, veio de barco do Maranhão pra Belém, e veio

receber atendimento aqui na época que o Almir Gabriel era o diretor, pra se tratar de uma doença que pegou no garimpo mesmo, e ele acabou morrendo aqui. Sabe, nesse período aqui era um espaço isolado, ninguém vinha pra cá, ninguém vinha visitar as pessoas. Muito diferente de hoje que é muito movimentado, atende várias pessoas, vem gente junto.

Nesse momento chegou sua acompanhante, e ela despediu-se e se retirou. Percebe-se nesse discurso o hospital como referência, local de encaminhamento de pacientes do interior a capital em busca de atendimento especializado. A memória sobre o Sanatório Barros Barreto, expõe ainda a abrangência de seu atendimento nas regiões Norte e Nordeste, e como, no período, aquela região era isolada. Mesmo em 1997, recentemente, ela narra o bairro do Guamá com menos habitações e comércios, expondo ainda, a diferença na atuação do HJBB, que hoje permite o acesso de pacientes e acompanhantes atendendo uma diversidade de especialidades. Atento também o desconhecimento em relação ao Sanatório Domingos Freire, demolido há cinquenta e três anos, existia ainda na adolescência da senhora, no entanto, aparece silenciado.

Esse primeiro diálogo sanou meus questionamentos, percebi na vivência em campo, que me “despir” da indumentária de pesquisadora permitiria um discurso fluido, ideal a apreensão de narrativas sobre a memória daquela instituição.

3.4.2. Não existia outro hospital aqui:

A incursão não terminara ali, decidi caminhar um pouco, e conhecer a parte interna do bloco principal. Anteriormente meu acesso era restrito ao andar térreo, a “área de recepção”, corredor à esquerda, balcão de atendimento da área de ensino e pesquisa do complexo hospitalar. Os corredores desta área, apresentavam apenas salas administrativas, a parte central, continha um balcão de atendimento. A porta de entrada ao bloco dava direto a esse local, que aparentava ser, como me referi, uma “recepção”, posterior a essa existia um longo caminho.

Adentrei pela primeira vez aquele espaço, à esquerda uma área que dava acesso a escada, caixas eletrônicas e mais à frente, no final, uma sala maior, com cadeiras de espera. Decidi então, a princípio, caminhar pelo corredor que seguia à frente, esse apresentava várias portas, sala de curativo, assistência social, e poucos pacientes aguardavam nas cadeiras encostadas à parede, percebia-se uma movimentação maior de funcionários, tanto estudantes, como auxiliares de limpeza, enfermeiros e médicos.

Optei por voltar e subir as escadas, procurando um local de maior fluxo de pacientes. No andar superior havia uma grande quantidade de pessoas, no longo corredor que abria diversas ramificações em seu percurso não havia mais cadeiras disponíveis, pacientes aguardavam em pé. Segui e vi uma porta que dava acesso a uma área menos movimentada. Entrei e naquele corredor, entre as ramificações, estava a biblioteca, percebi a oportunidade de conversar com a secretária sobre o acesso a documentações históricas da instituição e do Sanatório Domingos Freire.

Me apresentei como mestranda da Universidade Federal do Pará e expliquei minha pesquisa e meu interesse pelos documentos, questionando a possibilidade de acesso ao material do Sanatório Domingos Freire. A moça me olhou inexpressivamente, “não entendi”, informei que gostaria de saber se existiam documentos históricos na biblioteca sobre o sanatório que existiu naquele terreno anteriormente ao Barros Barreto. Categoricamente a moça afirmou, “não existiu outro hospital aqui, desde que colocaram a pedra fundamental era o Barros Barreto só que antes era um sanatório e depois virou hospital”.

Fiquei em choque, perplexa ao perceber o desconhecimento da secretária da biblioteca do HUUJBB sobre o Sanatório Domingos Freire, o silenciamento desse espaço chegava ao ambiente de pesquisa histórica da instituição. Aquilo me abalou, notei que a inexpressividade da atendente quando citei o Sanatório, e sua confirmação da não existência desse local após afirmar a ela que ali existiu não só o Domingos Freire como também o Hospital São Sebastiao, “abriu meus olhos” para a realidade, o sanatório aparecia, de fato, como expuseram Abreu Jr e Miranda (2014), “amputado” da história paraense.

Agradei e sai, reflexiva sobre os motivos daquele espaço apresentar-se hoje silenciado. Decidida a entender se o não conhecimento dessa instituição era uma realidade, constatei a relevância de manter minha pesquisa de campo e o uso da etnografia como metodologia científica.

3.4.3. O hospital era isolado:

Saindo da biblioteca, optei novamente em sentar-me próximo à saída principal do Hospital Universitário, ao lado da estátua de São Sebastião (figura 53).

Figura 53: Estátua de São Sebastião localizada no interior do HUIBB



Fonte: GABY (2019).

Duas senhoras, e uma acompanhante mais jovem, conversavam de pé a minha frente. Fiquei ali, observando, aguardando a oportunidade de começar um diálogo. Falavam sobre a quantidade de horas que estavam aguardando, precisavam comer algo e não sabiam se existia um local no hospital. Notei então, que uma das senhoras me olhou:

A cumplicidade dos pequenos gestos, sorrisos, ou olhares (...) pode significar um convite a aproximação duradoura, (...) desvenda-se a

lógica da criação dos papéis através dos quais se constroem os personagens do antropólogo e do nativo em interação (ROCHA; ECKERT, 2001, p.8).

Oportunamente expliquei onde ficava a lanchonete e se elas queriam ajuda para acompanhá-las. A moça mais jovem resolveu ir comprar as coisas, pois uma das senhoras estava de muleta, o que dificultava sua locomoção. As duas que ficaram aguardaram então nas cadeiras ao meu lado. Comecei a conversar com ambas.

A senhora com muletas, me disse que chegou no hospital muito cedo, mas, apesar da demora, foi muito bem atendida:

“gostei muito da forma que me trataram, muitos hospitais de tratam a gente, mas aqui foi diferente, como me acolheram”.

Perguntei se era a primeira vez que vinha no Hospital Universitário João de Barros Barreto, ela afirmou que veio há muitos anos atrás, quando o diretor era o Almir Gabriel. Lembra que a entrada não era a mesma de hoje:

“entrava por um portão na Barão de Mamoré, nesse portão faziam vacinas de sarampo e diversas outras doenças, eu vim tomar vacina aqui. O bairro, nossa...mudou muito, antes era muito mais isolado, menos casas, menos pessoas”.

Quando me senti animada com o rumo da conversa, sua acompanhante chegou explicando que o carro que vinha buscá-las havia chegado, optei então por finalizar esse dia de minha pesquisa.

O diálogo dessa senhora mostra a qualidade do atendimento vinculada ao acolhimento institucional, hospital como espaço de cuidado. A lembrança narrada, do Sanatório Barros Barreto, demonstra o período que o antigo portão de ferro do Sanatório Domingos Freire ainda era utilizado, no entanto, se nota o desconhecimento em relação a antiga ruína, apesar da descrição existente na parte superior do portão “Hospital Domingos Freire”. Novamente o bairro

aparece na memória, como um local isolado e pouco habitado no período que Almir Gabriel era o diretor do Sanatório Barros Barreto.

3.4.4. O médico Aristóteles Guilliod de Miranda:

O médico Aristóteles Guilliod de Miranda, trabalha no HUIBB desde 1993, há vinte e cinco anos, e foi apresentado a mim por meio do médico patologista José Maria Abreu Junior, ex-funcionário do hospital e atualmente professor do curso de medicina da Universidade Federal do Pará. Juntos escreveram artigos sobre o Barros Barreto e o Sanatório Domingos Freire.

O contato inicial com o professor ocorreu por intermédio de minha orientadora e José Maria, disponibilizou importantes documentos sobre o Sanatório Domingos Freire, encontrados na revista Pará-Médico, nos editoriais de 1901. Posteriormente, me passou o contato de Aristóteles.

Tendo em vista a apreensão de narrativas de funcionários da instituição acerca do objeto de estudo, procurando ainda compreender se há diferença na visão de funcionários e pacientes sobre os valores e significados agregados ao ambiente hospitalar, marquei uma entrevista com Aristóteles, que ocorreu dia 21 de agosto de 2018.

Fui recebida na sala de curativos, local de trabalho do médico, localizada no andar térreo do prédio principal. A princípio, expliquei a pesquisa etnográfica, e como estava à procura de relatos sobre o Sanatório Domingos Freire, trabalhando com sua memória:

Domingos Freire eu acho difícil conseguir alguma coisa, não existe, sabe, entrevistar alguém aí na porta “ah Domingos Freire”; “ah não sei, parece que minha avó...” eu, particularmente, acho complicado. Agora, aqui no hospital, eu não sei em termos histórico oficiais, não seria leviano em te dizer que ninguém sabe nada, isso aí eu não sei, mas em termos de trabalho, e sistematizado, o único trabalho que eu conheço é o que a gente fez, eu e o José Maria.

Expus que até então, de fato, nas narrativas colhidas em campo, não havia conhecimento do Sanatório Domingos Freire, apenas um funcionário antigo que lembra da instituição pois chegou a conhecê-la em sua materialidade. Aristóteles explica que existem divergências até em relação ao histórico do Barros Barreto:

Na diretoria tinha um material que falava que o hospital colocou a pedra fundamental em 1932, isso não existe. (...) Inclusive, se você leu o meu trabalho tá lá, o Barros Barreto parece que tá fadado a não se concluir nunca e simbolicamente ele não tem registro de pedra fundamental, eu catei nessas coisas da época, assim, posto de saúde, tudo tinha, qualquer coisinha que fazia o governo coloca a pedra fundamental, o Barros Barreto não tem, eu não encontrei nenhuma referência de pedra fundamental, quando ele começa a aparecer no jornal, já começa a aparecer autoridades visitando a construção, já em 38 ou 39 se não me engano. Já, essa coisa de 32 foge até o marco histórico, salvo engano, o projeto do João de Barros Barreto era implantar “tantos” Sanatórios grandes em cidades e “tantos” pequenos...e, você tem alguma coisa, por exemplo, o Sanatório de Curicica, do rio de Janeiro, ele é gêmeo do Barros Barreto, mesmo projeto, e ele sai em 1945, e o Barros fica nesse negócio e essa inauguração em 1957, ele inaugura mas não funciona, não tinha força, não tinha luz pra movimenta-lo...

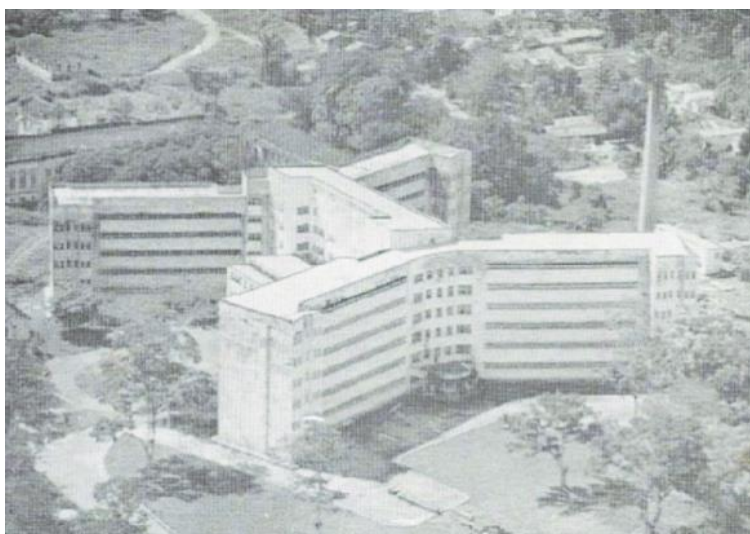
O Hospital Sanatório Santa Maria, inaugurado em 1943, atual Hospital Estadual Santa Maria, no Rio de Janeiro, citado por Aristóteles, apresenta de fato, como demonstram as imagens abaixo, um projeto “gêmeo” ao HUJBB:

Figura 54: Hospital Sanatório Santa Maria



Fonte: MIRANDA E ABREU JR (2016, p. 16).

