



OS ASILOS-COLÔNIA DO ESTADO DE SÃO PAULO:

DE PATRIMÔNIOS A TERRITÓRIOS CULTURAIS

BIANCA MARIA BATISTA JANOTTI

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

PUC -CAMPINAS | CEATEC | POSURB-ARQ

FAPESP

2023

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

BIANCA MARIA BATISTA JANOTTI

**OS ASILOS-COLÔNIA DO ESTADO DE SÃO PAULO: DE PATRIMÔNIOS A
TERRITÓRIOS CULTURAIS**

CAMPINAS

2023

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (processo nº 2021/03248-0).

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS, AMBIENTAIS E DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO
BIANCA MARIA BATISTA JANOTTI

**OS ASILOS-COLÔNIA DO ESTADO DE SÃO PAULO: DE PATRIMÔNIOS A
TERRITÓRIOS CULTURAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Arquitetura e Urbanismo do Centro de Ciências exatas, Ambientais e de Tecnologia, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência para obtenção do título de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Orientador: Profa. Dra. Maria Cristina da Silva Schicchi

CAMPINAS
2023

BIANCA MARIA BATISTA JANOTTI

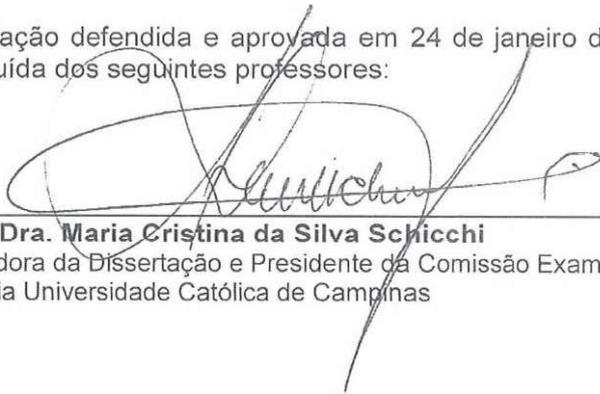
“OS ASILOS-COLÔNIA DO ESTADO DE SÃO PAULO: DE PATRIMÔNIOS A TERRITÓRIOS CULTURAIS”

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo do Centro de Ciências Exatas, Ambientais e de Tecnologias da Pontifícia Universidade Católica de Campinas como requisito para obtenção do título de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

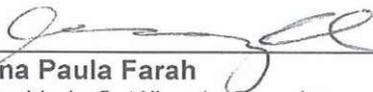
Área de Concentração: Urbanismo.

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Cristina da Silva Schicchi

Dissertação defendida e aprovada em 24 de janeiro de 2023 pela Comissão Examinadora constituída dos seguintes professores:



Profa. Dra. Maria Cristina da Silva Schicchi
Orientadora da Dissertação e Presidente da Comissão Examinadora
Pontifícia Universidade Católica de Campinas



Profa. Dra. Ana Paula Farah
Pontifícia Universidade Católica de Campinas



Prof. Dr. Renato da Gama Rosa Costa
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Ficha catalográfica elaborada por Adriane Elane Borges de Carvalho CRB 8/9313
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

711.4
J34a

Janotti, Bianca Maria Batista

Os asilos-colônia do estado de São Paulo: de patrimônios a territórios culturais / Bianca Maria Batista Janotti. - Campinas: PUC-Campinas, 2022.

150 f.: il.

Orientador: Maria Cristina da Silva Schicchi.

Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Centro de Ciências Exatas, Ambientais e de Tecnologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Planejamento urbano. 2. Asilos - Colônia - São Paulo (SP). 3. Patrimônio cultural - Preservação - Territórios culturais - São Paulo. I. Schicchi, Maria Cristina da Silva. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências Exatas, Ambientais e de Tecnologia. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. III. Título.

CDD - 22. ed. 711.4

À minha família, de sangue e de coração: Meus pais Geisa, Claudio e Claudinéia. Meus irmãos Bruno, Enzo e Stefany. Meus avós que enchem meu coração, Dona Linda, Dona Maria e Dr. Janotti (meu melhor amigo). Meu companheiro Bruno, que complementa meus dias. Todos que me apoiaram, me desafiaram e me cobraram. É por todos que estou aqui, mas também por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Pontifícia Universidade Católica de Campinas, ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo e à Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo suporte para a realização do Mestrado em Arquitetura e Urbanismo.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Maria Cristina da Silva Schicchi, que embarcou nessa temática comigo e me colocou de volta ao chão quando foi preciso.

Agradeço aos professores que compuseram minha banca de qualificação Prof. Dr. Luiz Augusto Maia Costa e Profa. Dra. Viviane Trindade Borges e me direcionaram para a finalização. E aos professores que aceitaram participar da minha banca de defesa, Prof. Dr. Renato Gama-Rosa Costa e Profa. Dra. Ana Paula Farah.

Agradeço às diretoras das instituições objetos de estudo, Dra. Patrícia e Dra. Renata, por disponibilizarem seu tempo para me atender pessoalmente e ao Instituto Lauro de Souza Lima, por me acolher no alojamento durante a pesquisa de campo e pela proposta de estágio concedida.

Agradeço à Alessandra, responsável pela Biblioteca “Luiza Keffer”, à Susana, que participou da concepção da exposição do Museu Lauro de Souza Lima, à Lisiane, por me acompanhar na visita ao Instituto e ao Sr. José, da Sociedade Beneficente Dr. Enéas de Carvalho Aguiar.

Agradeço à Erineuda e Natália, arquitetas do Centro de Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcante, por responderem todas as minhas questões e à equipe de Patrimônio por permitirem que eu acessasse todas as áreas da instituição e colaborarem com a documentação necessária.

Agradeço aos representantes da Prefeitura de Mogi das Cruzes, em especial à Renata Harata que me atendeu pessoalmente, ao Ubirajara, do Arquivo Histórico e ao Auro da Biblioteca Municipal.

Agradeço aos representantes da Prefeitura de Bauru, em especial, ao Prof. Dr. Nilson Ghirardello, pela aula que me concedeu sobre a expansão de Bauru e as Estradas de Ferro.

Agradeço aos voluntários do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, em especial ao Pedro Peruzzo e ao coordenador nacional Artur Custódio, por me acolherem e contribuírem para a finalização da pesquisa.

Agradeço aos professores da PUC-Campinas, pelo aprendizado e aos colegas e amigos da pós-graduação, pelos debates, conversas e principalmente pelas risadas.

Agradeço aos professores da Universidade São Judas que me capacitaram, em especial ao Prof. Me. Marcelo Galli Serra, meu eterno orientador e à Profa. Dra. Cristina de Campos, pelas reuniões e mensagens que me aproximaram dos debates sanitários e eugênicos.

Agradeço ao carinho e amor da minha família, que embarcou nesse processo comigo e meus amigos paulistas e campineiros, que tornaram meus dias especiais.

Agradeço ao Vicente, pelo apoio emocional em uma mudança completa de vida, sem seu companheirismo eu realmente não teria conseguido.

Estranho desaparecimento, que sem dúvida não foi o efeito, longamente procurado, de obscuras práticas médicas, mas sim o resultado espontâneo dessa segregação e a consequência, também, após o fim das Cruzadas, da ruptura com os focos orientais de infecção. A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado.

Foucault, Michel. **História da Loucura**, 1972, p. 9

RESUMO

Entre 1930 e 1960, a política de tratamento dos hansenianos implantada no Estado de São Paulo tornou-se modelo para as demais cidades brasileiras. São Paulo foi um dos estados pioneiros e o último a abolir esta forma de tratamento por isolamento. Porém, o controle sanitário de doenças infectocontagiosas, neste período, não era uma ação isolada, fazia parte de uma série de propostas dos governos estaduais e municipais, que utilizavam a segregação como solução para muitos problemas sociais que poderiam frear o avanço do crescimento e desenvolvimento urbanos, à luz da presença hegemônica da economia agroexportadora cafeeira e da consolidação da cidade como sede do capital financeiro e comercial. A solução por meio da construção de asilos-colônia foi colocada em prática na década de 1920 e são eles os objetos de estudo desta pesquisa. Eles foram pensados para funcionar em rede, de forma que pudessem abranger todas as áreas do estado, divididas em quatro circunscrições do território paulista e em cinco asilos-colônia, implantados em distintas cidades: Santo Ângelo, Padre Bento, Pirapitingui, Cocais e Aimorés. Esses asilos - construídos entre as décadas de 1920 e 1930 – foram tombados pelo Condephaat entre 2016 e 2018. A história desses asilos está ligada a uma sucessão de lugares, o que demandou uma abordagem de estudo de conjunto, mas também uma leitura dos próprios territórios onde estão inseridos, pois, entende-se que esses complexos não se mantiveram alheios aos processos políticos e de planejamento locais. Assim, o objetivo principal da pesquisa foi estudar os asilos-colônia como equipamentos complexos de escala urbano-territorial. A partir de um levantamento preliminar dos cinco asilos tombados, foram selecionados dois deles para estudos de caso, o Santo Ângelo e o Aimorés, onde se buscou compreender a natureza desses objetos, o modelo e as transformações ocorridas nas formas de tratamento da doença, que culminaram, em muitos casos, em sua obsolescência. Buscou-se avaliar as condições de uso, apropriação e os significados atuais destes complexos, tanto por seu papel no desenvolvimento territorial dos municípios onde estão situados quanto e, principalmente, para as populações locais. A metodologia se apoiou nos métodos histórico-analítico e empírico. O resultado possibilitou a ampliação da discussão sobre os asilos-colônia como complexos urbano-territoriais e apontar novos critérios de apreensão dos significados culturais a eles relacionados, como contribuição à reflexão sobre a preservação dos denominados “patrimônios marginais”.

Palavras-chave: patrimônios marginais, territórios culturais, asilos-colônia, memória, políticas de preservação.

ABSTRACT

Between 1930 and 1960, the leprosy treatment policy implemented in the state of São Paulo became a model for the other Brazilian cities. São Paulo was one of the pioneer states and the last to abolish this form of treatment by isolation. However, the sanitary control of infectious diseases, in this period, was not an isolated action, it was part of a series of proposals from the state and municipal governments, which used segregation as a solution to many social problems that could hinder the advance of urban growth and development, in light of the hegemonic presence of the coffee agri exporting economy and of the consolidation of the city as the seat of financial and commercial capital. The solution through the construction of asylums-colony was put into practice in the 1920s and they are the objects of study of this research. They were designed to function in a network, so that they could cover all areas of the state, divided into four circumscriptions of the São Paulo territory and five colony-asylums, implanted in different cities: Santo Ângelo, Padre Bento, Pirapitingui, Cocais and Aimorés. These asylums - built between the 1920s and 1930s - were listed by Condephaat between 2016 and 2018. The history of these colonies is connected to a succession of places, which demanded a set study approach, but also a reading of the very territories where they are inserted, because it is understood that these complexes have not remained oblivious to local political and planning processes. Thus, the main objective of the research was to study the colony-asylums as complex equipment of urban-territorial scale. Based on a preliminary survey of the five listed asylums, two of them were selected for case studies, the Santo Ângelo and the Aimorés, where we tried to understand the nature of these objects, the model and the transformations that occurred in the ways of treating disease, which culminated, in many cases, in their obsolescence. We sought to evaluate the conditions of use, appropriation, and the current meanings of these complexes, both for their role in the territorial development of the municipalities where they are located and, especially, for the local populations. The methodology was based on analytical-historical and empirical methods. The result allowed the expansion of the discussion about the colony-asylums as urban-territorial complexes and to indicate new criteria of apprehension of the cultural meanings related to them, as a contribution to the reflection about the preservation of the so-called "marginal heritages".

Keywords: marginal heritages, cultural territories, colony-asylums, memory, preservation policies.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Levantamento do número de novas notificações de casos de hanseníase..... | 29 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Plano de construções..... | 38 |
| Tabela 2. Dispensários, Asilos-Colônia e Preventórios instalados no Estado de São Paulo como parte da rede de profilaxia da Lepra. | 43 |
| Tabela 3. Levantamento das instituições ligadas à profilaxia da lepra em processo de tombamento no Estado de São Paulo. | 49 |
| Tabela 4. Características dos asilos-colônia paulistas. | 69 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Distribuição da rede de Profilaxia no Estado de São Paulo. | 42 |
| Figura 2. Foto aérea Complexo Padre Bento, 1956. | 52 |
| Figura 3. Inserção do perímetro de tombamento sobre imagem aérea do Asilo-Colônia Padre Bento. | 53 |
| Figura 4. Imagem aérea Complexo Hospitalar Padre Bento. | 54 |
| Figura 5. Igreja e Pergolado do antigo Asilo-Colônia Padre Bento. | 54 |
| Figura 6. Frontão do Campo de Futebol e edificação do Cine-Teatro do antigo Asilo-Colônia Padre Bento. | 55 |
| Figura 7. Portal do Asilo-Colônia Cocais, [s.d]. | 56 |
| Figura 8. Portal do Centro de Reabilitação de Casa Branca (antigo Asilo-Colônia Cocais) e Placa de direcionamento. | 56 |
| Figura 9. Imagem aérea do Centro de Reabilitação de Casa Branca (antigo Asilo-Colônia Cocais), 2022. | 57 |

| | |
|---|----|
| Figura 10. Mapa do perímetro de tombamento sobre imagem aérea do Asilo-Colônia Cocais. | 58 |
| Figura 11. Vista geral do antigo Asilo-Colônia Pirapitingui [s.d]. | 59 |
| Figura 12. Imagem aérea do Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes (antigo Asilo-Colônia Pirapitingui), 2022. | 59 |
| Figura 13. Mapa do perímetro de tombamento sobre imagem aérea do Asilo-Colônia Pirapitingui. | 60 |
| Figura 14. Cemitério do antigo Asilo-Colônia Pirapitingui, 2013 (antes da reforma)..... | 62 |
| Figura 15. Cemitério do antigo Asilo-Colônia Pirapitingui, 2015 (depois da reforma)..... | 62 |
| Figura 16. Cemitério do antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo..... | 63 |
| Figura 17. Cemitério do antigo Asilo-Colônia Aimorés. | 63 |
| Figura 18. Localização do cemitério dos antigos Asilo-Colônia Santo Ângelo e Aimorés, respectivamente..... | 64 |
| Figura 19. Trechos do mapa do Cemitério Nossa Senhora do Carmo, com identificação dos copos enterrados. | 65 |
| Figura 20. Parte do acervo disponível no Museu do Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru. | 67 |
| Figura 21. Espaço Memorial Padre Bento, Guarulhos. | 68 |
| Figura 22. Parte do acervo disponível no Centro de Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti, Mogi das Cruzes. | 68 |
| Figura 23. Anúncio da inauguração da estação Santo Ângelo..... | 72 |
| Figura 24. Estação Jundiapéba, 1990 e 2022, respectivamente..... | 72 |
| Figura 25. Anúncio de construção do Asilo-Colônia Santo Ângelo. | 73 |
| Figura 26. Implantação da Leprosaria Modelo. | 74 |
| Figura 27. Imagem aérea do Asilo-Colônia Santo Ângelo, 1926..... | 76 |

| | |
|--|----|
| Figura 28. Primeiro cine-teatro do Asilo-Colônia Santo Ângelo, 1934 e ~1940 (antes e depois da reforma). | 77 |
| Figura 29. Segundo cine-teatro do Asilo-Colônia Santo Ângelo, projetado por Rino Levi, [s.d.]..... | 77 |
| Figura 30. Sede do departamento de policultura, 1937..... | 78 |
| Figura 31. Fábrica de Sabão da Caixa Beneficente, 1937..... | 79 |
| Figura 32. Divulgação da visita de Adhemar de Barros – então inventor federal, 1938. | 79 |
| Figura 33. Centralidades urbanas no município de Mogi das Cruzes. | 82 |
| Figura 34. Zoneamento do município de Mogi das Cruzes..... | 84 |
| Figura 35. Macrozoneamento do município de Mogi das Cruzes..... | 86 |
| Figura 36. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais. | 89 |
| Figura 37. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais. | 90 |
| Figura 38. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais. | 91 |
| Figura 39. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais. | 92 |
| Figura 40. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais. | 93 |
| Figura 41. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais. | 94 |
| Figura 42. Abertura da Estação Aimorés. | 96 |
| Figura 43. Estação Aimorés, 1986 e 2002, respectivamente..... | 97 |
| Figura 44. Matéria de jornal sobre o Asilo-Colônia Aimorés. | 97 |
| Figura 45. Imagem aérea do Asilo-Colônia Aimorés, 1975. | 99 |

| | |
|---|-----|
| Figura 46. Os primeiros pacientes internados no Asilo-Colônia Aimorés, 1933. | 100 |
| Figura 47. Município de Bauru, 1931. | 101 |
| Figura 48. Perímetro urbano e áreas de preservação do município de Bauru. | 102 |
| Figura 49. Recorte da implantação total do ILSL (antigo Asilo-Colônia Aimorés) e imagens locais..... | 108 |
| Figura 50. Recorte da implantação total do ILSL (antigo Asilo-Colônia Aimorés) e imagens locais..... | 109 |
| Figura 51. Recorte da implantação total do ILSL (antigo Asilo-Colônia Aimorés) e imagens locais..... | 110 |
| Figura 52. Recorte da implantação total do ILSL (antigo Asilo-Colônia Aimorés) e imagens locais..... | 111 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – Área de Preservação

APRM – Área de Proteção e Recuperação de Mananciais

CERAPC – Centro Especializado em Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti

COMPHAP – Conselho de Preservação do Patrimônio Histórico, Cultural e Artístico do município de Mogi das Cruzes

Condephaat – Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico do Estado de São Paulo

CONPRESP – Conselho Municipal de Preservação do Patrimônio Histórico, Cultural e Ambiental da Cidade de São Paulo

E. F. – Estrada de Ferro

HCI – Hospital Colônia Itapuã

ILSL – Instituto Lauro de Souza Lima

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

IPHAE – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico do Rio Grande do Sul

Morhan – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase

SAGRA – Secretaria de Agricultura e Abastecimento

SEMMA – Secretaria do Meio Ambiente

SEPLAN – Secretaria de Planejamento

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| MÉTODOS E PROCEDIMENTOS | 20 |
| CAPÍTULO I – HANSENÍASE, URBANIZAÇÃO E PROBLEMAS SOCIOESPACIAIS | 23 |
| 1.1 O URBANISMO, O SANITARISMO E AS POLÍTICAS PROFILÁTICAS VINCULADAS À HANSENÍASE. | 30 |
| 1.2 OS DEBATES INTERNACIONAIS SOBRE A HANSENÍASE | 33 |
| CAPÍTULO II – A REDE DE PROFILAXIA DA HANSENÍASE | 40 |
| 2.1 A REDE DE PROFILAXIA DA HANSENÍASE NO TERRITÓRIO PAULISTA | 41 |
| 2.2 TOMBAMENTO, REPARAÇÃO HISTÓRICA E MEMÓRIA..... | 48 |
| CAPÍTULO III – OS OBJETOS DE ESTUDO: OS ASILOS-COLÔNIA NO TERRITÓRIO | 71 |
| 3.1 ASILO-COLÔNIA SANTO ÂNGELO E A CIDADE DE MOGI DAS CRUZES | 72 |
| 3.1.1 A TRANSFORMAÇÃO DA PAISAGEM DO MUNICÍPIO | 80 |
| 3.1.2 O CENTRO DE REABILITAÇÃO DR. ARNALDO PEZZUTTI CAVALCANTI | 87 |
| 3.2 O ASILO-COLÔNIA AIMORÉS E A CIDADE DE BAURU | 95 |
| 3.2.1 A TRANSFORMAÇÃO DA PAISAGEM DO MUNICÍPIO | 100 |
| 3.2.2 INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA | 106 |
| CAPÍTULO IV – A PRESERVAÇÃO DO PATRIMÔNIO ASILAR: RESILIÊNCIAS E RESSIGNIFICAÇÕES DOS TERRITÓRIOS CULTURAIS REMANESCENTES | 112 |
| 4.1 A VISIBILIDADE DOS REPRESENTANTES DAS MEMÓRIAS | 113 |
| 4.2 A CONFIGURAÇÃO DE UM TERRITÓRIO CULTURAL..... | 120 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 125 |
| REFERÊNCIAS | 130 |
| ANEXOS | 138 |
| 1. ASILOS-COLÔNIA DO BRASIL | 138 |
| 2. DISPENSÁRIOS DO BRASIL..... | 140 |
| 3. PREVENTÓRIOS DO BRASIL..... | 143 |



INTRODUÇÃO

Imagem "Asilo Colônia Pirapitingui"
Fonte: Fiocruz, BaseArch (s.d.).

A política de enfrentamento de doenças infectocontagiosas no Brasil, seguindo as tendências europeias, adotou a prática de isolamento de doentes na tentativa de desacelerar o contágio, melhorar as condições sanitárias das grandes cidades, embelezar os novos centros urbanos e consagrá-los como sede do capital.

A 1ª Conferência Internacional da Lepra, realizada em Berlim, em 1897, assim como as demais organizadas pelos estudiosos de saúde pública, orientaram as ações governamentais de combate às epidemias. O dualismo que se obtinha nos debates entre as vertentes humanitárias de tratamento – que apoiavam medidas menos incisivas, mantendo os doentes em suas casas, aumentando as condições de higiene e controlando a progressão da doença a partir do atendimento ambulatorial – e isolacionistas – que defendiam a segregação como medida de combate ao avanço do contágio – se estendeu até a 7ª Conferência Internacional de Lepra, realizada em Tóquio, após 61 anos de práticas de confinamento voluntárias e involuntárias impostas pelos países, a partir da construção de asilos-colônia, leprosários, sanatórios e hospitais-colônia.

Na Noruega, país referência no tratamento da hanseníase, as ações de combate à disseminação da doença concentravam-se nas diferenças de potencial infeccioso, seguindo os preceitos humanitários. Desta forma, para os menos infecciosos, a orientação se baseava em mudança de hábitos domiciliares, garantindo principalmente a separação de objetos dos membros infectados. Contudo, quando tais medidas não se provavam eficazes, o isolamento institucional se seguia.

No Brasil, a partir de uma reestruturação do Serviço Sanitário de São Paulo em 1925, o isolamento compulsório ocorria imediatamente após os primeiros sintomas, o que exigiu a construção de hospitais de isolamento para tratamento, resultando no confinamento de um número muito alto de doentes ainda capacitados fisicamente vivendo em asilos sem condições adequadas de higiene. Apesar da grande quantidade de asilos construídos - foram nove, em todo o estado - ainda eram insuficientes para atender à demanda de contagiados (CASTRO, 2005; COSTA, 2008).

Neste contexto, houve a necessidade de criação de um modelo asilar que comportasse a demanda e que pudesse garantir as necessidades básicas dos doentes como as de moradia, lazer, esporte e trabalho nas fases iniciais de contágio.