Figura 55: Sanatório Barros Barreto e à sua esquerda Sanatório Domingos Freire



Fonte: MIRANDA e ABREU JR (2016, p. 23).

Aristóteles narra as mudanças que ocorreram na instituição de saúde no decorrer dos anos, expondo as transformações no atendimento aos tuberculosos:

Nesse período o doente morava aqui, ele vivia até ficar bom ou morrer. Tem história de gente que casou aqui no Barros, porque de início era só tuberculose, o conceito de sanatório era pra tuberculose. Com a mudança do perfil do tuberculoso, por conta do aparecimento de tratamentos, passou a ter cura. Eu entrei em 1993, quando ele já era um hospital da universidade, porque assim, antes de passar pra universidade, era um hospital que tinha um perfil para doenças infectocontagiosas, dentre elas a tuberculose, com a passagem pra universidade ele passa a ser um hospital geral, com clínica médica, cirurgia, pneumologia, enfim, hoje, é mais ou menos, o perfil que ele se mantém. A tuberculose voltou a fazer sentido epidemiologicamente com o aparecimento da aids, por conta da associação à doença. Mas assim, essa questão da memória do hospital, como sanatório, acredito ser difícil porque tem pouca gente que vivenciou.

As mudanças no funcionamento do Hospital Barros Barreto aparecem também nas narrativas dos pacientes, e demonstram a evolução dessa instituição de saúde, inicialmente, espaço de tratamento segregado, atualmente assistência ampla a distintas doenças.

Incorporar atendimentos variados, inclusive apresentando-se como pólo de ensino para residentes da Universidade Federal do Pará, afirma sua evolução, refletida não só na instituição, que “fadada a não se concluir” sofre mutação contínua, observada nos diversos anexos que surgem no terreno, mas também, nota-se as mudanças nas narrativas que compõem o bairro. O hospital

“morredouro”, segregado, passa a espaço de recuperação, amplo atendimento, refletindo no progresso do bairro. Pode-se dizer, refletindo na percepção dos moradores, funcionários e pacientes em relação ao hospital e sua influência no bairro do Guamá.

Tem um livro inclusive do Oswaldo Cruz, da febre amarela, tem um relato que tinha um bonde que levava até a José Malcher e de lá tinha um caminho pra chegar até o Domingos Freire, que foi inaugurado em 1901. Nesse sentido esse bairro era onde tinham os hospitais de isolamento, o Tucunduba, era onde tiravam da sociedade os doentes e ele não era tratado, era só isolado (...) Na época do Almir Gabriel ainda era algo bem segregacional, tem as histórias de transgressão...como tem história do Tucunduba, que o pessoal fugia a noite e ia pra cidade. Até porque o regime de tratamento era ditatorial, a medicina era ditatorial, (...) Mas em relação ao Domingos Freire, a memória, independente de ser pesquisador, eu estou com 64 anos, eu criança, lembro da minha mãe comentando, “o fulano foi pro domingos freire”, eu nasci em 1954, e esse hospital começa a funcionar em 1957, o domingos freire é demolido, se não me engano em 1964, então, esse intervalo de 10 anos, ainda existem pessoas que podem rememorar. Eu não tinha ideia, nunca vim pra cá, quer dizer, moro relativamente perto, moro na 14 de abril, as vezes venho até andando pra cá, mas, assim, o máximo que eu lembro criança de ter chegado mais próximo daqui, foi aqui na Conselheiro, onde tinha uma casa de uns amigos, pouco depois da José Bonifácio, a gente veio uma vez num aniversario, mas mais pra cá, eu não tinha a mínima ideia de sanatório, de Domingos Freire, era uma baixada mesmo, se nos anos 50 era um valão, tudo mais, imagina nos anos 40, 30 (...)

O Sanatório Domingos Freire assim como os hospitais de isolamento implantados no Tucunduba, desenvolveram o princípio de infraestrutura urbana do bairro, o encaminhamento de pacientes ao espaço segregado, tornava, contraditoriamente, necessário o acesso a esse local. Percebe-se, no entanto, que o bairro, sofre alterações lentas. Por muitos anos, quem vivia no centro urbano de Belém, não se deslocava até a região. O depoimento de Aristóteles, demonstra não só o desconhecimento em relação ao Sanatório Domingos Freire, mas também sobre o Tucunduba, a baixada, que não era apenas silenciada, era, de fato, não vivenciada pelos paraenses.

3.4.5. O hospital que só atendia doenças “feias”:

Decidi começar o segundo diário de campo bem cedo, utilizando a mesma estratégia de aproximação anterior, a observação participante, procurando

apreender narrativas sem me apresentar como pesquisadora, buscando um diálogo livre sem respostas prontas ao julgamento de uma pesquisa²⁴.

Entrei e segui pelo hospital, andando pelo percurso que se tornará comum a mim, cuja morfologia segue o mesmo padrão das passarelas que interligam os prédios no Campus do Guamá, aquele calçamento de concreto, com um piso tátil ao centro, e acima, a cobertura metálica amarela, me levaram ao edifício principal.

Sentei-me novamente ao lado da estátua de São Sebastião, notei uma senhora aproximar-se da imagem com uma criança, fazendo o sinal da cruz, explicou algo a menina, e saíram. Logo abaixo da estátua, existiam ceras de velas apagadas, miniaturas de casas, bonecas, uma perna de plástico, objetos que remetiam a promessas. Pela primeira vez, percebia aquele local como ambiente de devoção, de fé, do pedido de cura e recuperação no ambiente hospitalar.

Observando os detalhes da imagem, senta-se ao meu lado um homem, de meia idade, cerca de 40 anos, negro, bem vestido, e me cumprimentou “bom dia”, retribui e permaneci calada. Pensando como iniciar um diálogo, resolvi falar da imagem ao nosso lado, “essa estátua é tão antiga”, “é mesmo? Do período em que esse hospital só atendia doenças feias né?” Comentei, “as doenças infectocontagiosas?”, “sim, as pessoas não gostavam de vir pra cá né, mas hoje atende de tudo”. Se apresentou como Hugo e começou a conversar comigo:

Essas doenças são porque as pessoas se alimentam mal, comem de tudo, tudo com agrotóxico... eu trabalho na área da saúde sabe, na Marambaia, no centro 4, na área de administração do hospital que atende a comunidade lá... as pessoas não fazem as coisas básicas, que são exercício físico, sol, água, repouso, alimentação adequada, a própria limpeza pessoal, ai adoecem muito.

Notei nesse momento como o discurso dele em relação as doenças, ainda está ligado as questões presentes nos discursos médicos do período higienista, insolação, ventilação, consideradas importantes meios de tratamento dos

²⁴ Incursão realizada em 27 de agosto de 2018.

pacientes. Os princípios arquitetônicos dos sanatórios, dispunham de ambientes que valorizavam esses meios, como as galerias de cura que favoreciam a helioterapia.

Conversando sobre seu trabalho coordenando uma instituição de saúde, resolvi apresentar-lhe o meu, minha pesquisa, e meu objeto de estudo, o hospital que existiu no terreno, anterior ao Barros Barreto. Surpreso, ele questionou “Já existia o IML?²⁵”, afirmei que não, essa construção era do período de Barros Barreto, então ele comentou, “sim, construíram para associar né”. O senhor continuou:

Desse IML tem até umas histórias de fantasma, essas coisas... é igual lá na Marambaia, as meninas lá me dizem que final de semana elas tem receio de vir de noite pra esterilização que é lá no final, na parte ambulatorial, e não fica ninguém lá, final de semana né? E de noite também, só a urgência que funciona... elas dizem que não gostam de ir pra lá porque tem uma enfermeira que morreu lá, a não sei quantos anos, uma loira que morreu lá, e ela fica batendo lá... As pessoas daqui devem pensar do mesmo jeito, porque aqui era isolado né... era de isolamento.

A narrativa demonstra como Hugo vincula o hospital ao IML, prédios que construíram parte da paisagem do bairro, e que, vinculam a instituição e arredores à morte, as histórias de visagens confirmam essa visão. O receio dos funcionários quanto as instituições de saúde demonstram como o passado dos espaços de assistência, o isolamento citado pelo senhor, permanecem na memória dos atores que compõem a dinâmica atual das edificações.

3.4.6. Conheço a instituição desde 1959

Sentada ao nosso lado uma senhora, bem idosa, entra na conversa, “aqui era isolado mesmo, conheci a instituição em 1959”. Nesse momento, percebendo que ela fazia referência a data de inauguração do Sanatório Barros

²⁵ Instituto Médico Legal (IML) ocupou parte do terreno pertencente ao Hospital Barros Barreto; durante um longo período, fazia parte do complexo que relacionava a instituição de saúde e o cemitério Santa Isabel, localizado à frente do hospital. Esses prédios construíram a paisagem do bairro e a relação saúde-adoecimento-morte presente, ainda hoje, no imaginário da população paraense em relação ao espaço de assistência (TAVARES, CARDOSO, SÁ, 2014).

Barreto, perguntei se ela trabalhou no hospital, ela confirmou. Notei então a oportunidade de colher narrativas importantes à memória daquele espaço e expliquei minha pesquisa do Sanatório Domingos Freire. Ela começou falando:

Quando eu vim pra cá era Sanatório, Sanatório Barros Barreto, agora esses daí de trás, São Roque, São Sebastião, Domingos Freire, era tudo pra lá... e apontou para o lado da Alameda dos Arcanjos e continuou... esse prédio aqui foi construído depois, quando eu vim pra cá, quando vim fazer o curso, foi em 1957, e ele inaugurou em 1959.

Nesse momento, percebi o amplo conhecimento daquela senhora, que se apresentou como Iolete, em relação a meu objeto de estudo e as diversas fases do Barros Barreto e do bairro:

Eu sou funcionária da universidade, quando entrei tinha uma meia dúzia de pacientes do Domingos Freire, aqui tudo, essa parte desse prédio da entrada, essa parte de baixo, era enfermaria. Tinha ala B, ala C, agora tem leste, oeste, pediatria, tem o terceiro andar dos aidéticos. Na minha época era só pulmão, não tinha mais nada, eu trabalhava no ambulatório, era atendente. As visitas aqui só era de 8 em 8 dias, aí depois fizeram tudo para vir principalmente as mães das crianças, porque as crianças ficavam muito sozinha, só com funcionários mesmo.

A referência às visitas é a mesma citada por Rosilda, o rígido sistema de controle dos pacientes no período de tratamento da tuberculose é encontrado também no discurso de Aristóteles. Iolete explica que o período inicial, hospital de isolamento, os pacientes viviam reclusos até a melhora, muitos saíam curados, mas moravam na instituição até que estivessem bem para voltar à convivência em sociedade. O isolamento iniciava no bairro, segundo a ex-funcionária, “era um lamaçal a rua dos mundurucus, atrás do cemitério, era um capim da minha altura”.

Vim fazer o curso aqui em 1957, com 21 anos e trabalhei até os 70 anos e ainda sai chorando daqui, mas era tempo bom, que não volta mais, não tinha esse negócio “não entra nesse setor, não entra nesse” (...) Trabalhei aqui até 2008, de 1959 a 2008. Mudou muito, e agora tá mudando mais, que entrou uma empresa aqui, a FADESP, então eles estão mandando embora pra entrar os concursados. Eu coloquei muita gente aqui, de casa eu ligava pros médicos “doutor, uma vizinha, conhecida” mandava eu trazer a paciente, hoje em dia, é difícil. Hoje diz que não pode mais abrir matrícula, tá mudando pra pior. Olha esse campo aqui atrás como tá, antes tinha funcionário, variam tudo aí atrás, agora tá horrível, imagina na época de chuva, vai ficar pior.

Nota-se a todo momento a memória afetiva em relação a instituição, como Rosilda, Iolete rememora o passado atribuindo valores que no tempo presente são negados. A “influência” do seu cargo permitia anteriormente colocar pessoas na instituição, caminhar livremente pelos espaços, no entanto, na atualidade, com a mudança de regras, mudam também suas vivências no espaço, refletindo na visão negativa de Iolete do presente.

No entanto, como expõe a ex-funcionária, o vínculo se mantém devido sua participação no “Amigos do Barros”, grupo de encontro de funcionários atuais e antigos, e, até hoje, ela é auxiliada em consultas e exames que necessita, inclusive atendendo a parentes e pessoas do seu ciclo de relacionamento:

O Barros Barreto é uma família pra mim, aqui eu só deixo de vim quando eu morrer, (...)tenho ótimas lembranças daqui, tenho saudades até hoje, do meu serviço. Eu sempre dizia que aqui era minha segunda casa.

Percebe-se como os que vivenciaram esse espaço vinculados a trajetória de vida, como Iolete e Rosilda, apresentam relatos comuns, como expõe Assmann (2011), os portadores de uma memória coletiva, não precisam se conhecer, para reivindicarem uma identidade comum.

O valor dessa memória habitada, presente nos relatos de Iolete, mostravam-me a necessidade de entrevistá-la em outro momento, quando a mesma estivesse disponível para um amplo diálogo. Questionei-a sobre a possibilidade e ela aceitou, marcamos de nos reencontrar no mesmo local dia 30 de agosto de 2018.

3.4.7. Iolete, funcionária presente na inauguração do Sanatório Barros Barreto:

Falar sobre o *locus* de apagamento do Sanatório Domingos Freire é lembrar a trajetória de Iolete no Sanatório Barros Barreto. A memória de quarenta e nove anos de trabalho, auxiliaria inclusive o trabalho de minha colega

de Laboratório, Larissa Leal, que estudava a arquitetura do HUJBB. Chamei-a para participar da entrevista.

Encontrei Iolete no mesmo ponto onde a conheci, sentada ao lado da estátua de São Sebastião, me aguardava. Quando os relatos iniciaram em relação a meu objeto de estudo, notei que ela demonstrava um afastamento referente ao Sanatório Domingos Freire:

Olha, do Domingos Freire, pra lá, o que eu sei é que os pacientes de lá vieram pra cá, sinceramente de lá eu não sei nada, só sei que veio uma meia dúzia de pacientes quando inaugurou aqui.

Procurando apreender mais vestígios desse passado, perguntei se entrou no Sanatório Domingos Freire, se lembrava a relação desses pacientes com o espaço, os relatos dos mesmos sobre o tratamento, a vivência:

Entrava assim de abelhuda, pra abelhudar... o hospital era muito feio, era um hospital muito sujo, a gente até se sentia mal de entrar lá, não tem a higiene que tem aqui, que tinha aqui (...) ele ficava lá embaixo, distante mesmo do portão da Barão, aí os pacientes subiram pra cá, eles se davam demais com a gente, eram pouquinhos que vieram de lá (...) Falavam que era ruim lá, o tratamento lá, muito ruim, morria muita gente, era muito atrasado né, aqui não. Quando chegaram aqui eles melhoraram, mas uns se foram, outros ficaram, eu conversava muito com eles. Ainda me lembro da Leonice, da Valquiria, do seu Lisboa, eram de lá, muito lindo eles, conversava muito com eles. Eu falava pra eles “olha você vai sair de alta viu? Não vai dizer que eu tô te dizendo viu?”, e eles ficavam animados.

Em 1957, lembra do curso que fez por três meses para trabalhar no Sanatório Barros Barreto. Chamariam após a inauguração, que ocorre apenas em 1959, relembra seu pai falando “isso aí não vai sair agora, essa construção, essa obra, é serviço de santo ingrato²⁶, nunca que acaba”, e quando inaugurou, de fato, ainda não estava finalizada. Essa mesma impressão compartilha

²⁶ Iolete expressa a fala de seu pai dessa maneira “serviço de santo ingrato”, no entanto, essa é uma expressão “Obras da Santa Ingrácia”, que como expõe Miranda e Abreu jr (2016), era utilizada para referenciar a arrastada construção do Sanatório Barros Barreto, que iniciou as obras em 1939, e após diversas paralisações, é finalizada vinte anos depois em 1959. A fonte original deste ditado refere-se à construção da Igreja da Santa Ingrácia, em Lisboa, Portugal, a qual prolongou-se por séculos, até tornar-se o atual Panteão nacional.

Aristóteles, que acredita que a instituição está fadada a nunca concluir seu projeto inicial, já a princípio inconcluso.

Em 1959, o bairro ainda era extremamente segregado, a lama, alta vegetação, dificultava a locomoção dos carros, que segundo Iolete atolavam em alguns trechos. As pessoas tinham medo de ir à instituição, ficavam receosas quando ela dizia que trabalhava no local, mas ela afirma nunca ter tido medo:

A doença tá no ar, quantos que vieram pra cá, onde pegaram né? (...) essas pessoas com essa tuberculose multirresistente, como tem aqui, (...) a da "braba", inclusive aquele pessoal de lá, do Domingos Freire, naquele tempo era da "braba", tinha umas também mais leves, mas todos que vieram de lá, era a da pior, também, nem higiene tinha lá né, uma vez eu entrei lá com uma irmã minha, credo, eu sai de lá horrorizada.

A tuberculose, naquele tempo, dos hospitais de isolamento, levava diversos pacientes a óbito, e como se vê, os que saíram do Sanatório Domingos Freire, apresentavam as piores condições da doença. Iolete narra ainda o tratamento em domicílio, comum à época, afirmando que lembra a morte da mãe de sua amiga, em casa. Nunca procurou acolhimento no Sanatório Domingos Freire, preferiu viver os últimos dias em domicílio, falecendo aos 29 anos.

Os tratamentos duravam de três meses, o mais leve, a um ano, sob vigilância e regime severo, só eram liberados para convívio em sociedade quando realmente estivessem curados. Devido a isso, alguns pacientes, como havia dito Aristóteles, casavam dentro da instituição. Dona Moura, morou a vida toda no Sanatório Barros Barreto, lembra Iolete.

A ex-funcionária entrava seis horas no trabalho, ia de ônibus da praça Amazonas, chegava em São Brás e descia a pé até o hospital, pois não havia outros pontos mais próximos:

Nessa época não tinha negócio de assalto, era muito diferente de hoje, não tinha violência. Pra matarem um custava muito naquela época, lembro que só tinha ladrão de galinha... olha, pra não dizer que eu nunca vi nada, quando eu vinha pela José Bonifácio uma vez, vi uma pessoa em pé, olha eu tinha 22 anos né, e a pessoa tava toda de

branco, era cinco e pouco da madrugada, ai continuei andando, ai quando chego perto, não tinha mais ninguém, ai eu “sangue de Jesus”.

Novamente as “visagens” aparecem nos relatos relacionados ao bairro, próximo ao cemitério e a espaços de saúde, permanece associado a morte, mesmo no discurso de Iolete que afirma diversas vezes nunca ter sentido receio do Sanatório e do Tucunduba. O fato é que a saúde é de cunho individual e coletivo, segundo Foucault (1999), demarca espaços sociais, devido a isso, o hospital como “morredouro” aparece vivo na memória.

Iolete trabalhou como atendente no ambulatório, se lembra da primeira foto que tirou. O prédio em que estávamos apresentava a entrada pela lateral, os funcionários presentes na inauguração, se posicionaram em frente a fachada e tiraram foto com as roupas de atendimento, sapato preto, meia, cabelo completamente coberto, sem brincos, sem aliança, trabalhavam equipados para evitar contaminação. O uso de máscara era necessário no contato com pacientes.

Iolete nunca se contaminou, afirmava:

Também nunca tive medo, ter medo é pior, eu tinha uma cunhada, ela morreu de câncer de pulmão, por conta do cigarro, ela vinha aqui não sentava em uma cadeira com medo, e veja como ela morreu. Eu vivia aqui, conversava com os doentes, só nunca namorei doente, as vezes eu simpatizava assim, porque eu era nova né, tinha um cabelão. Minha colega Neide chegou a casar com um, seu Henrique, a mãe não gostava, tinha preconceito porque era tuberculoso, mas ele já tava curado. Alguns moravam anos aqui, mas também saia de alta curado, hoje sai melhorada. Teve um tempo desses que passei 15 dias aqui internada, de asma, fui muito bem tratada, parecia uma baroa. Aqui não posso ter nada que já querem me internar, aqui eu tenho tudo graças a Deus.

A fala remete novamente a memória afetiva em relação a instituição, mesmo afirmando que os pacientes passavam anos enclausurados no sanatório, diz que o tratamento era melhor, hoje as pessoas não se curam. Expõe, no entanto, sua influência no hospital atualmente, mesmo sendo “um tempo pior”, permanece tratada com dignidade. Essa narração opoando passado presente ocorre pois, como expõe Nora (1993, p.9), “a memória é um fenômeno sempre atual, um elo vivido no eterno presente”.

Demonstra ainda o preconceito existente no período em relação aos pacientes tuberculosos, preconceito que difere de sua visão. Como na narrativa de Rosilda, a recordação de lolete, apresenta sentimentos individualmente construídos, refletidos na dualidade de seu discurso. Notória na continuidade de sua fala, quando explica que gradearam as varandas pois muitos pacientes pulavam e alguns fugiam:

Besteira, pra não ficar bom, só pra morrer né, fugiam mesmo. O tratamento era longo, não podiam sair, Deus o livre eles saírem, basta dizer que era hospital de isolamento, perigo né. A gente mesmo, não podia comer nada da mão do paciente, falar a um metro de distância com o paciente, não sentar no leito do paciente.

“Todo espectador, em qualquer período (...) inevitavelmente transforma o passado de acordo com sua própria natureza” (GIEDION, 2004. p. 32). Percebe-se na narrativa de lolete uma valorização do passado em detrimento do presente, uma idealização, clara na dualidade de seu discurso, que difere da visão da sociedade sobre os hospitais de isolamento, “perigo”, e os sentimentos dos pacientes em relação ao espaço, refletidos nas fugas e na necessidade de gradear as sacadas que compunham a fachada da instituição.