No Brasil, como forma de viabilizar, tanto economicamente quanto espacialmente, o isolamento das pessoas diagnosticadas com hanseníase, foi proposto um modelo de instituição que configurava uma cidade completa – uma cidadela - integrada à natureza, composta por modernas estruturas de lazer, higiene e conforto. Esse modelo foi associado, por pesquisadores como Costa (2008), Cunha (2005) e Maurano (1939), às experiências de novas comunidades construídas no século XIX, como New Lanark (Escócia) e New Harmony (EUA) por Robert Owen, por volta de 1820; ao padrão das cidades-jardins, de Ebenezer Howard, com a ideia de isolamento, autossuficiência e proximidade com a natureza; além de se inspirar nas experiências internacionais então existentes, tais como a Nacional Leprosarium Carville, nos EUA e o Sanatório Fontilles, na Espanha – ambos construídos com sistema modular, que se adequava à demanda à medida em que os casos aumentavam (BERNABEU MESTRE; BALLESTER ARTIGUES, 1991).

Além destes pontos, é possível considerar como premissa destes projetos, a possibilidade de fixação dos acometidos pela doença, pois considerase que, com o isolamento, em pouco tempo, a doença, os doentes e as colônias se extinguiriam naturalmente. O engenheiro Adelardo Caiuby - que se aproximava da vertente isolacionista - complementava que: “além do acto humanitário, que isso representa, haveria esse dique intransponível ao aumento de taes populações. O decrescimento delas seria fatal e rápido” (COSTA, 2008, p. 174) sendo assim, garantir que a população doente obtivesse tudo que lhe era necessário – moradia, lazer, trabalho, família, acompanhamento médico permanente, legislação – para que não pressionassem para sair do asilo-colônia e estivessem sob controle total do Estado, pareceu ser a melhor solução naquele momento.

O Estado de São Paulo contava com cerca de 8 mil doentes, segundo censo estabelecido para o plano de construções de instituições do Governo

Federal¹. Assim, o Serviço Sanitário de São Paulo organizou um plano para concentrar o tratamento em instituições com maior capacidade de acolhimento. Com esse intuito foram criados cinco asilos-colônia em diferentes quadrantes do território e próximos às estações ferroviárias: os asilos-colônia Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes (1918-28); Padre Bento, em Guarulhos (1931); Cocais, em Casa Branca (1932); Pirapitingui, em Piragibu (1933); Aimorés, em Bauru (1933).

Durante o governo de Getúlio Vargas, de 1930 a 1945, o ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema implementou ações de combate à hanseníase. A partir do censo leproológico, constatou-se que havia mais de 30 mil doentes no Brasil (RODRIGUES, 2016). Assim, foi elaborado um Plano Nacional de Combate à Lepra, inspirado no modelo paulista, que concluiu que seriam necessários cerca de 38 asilos-colônia para o isolamento dos portadores em fase inicial, dos mutilados pelo avanço da doença e para o atendimento de demandas futuras (CUNHA, 2005, p. 93).

A estratégia de isolamento da doença era composta por uma tríade formada pelas seguintes instituições: o asilo-colônia, para isolamento dos doentes; o dispensário, para apoio e controle dos envolvidos e doentes em fase não contagiosa, recém notificados ou em tratamento; e os preventórios, para a internação dos filhos sadios dos casais que se formavam nos asilos-colônia, até que atingissem a maioridade (COSTA, 2008).

O fim do isolamento compulsório no Brasil ocorreu em 1962, com o Decreto Federal nº 968, graças à queda no número de novos casos e aos avanços no tratamento com sulfonas trazidas na década de 1940 pelo Dr. Lauro de Souza Lima². São Paulo, assim como outros estados, no entanto, manteve a prática isolacionista por mais alguns anos, e após a encerrar oficialmente, em 1967, muitos ex-internos continuaram a residir nas dependências dos asilos-colônia, ou se mudaram para os bairros do entorno, pois a maioria havia perdido contato com a família, além de continuar a sofrer com o estigma que lhe era imposto.

1 Este censo pode ser consultado na página 43, do capítulo I desta dissertação.

2 Dr. Lauro de Souza Lima (1903-1973) foi referência no tratamento de lepra, diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo e consultor da ONU. Foi responsável por trazer para o estado o tratamento com sulfonas, que permitiu, posteriormente, a cura e a alta dos doentes contagiosos de Lepra no Brasil.

A partir de um entendimento da rede de profilaxia da Lepra, os 5 asilos-colônia do Estado foram tombados pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico do Estado de São Paulo (Condephaat), em um esforço de elencá-los como lugares de memória, reconhecendo a constituição dos estigmas socioculturais advindos da segregação imposta aos portadores de hanseníase, que se estendem até hoje. Alguns equipamentos não foram listados nos tombamentos, como os dispensários e os cemitérios, por seu adiantado processo de descaracterização. Neste caso, houve uma indicação para reconhecimento como Lugares de Interesse Cultural, apenas para preservar a memória dos internos ali enterrados (CAPORRINO; UNGARETTI, 2016, p. 159).

Esta pesquisa, a partir do levantamento preliminar dos cinco asilos tombados, selecionou dois deles para estudos de caso, o Santo Ângelo e o Aimorés, a partir dos quais foi possível lançar um olhar para três aspectos considerados fundamentais para a discussão desse legado: 1) estudar estes exemplares como “territórios-patrimônios” ou territórios culturais, conforme definição de Poulot (2006, p. 223), os quais, ao contrário das grandes paisagens culturais, podem ser caracterizados como formadores de “paisagens menores”. Neste caso, consideram-se seus limites territoriais interiores (intramuros) e imediações exteriores, em contato com outras formas de ocupação e apropriação dos lugares e a dinâmica urbana imposta em cada uma das áreas (pela legislação urbanística, planos e projetos propostos); 2) procurando apreendê-los a partir de seus significados (ICOMOS, 2006) para as pessoas envolvidas ou suas “comunidades de interpretação” (POULOT, 2006, p. 229); e, 3) a partir de novas leituras de seus percursos históricos e de suas condições atuais de preservação e gestão.

Sob outro aspecto, os dois exemplares escolhidos são também representativos da singularidade das ações do governo de São Paulo em relação ao contexto nacional. O asilo-colônia Santo Ângelo, localizado em Mogi das Cruzes, foi o primeiro implantado para atendimento dos doentes da capital do estado e seu projeto, foi considerado modelo para os demais. Já, o asilo-colônia Aimorés, localizado na cidade de Bauru, foi um dos últimos exemplares construídos no estado, com um projeto aperfeiçoado em vários aspectos, a ponto de se tornar o cartão de visitas da rede de asilos. Na análise e classificação

preliminar, os asilos escolhidos configuraram-se de forma distinta nos territórios das respectivas cidades, o que possibilitou aprofundar questões na pesquisa que, ao final, pretende contribuir para o entendimento dos demais exemplares.

Desta forma, além dos aspectos teóricos e metodológicos que foram tratados nesta introdução, descreve-se na sequência o conteúdo dos capítulos elaborados:

No **“Capítulo I – Hanseníase, Urbanização e Problemas Socioespaciais”**, aborda-se o surgimento dos leprosários para abrigar os contaminados da lepra, nos primeiros casos de tratamento por isolamento, ligados às instituições religiosas, tanto por conta do estigma em relação doença quanto pelas condições impostas pelas cidades.

No século XIX, a epidemia de lepra contou com maior mobilização para o combate. Com a expansão das cidades, empreenderam-se grandes reformas sanitárias e discutiram-se novos modelos de cidades e comunidades, que preconizavam a proximidade com a natureza e o isolamento dos problemas urbanos causados pelo crescimento das cidades. Esses modelos, como já descrito, inspiraram o conceito de asilo-colônia agrícola para tratamento dos doentes, a partir da década de 1920 e se manteve por 60 anos.

Este capítulo também discute as intervenções urbanas propostas para remodelação das áreas centrais das cidades, no período de construção dos asilos-colônia, visando a adequação delas para a mudança de padrão exigida pela fixação da moradia da elite social nos centros urbanos.

Os debates sobre a hanseníase também foram importante fonte para este capítulo, pois ocorriam a partir de conferências internacionais sobre o tema, que se constituíram em fóruns importantes para o trabalho que se desenvolvia nos diferentes países, pois nestes debates buscava-se compartilhar novas formas de profilaxia.

Em 1940, com a introdução das sulfonas no tratamento dos leprosos, no estado de São Paulo, o número de novos casos diminuiu. Porém, o estigma relacionado ao leproso se manteve e a discussão sobre as condições de permanência dos ex-internos, residindo nos asilos ou nos bairros do entorno, constituiu a principal discussão deste capítulo.

No **“Capítulo II – A rede de profilaxia da hanseníase como patrimônio”** procurou-se apresentar a formação da rede de profilaxia da hanseníase no território do Estado de São Paulo, introduzindo os cinco asilo-colônia e identificando as demais instituições que compunham a rede de profilaxia a partir de suas funções e localizações, abrangendo todo o estado.

Além disso, foram analisados os processos de tombamento destes complexos para entendimento desses locais como lugares de memória, com significância para além dos aspectos arquitetônicos e considerando o seu tombamento em conjunto.

No **“Capítulo III – Os objetos de estudo: os asilos-colônia no território”** foram aprofundadas as pesquisas sobre os estudos de caso selecionados, analisando-se os projetos e os princípios de desenho de cada um deles, suas funções na rede e a investigação de seu estado atual. Para tal, foram analisadas as transformações urbanas e as diretrizes de expansão das respectivas cidades onde estão inseridos, Mogi das Cruzes e Bauru, cuja dinâmica os inscreveu de forma complexa sobre o território.

Por fim, no **“Capítulo IV – A preservação do patrimônio asilar: resiliências e ressignificações dos territórios culturais remanescentes”**, foi realizada a análise dos asilos sob o ponto de vista de sua apropriação pelas instituições que os administram e pelos moradores. Utilizando-se da história oral disponibilizada nos diversos documentários e de relatórios disponibilizados pelo Morhan – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - resgatou-se depoimentos e discussões coletivas sobre esses territórios.

MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

A primeira etapa da pesquisa consistiu em um levantamento bibliográfico e técnico sobre os 5 exemplares remanescentes do Estado de São Paulo, com o intuito de compreender o contexto e os critérios que resultaram na decisão de tombá-los em conjunto. Seguindo este entendimento, foram selecionados 2 deles, o Aimorés (Bauru) e o Santo Ângelo (Mogi das Cruzes), a partir de critérios específicos já apontados na introdução. O recorte possibilitou o aprofundamento de questões comuns aos asilos, mas também foi essencial para elucidar diferenças entre eles, que serão pontuadas ao longo do texto.

Iniciou-se por uma revisão bibliográfica sobre a história das doenças infecciosas e contagiosas e as soluções de isolamento como forma de higienização e exclusão social, a partir de autores como Foucault (1972), Rosen (1994), Maurano (1939), Chalhoub (1996), Souza-Araújo (1946), Savassi (2010) e Carvalho (2004), que implicaram as características dos projetos estudados por Costa (2008), Curi (2002), Meneguello & Borges (2018), Cruz (2009a) e Vieira (2009); sobre o contexto internacional e os exemplos emblemáticos de hospitais-colônia implementados; sobre as políticas públicas em nível federal, estadual e municipal no Brasil, voltadas à saúde pública e sobre legislações e planos reguladores voltados para o controle urbano e higiênico, apoiados nos trabalhos de Campos (2002), Merhy (1992), Segawa (2000), Silva (2005), Leme et. al (1999), Costa (2003), Gorgulho (2016), Lima (1938), Rodrigues (2016) e Opromolla & Laurenti (2011), além de consultas nos acervos da Biblioteca e Centro de Documentação "Luiza Keffer", da Fundação Oswaldo Cruz e do Sistema de Biblioteca Virtual em Saúde.

A seguir, foi realizado um levantamento junto aos arquivos públicos dos órgãos de saúde federais e estaduais para levantamento de dados estatísticos sobre as condições atuais de operação destes asilos-colônia. Para esta etapa, contou-se com o extenso acervo localizado no Instituto Lauro de Souza Lima sobre a profilaxia da hanseníase, não só sobre os procedimentos adotados pela própria instituição, mas também nos demais casos do Estado; também foram consultadas as seguintes instituições: Organização Mundial da Saúde, Pan American Health Organization, Fundação Paulista Contra a Hanseníase e o acervo do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase.

Por fim, foi feita a pesquisa documental, dos processos de tombamento dos asilos-colônia e outros documentos históricos, como registros de internos, de óbitos, de construções e reformas previstas para expansão dos asilos. Também foram analisados dados técnicos relacionados aos dois casos de estudo, tais como mudanças na profilaxia, catalogação de acervos, relatórios dos planos diretores vigentes, cedidos pelas próprias instituições e acessado através do Museu de Saúde Pública e de Bibliotecas Municipais. Foram ainda consultadas fontes primárias como os acervos de jornais e congressos panamericanos do período de implementação dos asilos e as legislações atuais e históricas, a partir de visitas técnicas às cidades e aos dois asilos-colônia tombados, de reuniões com responsáveis técnicos locais, como diretores de pesquisa e funcionários dos setores de patrimônio, arquitetura e educação das instituições; representantes das secretarias de planejamento, habitação, cultura e do meio ambiente de Mogi das Cruzes e de Baurú e com representantes das associações beneficentes dos asilos-colônia.

Esta primeira etapa possibilitou um mapeamento e classificação cronológica dos asilos-colônia em relação aos demais criados no Brasil, a partir da bibliografia geral sobre as diferentes soluções construtivas e de programas deste tipo de empreendimento; da análise dos processos de escolha e dos arranjos locais que viabilizaram suas implementações; do aprofundamento das questões de preservação e gestão territorial.

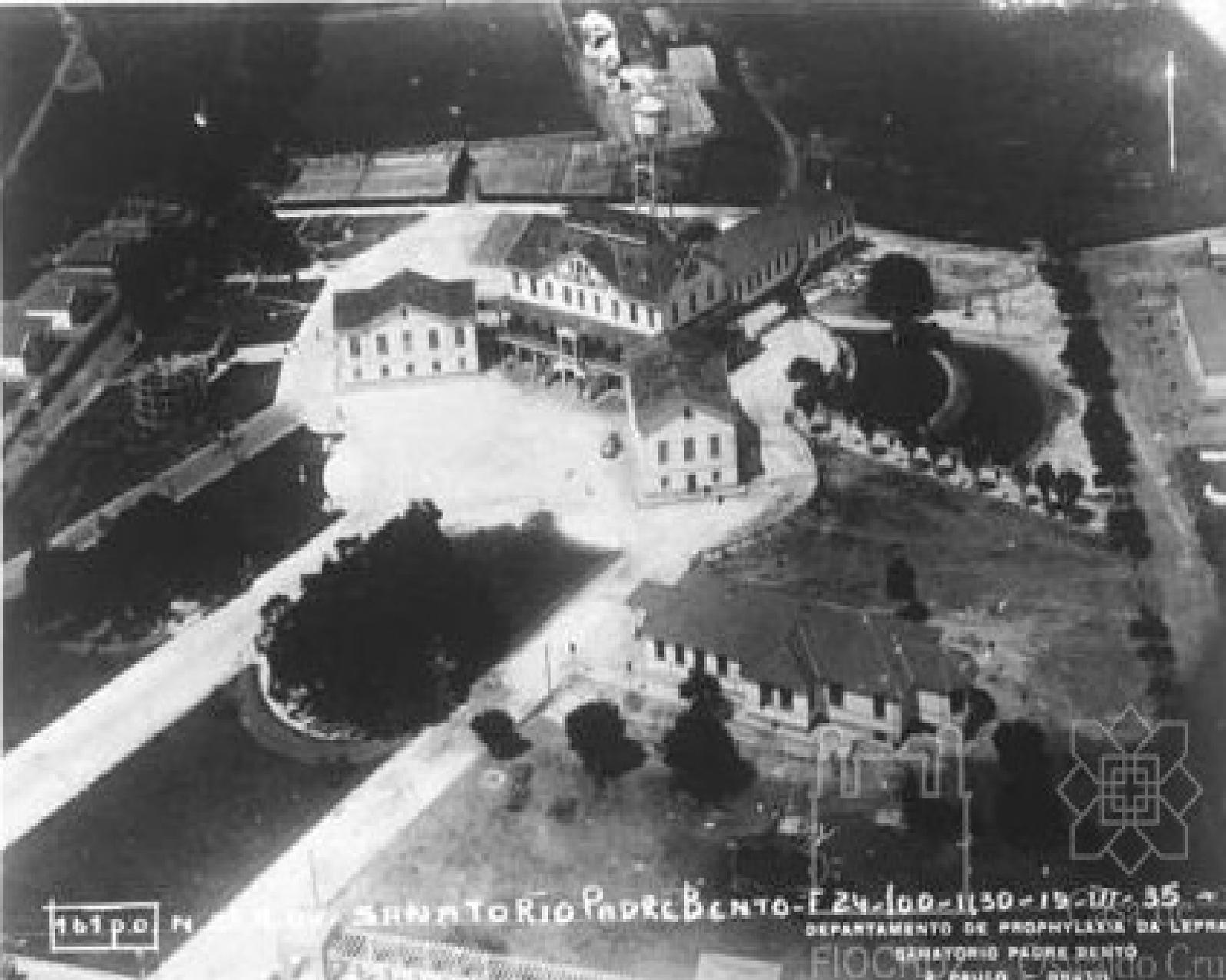
Na segunda etapa, realizou-se um levantamento de campo dos asilos, em busca de documentos gráficos sobre os projetos originais e sobre as modificações realizadas ao longo do tempo, evidenciadas a partir da coleta de dados da etapa anterior, com especial atenção para a relação do complexo com os contextos (rural, urbano ou periurbano) onde se localizam; levantamento fotográfico; levantamento junto aos órgãos públicos municipais (prefeituras, secretarias de cultura e planejamento) para compreensão da situação atual em relação aos planos, projetos e planejamento locais, políticas públicas de saúde e urbanas.

Realizou-se a leitura da bibliografia teórica sobre a preservação de complexos construídos para isolamento de hansenianos, tombados e reabilitados, no contexto internacional e brasileiro, priorizando aspectos como a

ressignificação das instituições para hansenianos do tipo colônia. Neste sentido, utilizou-se autores como Cunha (2005), Caporrino & Ungaretti (2016), Silva (2009), Meneguello & Borges (2018), Feliciano (2008), Penha (2014), em relação ao contexto paulista, Marchi; Knack; Poloni (2019), Borges (2016, 2018, 2021), Galinkin (2003), Ramos (2017), Santos et. al. (2015), Goffman (2009), Alecrim (2012), Alecrim & Amorim (2019), Nieto (2019) e Bernabeu Mestre & Ballester Artigues (1991); relacionados à experiências nacionais e internacionais, Candau (2019), Poulot (2006), Brandão; Mahfoud; Gianordoli-Nascimento (2011), Sarraff & Silva (2016), voltados à discussão do patrimônio, identidade, memória, resiliência e territórios culturais.

Por fim, foi realizado levantamento junto aos técnicos e gestores envolvidos (das áreas da saúde, do planejamento, de cultura), com representantes de grupos de resgates de memória (identificados em redes sociais, pela população ou a partir de contato com os próprios residentes atuais). Uma das fontes principais para a essa discussão da pesquisa foram os documentos e os contatos estabelecidos com o Morhan (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, onde sob a condição de voluntária, pode-se consultar as estratégias de reintegração e projetos legislativos em andamento, além de acessar o acervo da rede de pesquisadores voluntários.

Organizou-se, por fim, uma síntese do material, em dossiês individuais, apresentados no capítulo III deste trabalho, para cada um dos complexos objetos de estudo, de forma a reunir aspectos diversos e olhares distintos sobre cada um deles, ao analisar os problemas relativos à sua preservação e gestão: sob o viés da saúde, do planejamento, da preservação cultural, das características construtivas, da legislação urbana, ambiental e dos usos e significados atuais pós tombamentos.



CAPÍTULO I – HANSENÍASE, URBANIZAÇÃO E PROBLEMAS SOCIOESPACIAIS

Imagem “Sanatório Padre Bento: vista aérea”
Fonte: Fiocruz, BaseArch (s.d.).

A imagem da lepra, assim como de outras doenças contagiosas, está presente na humanidade desde o Egito Antigo e seu significado religioso estabelecido e presente em Levítico, no Velho Testamento, se estende durante toda a Idade Média até a atualidade.

Disse mais o Senhor a Moisés: Ordena aos filhos de Israel que lancem para fora do arraial todo leproso, todo que padece fluxo, e todo imundo por ter tocado em algum morto; tanto homem como mulher os lançareis; para fora do arraial os lançareis; para que não contaminem o arraial, no meio do qual eu habito. (BÍBLIA SAGRADA, A.T. NÚMEROS 05:01-03)

As investigações de Savassi (2010) e de Carvalho (2004) apontam que o primeiro asilo para os doentes (leproso³) na Europa foi construído em Saint Ouen, França em 460 d.C., embora já houvesse casas que serviam de abrigo para os acometidos em períodos anteriores.

No início da Idade Média, principalmente nos séculos VI e VII, a lepra se disseminou juntamente com o desenvolvimento de uma medida de saúde pública para pessoas acometidas por qualquer tipo de doença contagiosa: o isolamento.

Quando pessoas que sofrem de moléstias transmissíveis podem ameaçar, diretamente, a saúde dos que as circundam, a comunidade, agindo através de suas instituições, sente-se no direito, para proteger-se, de sujeitar o indivíduo a restrições, e até mesmo a sanções. (ROSEN, 1994, p. 60)

Dito isso, ocorre um aumento na construção de leprosários nos séculos XII e XIII, sem tratamento eficaz encontrado até então e, em sua maioria, custeados pela igreja e por atividade filantrópica.

A diminuição no número de casos na Europa ocorre no final do período das Cruzadas, quando a epidemia de lepra perde sua importância no século XVI. Houve algumas inconsistências a respeito das suposições dos estudiosos, segundo Rosen (1994, p. 59–60), já que havia muitos leproso mortos pela Peste Negra. Farrell afirma que a tuberculose que era “mais fácil de disseminar,

3 Não apenas doentes por hanseníase eram diagnosticados com lepra neste período, sendo assim o número de identificados resulta no reconhecimento errôneo de diversas doenças dermatológicas além da própria hanseníase. A partir do século XVI, ocorre um avanço na identificação destas doenças dermatológicas, diminuindo o enquadramento de doentes como leproso.

erradicou a lepra da Europa, após a Idade Média ao infectar muitas pessoas com um germe semelhante, tornando-as imunes à lepra” (2003, p. 78).

As doenças venéreas também ocuparam as estruturas dos antigos leprosários, segregados da sociedade. Sem incorporar o estigma ou a carga religiosa que sobre estes pesava, as doenças venéreas tiveram direito a um local de tratamento médico apropriado, já “que esse mal, diversamente da lepra, logo se tornou cousa médica, inteiramente do âmbito do médico” (FOUCAULT, 1972, p. 12).

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual. (FOUCAULT, 1972, p. 10)

Há controvérsias, mas a literatura americana aponta que foram os colonizadores que trouxeram a hanseníase para o continente, visto que não havia relatos, nem nos documentos religiosos dos catequizadores, nem dos navegadores, sobre sintomas semelhantes. Não é o que se viu, por exemplo, nos documentos europeus, como citou Ribeiro, em que “Portugal, em virtude da sua missão de descobrir novos mundos, novos continentes (...) teve que suportar uma nova invasão da endemia, depois de tê-la suprimido do seu mapa nosológico, invasão motivada pelo ir e vir de emigrantes e imigrantes” (1958⁴, apud CRUZ, 2009b, p. 413).

Alguns autores relatam casos da hanseníase nas regiões próximas à África islâmica. Segundo Maurano (1939), apesar de indicarem o mercado de escravizados como um dos responsáveis pela disseminação da hanseníase no Brasil, eles priorizavam muito a saúde na comercialização, o que torna duvidosa essa justificativa.

4 RIBEIRO, José Pais. **Le Portugal et la lépre: breves notions sur son évolution, son épidémiologie et sa profilaxie.** Coimbra: Oficinas da Atlântida. 1958.

Para aceitação de um negro à serviço do branco, naquele momento havia manuais com exigências quanto à pele que “devia ser lisa, não oleosa, de uma bela cor preta, isenta de manchas, de cicatrizes, e de odor demasiado forte.” Além disso, é descrito que “médicos militares examinavam, a bordo, os escravos para permitir-lhes o desembarque, como atestam alguns documentos dos princípios do século XIX em Santos” (MAURANO, 1939, p. 20).

Esse não é o único relato ou teoria eugenista sobre o negro ser causador ou não de doenças. Em um dos textos de Sidney Chalhoub, ao falar sobre a febre amarela, por volta de 1850, o autor cita o fenômeno de aclimatação para justificar a maior contaminação por brancos e não negros. Citando Dundas (1852, p. 324), Chalhoub discorre que “a comparativa isenção da raça Negra no que concerne às febras dos climas quentes é outro fato bem estabelecido; e sua explicação, entendo, será encontrada principalmente na estrutura peculiar da membrana dérmica do negro” afirmando que o suor ao qual a figura do negro foi sempre associada “preserva dos efeitos de bruscas mudanças atmosféricas”. Outro fator apontado era a disponibilidade para trabalhos pesados, que o europeu reconhecia no negro como um dos aspectos responsáveis por torná-lo “menos sujeito à exaustão na atmosfera quente e úmida de seu clima nativo.” (CHALHOUB, 1996, p. 92–3).

A relação atribuída entre raça, doença e miséria neste período, certamente decorreu das condições impostas aos escravizados, em jornadas de trabalho árduas, maus tratos e condições de vida insalubres, que resultaram na contaminação por diversas doenças, além da hanseníase que, quando diagnosticada, resultava na expulsão e afastamento deles da sociedade. A escravização possivelmente teve algum papel na propagação da hanseníase no Brasil, levando em conta que a doença possui um período de incubação. No entanto, estudos recentes revelaram que na comparação entre os casos na população brasileira, a maioria infectada era da raça branca e não negra (COSTA, 2008).

A estigmatização da figura do doente de hanseníase teve interrupções, como na Europa, em que os doentes acabaram dizimados pela tuberculose; e generalizações sofridas pela junção do preconceito racial e do desconhecimento da doença, mas corroboraram para as teorias e práticas eugenistas, que não

desaceleraram mesmo após o avanço das descobertas referentes à condicionante microbiana, ou de que a hanseníase era uma doença infectocontagiosa exclusivamente humana, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, descoberto pelo médico norueguês Gerhard Henrick Armauer Hansen (1841/1912), em 1872⁵.

A doença “comumente ataca os nervos periféricos e a pele promovendo manchas, perda de sensibilidade, podendo até resultar em incapacidade física e atrofias.” (COSTA, 2008, p. 13). É uma doença curável, mas depende da imunidade do indivíduo para se instalar e se manifestar. Em razão dessa condição imunológica, ela se apresenta em quatro formas diferentes: 1) Indeterminada ou Precoce - definida como a fase inicial da doença, na qual aparecem alterações de cor e de sensibilidade na pele; 2) Tuberculóide - forma não contagiosa e estável - cuja baciloscopia normalmente é negativa apesar das lesões delimitadas e alterações nervosas; 3) Virchowiana ou Lepromatosa - contagiosa - com lesões difusas e “acometimento sistêmico”; e 4) Dimorfa - forma instável - que pode oscilar entre a Tuberculóide e a Virchowiana (COSTA, 2008).

A transmissão ocorre por meio do contato com a pele e mucosas, ocorrida no convívio entre indivíduo imunodeficiente e o doente com grande quantidade de bacilos na forma contagiosa. Atualmente seu tratamento é ambulatorial, onde administra-se uma associação de medicamentos, denominada poliquimioterapia, com uma regularidade mensal. Com o tratamento adequado o doente, dependendo da resposta do seu organismo, deixa de ser infectante já nos primeiros meses de medicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

A cura e o controle da doença dependem muito da condição de vida do doente, o que interfere no aumento da sua imunidade e na ininterruptão da medicação. Porém, o estigma da hanseníase causa transtornos nas relações sociais dos doentes, o que favorece o encobrimento de sintomas e o abandono do tratamento, além da baixa da imunidade (MENEGUELLO; BORGES, 2018). Hoje, os pacientes, além de contarem com a assistência básica de saúde, possuem acesso a coletivos que atuam sobre questões ligadas aos direitos dos

5 Gerhard Henrick Armauer Hansen (1841-1912) foi um médico bacteriologista norueguês que em seus estudos sobre a lepra, concluiu, em 1873, que a doença era causada pelo bacilo *Mycobacterium Leprae*.

portadores de hanseníase, tais como a Fundação Paulista Contra a Hanseníase⁶ e o Morhan (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase)⁷ que, desde 1981, é reconhecida como uma entidade voltada à eliminação de novos casos através da conscientização e construção de políticas públicas voltadas a população atingida pela hanseníase, além de lutar por seu enquadramento como “doença normal, com tratamento e cura, eliminando assim o preconceito e estigma em torno da doença.” (VIEIRA, 2009).

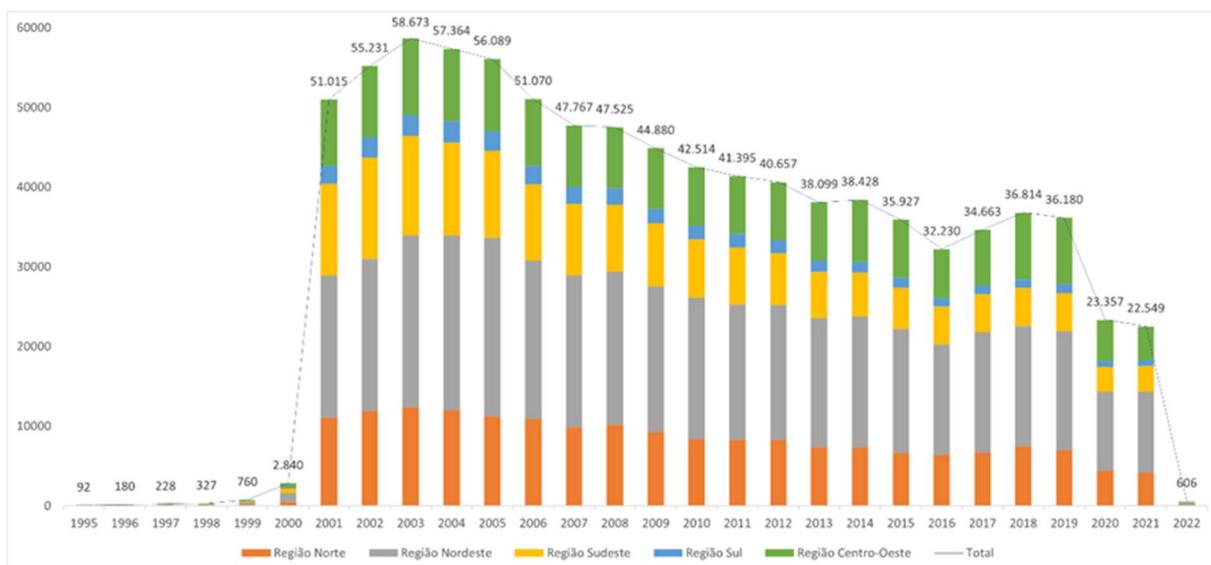
Contudo, a hanseníase é uma doença negligenciada pelas pesquisas e pelo setor público, embora possua caráter endêmico, identificada por especialistas, majoritariamente, em pessoas com nível de escolaridade e salários mais baixos e em condições de vida precárias.

Segundo a definição da OMS, agravos desse tipo são considerados endêmicos em populações de baixa renda e contribuem para a manutenção de situações de desigualdade no mundo. Além disso, o baixo investimento em pesquisas científicas por grandes empresas e farmacêuticas amplia as lacunas no diagnóstico e no tratamento. (ROCHA, 2022)

Os dados atuais divulgados pelo Ministério da Saúde no Brasil revelam que, entre 2016 e 2020, 155.359 novos casos de hanseníase foram diagnosticados, sendo 40,9% brasileiros com ensino fundamental incompleto, da região nordeste do Brasil, 11,1% analfabetos, além de 18,3% dos indivíduos que não identificaram seu nível de escolaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

6 Fundada em 1934 como Fundação Paulista contra a Lepra, a instituição funciona como uma organização não governamental que objetiva o incentivo à pesquisa e a assistência social ao doente de hanseníase, através de financiamento de projetos de pesquisa, atenção ao doente, publicações recorrentes, educação em saúde e auxilia financeiramente eventos científicos relacionados com a doença. (Acesso disponível em: <https://www.fundacaohansenise.org.br/>)

7 Acesso disponível em: <http://www.morhan.org.br/>

Gráfico 1. Levantamento do número de novas notificações de casos de hanseníase.⁸

Fonte: Elaboração Própria, 2022 sobre base Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Em uma estratégia global de combate à transmissão da hanseníase e à eliminação de casos regionais, entre 2021 e 2030, na chamada “Rumo à zero hanseníase”, a Organização Mundial da Saúde promoveu abordagens sobre políticas de saúde, incentivando os países a adotarem um método de detecção ativa e fornecimento de quimioprevenção aos casos confirmados, além de investigar uma potencial introdução de uma vacina eficaz a fim de impulsionar um avanço no tratamento em todos os países endêmicos e nas metas da OMS para Doenças Tropicais Negligenciadas e de Desenvolvimento Sustentável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

8 1. Períodos Disponíveis ou período - Correspondem aos anos de notificação dos casos.

2. Para tabular os dados de hanseníase pode ser acessado o Caderno de Análise, pelo link: <http://portalsinan.saude.gov.br/hanseníase>.

3. Os bancos de dados de 2001 a 2022 são bancos brutos, não receberam nenhum tratamento, nem foram consolidados, por tanto os dados aqui disponíveis podem apresentar diferenças em relação aos boletins epidemiológicos e outras publicações de hanseníase.

4. Para o Período a partir de 2020 o estado do Espírito Santo passou a utilizar sistema o e-SUS Vigilância em Saúde.

5. As bases de dados de 2001 a 2017, atualizados em 01/2021.

6. As bases de dados de 2018 a 2022, atualizados em 01/2022. estão sujeitos a revisão.

*Dados disponibilizados no TABNET 03/2022

1.1 O urbanismo, o sanitarismo e as políticas profiláticas vinculadas à hanseníase.

No Estado de São Paulo, a organização social durante o período de produção hegemônica do café, no século XIX, demandou uma série de ações da iniciativa privada e pública para atender à mudança de padrões de consumo e modo de vida de uma burguesia formada a partir do enriquecimento com a exportação do produto. Essa parcela da sociedade apostava na implementação de mão de obra estrangeira e incentivava a expansão da infraestrutura de apoio à produção e exportação, ou seja, conforme ressalta Costa (2003, p. 55) “o processo de urbanização do Estado de São Paulo, no período em estudo, deu-se do interior para o litoral e para a capital.” A rede de cidades vinculadas à produção agrária impulsionou a transformação da capital paulista, para que pudesse sediar os diferentes serviços de apoio à atividade produtora e fornecimento das demais matérias primas: a produção industrial de equipamentos voltados ao beneficiamento do café; o desenvolvimento do transporte ferroviário para o deslocamento da produção até o porto; o sistema bancário para diversificar e financiar os investimentos; o comércio e a especialização das atividades de exportação/importação; e a construção de políticas de estado voltadas especificamente ao setor. A partir do final do século XIX, portanto, estabelecia-se uma divisão do trabalho, da produção capitalista e das demais atividades de funcionamento do Estado, a partir da cultura do café e do processo de urbanização (COSTA, 2003).

Com o declínio da produção de café no estado, no final do século XIX, as cidades paulistas formadas por uma população egressa do trabalho no campo, inclusive estrangeira, passa a ser cenário de uma série de epidemias, dando início a discussões sobre salubridade por parte dos engenheiros sanitaristas e médicos, bem como à preocupação com a imagem das cidades, as quais passam a sediar as atividades econômicas cuja expansão e investimentos dependiam do controle das taxas de mortalidade e da adoção de preceitos higiênicos. Assim, os projetos urbanos, seguindo os preceitos eugênicos de higiene e salubridade, tinham como objetivo evitar a visão e circulação das classes mais pobres, resultando em formas de ocupação excludentes, que pressupunham o confinamento da classe operária em bairros periféricos, assim

como a limpeza de cortiços e a regulamentação dos padrões de construção. Ou seja, para garantir o embelezamento urbano, objeto dos planos e projetos, adotava-se uma política de erradicação das áreas de pobreza como forma de prevenção de epidemias.

Esses planos complementavam o movimento de abertura de novos loteamentos visando a formação de bairros voltados exclusivamente à classe alta pelos empreendedores imobiliários, em período imediatamente anterior, como o de Vila Buarque (1890), a Avenida Paulista (1891) e o bairro de Higienópolis (1898), além da própria implementação dos bairros jardins pela Cia. City. Segundo Andrade (1996, apud COSTA, 2003, p. 59) estes planos de melhoramentos urbanos propostos na virada do século:

(...) promoviam uma paulatina reforma modernizadora do tecido urbano, ainda que tópica e sem qualquer planejamento. Entre outros benefícios, estendendo-se a noção de conforto do interior das casas burguesas aos espaços abertos da cidade, propiciava-se às classes dominantes o exercício de formas renovadoras de sociabilidade. Além do “footing” e da observação de uma paisagem pinturesca, também as práticas higienistas e o culto à vida saudável introduziam novos hábitos cotidianos, mudando as vidas privadas e públicas de uma classe abastada, promovendo, ao mesmo tempo, uma segregação cada vez maior das classes sociais no espaço urbano.

Embora os planos tenham sido propostos para as áreas centrais das cidades, em especial, nas capitais, foram reflexo das exigências desses novos padrões que incidiam principalmente na ocupação dos lotes, assim como em disposições urbanísticas de embelezamento ao operar uma rígida separação por classes sociais e regulamentar zonas específicas para a construção de casas operárias e outras formas de ocupação não compatíveis com o desenvolvimento das áreas centrais. Na cidade de São Paulo, a classe proletária, até então, instalava-se do outro lado do Tamanduateí, na várzea do rio, onde formaram-se bairros proletários como Brás, Belém e a Mooca, enquanto a burguesia instalou-se nas regiões novas da cidade, tais como Campos Elíseos e Higienópolis (LEME; ET AL, 1999).

No Brasil, a busca por uma imagem nacional de progresso e de desenvolvimento econômico e social garantiu que o país fosse o primeiro sul-americano a adotar as ideias eugenistas, fato que se repercutiu em São Paulo,

que tentava se firmar como cidade sede do capital, na década de 1910, criando a Sociedade Eugênica de São Paulo e, posteriormente, um projeto de uma rede de instituições que garantissem a reclusão, buscando a eliminação de possíveis ameaças ao ideário de nação que a sociedade burguesa almejava (SEGAWA, 2000; SILVA, 2005).

Em resumo, o controle sanitário de doenças infectocontagiosas, neste período não era uma ação isolada: fazia parte de uma série de propostas dos governos estaduais e municipais para a solução dos problemas sociais por meio da segregação, que poderiam frear o avanço do crescimento e desenvolvimento urbanos, à luz da presença hegemônica da economia agroexportadora cafeeira e da consolidação da cidade como sede do capital comercial.

A implantação do Serviço Sanitário no Estado de São Paulo coincide com a primeira fase sanitária e se estende até metade da década de 1910. Com a atuação do médico Geraldo Paula Souza⁹ ocupando a diretoria da instituição e um relatório criterioso sobre a atuação do modelo de saúde e das campanhas sanitárias que ocorriam até então, principalmente em relação à hanseníase, ocorre a reformulação do modelo assistencial e a tentativa de “formação de uma rede ambulatorial geral e única de serviços – o Centro de Saúde – descentralizada e regionalizada administrativamente” (MERHY, 1992, p. 29).

A racionalização dos serviços de saúde proposta pelo médico garantiria o oferecimento de serviços especializados no combate às epidemias e endemias rurais (MERHY, 1992, p. 92). A promoção e o ensino da higiene como base para o combate dessas epidemias iniciariam um processo de inversão da situação e dos problemas de ordem social, que ocorriam através da transformação no modo de vida no final do século, com o desenvolvimento das indústrias, aumento da população nos centros urbanos e das dificuldades dos habitantes de baixa renda.

Com a reforma a partir da revisão do Código Sanitário de 1894, configurava-se “um conjunto das leis e normas de higiene e saúde pública a ser seguido por todo o Estado de São Paulo, constituindo-se também em documento de orientação administrativa que abrangia as funções e atribuições do corpo técnico do Serviço Sanitário.” (CAMPOS, 2002, p. 42–3). Geraldo Paula Souza,

9 Geraldo Horácio de Paula Souza assume o cargo de diretor do Serviço Sanitário em 1922, após concluir um curso de Higiene e Saúde Pública na Johns Hopkins University, nos Estados Unidos.

em 1925, estabelece como pilar estruturante da campanha para a educação sanitária e a “persuasão do indivíduo para os hábitos de higiene” (CAMPOS, 2002, p. 110) e o centro de saúde como “eixo orientador” para criação da consciência sanitária. Sob este aspecto, definem-se os objetivos de criação dos centros de saúde:

§ 1.º - Os fins dos centros de saúde serão a educação sanitária, a imunização contra as moléstias transmissíveis, o tratamento dos focos susceptível de ser feito em dispensários, a pesquisa destes e dos outros focos em geral, o periódico exame médico e dos hábitos. (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1925)

No entanto, sob um contexto político de oposição à oficialização do Código Sanitário de 1925 e retomada da direção do Serviço Sanitário, por parte do Instituto de Higiene, Paula Souza deixa o cargo da diretoria e viaja para a Europa para integrar a Seção de Higiene da Liga das Nações. Seus decretos se mantiveram em vigor até 1930. No entanto, a partir do Governo Vargas e da atuação de Waldomiro de Oliveira na diretoria do Serviço Sanitário, o modelo aplicado passou a adotar “alternativas tecno-assistenciais”.

O período de liderança do médico Geraldo Paula Souza no Serviço Sanitário e a implantação de uma nova assistência à saúde no governo Vargas consolidou a imagem do Estado de São Paulo como modelo para o tratamento da hanseníase – internacionalmente conhecida como lepra.

1.2 Os debates internacionais sobre a hanseníase

O início dos debates ligados à hanseníase, ocorreu diante das dificuldades mundiais de controle da doença, em 1897, na 1ª Conferência Internacional de Lepra, realizada em Berlim - Alemanha. O único brasileiro a participar desta edição foi o médico Adolpho Lutz, então diretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo. Nesta edição da conferência a pauta se concentrava no contágio iminente da Hanseníase (até então denominada Lepra). Foram divulgadas as descobertas a respeito do *Mycobacterium leprae* e o isolamento, neste momento, foi aconselhado como medida profilática, não imposto. Este discurso se modificou já na 2ª Conferência Internacional de Lepra,

realizada em Bergen – Noruega, em 1909, quando comprovado que o isolamento resultaria positivamente para o controle da Lepra (GORGULHO, 2016).

O Decreto nº 2918, de 1918, “foi o primeiro a abordar questões sobre as obras e ações necessárias para prevenção e tratamento de doenças transmissíveis, como a hanseníase.” (COSTA, 2008, p. 74). Competia ao Serviço Sanitário do Estado os assuntos referentes à higiene e aos municípios a responsabilidade de melhoramentos essenciais de construção e serviços de assistência. Já os Lazaretos existentes e estabelecimentos de assistência a doentes contagiosos, seriam de responsabilidade da Diretoria Geral do Serviço Sanitário.

Por influência dos protocolos adotados na Noruega, responsável por uma queda significativa no número de infectados, a ideia de separar os doentes da comunidade se consolidou, surgindo no início do século XX duas vertentes médicas: os humanitários, que apostavam em medidas menos incisivas no tratamento, mantendo os doentes em suas casas, aumentando as condições de higiene e acompanhando a progressão da doença em consultórios - política foi seguida até o final da década de 1920; e os Isolacionistas, que defendiam ações mais radicais, como o confinamento, a fim de conter o avanço da epidemia.

A 3ª Conferência Internacional de Lepra ocorreu em Estrasburgo – França, em 1923. Neste momento, o representante brasileiro foi Eduardo Rabello, então diretor da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e, segundo Maciel (2007, p. 208), neste evento, o discurso oficial relacionado ao preceito isolacionista de flexibilizou.

Em outubro deste mesmo ano, houve o I Congresso Brasileiro de Higiene, no Rio de Janeiro, além da aprovação do Regulamento Sanitário Federal da Divisão Nacional de Saúde Pública, a partir do Decreto nº 16.300 em dezembro deste ano e a organização geral da Inspeção de Profilaxia da Lepra (FIOCRUZ, [s.d.]).

Em 1925, após o Serviço Sanitário se reestruturar, a política de isolamento compulsório entra em vigor em São Paulo, seguido por outros estados brasileiros. A informação propagada, consistia na crença de que a doença seria erradicada em poucos anos. Sendo assim, a rede leprosarial paulista foi

instaurada e cinco asilos-colônia foram construídos nas cidades próximas a estradas de ferro.