As mudanças dos tratamentos são narradas cronologicamente do Sanatório Domingos Freire “imundo”, “escarravam no chão”, tratavam só tuberculose, ao Sanatório Barros Barreto, higienizado, que tratava a princípio tuberculose, e que, atualmente, como hospital, apresenta clínica médica, tratando diversas doenças, “até câncer”. As alterações continuam a ser narradas, mas agora no âmbito físico da instituição:

Não tinha esses prédios, agora que eles inventaram isso, mudou muita coisa, tinha um necrotério bem ali no meio, quando comecei a trabalhar aqui, era quando eles morriam no Domingos Freire botavam lá, parecia uma capelinha, parece aquele da santa casa que tem lá, ai demoliram ele, e o Domingos Freire era lá pra baixo. São Roque, Domingos Freire, São Sebastião, um do lado do outro, não sei pra que.

Chama-me atenção o fato dela falar do necrotério apenas em relação aos óbitos do Sanatório Domingos Freire. Todas as memórias dessa instituição,

estão relacionadas à morte, um olhar de repulsa em relação ao edifício, ao tratamento existente no local. Iolete termina a entrevista afirmando que se lembra que nunca houve necessidade de ir ao Sanatório Domingos Freire, mesmo no período de inauguração do Sanatório Barros Barreto, quando o edifício ainda estava em funcionamento, afinal “ali era local de contaminação”, diferentemente da visão que tinha do tratamento do Sanatório Barros Barreto, mesmo auxiliando à mesma epidemia e a princípio, os mesmos pacientes.

3.4.8. O hospital de acolhimento:

No dia três de setembro de 2018, decidi voltar ao Hospital Universitário João de Barros Barreto para mais uma pesquisa de campo. A última vez que fui tive o prazer de entrevistar Iolete, e me sentia ambientada com aquela instituição. O medo e receio que a princípio se fizeram presentes em minhas visitas a campo e em minha aproximação aos pacientes sumira.

Nessa segunda-feira, diferentemente das outras, notei o fluxo no hospital menor, desde a triagem que ocorre na entrada, até o caminhar ao prédio principal, percurso usual de minha pesquisa até a estátua de São Sebastião. Diferentemente dos outros dias, senti que não deveria me manter ali, vi apenas um jovem bem vestido parecendo esperar alguém, e, na parte interna, no longo corredor do primeiro andar, um vazio, duas pessoas na recepção e ninguém sentado nas cadeiras que compõem aquele espaço. O não habitual me atraiu, optei, dessa vez, por sentar dentro da instituição, ao lado da porta do serviço social, e observar.

A movimentação contínua de funcionários e suas conversas paralelas geravam um grande eco no longo corredor, o espaço, diferentemente da área externa, era extremamente barulhento, incomodo, também pelo ir e vir de diferentes pessoas no corredor estreito. Devido a isso, era necessário a todo momento, ajeitar-se na cadeira para deixar mais livre o caminhar das pessoas, a espera era inquietante. Mesmo assim, decidi me manter ali, sentir de fato o que o ambiente ocasionava aos pacientes.

Senta-se então ao meu lado uma senhora, começamos a conversar e ela me explica o motivo de sua ida ao HUUJBB. O marido faz acompanhamento há 20 anos no Barros Barreto com cardiologistas e ela estava à espera do serviço social, para ver a oportunidade de adiantar a consulta dele, pois havia perdido a que lhe foi disponibilizada na semana anterior, por conta de uma virose e febre alta que inviabilizaram sua ida a instituição de saúde.

A nova consulta só aconteceria final de janeiro e ele apresentava alguns problemas de saúde, sentia-se tonto, desmaiava, e ela estava preocupada com a possível demora da reavaliação piorar o quadro atual de seu esposo. Em todos esses anos, afirma gostar do hospital, a mãe também foi acolhida muitos anos pela instituição, vinha do interior, de Igarapé-miri de ambulância. Passou algum tempo internada devido ao enfisema pulmonar ocasionado pelos anos de fumo, nesse período, ela ficou dia e noite na instituição, acompanhando o tratamento.

Relatou que nunca teve receio de ficar na instituição de saúde e sentia gratidão pelos serviços prestados ali a sua mãe, que viveu até os 90 anos e faleceu de causas naturais, e ao seu marido que desde que adoeceu, tinha acompanhamento. Percebo que nesse discurso há apenas visão do hospital como local de apoio, sem receios, um ambiente de cura, referente a suas vivências naquele espaço. Nesse momento a assistente social chamou-a e uma moça mais jovem que estava sentada ao meu lado começou a conversar comigo.

3.4.9. O desabafo:

Acredita que tô aqui desde o dia 27 com meu marido, tenho um filho down e esse meu marido tá internado, não tem um filho que venha ajudar, é uma vergonha, esse homem tem 13 filhos com uma outra mulher lá e nenhum se manifesta, só servem pra pedir dinheiro e fofocar. Ainda teve uma lá que veio com um monte de desaforo “papai morre e ninguém ia me avisar”, sendo que o celular dele ainda ficou fora de área, e só eu que fico com ele aqui, vou pra casa pegar algumas coisas e volto, ele passou mal essa madrugada, imagina se ele tivesse só. Ele é DPOC aí deu falta de ar, que ele fumou muito tempo e qualquer coisa ele vive mal, faz acompanhamento médico há 17 anos aqui, tem um relatório enorme dele aí, mas ele passa mal e não vem direto pra cá, ele vai primeiro pra um pronto-socorro aí mandam ele pra cá.

A assistente social apareceu então na porta e chamou a moça, fiquei um pouco pensativa quanto àquele desabafo, acredito que ao sentar anteriormente do meu lado e ouvir minha conversa, fez sentir-se à vontade para contar-me o período difícil que estava passando. Diferentemente da acompanhante que conversei anteriormente, ela não via o hospital como espaço acolhimento, seu marido, também fazia acompanhamento há muitos anos no HUIBB, no entanto, ela se refere ao local como ambiente de morte. Este relato me fez refletir os diversos valores que podem ser impressos ao hospital, mesmo na vivência de situações similares entre os indivíduos que os frequenta.

3.4.10. O hospital que atende pobres:

Aguardando a filha pegar alguns exames, uma paciente relata a mim sua visão do HUIBB:

Aqui é um hospital que atende os pobres, as pessoas têm medo de hospital, principalmente daqui, mas é pior ter medo. Esse é um hospital como outro qualquer. Estou com 87 anos, todos vão morrer um dia, rico ou pobre. Riqueza, aquele orgulho, no fundo não conta de nada se não agir pelo bem, Deus está vendo tudo, não adianta ter medo de ir num hospital como este, qual a diferença de ir num hospital pomposo? Quando no fim, quando é a hora da pessoa, ela vai de qualquer forma, seja feia, bonita, rica, pobre, velha ou nova. Mas eu queria morrer dormindo, tranquilamente, que quando vem pro hospital ou fica bom ou morre mesmo, não tem jeito.

Notei, pela primeira vez, um discurso diretamente a mim, acredito que a forma de me vestir, meu sotaque, minha fisionomia, levou aquela fala discriminando pobres e ricos, parecia evidenciar que meu lugar não era naquele ambiente de atendimento prioritário aos mais necessitados. A observação direta feita na pesquisa de campo, me engajou em uma experiência de percepção de contrastes sociais e culturais, observando, mas tornando-me ao mesmo tempo, objeto de observação (ROCHA E ECKERT, 2008).

O discurso apresentava também controvérsias, ao mesmo tempo que a paciente dizia não sentir medo do hospital, evidenciando o temor das pessoas em relação ao espaço, afirmava querer morrer dormindo, evitando uma

instituição de saúde como local de morte, pela primeira vez a religiosidade aparece em uma narrativa. Ao afirmar ainda que o receio da sociedade é maior no HUIBB, ela transparece sua visão sobre o relacionamento dos paraenses com a instituição, ambiente temido pela sociedade. A visão do hospital é então dual, hospital como “morredouro”, mas também como ambiente “terapêutico”, de cura.

3.4.11. O hospital que trata de tudo:

No primeiro pavimento do prédio principal, sentada em um banco de madeira a frente de uma porta de vidro escrito “ultrassom”, “marcação de exames”, observava²⁷. Diferentemente do corredor térreo, aquele espaço era maior, permitia maior fluxo de pessoas e menos incomodo a quem estava sentado esperando. O ambiente também era menos barulhento, apesar de ter um constante fluxo de pacientes e médicos, não ouvia-se eco e as janelas nas pontas dos corredores tornavam o espaço mais iluminado e agradável.

Ao meu lado, uma paciente esperava, notoriamente cansada, as 7:30h aguardava para fazer um ultrassom marcado as 10h. Acordou as 3 da manhã, saiu de Abaetetuba, onde mora, fazendo o percurso de ônibus e barco para chegar ao HUIBB. Tem acompanhamento há 20 anos na instituição, expõe gratidão pelo auxílio prestado por funcionários, não só aos problemas de saúde que atualmente englobam tireoide, diabete, pressão alta, hepatite, problema no coração, mas ao apoio psicológico que recebeu quando perdeu o filho há cinco anos, e com depressão foi encaminhada a psicóloga por sua médica de rotina da instituição.

Explica que a princípio tratou seu problema de tireoide no HUIBB, devido à falta de especialistas em Abaetetuba. No entanto, atualmente, frequenta o hospital em Belém pois já está familiarizada com o espaço e funcionários, e prefere realizar seus exames nesse ambiente, “até chegar sua hora”.

Questionou se aguardava também para fazer ultrassom, refleti, deveria lhe falar sobre minha pesquisa? No entanto, o diálogo livre, sentindo que fazia

²⁷ Incursão realizada no dia 12 de setembro de 2018.

parte do grupo que aguardava atendimento, me fez optar por dizer que acompanhava minha avó, não queria criar uma “barreira” de diálogo entre nós:

É, aqui trata de tudo né... também quando eu tive hepatite, tratei aqui (...) na época minha filha tinha um plano e decidiu marcar uma consulta particular pra mim, (...) fui na consulta e o médico passou exames, muito atencioso, também, consulta particular né, aí ele diagnosticou meu problema na tireoide. Comecei o tratamento, mas preocupada porque tava no plano da minha filha decidi tentar atendimento em um Hospital Público, aí consegui aqui por meio da amiga da minha irmã, e daí minha primeira consulta foi com o Paulo Binati, e continuo aqui, aqui é um hospital bom, me consultei já no Bettina também. E aqui mudou muito, muita coisa não tinha, agora atende tudo né, antes você não podia entrar aqui, e vir fazer exames, agora pode né, e quando eles mandam pra fora daqui, só mandam pra clínica boa sabe.

A paciente acolhida há vinte anos no HUIBB expõe uma ligação afetiva em relação a instituição e seus funcionários, o apoio a saúde não só física, como mental, atrela-a ainda hoje ao hospital. Familiarizada, espera acolhimento até sua morte, como narra, “até sua hora”. O atendimento particular à saúde é citado com obviedade em relação a qualidade, enquanto que o hospital público é referido repetidas vezes por palavras que testemunham seu bom funcionamento. O espaço é visto como ambiente de tratamento continuado as doenças citadas, e as alterações de atendimento do Barros Barreto, são mencionadas como benéficas, ampliando o auxílio à população.

3.4.12. É complicado alguns lugares aqui:

A senhora que conversava comigo foi auxiliada a tomar água antes do ultrassom e se retirou para o procedimento. Ao aproximar-se das 9 horas da manhã, a moça ao meu lado que aguardava o exame relata que na sala, no interior da porta de vidro, os que esperavam estavam marcados para as 7h, sendo assim, ainda demoraria, “bom que pelo menos aqui faz de tudo”.