A Lei nº 2169, de 1926, destinada exclusivamente à profilaxia da hanseníase, define condições para implantação dos asilos-colônia. Seguindo o modelo de Santo Ângelo, que considerava a possibilidade de cura da doença, foi permitido o acompanhamento de cônjuges e descrito em parágrafos a possibilidade de liberação dos possíveis curados e convivência entre visitantes sãos. A fundação da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra também ocorre em São Paulo por iniciativa de Alice Tibiriçá¹⁰. As Leis e Decretos se dirigiam às modificações e exigências quanto às instalações, como a Lei nº 2259, de 1927, que definiu distanciamentos e dimensões construtivas nas edificações hospitalares (FIOCRUZ, [s.d.]).

Em outubro de 1929, foi realizada a Semana da Lepra, promovida pela Liga da Defesa Nacional em colaboração com a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Decretada a Lei nº 2416, de 1929, alterando o Decreto 3876, de 1925, o combate à hanseníase se ampliava exigindo total isolamento dos doentes.

Definem-se os estabelecimentos asilares como colônias agrícolas com capacidade máxima para mil internos e com divisão de setores de serviços para sãos e doentes. Neles são construídas residências fixas para funcionários e médicos.(COSTA, 2008, p. 80)

As exigências feitas pelas leis sanitárias, em 1930, compunham-se de um memorial descritivo das reformas, construções e demolições, além dos materiais empregados nas edificações, os quais deviam seguir as especificações sanitárias.

10 Alice de Toledo Ribas Tibiriçá (1886/1950) foi uma ativista social e feminista, natural de Ouro Preto (Minas Gerais), pioneira na criação de instituições para o tratamento da hanseníase em todo o Brasil. Escreveu o livro "Como eu vejo o problema da lepra", publicado em 1934 onde critica as medidas adotadas na época, principalmente referente a separação de pais e filhos. Fundou a Federação das Associações de Combate à Tuberculose, em 1944 e militou fortemente pelos direitos dos doentes mentais. Como feminista promoveu pela primeira vez no Brasil, em 1947 as comemorações referentes ao Dia Internacional da Mulher, além de autora da sugestão ao então presidente Getúlio Vargas, de promover comemorações nacionais ao Dia das Mães. Foi ainda a primeira representante da Federação de Mulheres do Brasil, em 1949, ano em que foi presa pelo seu engajamento em diversas manifestações políticas, falecendo em 1950 (SAYEG, 1986).

Em maio de 1931, com o Decreto nº 5027, ficou estipulado que o tratamento dos doentes deveria ocorrer exclusivamente nos asilos-colônia, proibindo os demais estabelecimentos de praticarem qualquer tipo de mediação relacionada à moléstia. Neste ano também ocorreu a fundação da Sociedade Internacional Leprológica – apenas formalmente – pois suas atividades ocorriam desde 1926 – na Conferência Leprológica nas Filipinas – Manila, ocorrida em 1931 (FIOCRUZ, [s.d.]).

A 1ª Conferência Nacional de Leprologia, ocorrida no Rio de Janeiro em 1933 resultou na nomeação de uma Comissão Técnica para uniformizar os métodos profiláticos nas campanhas que estavam ocorrendo por todo o país.

Em seguida, o Decreto nº 5965, de 1933, vinculou os asilos-colônia Aimorés, Cocais, Padre Bento, Pirapitingui e Santo Ângelo à Inspetoria de Profilaxia da lepra, órgão responsável pelas ações de controle e reclusão dos então 6.050 doentes do estado (COSTA, 2008).

A política de controle sobre a doença implementada ao longo dos anos 1930, destinava-se à construção de leprosários em todo o país por meio do Plano Nacional de Combate à Lepra, de 1935, inspirado no modelo paulista, criado um ano antes. Com as reformas políticas na área da saúde este modelo sedimentou-se nacionalmente. (PORTO, 2017, p. 72)

Os Decretos de nº 7070 e 7215 de 1935 modificaram a denominação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra para Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), que passou a ser diretamente ligado à Secretaria de Saúde e criaram o cargo de Engenheiro-Chefe, respectivamente. Em março de 1936, o então presidente Getúlio Vargas executou o Plano Nacional de Combate à Lepra e a construção dos leprosários nos demais estados brasileiros se intensifica.

A 4ª Conferência Internacional de Lepra, no Cairo – Egito, em 1938, gira em torno do dualismo da segregação voluntária versus compulsória. Por fim, sugere-se, sempre que possível, realizar o isolamento de uma maneira mais humana, científica e racional (MACIEL, 2007). Tal mudança se refere à viabilidade de isolamento em certos países, onde o número de doentes isolados representaria uma despesa desmedida ao Estado, visto que neste momento, a preocupação estava no fornecimento de melhores condições de estadia dos doentes internados (LIMA, 1938, p. 205).

A década de 1930 se encerrou com a 1ª Conferência Nacional de Assistência aos Leprosos, em novembro de 1939, no Rio de Janeiro e a década de 1940 se iniciou com a X Conferência Sanitária Panamericana, em Washington – Estados Unidos.

Neste momento, também é realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde que “tinha como um dos seus temas centrais a luta contra a hanseníase. Em 2 de abril de 1930, o Decreto-lei nº 3171 reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde” (OPROMOLLA; LAURETTI, 2011). Foi organizada pelo, então, Ministro da Saúde e Educação Gustavo Capanema, no Rio de Janeiro, tendo como objetivo a defesa sanitária da população, quando também se promoveram estudos baseados em um primeiro questionário sobre a situação sanitária e assistencial dos estados, voltado à organização geral da administração da saúde, às pesquisas científicas, à medicina preventiva, além de concentrar-se em algumas doenças em específico - tais como Tuberculose, Malária e Lepra - no abastecimento de água, no sistema de esgoto e na quantidade de lixo produzido (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1941).

Tendo como modelo o estado de São Paulo, instaurou-se o Plano Nacional de Combate a Lepra – projeto do então Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, organizado pelo Dr. Heráclides de Souza-Araújo¹¹ – que exigia a construção de asilos-colônia em todos os estados brasileiros, além de instituições de apoio à rede que formariam a tríade: dispensários, preventórios e asilos-colônia para tratamento dos acometidos pela doença e seus familiares. A partir da realização de um censo e dos investimentos necessários, Capanema iniciou o processo de construção a partir do projeto Modelo – Asilo-Colônia Santo Ângelo.

Em 1943, inicia-se, no estado de São Paulo, o tratamento com as sulfonas, trazidas pelo Dr. Lauro de Souza Lima e investigadas no Asilo-Colônia Padre Bento com auxílio do Dr. Gil de Costa Cerqueira. Neste momento, o medicamento utilizado era o Promin e em 1945 adiciona-se o Disona, porém,

11 Heráclides César de Souza Araújo (1886-1962), foi um médico brasileiro, especialista em hanseníase clínica e experimental, da Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro. Trabalho por muitos anos no Instituto Oswaldo Cruz e foi perito da Organização Mundial da Saúde sobre problemas em relação à hanseníase de 1957 a 1962. Além da hanseníase, contribuiu para a pesquisa da malária, febre amarela, peste e as doenças venéreas. Exerceu várias funções públicas no Paraná e Pará e foi presidente da International Leprosy Association, de 1932 a 1953 e membro de diversas entidades médicas nacionais e internacionais. Dentre suas principais publicações, ressalta-se os volumes de “A história da Lepra no Brasil”. (FIOCRUZ, [s.d.]

ambos eram produzidos no exterior, por um custo alto, por isso, poucos foram os pacientes que puderam ser tratados pelos compostos.

Tabela 1. Plano de construções

| ESTADOS | CENSO | NÚMERO DE LEITOS NECESSÁRIOS | NÚMERO DE LEPROSÁRIOS | NOVAS INSTALAÇÕES | | | MANUTENÇÃO (XX) |
|--------------------|--------|------------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| | | | | 1.º ANO | 2.º ANO | 3.º ANO | A PARTIR DO 4.º ANO |
| ACRE (X) | 400 | 300 | 3 | 138:300\$000 | 219:300\$000 | 302:300\$000 | 300:000\$000 |
| AMAZONAS | 1250 | 660 | 1 | 193:000\$000 | 193:000\$000 | 193:000\$000 | 330:000\$000 |
| PARÁ | 4000 | 2600 | 4 | 850:000\$000 | 850:000\$000 | 850:000\$000 | 1.300:000\$000 |
| MARANHÃO | 1130 | 680 | 2 | 253:000\$000 | 253:000\$000 | 253:000\$000 | 340:000\$000 |
| PIAUÍ | 200 | 130 | 1 | 180:000\$000 | 65:000\$000 | 65:000\$000 | 65:000\$000 |
| CEARÁ | 800 | 558 | 2 | 280:000\$000 | 280:000\$000 | 280:000\$000 | 280:000\$000 |
| R. G. NORTE | 150 | 98 | 1 | 75:000\$000 | 50:000\$000 | 50:000\$000 | 50:000\$000 |
| PARAÍBA | 200 | 130 | 1 | 117:000\$000 | 117:000\$000 | 117:000\$000 | 65:000\$000 |
| PERNAMBUCO | 1000 | 900 | 2 | 527:000\$000 | 527:000\$000 | 527:000\$000 | 450:000\$000 |
| ALAGOAS (XX) | 100 | 65 | 1 | 180:000\$000 | 33:000\$000 | 33:000\$000 | 33:000\$000 |
| SERGIPE (XX) | ? | 20 | 1 | 40:000\$000 | 10:000\$000 | 10:000\$000 | 10:000\$000 |
| BAHLA | 300 | 195 | 1 | 94:000\$000 | 94:000\$000 | 94:000\$000 | 98:000\$000 |
| ESPÍRITO SANTO | 451 | 322 | 1 | 153:000\$000 | 153:000\$000 | 153:000\$000 | 161:000\$000 |
| ESTADO DO RIO | 295 | 249 | 1 | 193:000\$000 | 193:000\$000 | 193:000\$000 | 120:000\$000 |
| DISTRITOFEDERAL(X) | 1569 | 1000 | 2 | 1.360:000\$000 | 700:000\$000 | 700:000\$000 | 700:000\$000 |
| MINAS GERAIS | 8693 | 6980 | 5 | 5.200:000\$000 | 5.200:000\$000 | 5.200:000\$000 | 3.490:000\$000 |
| SÃO PAULO | 8000 | 6000 | 5 | 750:000\$000 | 750:000\$000 | 750:000\$000 | 3.000:000\$000 |
| PARANÁ | 1009 | 750 | 1 | 150:000\$000 | 150:000\$000 | 150:000\$000 | 375:000\$000 |
| SANTA CATARINA | 500 | 350 | 1 | 350:000\$000 | 350:000\$000 | 350:000\$000 | 175:000\$000 |
| R. G. SUL | 600 | 408 | 1 | 400:000\$000 | 400:000\$000 | 400:000\$000 | 200:000\$000 |
| MATO GROSSO | ? | 100 | 1 | 100:000\$000 | 100:000\$000 | 100:000\$000 | 50:000\$000 |
| TOTAL | 30.647 | 22.486 | 38 | 11.583:300\$000 | 10.687:300\$000 | 10.770:300\$000 | 11.592:000\$0 |

(x) Incluída desde o início a despesa de manutenção.

(xx) Despesas totais de instalação no 1.º Ano. Do segundo em diante metade das despesas de manutenção.

(xxx) Os cálculos de manutenção foram feitos tomando a si o Governo Federal metade das despesas e partindo, de uma maneira geral da base de 1 conto 'per capita', custo médio verificado nos leprosários que já estão funcionando. Essa despesa entretanto, terá de variar de um Estado a outro só podendo ser definitivamente fixada após o 1.º ano de funcionamento dos novos leprosários."

Fonte: BARRETO, 1939¹², apud RODRUGUES, 2016.

Em 1946, ocorre a 2ª Conferência Pan-Americana de Lepra no Rio de Janeiro, que contou com uma apresentação dos dois principais médicos atuantes no Asilo-colônia Padre Bento, sobre os resultados oficiais sobre a eficácia das sulfonas. Neste ano se inicia a produção de um composto no Instituto Butantan (IB), o Diaminoxil, que possuía um custo extremamente reduzido.

Assim, em 1948, foi entregue ao DPL o 1º lote, distribuído aos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pará, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Paraná, Maranhão e Rio Grande do Sul. No ano seguinte, este composto nacional já era utilizado em 18% dos casos de lepra, porcentagem que aumentou para 66% no ano de 1952 e, em 1955, o IB já produzia para o Brasil todo (GORGULHO, 2016).

Em 1948 ocorre a 5ª Conferência Internacional de Lepra em Havana – Cuba. Esta edição contou com maior número de participantes da delegação brasileira, sendo 27 membros sob a liderança de Ernani Agrícola, diretor do

Serviço Nacional de Lepra. Concluiu-se no evento que a necessidade de isolamento se dava apenas nos casos infectantes, sendo estimulado o tratamento ambulatorial em dispensários para os casos não infectantes.

Em dezembro de 1949, ocorre a Conferência Nacional da Lepra, realizada no Rio de Janeiro, seguida por uma reunião dos técnicos leprologistas, com a finalidade de alinhar as técnicas e normas de profilaxia que surgiram (FIOCRUZ, [s.d.]).

A década de 1950 se inicia com a 2ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no Rio de Janeiro. Houve uma porcentagem de altas registradas nos anos que se seguiram, tanto no Asilo-Colônia Aimorés quanto no Padre Bento, resultado desta nova medida profilática com sulfonas dissubstituídas, que apresentava respostas promissoras aos doentes. Estas altas foram possíveis devido à edição da Lei Federal 1.045, que dispunha sobre esta concessão, juntamente com a 11ª Portaria do Serviço Nacional de Lepra que regulamentava essa lei que, até então, orientava, como política pública de saúde, o isolamento (COSTA, 2008).

A 6ª Conferência Internacional de Lepra ocorreu em 1953 em Madri – Espanha, porém, apenas na 7ª Conferência Internacional de Lepra, ocorrida em 1958, em Tóquio – Japão, o modelo isolacionista foi considerado “obsoleto e anacrônico” pela comunidade científica (GORGULHO, 2016).

No país, apenas em 1962, o Decreto Federal nº 968 determinou o fim do isolamento compulsório. Assim como em outros estados brasileiros, o Estado de São Paulo, deu continuidade no isolamento compulsório. Seguindo seus próprios ideias e apoiado no argumento de que um decreto federal não revogaria a Lei nº 610, de 1949, que determinava as normas de profilaxia, então em vigor, São Paulo manteve sua prática sistematicamente até 1967:

(...) o isolamento aparecia como medida a ser executada a todos os doentes contagiantes e àqueles que constituíssem ameaça à população sadia, pelas suas condições e hábitos de vida, e pela sua insubmissão às medidas sanitárias. (MONTEIRO, 1995¹³ apud OPROMOLLA; LAURENTI, 2011, p. 200)

13 MONTEIRO, Y.N. **Da maldição divina à exclusão social**: um estudo da Hanseníase em São Paulo. 1995. 492 f. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.



CAPÍTULO II – A REDE DE PROFILAXIA DA HANSENÍASE

Imagem “Asilo Colônia Santo Angelo: vista aérea de campo de futebol”

Fonte: Fiocruz, BaseArch (s.d.).

2.1 A rede de profilaxia da hanseníase no território paulista

A formação de uma rede para profilaxia da lepra no Estado de São Paulo (**Figura 1**) teve como base a malha ferroviária e como estímulo as reivindicações da Comissão de Municipalidades, de forma que pudesse agilizar o deslocamento de pessoas até as unidades mais próximas, distribuídas no território paulista e controladas a partir da sede do Departamento de Profilaxia da Lepra. O Departamento foi instalado na capital e se responsabilizava pela direção, inspeção, diagnóstico e registro dos novos casos de hanseníase e seus portadores, com auxílio de 12 sedes de inspetorias regionais distribuídas no interior do estado, que contavam com o suporte de pesquisa estabelecido pela Biblioteca do Departamento de Lepra e com o Instituto Conde de Lara – então representante da Fundação Paulista Contra a Lepra (CUNHA, 2005).

No interior do estado foram instalados cinco asilos-colônia – a fim de abrigar os doentes em fase de contágio – O Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes, o Padre Bento, em Guarulhos, o Pirapitingui, em Itu, o Cocais, em Casa Branca e Aimorés, em Bauru; para completar a rede, constituíram-se ainda três preventórios – para abrigar os filhos menores de idade dos internos dos asilos-colônia – Jacarehy, na cidade de mesmo nome, Santa Therezinha, em Carapicuíba e Carolina Mota e Silva, na capital, e mais 46 dispensários para o tratamento ambulatorial, controle dos comunicantes (pessoas que estiveram em contato com a doença mas sem sintomas) e que, posteriormente, passaram também a atuar nos casos não infectantes, a partir do uso das sulfonas no tratamento – instalados em todo o território paulista (CUNHA, 2005).

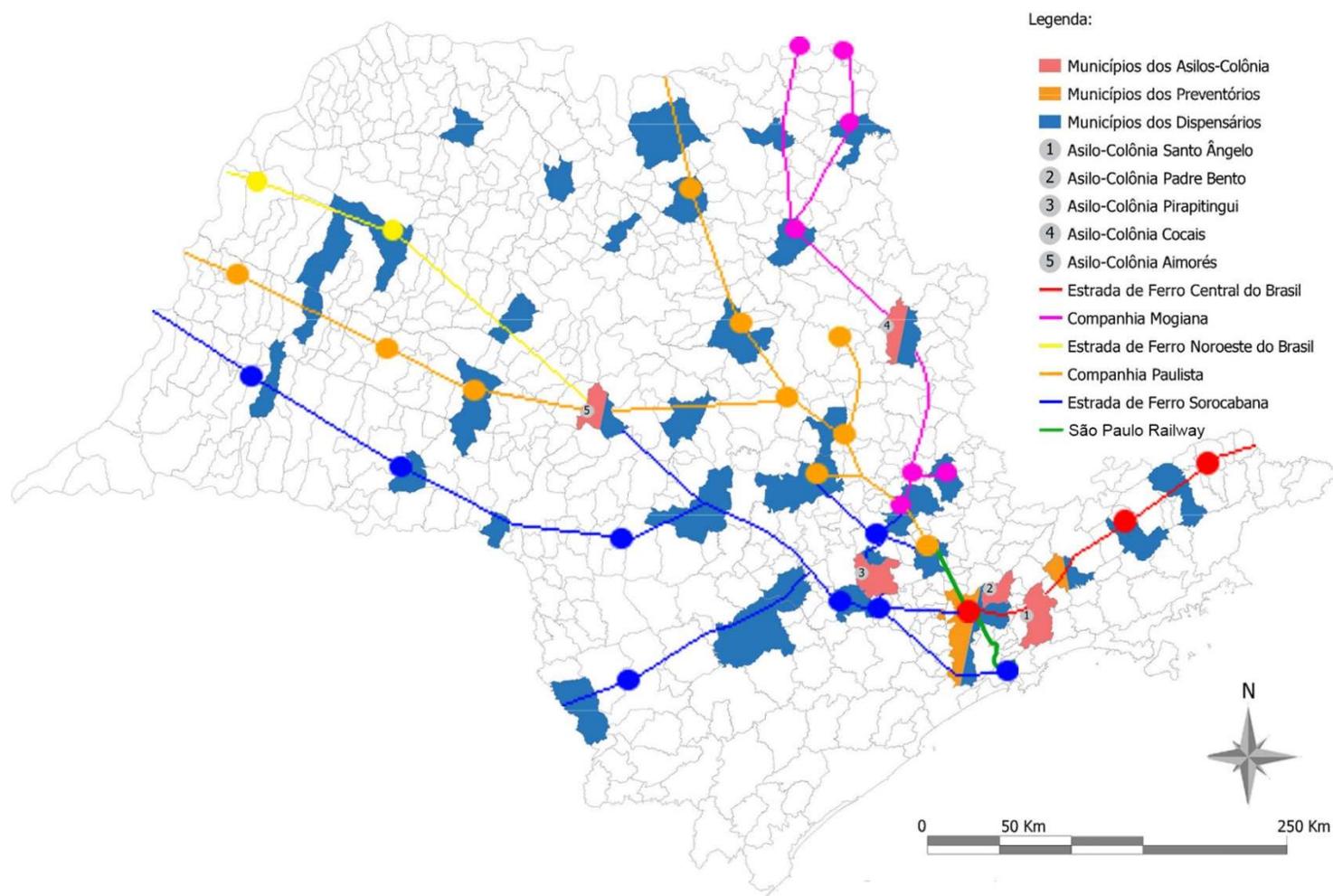


Figura 1. Distribuição da rede de Profilaxia no Estado de São Paulo.
Fonte: Elaboração da autora, 2022, sobre dados de Curi (2002).

Tabela 2. Dispensários, Asilos-Colônia e Preventórios instalados no Estado de São Paulo como parte da rede de profilaxia da Lepra.

| Nome | Cidade | Nome | Cidade | Nome | Cidade |
|----------------------------|-----------------|------------------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Disp. da Sede | São Paulo | Disp. de Araraquara | Araraquara | Disp. de Ribeirão Preto | Ribeirão Preto |
| Disp. Emilio Ribas | São Paulo | Disp. de Barretos | Barretos | Disp. de Casa Branca | Casa Branca |
| Disp. do Bom Retiro | São Paulo | Disp. de Bebedouro | Bebedouro | Disp. de Franca | Franca |
| Disp. da Lapa | São Paulo | Disp. de Bauru | Bauru | Disp. de São Joaquim da Barra | São Joaquim da Barra |
| Disp. de Osasco | São Paulo | Disp. de Adamantina | Adamantina | Disp. de São José do Rio Preto | São José do Rio Preto |
| Disp. da Penha | São Paulo | Disp. de Jaú | Jaú | Disp. de Catanduva | Catanduva |
| Disp. de Pinheiros | São Paulo | Disp. de Marília | Marília | Disp. de Votuporanga | Votuporanga |
| Disp. de Santo Amaro | São Paulo | Disp. de Botucatu | Botucatu | Disp. de Sorocaba | Sorocaba |
| Disp. de Santo André | São Paulo | Disp. de Ourinhos | Ourinhos | Disp. de Itapetinga | Itapetinga |
| Disp. de Santana | São Paulo | Disp. de Campinas | Campinas | Disp. de Itararé | Itararé |
| Disp. de Vila Maria | São Paulo | Disp. de Amparo | Amparo | Disp. de Salto | Salto |
| Disp. de Vila Mariana | São Paulo | Disp. de Jundiaí | Jundiaí | Disp. de Tatuí | Tatuí |
| Disp. de Araçatuba | Araçatuba | Disp. de Piracicaba | Piracicaba | Disp. de Taubaté | Taubaté |
| Disp. de Lins | Lins | Disp. de Rio Claro | Rio Claro | Disp. de Jacareí | Jacareí |
| Disp. de Valparaíso | Valparaíso | Disp. de Presidente Prudente | Presidente Prudente | Disp. de Guaratinguetá | Guaratinguetá |
| Disp. de Assis | Assis | Asilo-Colônia Cocais | Casa Branca | Asilo Colônia Pirapitingui | Itu |
| Asilo-Colônia Santo Ângelo | Mogi das Cruzes | Asilo-Colônia Aimorés | Bauru | Asilo Colônia Padre Bento | Guarulhos |
| Prev. Santa Terezinha | Carapicuíba | Prev. Jacareí | Jacareí | Prev. Carolina Mota e Silva | São Paulo |

Fonte: Elaboração Própria, 2022 sobre dados CURI, 2002¹⁴.

14 Para consultar o levantamento completo de instituições ligadas à profilaxia da hanseníase no Brasil, ver anexos: **1. Asilos-Colônia do Brasil; 2. Dispensários do Brasil; 3. Preventórios do Brasil.**

O Santo Ângelo, projeto do arquiteto Adelardo Caiuby, de 1928, criado a partir da iniciativa da Associação Protetora dos Morféticos, fundada em 1917 pelo então Arcebispo de São Paulo, D. Duarte Leopoldo e Silva e Dr. José Carlos de Macedo (Administrador do Hospital do Guapira) e Santa Casa da Misericórdia, foi financiado pelo governo paulista e administrado pela Santa Casa. O acesso principal era realizado pelas estradas de Ferro Central do Brasil e Mogiana através da estação Santo Ângelo, inaugurada em 1914. O asilo dava assistência a população da Grande São Paulo (capital, cidades vizinhas e litoral paulista). Os primeiros internos vieram transferidos do Hospital Guapira, e o engenheiro Francisco de Paula Ramos de Azevedo (responsável pelo projeto pavilhonar do Hospital Guapira) desenhou algumas das edificações.

Também atendendo à população da Grande São Paulo, o Sanatório-Padre Bento foi inaugurado em 1931, a partir da aquisição do governo estadual de um antigo hospital psiquiátrico, situado a 20 km do centro de São Paulo, em terras do governo do Estado, no bairro Gopouva, em Guarulhos. Poderia ser acessado pelo Ramal Guarulhos da E. F. Cantareira e que interligou a E.F. Sorocabana. Saía da estação do Areal e atingia o Asilo dos Inválidos, no Guapira, a Estação Gopouva foi inaugurada em 1922. Houve campanhas de arrecadação de fundos para melhorias nas instalações, com objetivo de que funcionasse inicialmente como Hospital de Trânsito, onde se avaliariam as condições dos doentes antes de destiná-los aos asilos-colônia. Posteriormente, o complexo foi ampliado para 60 hectares e adaptado ao modelo de asilo-colônia, sendo os imóveis construídos pelos próprios internos a partir da criação de uma Associação. O Sanatório se tornou referência no internamento infantil de doentes com formas mais moderadas da doença. Os pacientes com quadros mais graves eram transferidos para outros asilos e os que se restabeleciam eram transferidos para o asilo Padre Bento. A partir de 1945, houve uma melhoria no tratamento, graças às sulfonas trazidas pelo então diretor Lauro de Souza Lima, que começaram a ser produzidas no próprio laboratório local.

Em 1932, a partir da união de 36 municípios da Zona Mogiana e a contribuição de 10% de suas rendas anuais, o Asilo-Colônia Cocais teve suas obras iniciadas e, em seguida, paralisadas por falta de recursos. A construção foi então assumida pelo Instituto de Profilaxia da Lepra que a concluiu com verbas particulares. O asilo foi construído na Fazenda Mil Réis, propriedade repassada à Fazenda Pública do Estado, em 1928, a 9 km do município de Casa Branca e Vargem Grande. Com acesso pela

estação Cocais, inaugurada em 1902, da Estrada de Ferro Mogiana, o asilo atendia à região nordeste do estado com capacidade para três mil doentes em aproximadamente mil hectares. O Asilo era o que se situava mais distante da cidade de São Paulo e o que apresentava as condições mais precárias de funcionamento, tanto pela quantidade de internos, quanto pelo reduzido quadro clínico, o que contribuiu para que fosse considerado um lugar de exílio para onde eram destinados pacientes que tentassem fugir ou pacientes e funcionários que resistissem ao tratamento oficial.

Instalado nos campos de Piragibu, o Asilo-Colônia Pirapitingui foi inaugurado em 1933, viabilizado por um convênio entre municipalidades que contribuíram com 5% de suas rendas, além de contar com doações particulares. O asilo foi implantado próximo à antiga Estação Pirapitingui, da Estrada de Ferro Sorocabana, situada no caminho para Itu, que funcionou de 1897 a 1988. Possuía maior semelhança em tamanho com o Santo Ângelo e abrigava a maior população doente do estado (Itu e região sudeste do estado). Situado a 14 km do município de Itu e a 22 km de Sorocaba, com 136,60 alqueires, inicialmente, possuía 60 casas de madeira e abrigava 456 doentes e, posteriormente, sua área foi ampliada para 484 hectares. “O Pirapitingui se destacava pela diversidade de edificações religiosas (católicas, protestantes e espíritas) e pela dimensão dos edifícios da cadeia e pavilhões psiquiátricos e a escassez de espaços para lazer” (CAPORRINO; UNGARETTI, 2016).

Por fim, o Asilo-Colônia Aimorés, inaugurado em 1933 em Bauru, foi concebido a partir da Comissão Pró-Leproso de Bauru, reunindo 64 municípios que contribuíram por 2 anos com 10 % de suas rendas anuais. As obras foram iniciadas com verbas da Liga de São Lázaro de Bauru e concluídas pelo Instituto de Profilaxia da Lepra. Situado a 12 km da cidade de Bauru, próximo à estação ferroviária Aimorés e das Estradas de Ferro Noroeste do Brasil, Sorocabana e Cia Paulista, atendia toda a região nordeste do estado. Possuía 775 hectares e era considerado cartão de visitas da rede. Era uma colônia agrícola, seguindo as premissas ideais de um projeto de asilo, tanto que serviu de cenário para o filme de propaganda do Serviço Asilar Paulista em 1940¹⁵.

15 Para conhecimento deste filme de divulgação, acesse: <https://www.youtube.com/watch?v=H2MUC-ieZ3M>

A arquitetura dos asilos-colônia esteve vinculada ao ideal proposto pelo Estado, segundo Amora (2009), “para representar o nacional e o moderno” estas características estiveram atreladas à arquitetura neocolonial, identificada em grande parte das edificações dos asilos-colônia construídas entre as décadas de 1930 e 1940¹⁶. Porém, os edifícios construídos posteriormente possuíam características modernistas, tais como o Cineteatro do Asilo-Colônia Santo Ângelo, projetado pelo arquiteto Rino Levi, que é considerado exceção ao modelo¹⁷.

A rede de dispensários foi distribuída no território de forma a possibilitar o controle dos doentes, realizar censos de contaminação a partir da descoberta de novos casos na comunidade e, entre outras funções, destacava-se por promover a educação higiênica, função já criticada por Geraldo Paula Souza, pois já se provara ineficaz no Congresso Internacional de Lepra, realizado em Tóquio, em 1958. Ao invés de dispensários, recomendava-se a atuação através de Centros de Saúde, apontando os seguintes problemas:

- a) É antieconômico, pois utiliza aparelhamento muito dispendioso para o controle de uma única moléstia, quando nas regiões de lepra costumam existir problemas sanitários tão graves ou ainda mais graves do que a lepra, que também fazem jus às prioridades das verbas governamentais(...)
- b) Dificulta o desenvolvimento do programa de lepra pelas demais unidades dos serviços de saúde, (...)
- c) Contribui para a manutenção dos preconceitos existentes sobre a moléstia, e para a estigmatização daqueles que o frequentam — doentes e comunicantes. Tal fato dificulta o êxito do programa, cujo objetivo principal é a descoberta precoce de casos. (BARROS, 1962, p. 173)

Os dispensários foram instalados a partir de 3 condicionantes:

1 – Nos centros urbanos, devido à concentração demográfica e à falta de condições sanitárias, haveria maior possibilidade de contaminação;

2 – No interior do estado, para garantir o acesso da vigilância sanitária que visitava regularmente os moradores para testá-los e comunicar os casos positivos de hanseníase;

16 Para maior aprofundamento em relação às características arquitetônicas dos asilos-colônia, recomenda-se a leitura do trabalho de Ana Paula Costa (2008) e Amora (2009).

17 É possível consultar o levantamento fotográfico dos dois casos de estudo, nas seguintes páginas do Capítulo III: 91 a 96 referente ao Asilo-Colônia Santo Ângelo; e 110 a 113 referente ao Asilo-Colônia Aimorés.

3 – E em locais de natureza endêmica, independentemente de sua localização geográfica.

As estruturas poderiam ser específicas para determinada função mas, diferentemente dos asilos-colônia, que necessitavam de um projeto de construção visando as diferentes funções, os dispensários poderiam aproveitar qualquer estrutura prévia. Por isso, restaram poucas instituições preservadas atualmente.

A política de construção de preventórios foi adotada no Brasil a partir do Primeiro Congresso Paulista, em 1916, com base nas experiências internacionais, principalmente nas americanas, que estavam em vigor. O intuito era abrigar os filhos dos doentes internados nos Asilos-Colônia, que até então se mantinham na companhia dos pais, entre contaminados e sob o risco de contaminação (SILVA, 2009).

A primeira iniciativa, no entanto, ocorreu na década seguinte, com a construção do Preventório Santa Terezinha do Menino Jesus, em Carapicuíba, subsidiado por doações filantrópicas para atendimento aos filhos de portadores de hanseníase “ainda não atingidos pela enfermidade, subordinando-os a um regime especial, de acordo com as prescrições científicas e inspirações da caridade cristã” (CAMPOS; BECHELLI, 1948, p. 36).

Após a implementação do isolamento compulsório, a demanda por novas vagas aumentou, necessitando de uma segunda instituição, que foi instalada em Jacareí.

Finalmente, em 1950, foi inaugurado o preventório Carolina Mota e Silva, na capital paulista, que abrigava a creche, onde crianças que ainda frequentavam o berçário eram mantidas até os 2 anos de idade, quando era possível realizar a transferência para os outros preventórios, nos pavilhões de crianças menores.

Assim formou-se a rede de instituições principais que atuavam em apoio aos asilos-colônia. As crianças eram encaminhadas a partir de circunstâncias específicas:

quando dois progenitores eram aprisionados pelo Departamento de Profilaxia de Leprosia, deixando as crianças sozinhas; nos casos em que nasciam nas dependências do “leprosário”, de onde eram retirados ainda nas primeiras horas de vida; e quando mesmo apenas um dos pais tendo sido preso, o que ficou responsável por manter a família não obtivesse êxito em sua tarefa, necessitando, desta forma, entregar o filho para que pudesse sobreviver. (SILVA, 2009, p. 99)

Grande parte desta dificuldade que a família encontrava em prover, se manter ou trabalhar com dignidade vinha do estigma estabelecido até sobre os que não estavam doentes, “que invariavelmente eram rechaçados do âmbito social, temidos no espaço público, expulsos de escolas e dificilmente conseguiam emprego.” (SILVA, 2009, p. 98). Os identificados como “comunicantes” que deveriam frequentar os dispensários para controle da saúde e sob qualquer sinal da doença, eram encaminhados aos asilos-colônia.

O tratamento imposto às crianças abrigadas era arbitrário e pouco monitorado pelo Departamento de Profilaxia da Lepra. As instituições foram denunciadas várias vezes por maus tratos, espancamentos e acusações de homicídio, inclusive entre os recém-nascidos, que mal chegavam ao preventório e eram encaminhados aos cemitérios da cidade e enterrados nas valas comuns ou nos jazigos do preventório, por vezes, sem notificar os pais do falecimento, por vários anos.

Os preventórios, atualmente, foram convertidos em educandários e realizam a assistência às crianças por meio de um programa de internato ou semi-internato. Os filhos dos portadores de hanseníase, que sobreviveram ao período em que estavam como internos dessas instituições, atualmente lutam, por meio judicial, em todo o Brasil, por reparação.

2.2 Tombamento, reparação histórica e memória

Os cinco asilos-colônia do Estado de São Paulo foram tombados pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico do Estado de São Paulo (Condephaat), sendo o Asilo-Colônia Padre Bento o primeiro, em 2011. Os demais foram estudados e tombados em conjunto, a partir de um mesmo dossiê, com resoluções de tombamento publicadas entre 2016 e 2018. O Condephaat avaliou também a necessidade de tombamento dos antigos preventórios de Santa Terezinha do Menino Jesus, localizado em Carapicuíba e de Jacareí, situado na cidade homônima (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014).

Segundo Caporrino e Ungaretti (2016), após as solicitações de tombamento do antigo Asilo-Colônia Aimorés por parte do Instituto Lauro de Souza Lima e do antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo (configurado pela área do Complexo Hospitalar Arnaldo Pezzuti Cavalcanti) pela administração do Escritório Regional de Saúde de Mogi das Cruzes, os demais estudos para os tombamentos basearam-se na bibliografia

produzida até então nos acervos das instituições de saúde pública e nos documentos produzidos pelos movimentos em favor da reintegração e garantia da memória dos portadores de hanseníase, tais como o Morhan e a Fundação Paulista Contra a Hanseníase.

Formalizou-se, portanto, por parte da Unidade de Preservação e Patrimônio Histórico de São Paulo, a solicitação de inclusão dos outros 2 asilos remanescentes, o Pirapitingui e o Cocais e os preventórios Santa Terezinha do Menino Jesus e Jacareí.

Segundo Meneguello & Borges (2018), os tombamentos, embora tenham sido independentes, foram pensados em conjunto, expressando o modo sistemático e estratégico adotado como resolução dos problemas ao se estabelecer em forma de rede.

Tabela 3. Levantamento das instituições ligadas à profilaxia da lepra em processo de tombamento no Estado de São Paulo.

| Órgão | Nome | Construção | Cidade | Tombamento | Nº dos processos | Situação |
|------------|--|------------|-----------------|------------|------------------|-------------|
| Condephaat | Asilo-Colônia Santo Ângelo | 1928 | Mogi das Cruzes | 2018 | 72143/2014 | Concluído |
| | Asilo-Colônia Padre Bento | 1931 | Guarulhos | 2011 | 33189/1995 | Concluído |
| | Asilo-Colônia Pirapitingui | 1933 | Itu | 2017 | 72097/2014 | Concluído |
| | Asilo-Colônia Cocais | 1932 | Casa Branca | 2018 | 72140/2014 | Concluído |
| | Asilo-Colônia Aimorés | 1933 | Bauru | 2016 | 28728/1991 | Concluído |
| | Preventório Santa Therezinha do Menino Jesus | 1927 | Carapicuíba | - | 72098/2014 | Em processo |
| | Preventório Jacareí | 1932 | Jacareí | - | 01119/2013 | Em processo |
| Conpresp* | Asilo Jaçanã (Guapira) | 1911 | São Paulo | 2016 | 02007019/2001 | Concluído |

Fonte: Elaboração Própria, 2022 sobre dados GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011, 2016, 2017, 2018a, 2018b, 2018c; PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2016.

*Conselho Municipal de Preservação do Patrimônio Histórico, Cultural e Ambiental da Cidade de São Paulo.

No entanto, vários outros edifícios relacionados à rede de tratamento não foram tombados. A justificativa para a exclusão dos dispensários da rede paulista, por exemplo, foi “por não se tratar de construções especificamente planejadas” (CAPORRINO; UNGARETTI, 2016, p. 158). No Estado de São Paulo dois dos três exemplares de preventórios foram tombados: o Preventório Santa Terezinha, construído em 1927, em Carapicuíba, e o Preventório Jacareí, construído em 1932,

em Jacareí (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014). Além dessas instituições, o Conselho Municipal de Preservação do Patrimônio Histórico, Cultural e Ambiental da Cidade de São Paulo (Conpresp) avaliou e tombou o Asilo do Jaçanã (Hospital do Guapira), implantado na antiga fazenda do Guapira, de onde vieram os primeiros internos do Santo Ângelo.

Há muitos trabalhos que discutem a importância do tombamento dos asilos, em especial, na área da história, sobre “memórias difíceis” (MARCHI et al., 2019) ou que discutem as implicações do direito à memória e à reparação dos egressos desses “patrimônios marginais” (MENEGUELLO; BORGES, 2018), assim denominados por não se enquadrarem nos critérios tradicionalmente utilizados para tombamentos como os que representam períodos específicos da história nacional ou regional e ancorados em remanescentes materiais.

Outro grupo de estudos relevante é o formado por pesquisadores dos patrimônios arquitetônicos da saúde, da área da História da Saúde e da História da Arquitetura e Urbanismo, onde investiga-se a relação entre espaço urbano e os equipamentos de saúde, assim como “entender a contribuição dos projetos de saúde para a modernidade em arquitetura e urbanismo” (AMORA, 2009, p. 26).¹⁸

A efetividade de uso destes processos de patrimonialização para “um ajuizamento sobre o ocorrido, seja através da valoração patrimonial, seja por meio de tentativas de esquecimento ou apagamento da memória”, como Meneguello & Borges (MENEGUELLO; BORGES, 2018, p. 363) colocam, ainda não foi atingida. Uma das causas apontadas é a dificuldade em se encontrar formas de narrar esses “passados dissonantes”, ainda não totalmente desligados do tempo presente, que ainda reverberam no contexto social. A outra deriva da necessidade de aprender, de rememorar e traçar políticas sociais e memoriais que introduzam novos padrões de educação a partir destes testemunhos físicos, de forma a contribuir para a ressignificação destes patrimônios (BORGES, 2016, 2018, 2021).

18 A despeito deste conceito, ressalta-se o trabalho desenvolvido no “Projeto Inventário do Patrimônio Cultural da Saúde”, coordenado pela Casa de Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, além de trabalhos que tratam da arquitetura destes equipamentos da Saúde, em especial André Bezerra Lins (2018) que investiga as arquiteturas em diferentes espaços asilares no Brasil. Ana Amora (2006) investigando a modernização da arquitetura da saúde no Brasil, com foco na cidade de Santa Catarina. E por fim, Elizabeth Amorim de Castro (2005) que investiga a arquitetura do isolamento de diferentes naturezas, a partir das suas semelhanças projetuais, aprofundando-se na cidade de Curitiba.

Conforme aponta Candau, referindo-se a caso similar que envolve memórias dolorosas, como o holocausto judeu:

Esse dever de memória é também um direito, mas se vê confrontado com a dificuldade de transmitir aquilo que, muitas vezes, não pode ser dito nem entendido tal como a realidade do genocídio judeu que, ainda que desvendado no processo de Nuremberg, levará anos para alcançar as consciências. (2019, p. 151)

A patrimonialização dos asilos-colônia ocorreu como consequência do aprofundamento da história destes locais, dos quais ainda não havia conhecimento suficiente, subjacente às diversas camadas encobertas por uma imagem heroica da saúde pública, em que, ao contrário, “se trata da possibilidade de estudar e preservar a memória de um passado doloroso individualmente que foi quase esquecido socialmente” (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2016).

O tratamento dado aos exemplares ligados a memórias difíceis, ainda não possui um entendimento pleno, enquanto conjunto, para que seja possível estabelecer medidas de preservação eficazes, pois as considerações para os tombamentos se apoiaram, mais uma vez, por falta de instrumentos ou de precedentes, apenas na importância arquitetônica dos conjuntos construídos, fato que se refletiu na definição dos perímetros e na escolha dos edifícios que foram tombados nos complexos. Recorre-se apenas à enumeração dos remanescentes materiais, como pode ser visto nos mapas referentes às resoluções de tombamento.

Não há menção a documentos ou a possíveis estratégias de preservação de conjunto, deixando esta definição para uma discussão acadêmica que foge ao âmbito de qualquer possibilidade de ação ou gestão do conjunto. Isso acaba por restringir a abordagem inicial de preservação da rede, em especial, considerando-se que os pedidos de tombamento foram todos feitos por responsáveis administrativos ou pela própria Unidade de Preservação e Patrimônio Histórico de São Paulo (UPPH), sem envolvimento dos ex-internos ainda residentes e das comunidades locais onde estes complexos se situam, e sem a participação de outras entidades representativas das categorias de direito.

O Complexo Padre Bento (**Figura 2**), dentre todos os outros exemplares da rede de asilos-colônia paulista, é o único que foi reconhecido pelo município antes do início do processo de tombamento pelo Condephaat. A Lei Municipal nº 3.587 de 1990 reconheceu e tombou as edificações da Igreja e do Teatro e, posteriormente, o

Decreto Municipal nº 21.143, de 2000, incluiu na lista de patrimônios municipais as demais áreas do perímetro estabelecido no então nomeado “Sanatório Padre Bento”. No entanto, não fica claro quais áreas o documento reconheceu, pois define-se como “Sanatório Padre Bento (imóveis e vegetação)”. Por fim, em 1993, a partir da Lei Municipal nº 4.432, tombou-se o campo de futebol e, no mesmo ano, foi encaminhada ao Condephaat a solicitação de tombamento do Cineteatro e da Igreja. Entre recomendações e pareceres, foi considerada a possibilidade de tombamento de todo o complexo, mas a deliberação final resultou na preservação em nível estadual das edificações do Teatro, da Igreja, do campo de futebol e do pergolado (**Figura 3**).



Figura 2. Foto aérea Complexo Padre Bento, 1956.

Fonte: (FIOCRUZ, [s.d.])

Sendo um dos únicos complexos inseridos no banco de dados municipais e inventariados junto à secretaria de cultura, o Complexo Padre Bento possui hoje estratégias de ativação das áreas do antigo asilo-colônia e das edificações tombadas pelos órgãos de preservação (**Figura 4**). O antigo Cineteatro abriga a Escola Viva de Artes Cênicas de Guarulhos e foi restaurado pelo município. A Igreja mantém o uso cotidiano de uma paróquia, com missas regulares e atividades junto à comunidade (**Figura 5**). O Campo de Futebol, mesmo que com as estruturas necessitando de

restauração, possui uma agenda de jogos semanais do time local. As residências dos ex-internos do asilo-colônia (anteriormente utilizadas pelos funcionários) hoje funcionam como áreas de apoio a diversas especialidades clínicas, enquanto as de fora do perímetro do complexo mantiveram as famílias dos ex-internos e novos moradores da comunidade (**Figura 6**).



Figura 3. Inserção do perímetro de tombamento sobre imagem aérea do Asilo-Colônia Padre Bento.

Fonte: Intervenção da autora sobre imagem aérea Google Earth, 2021. Dados GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011.



Figura 4. Imagem aérea Complexo Hospitalar Padre Bento.

Fonte: Intervenção da autora sobre imagem aérea Google Earth, 2022. Dados GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011.