Percebendo que poderia dar continuidade ao diálogo, afirmei que antigamente não era assim:

Não, era só tuberculose, agora não, tem até médico de pele, antigamente só tuberculoso mesmo, era isolado, a pessoa pra se

aproximar daqui, só de máscara. Até o bairro né, a minha casa é aqui perto, seguindo a barão. Eu moro aqui há 25 anos, antes era alagado assim sabe?

O conhecimento da história do Hospital Barros Barreto é notório, novamente é relatado o isolamento da instituição, inclusive, a necessidade de utilização de mascaras no período, que demonstra o convívio próximo ao espaço. Moradora antiga do Guamá, fala das alterações do hospital relacionada as mudanças no bairro, cita o avanço do atendimento da instituição de saúde contíguo aos melhoramentos na infraestrutura da região.

Afirmar que ouvi relatos desse período, vindos de uma ex-funcionária que trabalhou na inauguração da instituição. Nesse momento ela me questionou “bem magrinha?”, confirmei, “minha sogra, lolete”. Explica que muita gente da família trabalhou no HUUJB, inclusive ela, que tinha um emprego na lavanderia, parou após quatro anos quando adoeceu.

Trabalhar ali foi um dos melhores serviços que teve, entrou na época do Collor e saiu ao adoecer, devido também aos concursos que iniciaram nesse período para trabalhar no Hospital Barros Barreto. Desde essa época tem acompanhamento na instituição:

Nesse período que fiquei doente, tive uma asma, ai o médico disse que eu não podia continuar trabalhando aqui sabe, pelos casos que atendem, mas sei que fiz um tratamento aqui (...) fiquei praticamente morta. Eu sofri viu, passava 15 dias internada aqui e 15 dias em casa (...) A última vez que me internei, há 15 anos atrás, como te contei, eu praticamente morri, se eu tivesse demorado um pouco mais pra chegar aqui tinha morrido. Foi Deus que me deu outra chance, essa foi minha última internação, falei com Deus sabe? Nunca mais apareceu asma, não era meu dia mesmo, tive mais uma chance

A antiga funcionária explica que quando trabalhava de plantão, ficava sozinha. A lavanderia era no térreo, no final do corredor, e ela trabalhava até 19h, “eu tinha um medo tão grande de ver alguma coisa. Mas nunca vi nada, graças a Deus”:

É complicado alguns lugares aqui (...) assim, hoje dia tudo tem cura né, porque antigamente as coisas eram mais difíceis (...) Hoje é tudo mais fácil mesmo. Aqui o Barros é bom pra trabalhar e se tratar, mas pra ficar aqui direto não, internado não. A pessoa fica mal, você vê, tinha gente que até se matava, e as pessoas antigamente passavam anos aqui, praticamente moravam mesmo, ai tinha gente que fugia. Na

época que trabalhei aqui tinha um que se jogou do quarto andar, por isso gradearam tudo, esse homem acho que era tuberculose, mas já tava muito tempo sabe, porque não deixavam ir embora, só quando ficava curado mesmo, aí vivia isolado, aí se jogava né.

A religiosidade aparece como possibilidade de cura diante da morte iminente, o hospital apresenta-se como ambiente que permitiu a continuidade da vida, “se eu tivesse demorado um pouco mais para chegar aqui, tinha morrido”. No entanto, o passado do HUIBB, a lembrança de suicídio de pacientes, do isolamento, remete a instituição também a ambiente de morte, que reflete no medo de “visagens” e, mesmo no relato de melhora no atendimento, a ideia de não ser um bom local para internação.

3.5. QUESTIONÁRIO AOS TRANSEUNTES:

O *locus* do objeto de estudo, o Hospital Universitário João de Barros Barreto, é referência na cidade de Belém e parte significativa da paisagem do Guamá. Procurando abranger o conhecimento sobre a relação dos transeuntes com o HUIBB, desenvolvi um questionário dirigido aos indivíduos que frequentam as imediações da instituição de saúde, buscando apreender ainda se há percepção e conhecimento sobre o portão de ferro do Sanatório Domingos Freire, localizado na rua Barão de Mamoré, possibilitando obter um panorama sobre as narrativas dos pacientes e funcionários, e a visão dos indivíduos que frequentam o entorno do hospital, afinal:

a cidade do andarilho tem uma história, nem a melhor nem a pior do mundo, simplesmente histórias que configuram referências práticas e simbólicas em que se reconhece ou se constrange nas ruas que perambula, lugares que conhece ou desconhece, espaços que gosta ou desgosta, contextos que lhe atraem ou passam despercebidos. Objetos, eventos não verbais ou verbais, ruídos ou matérias atiram-lhe a atenção sensorial que delineia seu trajeto, seus atos. A cidade acolhe seus passos, e ela passa a existir na existência deste que vive, na instância de seu itinerário, um traçado que encobre um sentido, algo que será desvendado ao seu final (ROCHA; ECKERT, 2001, p. 1).

O perfil dos 20 entrevistados abrangeu jovens, geralmente residentes que seguiam ao HUIBB, até pessoas com mais de 60 anos, incluindo moradores

antigos da região, pacientes, até indivíduos que trabalham nas proximidades. A faixa etária predominante foi de 17 a 35 anos, e 60% dos entrevistados era do sexo feminino.

Aos transeuntes abordados, eram feitos os mesmos questionamentos. A princípio, em relação a frequência dos entrevistados na região, destes, 75% afirmaram que frequentavam cotidianamente o bairro e arredores do HUJBB, alguns residem nas proximidades e outros trabalham no hospital.

Posicionada estrategicamente à frente do portão de ferro do Sanatório Domingos Freire, na rua Barão de Mamoré, questionei os entrevistados se em suas caminhadas pela via, já haviam notado a existência dessa entrada lateral ao muro do HUJBB, 55% das pessoas afirmaram que sim.

Como pode ser visto, mesmo com a porcentagem de 75% dos entrevistados frequentando a região cotidianamente, apenas 55% já haviam visualizado o portão de ferro em suas incursões diárias, atentei que para um alto percentual de pessoas, 44%, a antiga ruína do sanatório é imperceptível. Pesquisando sobre a memória do Domingos Freire, questionei ainda se os indivíduos que notavam o portão de ferro da rua Barão de Mamoré, sabiam sua origem, todas as respostas afirmaram desconhecer a origem daquela entrada.

Refleti que as respostas coletadas na pesquisa demonstraram o completo desconhecimento da população em relação à ruína do Sanatório Domingos Freire, último vestígio material do que fora aquele espaço. Coincidindo com as narrativas colhidas em campo que expuseram a inexistência de memória sobre o hospital de isolamento, conhecido apenas por quem vivenciou-o materialmente.

A memória do isolamento presente nos discursos em campo, referenciam, em quase todos os casos, o Sanatório Barros Barreto, como ocorre no questionário, com um dos entrevistados. Um senhor, cerca de 70 anos, que caminhava na rua Barão de Mamoré, ao ser abordado, afirmou sempre frequentar aquela via, tinha nascido no Guamá e morava na região até hoje e segundo ele:

o Barros Barreto, na época quando foi construído, era pra ser a exclusão da sociedade, o pessoal contraía tuberculose e internava ai, antigamente passavam seis meses ai, inclusive minha mãe foi internada ai em 1974, e hoje em dia não existe mais essa correlação, são outras situações, outras especialidades que o Barros Barreto atende agora, mas antigamente aqui era pra ser a exclusão da sociedade, igual aquele crematório na Cremação, ali era só pra queimar lixo, o que não prestava.

A importância do HUIBB se fez presente na resposta da maioria dos entrevistados. Após questionar os transeuntes sobre o portão de ferro, perguntei-lhes sobre o hospital, se conheciam a instituição de saúde. Os resultados demonstraram que 75% frequentam ou já frequentaram o Barros Barreto, e muitos indivíduos prolongaram o diálogo nesse momento, afirmando que o espaço é referência no tratamento de doenças infectocontagiosas. No entanto, grande parte reclamava da infraestrutura e falta de investimento, narrando que se existisse mais incentivo, o local poderia atender de maneira mais eficaz a população paraense. As respostas demonstraram o conhecimento sobre as especialidades atendidas por anos no hospital, antes deste se tornar hospital universitário, e que a maioria dos indivíduos que vivenciam o entorno tem uma relação próxima ao Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Sendo o cemitério Santa Izabel outro importante ponto de referência a paisagem do Guamá, tido como paisagem mais antiga do bairro, e que, no trabalho de Tavares *et. al* (2014, p. 72), aparece nas narrativas, de modo complementar ao HUIBB, “nas práticas atuais e pretéritas daqueles que vivem em Belém”, procurei questionar por fim, qual seria dos dois, o cemitério ou o hospital, a maior referência da região. O resultado divide opiniões, 50% dos entrevistados responderam que seria o cemitério e os outros 50% o hospital. No entanto, notei que os que moram na região, veem prioritariamente o cemitério como marco, sendo o HUIBB, referência aos que mais frequentam seu espaço, como residentes e pacientes.

3.6. A ANÁLISE DO DISCURSO

A análise do discurso não se preocupa com os sentidos do discurso, e sim como os sentidos produzidos ao longo da história apresentam-se nas dinâmicas do discurso. Orlandi (2009) expoe que os sentidos do discurso, não são produzidos pelos sujeitos, trabalha “refletindo sobre a maneira como a linguagem

está materializada na ideologia e como a ideologia se manifesta na língua” (ORLANDI, 2009, p. 16).

Visa compreender como um objeto simbólico está investido de significância para os sujeitos. Analisa as condições de produção, relacionada aos contextos socio-históricos e ideológicos, englobando o imaginário produzido pelas instituições, o que já foi dito, o que faz parte da memória. Não há então, segundo Orlandi (2009), possibilidade de criar um sentido no discurso que seja completamente novo, pois este seria incompreensível, o que ocorre nessas narrativas, são deslocamentos do já-dito, o que a autora chama de memória do dizer, interdiscurso.

Nessas condições de produção do discurso, surge também o intradiscurso, que se opõe ao interdiscurso, “aquilo que estamos dizendo naquele momento dado, em condições dadas”(ORLANDI, 2009, p. 33). O discurso é, então, simultaneamente, o cruzamento desses eixos, o da memória, e da atualização do que já foi dito. Os efeitos de sentido desse jogo de discursos, silenciam aspectos importantes da nossa história.

O que dá as repetições de sentidos nos discursos, e ao mesmo tempo, paradoxalmente, o que desestabiliza e incorpora outros sentidos são as coerções sociais e as relações entre memória e esquecimento. A linguagem apresenta-se então como meio que comunica e não comunica, representa o papel do inconsciente e da ideologia na produção de sentidos dos discursos.

A análise do discurso como aporte metodológico expõe como a relação do sujeito com a linguagem não é inocente, articula o simbólico com o político, apresentando também nos silenciamentos, nos não-ditos, as fissuras presentes nos contextos socio-históricos e ideológicos.