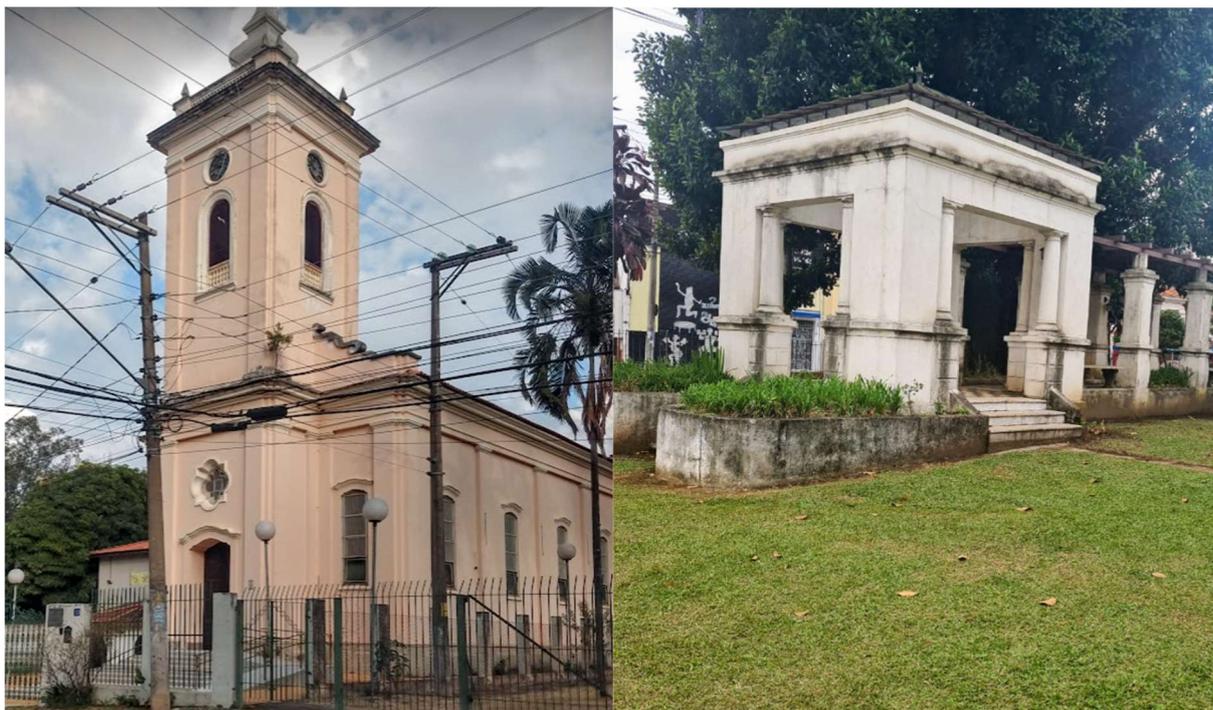


Figura 5. Igreja e Pergolado do antigo Asilo-Colônia Padre Bento.

Fonte: Fotos da autora, 2021.



Figura 6. Frontão do Campo de Futebol e edificação do Cineteatro do antigo Asilo-Colônia Padre Bento.

Fonte: Fotos da autora, 2021.

As estratégias estabelecidas pelo plano diretor vigente consistem em zeladoria e melhoria na qualidade dos serviços apresentados no entorno. No entanto, como área já consolidada do perímetro urbano vigente, para o bairro do Gopouva as diretrizes de uso e ocupação permitem usos de habitação e comércio e serviços.

O Centro de Reabilitação de Casa Branca, antigo asilo-colônia Cocais (**Figura 7**), esteve à margem do planejamento regional, ele está classificado como “enclave” nos relatórios de investigação e na Lei do Plano Diretor de Casa Branca 2020-2030 caracteriza-se como um dos “grandes equipamentos estaduais, municipais ou privados que pela sua funcionalidade estão isolados ou segregados do tecido urbano, mas que requerem inserção no funcionamento da cidade”. Foram definidos como patrimônio na área rural do município, onde propõe-se criar um roteiro do patrimônio regional, apoiando-se em um estudo dos aspectos sociais, econômicos, ambientais e geológicos do município. O uso atual foi baseado na proposta isolacionista e corrobora para que o complexo se mantenha segregado do núcleo urbano (**Figura 8**). Junte-se a isso o fato de instalarem uma penitenciária ao lado do Centro de Reabilitação, voltado a pessoas acometidas de transtornos psiquiátricos (**Figura 9**). Ou seja, a setorização estabelecida pelo município mantém segregados os “socialmente indesejados”.



Figura 7. Portal do Asilo-Colônia Cocais, [s.d].

Fonte: (FIOCRUZ, [s.d.])



Figura 8. Portal do Centro de Reabilitação de Casa Branca (antigo Asilo-Colônia Cocais) e Placa de direcionamento.

Fonte: Google Earth, 2022.



Figura 9. Imagem aérea do Centro de Reabilitação de Casa Branca (antigo Asilo-Colônia Cocais), 2022.

Fonte: Intervenção da autora sobre imagem aérea Google Earth, 2022

O estudo de tombamento do Condephaat (**Figura 10**) não reconheceu o cemitério do antigo asilo-colônia Cocais e outras edificações que se encontravam em estado avançado de deterioração. São poucos os pavilhões utilizados para os atuais usos, pois os outros, que já não eram reconhecidos no período de isolamento compulsório pelo estado de conservação, continuam se degradando, sob o risco de se tornarem ruínas.

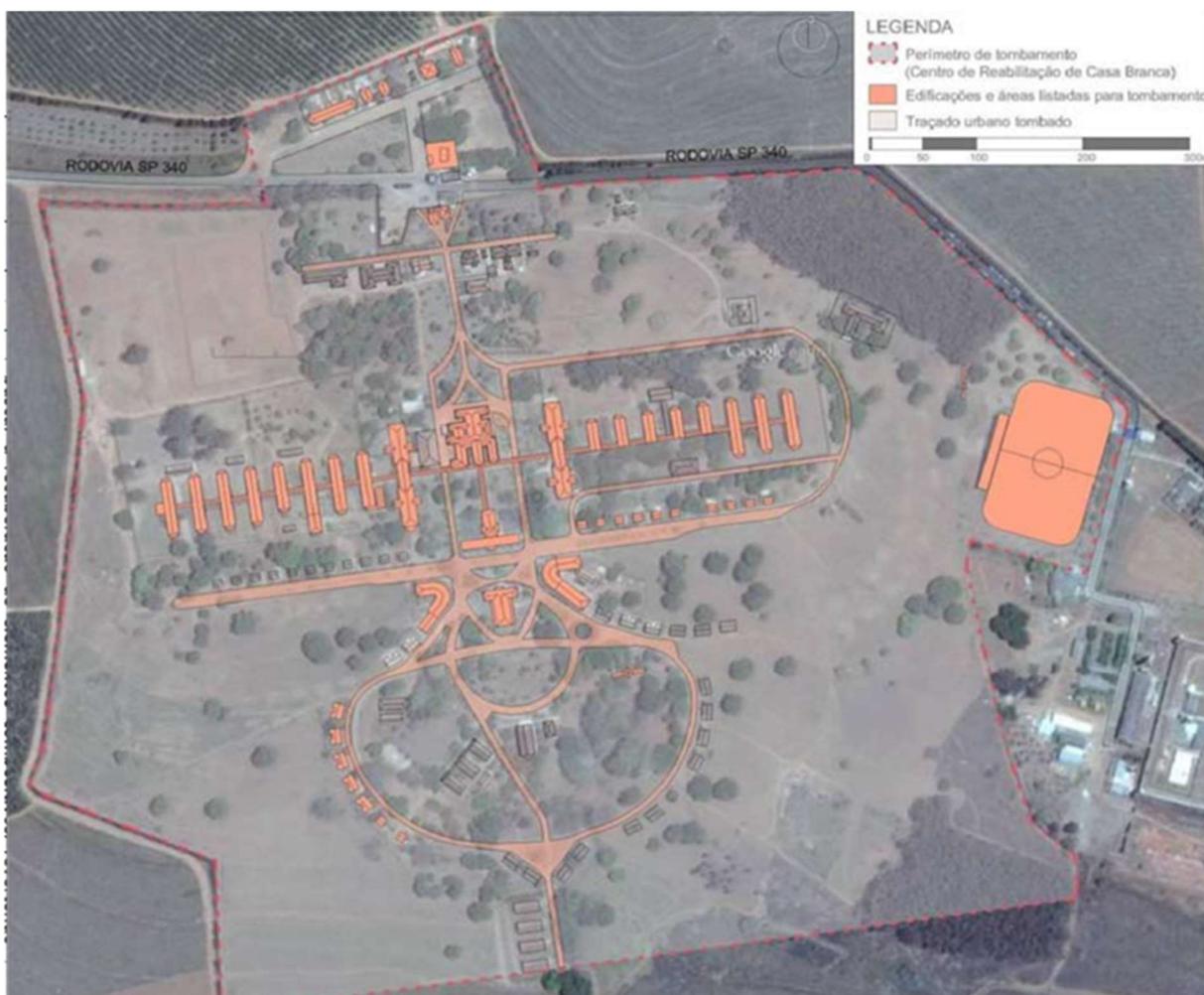


Figura 10. Mapa do perímetro de tombamento sobre imagem aérea do Asilo-Colônia Cocais.

Fonte: GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018a

A Estância Turística de Itu estabeleceu como Zona de Predominância Residencial a área do Hospital Francisco Ribeiro Arantes, antigo asilo-colônia Pirapitingui (**Figura 11**), na nova revisão do Plano Diretor (em andamento). O complexo possui grande extensão ocupada pela instituição hospitalar e se localiza no periurbano, na região do Pirapitingui, próximo à rodoviária regional. Após ser alvo de reportagens em tom de denúncia sobre o estado deteriorado da área interna do complexo (SIMIONATO, 2012), foi reabilitado em 2018, através do decreto nº 63.877 (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018d), servindo, a partir de então, como hospital estadual especializado (**Figura 12**), diretamente subordinado ao Coordenador de Saúde da Coordenadoria de Serviços de Saúde.



Figura 11. Vista geral do antigo Asilo-Colônia Pirapitingui [s.d].

Fonte: (FIOCRUZ, [s.d.])



Figura 12. Imagem aérea do Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes (antigo Asilo-Colônia Pirapitingui), 2022.

Fonte: Intervenção da autora sobre imagem aérea Google Earth, 2022

O estudo de tombamento (**Figura 13**) estabeleceu apenas algumas edificações do complexo como referenciais, ainda que seja um dos complexos com maior diversidade de construções, pois abrigou grande parte da população internada pela hanseníase do Estado de São Paulo. O cemitério do asilo Pirapitingui foi o único

tombado no estado. Ele se localiza ao lado do pavilhão psiquiátrico, ainda no perímetro do atual hospital, que construiu um novo pavilhão para abrigar os pacientes que estavam nas edificações com alto grau de deterioração.



Figura 13. Mapa do perímetro de tombamento sobre imagem aérea do Asilo-Colônia Pirapitingui.
Fonte: (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2017)

A seleção de alguns dos edifícios dos complexos, embora seja compreensível do ponto de vista da dificuldade do próprio instrumento do tombamento, acaba por inviabilizar a preservação do conjunto dos espaços, cujas práticas segregacionistas podem ser evidenciadas principalmente a partir dos traçados internos dos conjuntos e da lógica de agrupamento dos edifícios a partir da circulação de doentes e de funcionários para as inúmeras atividades.

A exclusão de conjuntos de edificações por serem menos exemplares das tipologias construídas nos asilos, ou “descaracterizados”, termo utilizado em todas as resoluções de tombamento, pode implicar na impossibilidade de uso do tombamento como primeiro passo para a garantia do direito básico à memória de parte dos ex-internos, dificultando medidas de reparação e o processo indenizatório que começaram a viabilizar-se a partir do reconhecimento da violação dos Direitos Humanos, dos sobreviventes e dos que não sobreviveram, pelo Estado.

Sob este aspecto, um dos lugares importantes excluídos dos perímetros de tombamento, por exemplo, foram os cemitérios, com exceção do situado no Asilo-Colônia Pirapitingui (**Figura 14** e **Figura 15**), que possui a área inserida nos limites do Hospital Francisco Ribeiro Arantes, atual instituição ocupante da área. Os estudos de tombamento, segundo Caporrino & Ungaretti (2016, p. 156) demonstraram que parte das “lápides está sem identificação e túmulos foram violados ou se encontram em situação de abandono”. Portanto, recomendou-se apenas a conservação como Lugar de Interesse Cultural (**Figura 16** e **Figura 17**). O problema que se coloca neste caso é que parte da memória e dos vestígios dos que viveram lá, muitos, inclusive, sem contato com família, durante toda a vida, estão enterrados nestes cemitérios (**Figura 18**), que por si só constituem documentos, como atestam os trabalhos de antropologia forense¹⁹, que possibilitam a identificação de indivíduos enterrados como indigentes, para comprovação de crimes de guerra ou de governos e instrução de processos de reparação.

19 Essa disciplina lida principalmente com perícias em restos humanos, ou seja, em “corpos em adiantado estado de decomposição, em que os traços faciais já não permitem qualquer tipo de reconhecimento, esqueletos, ossos, fragmentos ósseos, ossos/corpos queimados” (CUNHA, 2019, p. 30).



Figura 14. Cemitério do antigo Asilo-Colônia Pirapitingui, 2013 (antes da reforma).
Fonte: Reprodução G1/TV Tem, 2013.



Figura 15. Cemitério do antigo Asilo-Colônia Pirapitingui, 2015 (depois da reforma).
Fonte: Amanda Caporrino, 2015.



Figura 16. Cemitério do antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo.

Fonte: Foto de Adda Ungaretti, 2015.



Figura 17. Cemitério do antigo Asilo-Colônia Aimorés.

Fonte: Bianca Janotti, 2022.

Entretanto, há situações em que mesmo a investigação forense não seria necessária para identificação das lápides, visto que aprofundando-se nos arquivos institucionais, pode-se encontrar os registros mapeados dos locais onde os internos foram enterrados, como é o caso do centro de reabilitação de Mogi das Cruzes (**Figura 19**). Sendo assim, seria necessário pouco esforço para reconhecimento destes locais como patrimônios. Isso permitiria estender o perímetro de tombamento e assegurar a proteção, evitando as investidas de apropriação da área pelos diferentes órgãos.



Figura 18. Localização do cemitério dos antigos Asilo-Colônia Santo Ângelo e Aimorés, respectivamente.

Fonte: Intervenção da autora sobre imagem aérea Google Earth, 2022

Ao final do ano de 2022, a secretaria de Cultura promoveu um passeio turístico noturno, de acesso gratuito, nas dependências do Centro de Reabilitação de Mogi das Cruzes, em uma série de passeios organizados sob a temática “Noites do Mistério”²⁰ onde o Departamento de Fomento e Patrimônio Histórico municipal se propôs a transmitir as “histórias, curiosidades e lendas” do antigo asilo-colônia.

São iniciativas que tentam criar uma narrativa fantasiosa, ignorando os fatos que ocorreram no complexo, uma dificuldade de enfrentamento das memórias difíceis ou incômodas. Sob o ponto de vista de constituição de acervos memoriais, considera-se que o reconhecimento e a patrimonialização ocorreram apenas a partir da gestão do asilo e, em parte, pela comunidade acadêmica, enquanto os moradores da colônia e do entorno continuam alheios aos processos e desconsiderados na discussão sobre o uso destes espaços.

Sob este aspecto, Bezerra & Marchi observam que

(...) as narrativas formalizadas no presente ainda privilegiam uma memória heroica da saúde, o que pode ser atribuído à escassa participação das comunidades nesses processos, uma vez que foram criados e são geridos por funcionários das instituições de saúde. (2019, p. 24).

²⁰ Para consulta, acesse: <https://odiariodemogi.net.br/cultura/noites-do-misterio-faz-visita-ao-hospital-dr-arnaldo-nesta-sexta-feira-19-1.54132> (“Noites do Mistério’ faz visita ao Hospital Dr. Analdo nesta sexta-feira (19)”, 2022)

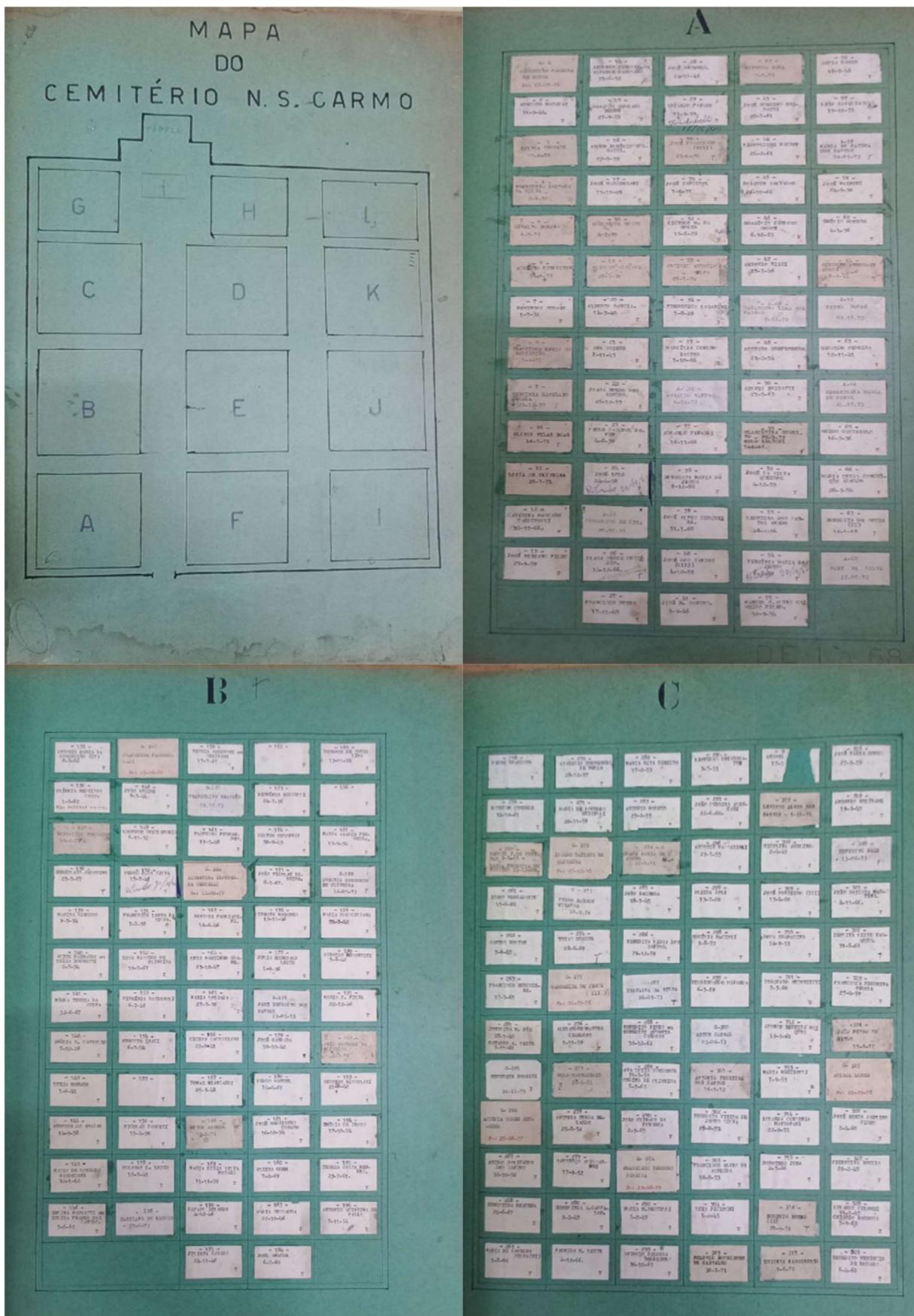


Figura 19. Trechos do mapa do Cemitério Nossa Senhora do Carmo, com identificação dos copos enterrados.
Fonte: Acervo do Centro de Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti.

Tais projetos enfrentaram uma temática difícil de lidar, ou seja, a transformação destes locais em destinos turísticos, uma solução controversa, na medida em que os visitantes apenas percorrem os espaços físicos e as exposições organizadas pelas instituições e têm pouco contato com os usuários residentes, os descendentes e os moradores do entorno que, em muitos casos, são bairros formados a partir da instalação das famílias dos antigos internos.

Sob recomendação da Organização das Nações Unidas, vários países promoveram ações de reparação aos danos sofridos durante o período de isolamento compulsório. O Brasil já reconheceu esta prática como crime de Estado e concedeu indenizações para os afetados, a partir da Lei nº 11.520, de 2007, que concede pensão especial à aproximadamente 10.000 pessoas internadas compulsoriamente, no entanto, este processo de reparação não se esgota numa indenização monetária, ela deve ser seguida por uma série de ações que reestabeleçam a dignidade do ex-interno e possibilitem o conhecimento desta memória para que esses atos não se repitam.

Atualmente, o Morhan é a entidade que lidera a discussão no âmbito judicial, esclarecendo sobre as diversas dimensões dos efeitos do isolamento compulsório, através de uma ação coletiva de assessoramento aos processos de reparação dos danos sofridos pelos filhos que cresceram isolados de seus pais, procedimento que atendia à profilaxia da hanseníase, conforme já descrito, os quais, nos preventórios, tornaram-se reféns de uma institucionalização do abuso e do estigma que lhes foi imposto, por uma doença que não os atingia fisicamente, mas os privava de todo convívio na infância e adolescência, causando-lhes profundas memórias dolorosas.

No Projeto de Lei de nº 1287, de 2019, ainda em tramitação, estabeleceu-se a responsabilidade do Estado pelos danos ao projeto de vida, abusos e violações praticados contra as pessoas que foram afetadas pela política de isolamento compulsório no território paulista e propõe-se a concessão de posse vitalícia dos imóveis ocupados tanto pelos ex-internos que nele ainda residem, quanto por cônjuges e filhos, após o óbito, garantindo que:

Artigo 3º - Fica o Estado de São Paulo obrigado à manutenção dos serviços que estão sendo prestados e também à manutenção das casas e dos espaços comuns, como áreas de convivência, vias de acesso, asfalto e calçadas, observada a legislação e os tratados internacionais vigentes sobre acessibilidade.

Parágrafo único: O Estado de São Paulo deverá fornecer saneamento básico e iluminação gratuita pública e individualizada para cada residência como forma de assunção da responsabilidade pela omissão na reabilitação e desospitalização dos pacientes. (BRANDÃO, 2019)

Além disso, este Projeto de Lei propõe a criação de um centro de memória no edifício construído inicialmente para funcionar como prisão, do antigo Asilo-Colônia Pirapitingui.

A dificuldade de formulação de estratégias de gestão destes patrimônios que contemplam as memórias difíceis e os obstáculos na abordagem de sua reintegração aos territórios hoje configurados, permeiam a discussão acadêmica, mas não encontram espaço e aplicabilidade nas esferas de planejamento e preservação. A responsabilidade por ressignificar esta história e dar visibilidade a estes complexos, passa pelas comunidades afetadas e os gestores locais, que podem intermediar outros agentes atuantes na área, revertendo a segregação que ainda hoje caracteriza o antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo, evitando que se consolide como mais um enclave territorial periurbano.