3.7. ARQUIVO MNEMÔNICO

O arquivo mnemônico dará aporte a análise do discurso, essa metodologia “privilegia as narrativas dos moradores da cidade que, ao falarem dela, remexem em suas lembranças e externam suas percepções e lógicas de inserção e de interpretação do meio urbano” (DUARTE, 2010, p. 8). Os lugares

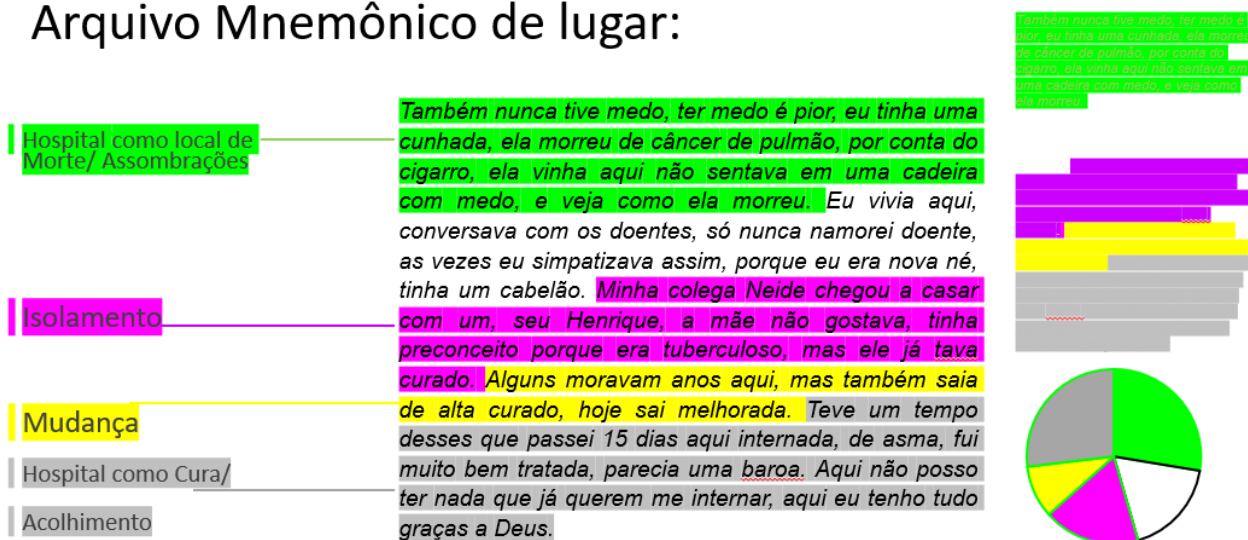
portam significados e materializam as visões de mundo dos grupos que os frequentam. Há então, segundo Duarte (2010), uma referência mútua entre o ambiente construído e seus usuários. A ferramenta se dedica:

“A coletar narrações sobre determinado ponto em suspensão da cidade. No ato de narrar, a cidade é reinventada e reinterpretada com seus significados. Todas as narrativas coletadas nesse exercício são encerradas dentro de um mesmo quadro e, em seguida, são identificados tanto as metáforas que delas emergem quanto os esquecimentos, as lacunas, os vazios. À cada metáfora é atribuída uma cor e as narrativas vão se transformando em gráficos coloridos, que poderão, eventualmente, ser comparados em termos de frequência de aparecimento das metáforas, de repetição do tema ou de resignificação do lugar” (DUARTE, 2010, p. 9).

No caso da pesquisa, o arquivo mnemônico reinterpreta as narrativas colhidas no HUJBB e no entorno, e as metáforas foram estabelecidas em quatro categorias: mudança, isolamento, hospital como local de morte/assombrações, hospital como cura/acolhimento. Essas foram colocadas nos gráficos mencionados acima, criando o seguinte processo:

Figura 56: Exemplo de esquema elaborado a partir das metáforas identificadas no discurso da antiga funcionário do HUJBB Iolete.

Arquivo Mnemônico de lugar:



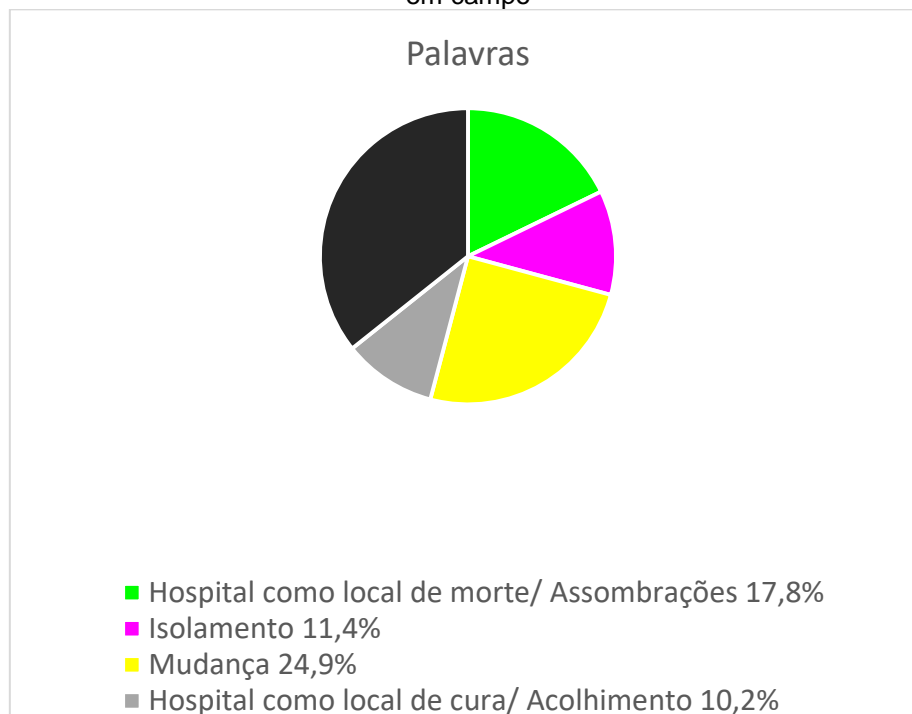
Autor: GABY (2018).

Tabela 4 – Mapa referente a soma da quantidade de palavras encontradas nas narrativas dos agentes sociais, conforme as metáforas encontradas nos discursos

	Metáforas	Identificadas				
Agentes Sociais	Hospital como local de morte/ Assombrações	Isolamento	Mudança	Hospital como local de cura/ Acolhimento	Outros	Total
João	10	0	39	0	36	85
Rosilda	44	30	168	0	30	272
José	0	52	0	0	0	52
Paciente 1	16	17	64	23	83	203
Funcionária 1	0	0	25	0	80	105
Paciente 2	0	9	49	19	8	85
Aristóteles Guilliod de Miranda	7	58	178	17	392	652
Paciente 3	95	26	16	0	61	198
Iolete	232	174	379	43	455	1283
Paciente 4	0	0	0	73	73	146
Paciente 5	98	0	0	0	62	160
Paciente 6	84	0	0	14	26	124
Paciente 7	4	10	28	197	21	260
Funcionária 2	129	83	56	26	111	405
Total	719	459	1002	412	1438	4030

Autor: GABY (2019).

Figura 57 - Resultado percentual referente aos metáforas mencionados nos discursos colhidos em campo



Autor: GABY (2019).

As narrativas colhidas em campo, no HUIBB e seu entorno, e as metáforas selecionadas, foram enquadradas e relacionadas a maneira que os agentes sociais fazem referência ao hospital, sendo notório em muitos discursos os temas escolhidos, hospital como morredouro, isolamento, a mudança e o hospital como espaço terapêutico.

As metáforas se dão por meio da pesquisa de campo, e como os agentes sociais narram suas memórias. Fonte de suas percepções e experiências pessoais em relação a instituição de saúde, Hospital Universitário João de Barros Barreto, seu passado, e o lugar em que o mesmo está inserido, o bairro do Guamá.

Nesses diálogos encontram-se relatos distintos. Percebe-se que nas falas dos agentes sociais que apresentavam essas memórias vinculadas a trajetória de suas vidas, as lembranças estavam atreladas a afetividade. Essas narrativas, como expõe Ferreira (2003), apresentam recordações delineadas por sentimentos individualizados, e assim, o passado é valorizado em relação ao momento presente, como se percebe no discurso de Rosilda e Iolete.

Ambas enaltecem o passado, salientando os pontos positivos em relação aos negativos, diminutos em suas falas. A dualidade das lembranças em ambos discursos é notória, devido a individualidade da vivência das mesmas. A fuga dos pacientes, o sistema rígido de vigilância e assistência, a incomunicabilidade dos doentes com o exterior no período do sanatório, foi narrado pontualmente, e de maneira dúbia, seguido de afirmações positivas sobre o tratamento sanatorial, sobrepondo-o em relação a assistência atual da instituição.

O discurso dos atores sociais que frequentam pontualmente a instituição e o bairro, apresentam-se de maneira distinta. Há conhecimento sobre o passado de isolamento, o atendimento a doenças segregadas, e as histórias de “visagens” que, de maneira geral, criam receio nas visitas iniciais a instituição. No entanto, de maneira adversa aos relatos vinculados a trajetória de vida, o hospital na visão desses atores, apresenta, no presente, melhorias. O atendimento atual, de múltiplas especialidades, é citado como benefício e acolhimento a população que necessita.

Os atores sociais que são acompanhados há anos pela instituição de saúde, ou que seus parentes foram tratados ou permanecem vinculados aos cuidados do hospital, demonstram narrativas de valorização do espaço, atribuído como ambiente de acolhimento e afetividade. Nesses discursos não há menção ao passado de tratamento segregacionista, e se nota um conhecimento mais amplo quanto às especialidades e cuidados do espaço, assim como, dos funcionários e ambiente corporativo.

O arquivo mnemônico demonstrou então que, nos discursos, a mudança em relação ao atendimento do hospital, englobando também as alterações que ocorreram no bairro do Guamá, é o que mais se faz presente. As narrativas demonstram um entendimento dos agentes sociais sobre as diversas fases de atuação da instituição. Inclusive, em muitos momentos, o isolamento é atribuído ao período inicial de atendimento do espaço e também ao bairro, que é mencionado progredindo juntamente com as ampliações de assistência que ocorrem no Barros Barreto, após se tornar Hospital de doenças infectocontagiosas e posteriormente Hospital Universitário.

As atribuições dadas ao espaço como local de morte e ambiente de acolhimento, cura, apresentam-se em quase todas as narrativas numa

duplicidade, aparecendo conjuntamente em momentos distintos do diálogo. No entanto, a morte, relacionada também ao medo e relatos sobre “visagens”, apresenta-se com maior relevância, como se nota na frequência de palavras relacionadas a essa temática.

Percebe-se então que na memória coletiva subsiste o histórico do hospital, o isolamento, o sentimento de pavor atribuído às doenças tratadas naquele espaço, que apresentam-se, ainda hoje, no imaginário popular. Há uma memória habitada que está vinculada à instituição Barros Barreto. Esta memória faz uma ponte entre passado, presente e futuro, esquecendo de uma coisa, na medida que recorda outra, intermediando valores que resultam em um perfil identitário (ASSMANN, 2011).

Perfil identitário que apresenta um passado vivo, presente no agora, que esquece o Sanatório Domingos Freire, como se nota na pesquisa de campo, porém, cria uma ponte dos estigmas dessa antiga instituição, transferindo-os então, ao espaço que assume seu lugar. O Sanatório Barros Barreto, moderno arquitetonicamente, novo espaço e tipologia, mantém em sua história, o antigo, o preconceito em relação à tuberculose e o Hospital de Isolamento Domingos Freire, tratado durante sua existência como espaço de “morte certa”²⁸, abrigo do perigo social, da peste branca, do mal do século.

Tais relatos demonstram que, hoje, a população do bairro construiu uma imagem multifacetada da sociedade em relação ao HUJBB. Englobando na referência do espaço a cura e a morte, local de pesquisas e assombrações, de passado, presente e futuro. Essa metodologia permitiu então privilegiar os discursos dos agentes sociais que compõem o hospital e seu entorno, entendendo o processo de produção das narrativas a partir das intensas transformações que ocorreram. Compreendendo a memória e sua intrínseca ligação com o presente, sendo a mesma parte da construção social que permite aos agentes sociais, que compõe esse espaço hoje, reconfigurá-lo agregando valores e significados relacionados a suas visões de mundo (DUARTE, 2010)

²⁸ MONTENEGRO, Augusto. Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador Augusto Montenegro. Imprensa Oficial. 1905, p.4

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preservação e proteção dos sanatórios é uma discussão recente nas pesquisas que vinculam história da assistência à saúde e arquitetura, e surgem no meio científico devido as necessidades de documentar os bens e acervos da saúde, por conta das carências que se vive no sistema público e privado de assistência médica. O estudo desses espaços tem se mostrado na atualidade fundamentais para compreensão da memória da cidade, da medicina, e da Arquitetura (MIRANDA E GRILO, 2016).

O estudo sobre a preservação do Sanatório de Curicica, de Amora *et. al* (2018), demonstra o importante valor documental desse espaço para sociedade brasileira e carioca. O mesmo se apresenta como referência material da forma de fazer arquitetura moderna e sanatorial, além de ser um testemunho da dimensão da Campanha Nacional contra a Tuberculose no Brasil. A pesquisa aponta os sanatórios como um pilar memorial para a investigação de determinados contextos históricos e sociais, por suas qualidades funcionais, estéticas e sua localização na cidade, constituindo-se como um verdadeiro documento.

Documentos que durante um longo período sofreram apagamento material. A demolição de distintos sanatórios demonstra a opção pelo esquecimento, que esteve ligada à segregação desses equipamentos de saúde das memórias oficiais, pois “faziam lembrar a dor da exclusão e dos métodos já superados de tratamento” (MIRANDA, 2010).

O primeiro sanatório da cidade de Belém, o Sanatório Domingos Freire é um exemplo dessas edificações que sofreram apagamento material. A consolidação do hospital de isolamento ocorre em um período anterior à vacina da febre amarela e da tuberculose, e os recursos terapêuticos eram limitados para tratamento de moléstias infectocontagiosas, como os documentos expostos na pesquisa revelam. Diante desse contexto, o Sanatório Domingos Freire apresentava altas taxas de mortalidade, sendo disseminado na sociedade,

durante toda sua existência, como espaço de “morte certa”, se tornando um ambiente de preconceito, prevenção e horror (MONTENEGRO, 1905, p. 40).

Caracterizado como “Ante-camara da morte” já em seus últimos anos de atuação, e devido a pequena quantidade de leitos para o grande número de tuberculosos, além da “inospitalidade”, é substituído pelo Sanatório Barros Barreto e demolido em 1960 (GARCIA FILHO, 1932 apud MIRANDA E ABREU JR., 2014, p. 7). O apagamento material somado ao preconceito, segrega a instituição da memória coletiva.

A segregação é perceptível na etnografia e nos relatos colhidos em campo, que demonstram o esquecimento do Sanatório Domingos Freire, rememorado apenas pelos indivíduos que conviveram materialmente com a instituição. Esse tipo de pesquisa permitiu, por meio da análise do discurso e do arquivo mnemônico, compreender múltiplos aspectos de diferentes ordens tanto em relação ao Hospital de Isolamento Domingos Freire, como na dinâmica atual do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

O HUJBB é um símbolo do Guamá, é atrelado nos relatos, às mudanças que ocorreram no bairro. O isolamento da região, o difícil acesso, a segregação em relação a bairros centrais, se desfaz juntamente as mudanças de atendimento da instituição. A evolução do hospital tem relação com o desenvolvimento do Guamá, a urbanização ocorre na medida que é ampliado o atendimento do Barros Barreto.

No entanto, se nota que o conhecimento da população sobre o passado de doenças-infectocontagiosas mantém, no imaginário paraense, o sentimento de pavor. O preconceito enraizado na sociedade em relação ao Sanatório Domingos Freire habita ainda hoje no Hospital que o substitui, há então uma memória habitada que reflete, atualmente, em relatos da população sobre “visagens” e do HUJBB como espaço de morte.

O Barros Barreto assume então os estigmas do “esquecido” Sanatório Domingos Freire. Perceptível na dualidade do discurso dos agentes sociais em relação ao ambiente de saúde, referenciando-o como espaço de cura, atrelando à narrativa, posteriormente, relato de mortes, isolamento, “visagens”, sendo

esses últimos ainda mais presentes, mesmo diante da realidade atual do HUJBB como referência no tratamento de doenças tropicais no Brasil.

“A arquitetura é produzida não apenas como construção identitária mas, também, em um processo dinâmico, os indivíduos se utilizam dela para reconstruir suas próprias lógicas e reinterpretar os fatos do mundo” como se nota na pesquisa de campo e na dimensão simbólica que o HUJBB assume diante dos agentes sociais que compõe a dinâmica atual do espaço (DUARTE, 2010, p. 3). Os ambientes, apresentam-se então como uma ferramenta de comunicação entre gerações para transmissão de culturas e práticas de dinâmicas sociais.

A pesquisa apresenta o Sanatório Domingos Freire como espaço que surge em meio a novas Medidas Municipais, e que permite compreender o urbanismo sanitarista, atrelado às renovações na medicina que predomina na capital paraense em fins do século XIX e início do XX, e que passam a priorizar o isolamento de pacientes, em tipologias arquitetônicas destinadas a esse fim, os hospitais de isolamento.

O projeto do Sanatório Domingos Freire demonstra a prioridade da execução do espaço, a segregação. A escolha do terreno, a disposição dos leitos, a impossibilidade de comunicação, a entrega de utensílios sem o contato com os pacientes, a atenção à desinfecção de médicos e enfermeiros após contatar um doente, revela que, nesse período, o programa arquitetônico assistencial era destinado prioritariamente ao encaminhamento e monitoramento de doentes, procurando evitar, com isso, o contágio da população nos centros urbanos. Esse espaço leva à região segregada do Tucunduba infraestrutura, o aterramento de pântanos, abertura de vias, viabiliza a utilização do bairro pelos doentes e auxilia a expansão urbana da capital paraense à primeira léguas patrimonial de Belém.

O Sanatório Domingos Freire se mostra então de grande valor documental para a história do tratamento de doenças-infectocontagiosas no Pará, e para compreensão da expansão urbana da cidade de Belém relacionada à construção dos hospitais de isolamento em regiões segregadas. A arquitetura apresenta-se ainda como testemunho da medicina ligada à moralidade, que predominou no

país durante a segunda metade do século XIX e início do XX, e da utilização do “classicismo imperial brasileiro” em edifícios da saúde na Belém da Belle Époque.

Os sanatórios são, portanto, importantes referências, tanto para história do tratamento de doenças-infectocontagiosas no Brasil, como representam um importante vetor de conhecimento para a disciplina da arquitetura, principalmente a hospitalar. Apresentando-se como importantes documentos para o patrimônio histórico e cultural.

Diante disso, percebe-se como o apagamento material do Sanatório Domingos Freire levou não só ao esquecimento desse importante documento na sociedade paraense, como também ao desmoronamento de um fundamental testemunho material, sombreando seu valor para memória da cidade de Belém.

REFERÊNCIAS:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMORA, A.A. et al. **Complejo sanatorial de Curicica**. In: SERVIN, M. L. G. Registro del Sistema arquitectónico de pabellones em hospitales de América Latina. Ciudad de México: Universidad Nacional Autonoma de Mexico, 2018, pp. 71-89.

ANDRADE, A. P. M; MALUF, S. W. **Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. In: FERREIRA, J; FLEISCHER, S. (orgs.). Etnografia em serviços de saúde. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, pp. 33-55.

ASSMAN, A. **Espaços da recordação formas e transformações da memória cultural**. São Paulo: Editora Unicamp, 2011.

BENEVOLO, L. **História da Cidade**. São Paulo: Perspectiva, 1983.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1998.

BERTOLLI FILHO, C. **História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BITTENCOURT, T. **Arquitetura Sanatorial**. São Paulo: São José dos Campos, 1998.

BRITTO, R. S; CARDOSO, Eleyson. **A febre amarela no Pará**. Belém: SUDAM, 1973.

CASTRO, E. A. **Arquitetura do isolamento em Curitiba na República Velha**. Curitiba: Maxigrafica e editora Ltda, 2004.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: Cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

COSTA, A. P. **O Hospital e sua evolução histórica**. Belém, 2011.

CUNHA, M. C. P. **Cidadelas da Ordem: A doença mental na República**. São Paulo: Editora brasiliense, 1989.

DAOU, A. M. **A belle époque amazônica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FRAIHA NETO, H. **Oswaldo Cruz e a febre amarela no Pará**. 2º ed. Ananindeua: Editora IEC, 2012.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora perspectiva, 1978.

- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.
- GEERTZ, C. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.
- GEERTZ, C. **Obras e vidas: o antropólogo como autor**. Rio de Janeiro: Editora. UFRJ, 2009.
- GIEDION, S. **Espaço, Tempo e Arquitetura: o desenvolvimento de uma Nova Tradição**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora perspectiva, 1974.
- LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2000.
- LE GOFF, J. **História e Memória**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.
- HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo: Ed. Centauro, 2006.
- MIQUELIN, L. C. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992.
- MIRANDA, C. S. **Hospitais na Belém Oitocentista: classicismo e diálogo entre matrizes luso-brasileiras**. In: MIRANDA, C. S.; COSTA, R. G. R. Hospitais e Saúde no Oitocentos: diálogos entre Brasil e Portugal. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, pp. 79-106.
- MIRANDA, C.S; COSTA, R. G. R. **Apresentação**. In: MIRANDA, Cybelle Salvador; COSTA, Renato Gama-Rosa. Hospitais e Saúde no Oitocentos: diálogos entre Brasil e Portugal. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, pp. 17-34
- ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios & procedimentos**. 8º ed. Campinas: Pontes, 2009.
- PENTEADO, A. R. **Estudo de Geografia Urbana**. 1ª 2ª volumes. Belém. Ed: UFPA, 1968.
- RAMOS, J. M. T. **Entre dois tempos: um estudo sobre o bairro do Guamá, a escola “Frei Daniel” e seu patrono**. Belém, 2002.
- SANGLARD, G. **Prefácio**. In: MIRANDA, C. S.; COSTA, R. G. R. Hospitais e Saúde no Oitocentos: diálogos entre Brasil e Portugal. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, pp. 9-15.

SEGAWA, H. **Arquiteturas no Brasil 1900 –1990**. 2ª ed. São Paulo: Edusp, 1999

TADEU, T. **O panóptico Jeremy Bentham**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autentica editora, 2008.

TRINDADE JUNIOR, S. C. **Produção do espaço e uso do solo urbano em Belém**. Belém: UFPA/NAEA/PLADES, 1997.

VIANNA, A. **As epidemias no Pará**. 2ª ed. Belém: Ed. UFPA, 1975.

VIGARELLO, G. **O limpo e o sujo, uma história da higiene corporal**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

PERIÓDICOS:

ABASCAL, E. H. S; BILBAO, C. A. **Arquitetura e ciência: espaço, tempo e conhecimento**. Revista arqtextos, ano 13, jul. 2012.

ANTUNES, J. L. F; WALDMAN, Eliseu Alves; MORAES. Mirtes. **A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade**. Ciência e saúde coletiva, 5(2), p. 367-379, 2000.

BARDALOTTI, C. M; BARBISAN, Ailson Oldair. **Uma breve história do edifício hospitalar- Da antiguidade ao hospital tecnológico**. Revista científica tecnológica, v.3, n.2, p. 346-358, 2015.