Neste sentido, é importante citar outras iniciativas de salvaguarda da memória dos asilos e do Museu do Instituto Lauro de Souza Lima (**Figura 20**), o Espaço Memorial Padre Bento no Complexo Padre Bento (**Figura 21**), e a intenção de criação de um centro, por parte da gestão do Centro de Reabilitação de Mogi das Cruzes (**Figura 22**), com acervo documental e material, composto por mobiliário, utensílios e fotografias do Asilo-Colônia Santo Ângelo, incluindo o espaço do cemitério num possível roteiro de visitação.



Figura 20. Parte do acervo disponível no Museu do Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru.
Fonte: Fotos da autora, 2022.



Figura 21. Espaço Memorial Padre Bento, Guarulhos.
Fonte: Foto de Alexandre de Paulo, 2019.

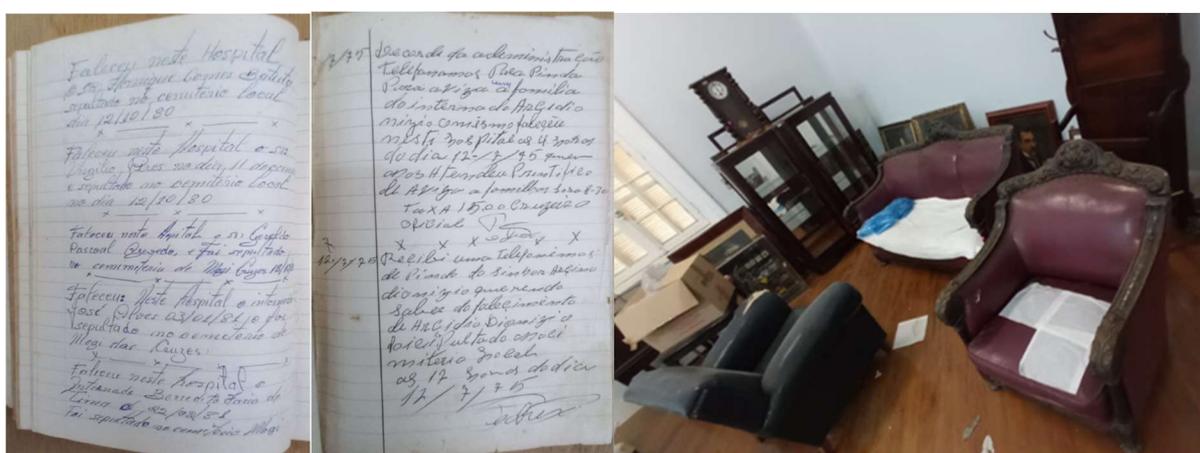


Figura 22. Parte do acervo disponível no Centro de Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti, Mogi das Cruzes.
Fotos da autora, 2022.

Estas propostas já possuem referenciais brasileiros, tal como o Memorial Hospital Colônia Itapuã (HCI) na antiga Colônia Itapuã, em Viamão – RGS, que se concretizou em 2014 e tornou-se exemplo de ressignificação dos espaços de memória, a despeito da ausência de apoio financeiro público. Foi implementado por iniciativa de dois funcionários da Secretaria Estadual de Saúde (BEZERRA; MARCHI, 2019).

Tais iniciativas partiram dos funcionários e ex-internos, moradores dos complexos, porém, esses acervos são desconhecidos do público mais amplo, por isso recebem poucos visitantes. O atendimento é feito por poucos profissionais e não há um programa de divulgação e conscientização que estabeleça contato entre os acervos das distintas instituições da rede. Tudo isso demonstra a dificuldade de se manterem sem ter o apoio mais amplo da sociedade e principalmente da municipalidade, apesar dos esforços e da vontade dos responsáveis e envolvidos.

Tabela 4. Características dos asilos-colônia paulistas.

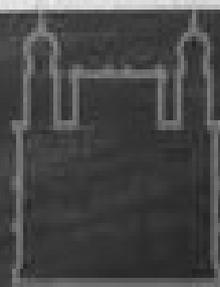
| Zona | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------|--|--|---|--|---|
| Asilo-Colônia | Santo Ângelo | Padre Bento | Pirapitingui | Cocais | Aimorés |
| Data | 1928 | 1931 | 1933 | 1932 | 1933 |
| Município | Mogi das Cruzes | Guarulhos | Itu | Casa Branca | Bauru |
| Agentes promotores | Concepção partiu da Associação Protetora dos Morféticos e Santa Casa da Misericórdia, custeado pelo governo paulista e administrado pela Santa Casa. | Aquisição do governo estadual de um antigo hospital psiquiátrico. Os imóveis foram construídos pelos próprios internos, a partir da Associação. Houve campanhas de arrecadação de fundos para melhorias nas instalações. | Foi concretizado com base em um convênio de municipalidades, que contribuíram com 5% de suas rendas, além de doações particulares. | União de 36 municípios da Zona Mogiana e contribuição de 10% de suas rendas anuais. Paralisada por falta de recursos, a obra foi assumida pelo Instituto de Profilaxia da Lepra, que concluiu com verbas particulares. | A partir da Comissão Pró-Leproso de Bauru, reunindo 64 municípios que contribuíram por 2 anos com 10 % de suas rendas anuais. As obras foram iniciadas pelas verbas da Liga de São Lázaro de Bauru e concluída pelo Instituto de Profilaxia da Lepra. |
| Acesso principal ferroviário | Estrada de Ferro Central do Brasil e Mogiana - Estação Santo Ângelo - inaugurada em 1914 | Estrada de Ferro Sorocabana (Ramal Guarulhos) - Estação Gopouva - inaugurada em 1922 | Estrada de Ferro Sorocabana - Estação Pirapitingui - inaugurada em 1897 | Estrada de Ferro Mogiana - Estação Cocais - inaugurada em 1902 | Estrada de Ferro da Cia Paulista - Estação Aimorés inaugurada em 1933 |
| Região atendida | Dava assistência à população da Grande São Paulo (capital, cidades vizinhas, litoral paulista) | Dava assistência à população da Grande São Paulo (capital, cidades vizinhas, litoral paulista) | Abrigava a maior população doente do estado, maior semelhança em tamanho com o Santo Ângelo (Itu e região sudeste do estado) | Região nordeste do estado | Região nordeste do estado |
| Características | Os primeiros internos foram transferidos do Hospital Guapira | Construído inicialmente como Hospital de Trânsito, onde se avaliaria as condições dos doentes antes de destiná-los aos Asilos-Colônia. Posteriormente ampliado para 60 hec; se tornou referência no internamento infantil. Devido ao crescimento da cidade, algumas edificações foram demolidas. | Uma aquisição inicial de 136,60 alqueires, transformados posteriormente em 484 hec; de 60 casas de madeira, para abrigar 456 doentes realizou o projeto subdividindo o tratamento em 3 zonas. | Capacidade de três mil doentes em aproximadamente mil hectares. Condição precária de funcionamento: tanto pela quantidade de internos, quanto pelo reduzido quadro clínico. | Considerado cartão de visitas da rede, era a própria colônia agrícola, seguindo o ideal projeto. |

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|
| Origem dos internos | Internos considerados da elite, sem avanço da doença e livres de deformidades e mutilações severas. | Visavam internar as formas mais moderadas da doença, sendo assim, pacientes em que o quadro se agravasse seriam transferidos para outros asilos ou pacientes que se restabelecessem, transferidos para o Padre Bento. | Abrigava a maior população doente do estado, com diversidade religiosa e divididos em Zona Sã, Zona Intermediária e Zona Doente. | Considerado lugar de exílio, pela distância da capital; destinado aos pacientes que tentassem fugir ou pacientes e funcionários que discordassem e não permitissem o tratamento oficial. | Os internos mantinham comércios e trabalhavam tanto como funcionários quanto nos setores agrícolas e fábricas localizadas no interior do asilo. Não era permitida circulação de dinheiro no complexo, os salários eram destinados a familiares ou guardados para quando os pacientes recebessem alta. |
| Processo de tombamento | Resolução SC-109 DE 07-11-2018 | Resolução SC-56 DE 14-06-2011 | Resolução SC-66 DE 19-12-2017 | Resolução SC-25 DE 27-03-2018 | Resolução SC-21 DE 15-03-2016 |
| Responsável pelo pedido | Escritório Regional de Saúde de Mogi das Cruzes | (Possivelmente) Unidade de Preservação e Patrimônio Histórico de São Paulo | Unidade de Preservação e Patrimônio Histórico de São Paulo | Unidade de Preservação e Patrimônio Histórico de São Paulo | Instituto Lauro de Souza Lima |
| Características e usos atuais do local | Centro Especializado em Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti. Localizado em área periurbana, com avanço da ocupação de empreendimentos habitacionais. | Complexo Hospitalar Padre Bento, especializado em atendimento de várias especialidades médicas. Localizado no bairro de Gopouva, inserido no tecido urbano do município, com fragmentação de suas antigas áreas. | Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes - centro estadual de reabilitação de indivíduos portadores de transtornos mentais. Localizado em área periurbana, com avanço da ocupação de empreendimentos habitacionais. | Centro Especializado em Reabilitação de Casa Branca. Localizado em área rural do município, implantação pendular à rodovia de acesso. Cercado por cinturão verde | Instituto Lauro de Souza Lima - Realiza pesquisa na área de dermatologia e com um museu da hanseníase. Localizado em área rural do município, implantação pendular à rodovia de acesso. Cercado por cinturão verde |
| Avaliações | Encontra-se em uma Subárea de Urbanização Controlada, voltada a recuperação dos sistemas de áreas verdes e de lazer e a promover a implantação de equipamentos públicos | Como único complexo tombado também pela municipalidade, garante a preservação das edificações e a promoção de atividades culturais relacionadas ao complexo que está em uma zona consolidada do município. | Reabilitado após ser alvo de denúncias sobre o estado deteriorado, o hospital foi incorporado a rede estadual especializada. É o único com o cemitério tombado e se encontra dentro dos limites do Hospital. | Caracterizado como enclave no diagnóstico para o plano diretor vigente e localizado ao lado de uma penitenciária, propõe-se enquadrá-lo no roteiro do patrimônio regional. | Encontra-se em uma Zona de Urbanização Controlada, contudo o principal fator que atinge o entorno é a gestão da APA Vargem Limpa, no qual incentiva-se o ecoturismo. |
| Promoção de Centro de memória | Em fase de catalogação e organização do acervo. Ainda sem localidade definida. | Espaço Memorial Padre Bento em funcionamento | Proposição de um centro de memória e reunião de acervo reunido pelos funcionários e moradores. | Sem informações a respeito. | Exposição instalada no Museu do Lauro de Souza Lima em funcionamento |

Fonte: Elaboração própria, 2022.



DEPARTAMENTO DE PROPHYLAXIA DA LEPROSA
ASYLO-COLONIA COCAES
S. PAULO - BRASIL



FIOCRUZ



Casa de

Oswaldo Cruz

CAPÍTULO III – OS OBJETOS DE ESTUDO: os asilos-colônia no território

Imagem "Asilo Colônia Cocaes: entrada, jardim dos doentes, coreto e parlatório (ao fundo)"
Fonte: Fiocruz, BaseArch (s.d.).

3.1 Asilo-Colônia Santo Ângelo e a cidade de Mogi das Cruzes

A primeira instituição projetada no Brasil foi o Leprosário Santo Ângelo, em um terreno adquirido pela Associação Protetora dos Morféticos²¹, nos campos de Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes e doado à Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, em 1917. O terreno possuía acesso pela Estrada de Ferro Central do Brasil, através da estação que, até então, chamava-se Estação Santo Ângelo²² (**Figura 23**).

— Foi inaugurada hontem pelo sr. dr. Paulo de Frontin, a nova estação da Estrada de Ferro Central do Brasil, situada entre os rios Jundiaby e Tayassupeba, tomando esta estação o nome de «Santo Angelo».

Figura 23. Anúncio da inauguração da estação Santo Ângelo.

Fonte: O Estado de S. Paulo, 20 de julho de 1914.

A estação foi fundada para atender os internos do asilo-colônia, e como possibilidade de acesso a um novo subúrbio (GIESBRECHT, 2018) onde havia “uma vasta planície, circundada pela montanha do Itapety, apresentando uma topographia magnífica.”. Além disso, foi divulgado que “os terrenos prestam para chácaras, havendo ao lado uma grade extensão de campo para criar.” (O Estado de S. Paulo, 26 de julho de 1914). O prédio original construído pela EFCB concentra hoje o serviço de apoio da estação, tendo sido adaptado para o uso da CPTM (**Figura 24**).



Figura 24. Estação Jundiapéba, 1990 e 2022, respectivamente.

Fonte: Foto de William Gimenez, 1990 GIESBRECHT, 2018 e Google Earth, 2022, respectivamente.

21 Fundada em 1917, pelo então Arcebispo de São Paulo D. Duarte Leopoldo e Silva e o Dr. José Carlos de Macedo, administrador do Hospital do Guapira, que abrigava os diagnosticados com hanseníase na capital.

22 Esta estação, assim como o distrito, foi renomeada Jundiapéba em 1944, em referência aos rios Jundiá e Tayaçupeba (Decreto-Lei nº 14.334/1994).

O projeto do asilo, idealizado por Adelardo Caiuby, contou com o auxílio de médicos como Emílio Ribas, Joaquim Ribeiro de Almeida e Arthur Neiva²³, além da participação da Santa Casa da Misericórdia que colaborou a partir da administração do asilo-colônia e da atividade filantrópica das mulheres católicas da capital. Seguindo a vertente isolacionista, o projeto garantia a separação de grupos de edificações, distribuídas no traçado natural do terreno da fazenda Santo Ângelo, oferecendo espaços para trabalho, hospitalização, moradia, conforto e espaços de lazer, prática de esportes, realização de shows nas praças - por bandas formadas por moradores do próprio Asilo-Colônia - assim como atividades ao ar livre, como recomendação do tratamento (COSTA, 2008). O anúncio da construção nos jornais regionais e no próprio Estado de São Paulo, em 22 de fevereiro de 1918, ressaltava que “Os doentes que puderem trabalhar, dedicar-se-ão à cultura das terras, especialmente à pequena lavoura. As despesas com a execução destas obras foram orçadas em três mil contos de réis.” (Figura 25).

Segundo o sr. secretario do Interior declarou ante-hontem, no discurso que proferiu, no Instituto de Butantan, será brevemente uma realidade a prophylaxia da lepra neste Estado.

De accôrdo com esse proposito, o governo está providenciando para que seja iniciada, dentro de dois mezes, a construcção de um grande leprosario-modelo, em terras que o Estado possui nos campos de Santo Angelo, estação do mesmo nome, E. F. Central do Brasil.

A colonia-hospital constará de diversos pavilhões, isolados entre si, de modo a que os homens fiquem separados das mulheres, assim como os menores dos adultos.

Os doentes que puderem trabalhar, dedicar-se-ão á cultura das terras, especialmente á pequena lavoura.

As despesas com a execução destas obras foram orçadas em tres mil contos de réis.

Figura 25. Anúncio de construção do Asilo-Colônia Santo Ângelo.

Fonte: O Estado de S. Paulo, 22 de fevereiro de 1918, p. 03.

A proposta de distribuição espacial em zonas inspirou-se em experiências internacionais, tais como a leprosaria de Lousiana, Nacional Leprosarium Carville, nos EUA, instituição que concentrou praticamente o atendimento de todos os pacientes

23 Arthur Neiva (1880 – 1943) cientista, etnógrafo e político brasileiro, foi discípulo de Oswaldo Cruz e possuiu grande participação nas campanhas de profilaxia da malária, em 1906. Entre 1917 e 1918 atuou como diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo e foi autor do Código Sanitário de 1918, quando se filiou a Sociedade Eugênica de São Paulo. Posteriormente dirigiu o Museu Nacional do Rio de Janeiro, entre 1923 e 1927 e tornou-se superintendente do Instituto Biológico do Estado de São Paulo. Foi membro de entidades científicas no Brasil, na Argentina e nos Estados Unidos.

do país. Um dos aspectos inovadores propostos foi o modelo de divisão do atendimento aos doentes mais graves em pavilhões²⁴, modelo que foi o mesmo adotado nos asilos do estado de São Paulo. Já o modelo encontrado na Leprosaria de Fontilles, instituição privada inaugurada em 1908, entre Alicante e Valência, na Espanha, se aproximava da organização pretendida como colônia agrícola.

A partir destes modelos, no traçado interior dos asilos, foram definidas três zonas estruturantes: a “Zona Sã”, a “Zona Doente” e a “Zona Intermediária” – dividindo espacialmente as pessoas, evitando-se o contágio entre os doentes e os funcionários e setorizando os serviços, conformando autênticas cidadelas²⁵ (**Figura 26**).



Figura 26. Implantação da Leprosaria Modelo.

A implantação das zonas segue o seguinte posicionamento, da esquerda para a direita – Zona Doente, Zona Intermediária e Zona Sã. Fonte: (CAIUBY, 1919²⁶ apud COSTA, 2008).

No projeto idealizado por Caiuby, a implantação respeitava a superfície natural do terreno, a preocupação com a integração dos setores com a natureza e nas edificações. Apoiando-se em pesquisas sobre a influência das condições do meio ambiente na saúde dos indivíduos, Caiuby dispunha os equipamentos de forma que

24 Os pavilhões Carvilles configuram o modelo referenciado da Nacional Leprosarium Carville, de Louisiana, que propõe pavilhões isolados, de maior privacidade, setorizados por gêneros e que incluíam quartos individuais, com banheiros coletivos e compartilha as áreas sociais tais como cozinha, lavanderia e sala (LINS, 2018).

25 Esta forma de implantação foi aplicada a todos os asilos-colônia paulistas e, posteriormente, nacionais, através do Plano Nacional de Combate a Lepra implantado pelo Ministro da Educação e Saúde – Gustavo Capanema.

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

atendesse ao cotidiano funcional dos doentes, além de ter se preocupado com que elementos construtivos como aberturas, coberturas e disposição dos compartimentos internos seguissem os preceitos sanitários da época.

Na Zona Sã, Caiuby situou a residência do administrador, a residência dos médicos, estudantes e convidados, além das instalações dos religiosos - como as de freiras e padres. Era também a zona onde situava-se o edifício dos filhos sadios dos internos, separados de seus pais, até que fosse concluída a construção do primeiro preventório paulista (COSTA, 2008).

A Zona Intermediária, no projeto original, abrigava alguns funcionários e residentes. Já, a Zona Doente possuía a real característica de minicidade, dividida em: área dos solteiros, com pavilhões masculinos e femininos e casas para os casais que se formavam no asilo. Contava também com setor administrativo, de pesquisa e residência da família do porteiro – sendo que neste setor, a circulação dos doentes não era permitida. As áreas de lazer, esporte e trabalho, assim como o templo, a farmácia e os refeitórios, eram de uso exclusivo da população doente e todas as funções que pudessem ser realizadas pelos próprios internos, garantiam um cotidiano dentro dos padrões da normalidade. Cabeleireiros, atendentes de bombonieres, sapateiros, funcionários das fábricas de sabão, de tijolo, de refrigerante, do rádio, do cassino e do cine-teatro eram ofícios exercidos pelos próprios doentes, assim como os pequenos atendimentos ambulatoriais (FELICIANO, 2008).

Sofrendo algumas modificações e simplificando a disposição do programa, o projeto concretizado para o Asilo-Colônia Santo Ângelo, e inaugurado em 1928 (**Figura 27**), mantém a característica principal idealizada pelos isolacionistas, ou seja, a demarcação de zonas.



Figura 27. Imagem aérea do Asilo-Colônia Santo Ângelo, 1926.

Fonte: Instituto Geográfico e Cartográfico, 1926.

Como forma de promoção de atividades de cultura e lazer no asilo-colônia, o primeiro cineteatro (**Figura 28**), construído para o Santo Ângelo, contou com diversas reformas e abrigava shows e outras apresentações regulares para os internos, além de exposições de filmes semanais, contando com ao menos uma sessão gratuita, organizados pela Caixa Beneficente e financiados pela atividade filantrópica. Posteriormente, no intuito de atender a grande quantidade de novos pacientes que chegaram ao asilo, a Caixa Beneficente lançou uma campanha de arrecadação de fundos para a construção de um segundo cineteatro:

O apelo dos 1.600 hansenianos desse modelar estabelecimento empolgou o povo paulista, que contribuiu generosamente para esse humanitário movimento. (...) Em benefício da construção do Cineteatro foram promovidos festivais, espetáculos teatrais, jogos desportivos e organizaram-se bandos precatórios que nas ruas de São Paulo solicitavam donativos. (Revista de Combate à Lepra, 1941²⁷ apud FELICIANO, 2008, p. 92)

²⁷ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. Revista de Combate à Lepra, 1941.

Conferiu-se ao final da campanha uma quantia próxima a 300:000\$000 réis, facilitando a construção do segundo cineteatro, projeto do arquiteto Rino Levi, inaugurado em 1948 (**Figura 29**), que possibilitou aos internos maior acesso à exposições de filmes e shows de artistas da época (FELICIANO, 2008).



Figura 28. Primeiro cineteatro do Asilo-Colônia Santo Ângelo, 1934 e ~1940 (antes e depois da reforma).

Fonte: Acervo do Dr. Pupo, 1934 apud. Feliciano, 2008 e Acervo do Museu de Saúde Pública, final da década de 1930²⁸, respectivamente.



Figura 29. Segundo cineteatro do Asilo-Colônia Santo Ângelo, projetado por Rino Levi, [s.d.].

Fonte: Costa, 2008.

O terreno ocupado pelo Santo Ângelo foi desapropriado e constou como propriedade do Estado de São Paulo. Por dificuldades administrativas, os 130 hectares foram vendidos para a Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, que por sua vez, iniciou um processo de concessão de uso de pequenas parcelas de terras para os agricultores que se instalaram e cultivavam as terras no entorno das áreas edificadas pelo Asilo-Colônia, oferecendo contratos de permissão de cultivo de verduras (PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES, 2020).

Em 1937, a Caixa Beneficente adquiriu uma área de pouco mais de 2 hectares para exploração, inicialmente da lenha, mas onde posteriormente instalou-se uma edificação para servir de departamento de policultura (**Figura 30**), selaria e fábrica de

²⁸ O teatro substituiu os bancos de madeira pelas cadeiras individuais no ano de 1937.

sabão (**Figura 31**), além de cultivo de produtos hortifrutí que abasteciam tanto a colônia quanto o município. Os próprios internos adquiriram terras no entorno da colônia e iniciaram sua produção hortifrutigranjeira. Os vestígios desse processo, que foi iniciado com a implantação do asilo permanecem até hoje, pois grande parte das terras arrendadas neste período se mantiveram com as mesmas famílias (UNIDADE DE PRESERVAÇÃO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO, [s.d.]).