BRIGIDA, J. S. **Palestra Arquitetura Sanatorial. 1930-1945. Brasil-Portugal. Estudos comparativos**. Blog Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural-UFPA, Belém, 11 abril. 2014. Disponível em:< http://arquiteturaufpamemoria.blogspot.com/2014/04/palestra-arquitetura-sanatorial-1930_2839.html>. Acesso em: 16 de jan. 2019.

CARVALHO, P. **Hospital de Isolamento: Domingos Freire**. Revista Pará-Médico, n. 1, Nov. 1900.

_____ **Hospital de isolamento**. Revista Pará-Médico n. 2, Dez. 1900a.

_____ **Hospital de Isolamento “Domingos Freire”- Movimento Hospitalar**. Revista Pará-Médico n. 9, Set. 1901.

COELHO, G. M. **Na Belém da belle époque da borracha (1890-1910): dirigindo os olhares**. Revista Escritos, ano 5, n. 5, 2011. Disponível em: <<http://www.casaruibarbosa.gov.br/escritos/numero05/artigo08.php>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

COSTA, L. M. N. **A Assistência da Colônia Portuguesa do Brasil, 1918-1973**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.2, abr.-jun. 2014, p.727-748.

COSTA, M. C. L. **A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano**. Revista de geografia da UFC, ano 01, n. 02, 2002.

COSTA, R. G. R. **Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez.2011a, p.53-66.

COSTA, R. G. R. **O Plano Bissaya Barreto (1929-1935)**. In: Relatório de atividades desenvolvidas no exterior, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, 2014a.

COSTA, R. G. R. **Os Hospitais-Sanatórios de Portugal e o Plano de 1934**. In: Relatório de atividades desenvolvidas no exterior, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, 2014a.

COSTA, R. G. R. **Hospital-Sanatório da Colônia Portuguesa do Brasil (1931-1935)**. In: Relatório de atividades desenvolvidas no exterior, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, 2014a.

DORIA, J. L.; DUARTE, J. M. C.; SARAIVA, P. C. S. **Tuberculose: a história e o patrimônio. Memória da doença através da História em exposição no museu do IHMT**. In: Inst. Hig. Med. Trop, 16, 2017. Anais... IHMT, 2017, p. 89-101.

DUARTE, C. **Olhares possíveis para o Pesquisador em Arquitetura**. In: Cultura, Subjetividade e Experiência: dinâmicas contemporâneas na Arquitetura - ENANPARQ. Rio de Janeiro, 2010.

FGVCPDOC. **Verbetes Alacid da Silva Nunes**. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/alacid-da-silva-nunes>>. Acesso em: 25 de janeiro de 2019.

GODINHO, E. P. **Sanatório Vicentina Aranha: entre o passado assistencial e o uso público**. Blog Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural-UFGA, Belém, 05 dez. 2016. Disponível em: <http://arquiteturaufpamemoria.blogspot.com/2016/12/sanatorio-vicentina-aranha-entre-o.html>>. Acesso em: 10 out. 2018.

GODINHO, J. **Hospital de isolamento**. Revista Pará-Médico n^o 2, Dez. 1900.

GONÇALVES, et al. **A ocupação das várzeas na cidade de Belém: causas e consequências socioambientais**. Revista geonorte, Edição Especial, v.2, n.4, 2012, p.34 – 45.

HENRIQUE, M. C. **Escravos no purgatório: o leprosário do Tucunduba (Pará, século XIX)**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.19, supl., dez. 2012, p.153-177.

LOPES, R. C. S. **Lepra, políticas sanitárias e controle social: isolamento e cotidiano na lazareto Santo Antônio do Prata, Pará.** Revista Latino-Americana de Arqueologia Histórica, v. 12, num. 1, jan-jun 2018.

MARTELLI, C. M. T. **Dimensão Histórica das epidemias.** Aula do curso de História da Medicina, Faculdade de medicina, UFG, 1997.

MARTINS, L. A. P ; MARTINS, R. A. **Os miasmas e a teoria microbiana das doenças.** [Miasma and the microbial theory of diseases]. Scientific American Brasil [Série História] (6): 68-73, 2006, p. 69.

MATTOS, D. M.; FORNAZARI, S. K. **A lepra no Brasil: representações e práticas de poder.** Cadernos de ética e Filosofia Política 6, 1/2005, p. 45-57.

MENDONÇA, F; FOGAÇA, T. K; ARAÚJO, W. M. **A geografia da saúde no Brasil: Estado da arte e alguns desafios.** Investigaciones geográficas. Chile, 2014, p. 41-52.

MIRANDA, C. S.; GRILO, F. J. A.; PINHO, J. M. B. C. **Classicismo nos hospitais da misericórdia e da beneficência na segunda metade do século XIX: trânsito entre Brasil e Portugal.** Artis on, v. 1, 2015, p. 231-237.

MIRANDA, A. G.; ABREU JUNIOR, J. M. C. **O Sanatório de Belém: a epopeia – ou via sacra? – de sua construção.** Revista Pan-Amaz Saúde, 2016, 7(2):13-25.

MIRANDA, A. G.; ABREU JUNIOR, J. M. C. **Hospital de Isolamento Domingos Freire.** III ENANPARQ Arquitetura, cidade e projeto: uma construção coletiva. São Paulo, 2014.

MIRANDA, C. S.; BELTRÃO, J. F.; HENRIQUE, M. C. **Caminhos e ausências no Patrimônio da saúde em Belém, Pará.** Amazônica: Revista de Antropologia (Online), v.2, p.308 - 343, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/1496/1903>>. Acesso em 14 mar 2017.

MIRANDA, C. S. **Memória da assistência à Saúde em Belém-PA: Arquitetura como documento.** I ENANPARQ Arquitetura e Saúde: história e patrimônio. Experiências em rede, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/bloglamemo/memria-da-assistncia-sade-em-belmpa-arquitetura-como-documento>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

MIRANDA, C. S. et al. **Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.2, abr.-jun. 2015.

NORA, P. **Entre memória e história: a problemática dos lugares.** Revista do PPGH/PUC-SP Projeto História, nº10, 1993, p.15.

ROCHA, A. L; ECKERT, C. **Etnografia de rua: estudo de antropologia urbana.** Iluminuras – Banco de Imagens e Efeitos Visuais, PPGAS/UFRGS, 2001. nº44.

ROCHA, A. L; ECKERT, C. **Etnografia, saberes e práticas.** In: PINTO, C. R. J; GUAZZELLI, C. A. B. *Ciências Humanas: pesquisa e método.* Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

SILVA, J. B. **A ex-colônia de hansenianos de Marituba: Perspectiva histórica, sociológica e etnográfica.** Papers do Naea nº 234, Universidade Federal do Pará. Belém, 2009.

TAVARES, A. G; CARDOSO, D. M; SÁ, S. M. A. **Paisagem e dinâmicas urbanas: memórias sobre o Hospital Barros Barreto.** Fronteiras e debates. Macapá, v. 1, n. 2, jul./dez. 2014.

VIANNA, P. V. C; ELIAS, Paulo Eduardo. **Cidade sanatorial, cidade industrial: espaço urbano e política de saúde em São José dos Campos, São Paulo, Brasil.** Cad. de saúde pública, Rio de Janeiro, 23(6): 1295-1308, jun, 2007.

TESES E DISSERTAÇÕES:

ABREU JUNIOR, J. M. C. **O vírus e a cidade: Rastros da gripe espanhola no cotidiano da cidade de Belém (1918).** Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

AMARAL, A. S. **Vamos à vacina? Doenças, saúde e práticas médico-sanitárias em Belém (1904 a 1911).** Dissertação de Mestrado em História Social da Amazonia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, 2006.

BELTRÃO, J. F. **Cólera, o Flagelo da Belém do Grão Pará.** 1999, 246 f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1999.

BOTELHO, A. **SANTA IZABEL E SOLEDADE: O eterno e o mutável nas alterações dos espaços cemiteriais na Belém do Século XIX, através de uma análise Cartográfica da morte.** Dissertação (Mestrado)- Instituto de Tecnologia, Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismos. Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

BRASILEIRO, C. F. L. **Arquitetura artituberculose em Pernambuco: Um estudo analítico dos dispensários de tuberculose do Recife (1950-1960) como instrumentos de profilaxia da peste branca.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

COSTA, M.N. P. **Caridade e saúde pública em tempos de epidemias: Belém, 1850-1890.** Dissertação (Mestrado) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa da Pós-graduação em História, Universidade Federal do Pará, Belém, 2006.

FERREIRA, M. L. C. **A doença do peito: contributos para o estudo histórico da tuberculose.** Dissertação de Mestrado em História Contemporânea, Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2005

MARTIRE, G. E. **O Hospital Evandro Chagas: Uma análise das transformações no edifício e diretrizes para uso e ocupação.** 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Preservação e Gestão de Patrimônio Cultural das Ciências e da Saúde) Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MONTEIRO, A. H. **O sanatório da Covilhã: Arquitectura, Turismo e Saúde.** Dissertação de mestrado em Arquitectura. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, 2009.

NUNES, J. F. G. **O Sanatório de Outão: A evolução da arquitetura no combate à tuberculose.** Dissertação de Mestrado em Arquitetura. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, 2015.

SARGES, M. N. S. **Memórias do "Velho" intendente: Antônio Lemos - 1869-1973.** 1998. 304 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 1998. Programa de Pós-Graduação em História. Disponível em: <<http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/9594>>. Acesso em: 21 de jan. 2019.

SILVA, A. L. A. **Uso da água na bacia urbana do igarapé do Tucunduba-Belém- PA.** Dissertação de mestrado em Geografia. Instituto de filosofia e ciências humanas da Universidade Federal do Pará, 2016.

SOARES, K. G. S. **As formas de morar em Belém da Belle-Époque (1870-1910).** 2008. 247f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2008. Programa de Pós-Graduação em História Social da Amazônia.

TUTYIA, D. R. **Rua Dr. Assis: uma incursão pela paisagem patrimonial transfigurada da cidade velha, Belém do Pará.** Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

VELHO, G. **O antropólogo pesquisando em sua cidade: sobre conhecimento e heresia.** In: VELHO, Gilberto (org.). *O desafio da cidade.* Rio de Janeiro: Campus, 1980.

VIECELI, A. P. **Lugares da loucura: Arquitetura e cidade no encontro com a diferença.** 2014. Dissertação de mestrado (Arquitetura e Urbanismo) – PROPARG, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

RELATÓRIOS/MENSAGENS DE GOVERNO:

COELHO, J. A. L. Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador João Antônio Luiz Coelho. Imprensa Oficial. 1910.

_____ **Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador João Antônio Luiz Coelho.** Imprensa Oficial. 1911.

_____ **Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador João Antônio Luiz Coelho.** Imprensa Oficial. 1912.

LEMOS, A. J. Relatório apresentado ao conselho Municipal de Belém: Archivo da Intendência Municipal, 1905, p. 49.

MONTENEGRO, A. Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador Augusto Montenegro. Imprensa Oficial. 1902.

_____ **Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador Augusto Montenegro.** Imprensa Oficial. 1903.

_____ **Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador Augusto Montenegro.** Imprensa Oficial. 1904.

_____ **Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador Augusto Montenegro.** Imprensa Oficial. 1905.

_____ **Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador Augusto Montenegro.** Imprensa Oficial. 1907.

_____ **Mensagem dirigida ao congresso legislativo do Pará pelo governador Augusto Montenegro.**