Para melhorar a qualidade das edificações, a Caixa Beneficente e a diretoria publicavam as atividades que envolviam o asilo-colônia, as visitas que recebiam e solicitava doações através de matérias nos jornais (**Figura 32**). Assim, notícias e prestações de contas sobre o asilo-colônia eram regularmente observadas nos noticiários impressos da época.



Figura 30. Sede do departamento de policultura, 1937.

Fonte: Acervo da Diretoria Técnica do CERAPC, 1937.



Figura 31. Fábrica de Sabão da Caixa Beneficente, 1937.

Fonte: Acervo da Diretoria Técnica do CERAPC, 1937.



Figura 32. Divulgação da visita de Adhemar de Barros – então inventor federal, 1938.

Fonte: Jornal A Nota, 26 de junho de 1938.

Em 1956, uma família japonesa descobre o *caulim*, em solo da região de Varinhas, próximo à área do asilo-colônia e inicia-se, então, um processo de exploração e venda do recurso. O município entra em ascendência com a exploração de diversas substâncias, sendo: areia, granito, o próprio *caulim*, argila, *gnaisse*, água mineral, saibro e argila refratária²⁹. Toda essa exploração corroborou para o surgimento, ao longo do tempo, de diversos problemas socioambientais, tais como a contaminação da APA³⁰ e as investidas do mercado imobiliário, que desde esta época

²⁹ Para consulta, acesse: <http://g1.globo.com/sp/mogi-das-cruzes-suzano/noticia/2017/02/mogi-e-2-maior-produtora-de-minerais-da-grande-sp-aponta-estudo.html> (“Mogi é a 2a maior produtora de minerais da Grande SP, aponta estudo”, 2017)

³⁰ Para consulta, acesse:

já preocupava a gestão do asilo-colônia. Em 1988, a Diretora Administrativa do Santo Ângelo, Nanci dos Santos D. Cardoso, teve a iniciativa de escrever ao diretor geral de Saúde do Estado de São Paulo, solicitando o tombamento da área do Asilo-Colônia para o Condephaat:

(...) esta solicitação de tombamento abrange não só os prédios (arquitetônico) como também o complexo como um todo (ecológico). Nesta parte, o ecológico, este tombamento visa conservar, ainda que pouco, da ecologia que se mantém em torno do Hospital apesar das investidas especulativas do poder imobiliário e também das mineradoras que estão solapando e degradando tanto o subsolo, de onde é retirado a argila, como também a superfície, que vai se transformando em lagos de águas paradas e muito perigosas para a população e nada benéficas ao meio ambiente. (UNIDADE DE PRESERVAÇÃO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO, [s.d.]

3.1.1 A transformação da paisagem do município

Em 2008, a Santa Casa vendeu as terras à mineradora Itaquareia, delimitando apenas a área do Centro Especializado em Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti (CERAPC), instituição que passou a funcionar no asilo, que será detalhada mais adiante, para administração do Estado de São Paulo. A mineradora iniciou um processo de reintegração de posse das áreas de produção rural, que se estendeu até 2017, quando se publicou a Lei 13.465 que viabilizava a regulamentação fundiária em áreas de proteção de mananciais. Assim, a prefeitura, em parceria com a mineradora, após a desapropriação das terras ocupadas por produtores pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), realizou um levantamento das famílias que habitavam e cultivavam a área e iniciou o processo de regularização (PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES, 2020).

A falta de acompanhamento da área do entorno do CERAPC, pelas autoridades municipais, resultou na ocupação do território por comunidades carentes, que utilizam a infraestrutura de transporte do Centro para se deslocar às áreas mais centrais do município, além de abrigar agricultores, que se instalaram no bairro a partir da concessão de uso da terra, numa parcela da área do bairro denominado Chácara dos Baianos.

<https://www.noticiasdemineracao.com/seguran%C3%A7a/news/1372308/pol%C3%ADcia-encontra-material-contaminante-dentro-de-mineradora-em-s%C3%A3o-paulo> (“Polícia Encontra Material Contaminante Dentro De Mineradora Em São Paulo”, [s.d.]

A revisão do Plano Diretor, estabelecida em 2019, reverteu algumas tendências de dinamização urbana que ocorriam, até então, no sentido leste, oposto ao território do asilo-colônia. Investimentos fundiários, a execução de programas habitacionais advindos de parcerias e programas de regularização fundiária junto ao Governo do Estado de São Paulo se intensificaram e foram traçados diversos objetivos específicos para as centralidades dos distritos de Mogi das Cruzes, tais como: “qualificar o conjunto de centralidades existentes nas áreas de ocupação consolidada, bem como ordenar o crescimento das novas centralidades nas áreas em processo de consolidação” (PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES, 2019 Art. 5º, item II).

Entre as estratégias estabelecidas, destaca-se “promover a conexão da área com os bairros à leste, aprimorando a interligação às demais centralidades já consolidadas”(PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES, 2019, p. 31), de onde pode-se inferir a intenção de conexão de uma centralidade que esteve à margem dos investimentos urbanos até então, com outra centralidade já consolidada: a do distrito sede (**Figura 33**). Portanto, a proposta não tinha ainda a intenção de conectar as regiões periurbanas e as áreas complexas de ocupação por uso agrícola, regiões de proteção ambiental, de mineração e de habitação irregular, que podem ser encontradas ao sul da centralidade de Jundiapéba.

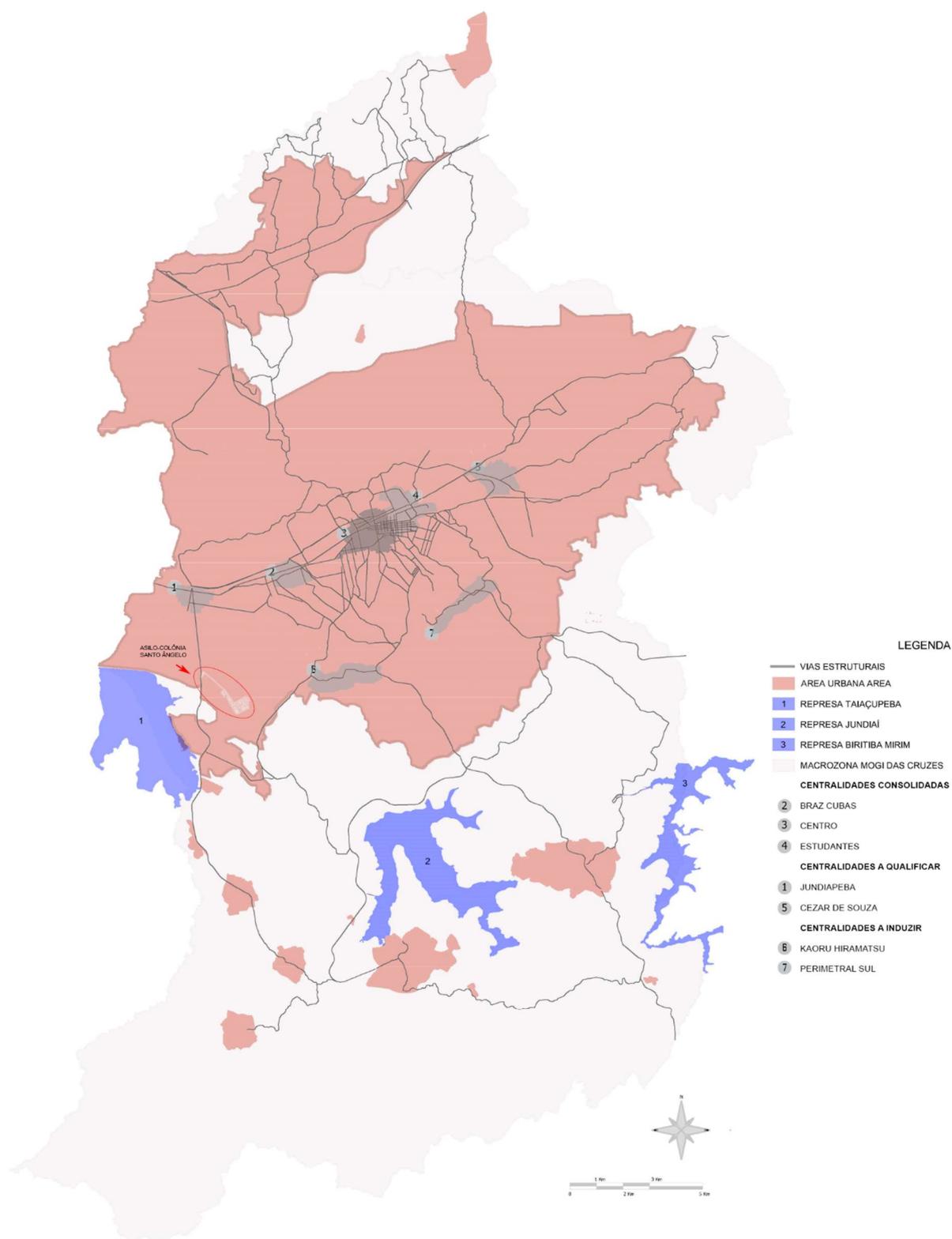


Figura 33. Centralidades urbanas no município de Mogi das Cruzes.

Fonte: Elaboração própria sobre dados da Lei Complementar nº 150/19, Capítulo II³¹, 2022.

31 Centralidades Consolidadas – apoiadas por “presença significativa de infraestrutura urbana e equipamentos urbanos, sociais ou comunitários públicos [, estações de trens] e terminais de ônibus”. Possuem áreas livres qualificadas e “desempenham um papel estratégico e de influência sobre as demais áreas” (Lei Complementar nº 150/19, Art. 19.)

A partir da Lei Complementar nº 7.200 de 2016, considerou-se o território intramuros do Santo Ângelo como Subárea de Urbanização Controlada (SUcT) (**Figura 34**), no qual estabeleceu-se como diretrizes de planejamento:

- I - conter o processo de expansão urbana desordenada;
 - II - estimular a implantação de empreendimentos habitacionais de interesse social associados a equipamentos públicos e sociais, bem como ao comércio e aos serviços de âmbito local;
 - III - vincular a implantação de novos empreendimentos e instalação de infraestrutura de saneamento ambiental;
 - IV - promover a implantação e melhoria progressiva do sistema público de saneamento ambiental;
 - V - estimular a ampliação e recuperação dos sistemas de áreas verdes e de lazer em propriedades públicas e privadas;
 - VI - prevenir e corrigir os processos erosivos;
 - VII - promover a implantação de equipamentos públicos;
 - VIII - promover a pavimentação de modo prioritário das vias de circulação de transporte coletivo;
 - IX - promover a requalificação e recuperação urbana e ambiental.
- (PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES, 2019, p. 30)

Neste sentido, pode-se destacar apenas dois dos itens, dadas as características internas do complexo: “estimular a ampliação e recuperação dos sistemas de áreas verdes e de lazer em propriedades públicas e privadas” e “promover a implantação de equipamentos públicos”, fatores que, se levados a cabo, mesmo que após 6 anos de sua normatização, poderiam corroborar para o processo de ressignificação do complexo e integração ao território.

Centralidades a qualificar – são caracterizadas “pela presença incipiente de atividades comerciais e de serviços e também pela ocorrência significativa de equipamentos urbanos, sociais ou comunitários públicos, com infraestruturas de transporte coletivo implantadas ou em projeto [apresentam-se] e como áreas não consolidadas e que apresentam processos de ocupação do tecido urbano em curso, inclusive com previsão de grandes núcleos de parcelamento do solo em suas proximidades” (Lei Complementar nº 150/19, Art. 20.)

Centralidades a induzir – “são localizadas ao longo da expansão prevista da perimetral viária ao sul da mancha urbana principal (...) correspondem a áreas nas quais já se identifica um processo de urbanização em curso, marcado principalmente pelo parcelamento do solo, com predomínio de usos residenciais multifamiliares, em um tecido urbano fragmentado e desconexo.” (Lei Complementar nº 150/19, Art. 22.)

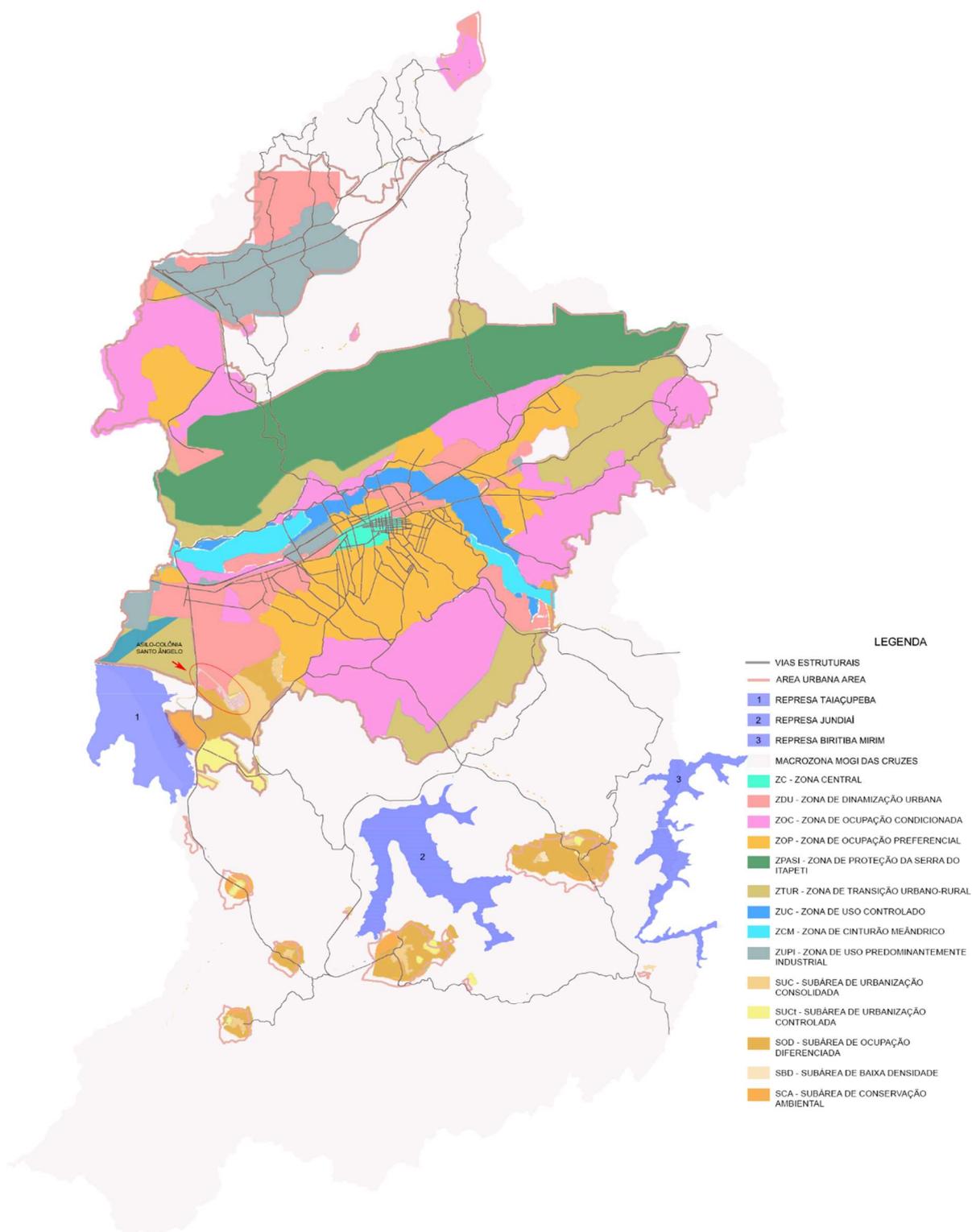


Figura 34. Zoneamento do município de Mogi das Cruzes.

Fonte: Elaboração própria sobre dados da Lei Complementar nº 150/19, 2022.

O CERAPC está inserido em uma Macrozona de Ocupação Periurbana (**Figura 35**) e com áreas entre Zonas Especiais de Interesse Social voltadas à:

promoção e a regularização fundiária e urbanística dos assentamentos precários e irregulares existentes localizados em áreas públicas ou privadas, urbanas ou rurais, bem como o desenvolvimento de programas habitacionais de interesse social voltados predominantemente à provisão de moradias para a população de baixa renda. (PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES, 2019 Art. 31°).

Mantém uma vigilância 24h no complexo e solicita viaturas regularmente para observação da movimentação e segurança dos funcionários e moradores, devido à presença no entorno de uma ocupação irregular. Além disso, há um projeto em curso de construção de um muro para cercar todo o complexo, com o intuito de prevenir a ocupação de outras áreas, como o Bairro do Limão e o Bairro Jardim Brasil, em especial, das residências desabitadas.

Observa-se que as estratégias traçadas para solução de casos no âmbito social vão ao encontro das diretrizes estabelecidas para estas áreas, pois a promoção de equipamentos públicos, pavimentação das vias, ampliação de serviços de transporte, recuperação das áreas verdes e de lazer, regularização fundiária e qualificação dos serviços públicos são todas estratégias que atuariam o complexo e certamente aumentariam a segurança, sem a necessidade de murá-lo e consagrá-lo como enclave no território estabelecido.

Embora a administração do Centro de Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti afirme que as lideranças das comunidades do entorno foram contatadas e que estão de acordo com a construção do muro, há questões que podem gerar conflitos futuros, como a restrição de uso dos equipamentos de lazer, a liberdade de circulação por caminhos que passam hoje por dentro do complexo e que obrigarão aos moradores contornar o seu perímetro, assim como ações de desocupação por parte da municipalidade, que podem ser acionadas a partir da conclusão dos muros de proteção. Além de todo o processo para cercar o complexo ser controverso à reintegração destes moradores ao município, a dificuldade de manter a segurança em uma área tão afastada, cria um tensionamento com a instituição, fato que certamente seria solucionado se houvesse uma maior participação da gestão urbana do município.

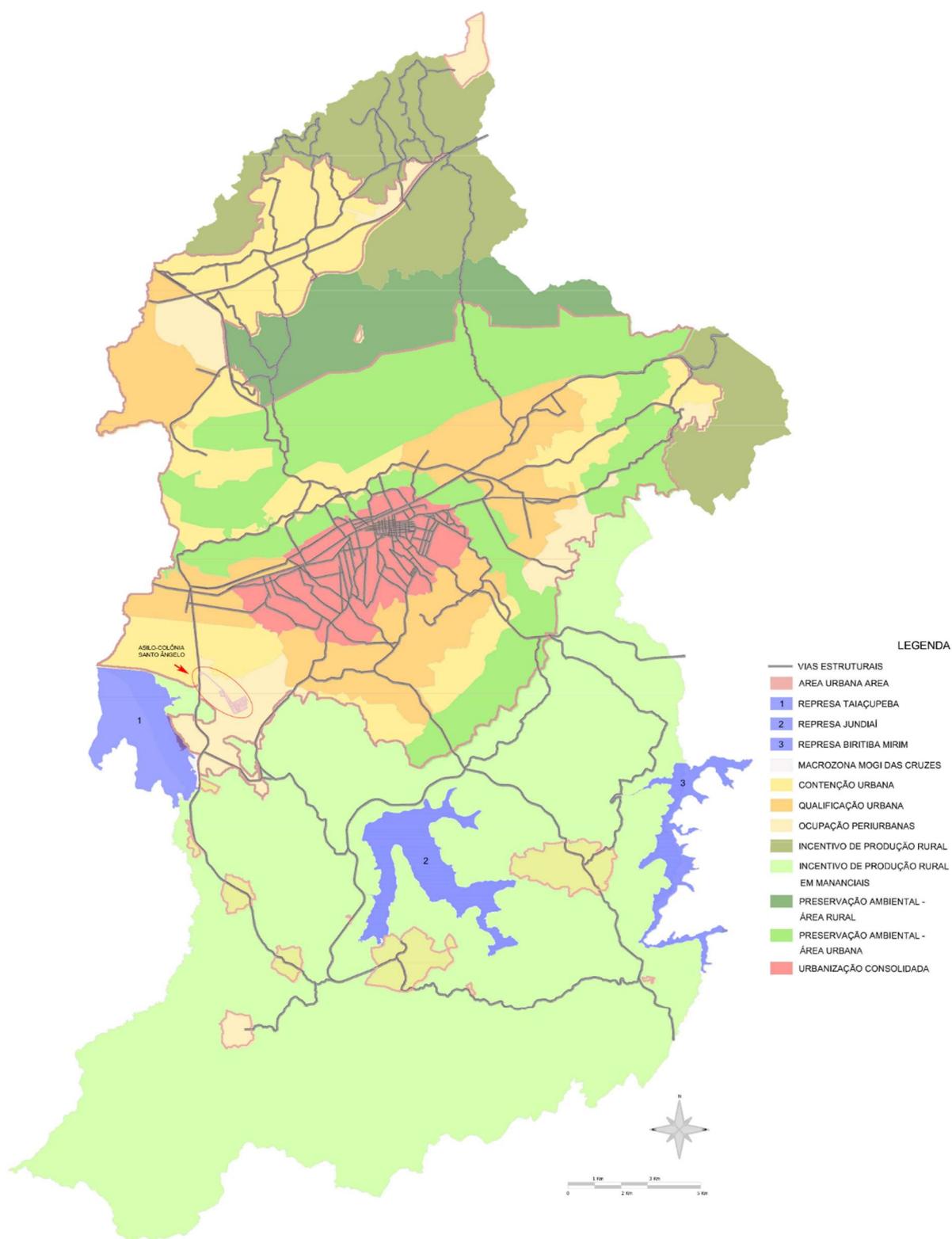


Figura 35. Macrozoneamento do município de Mogi das Cruzes.

Fonte: Elaboração própria sobre dados da Lei Complementar nº 150/19 Capítulo I, 2022.

Mesmo tendo sua relevância pautada em diversas publicações, desde folhetos até a página oficial do Diário oficial do município de Mogi das Cruzes, e reconhecendo

que a história desse equipamento está vinculada ao desenvolvimento do distrito de Jundiapéba e da trajetória da saúde pública em Mogi das Cruzes. O programa de metas do plano municipal de cultura, instaurado a partir da Lei nº 7.536 de 2019, que tem como “finalidade o planejamento e implementação de políticas públicas de longo prazo” no âmbito cultural, de forma a fortalecer e intensificar as ações e o planejamento de políticas públicas (PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES, 2019), nem sequer cita o Centro de Reabilitação no documento, ou propõe qualquer iniciativa de ativação do complexo, seja de caráter cultural ou de conscientização da memória deste patrimônio. O Conselho de Preservação do Patrimônio Histórico, Cultural e Artístico (COMPHAP), é responsável pela gestão dos patrimônios do município de Mogi das Cruzes, porém, não há um acervo documental no antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo.

As estratégias de ressignificação do espaço e reintegração da população ao complexo são operadas por dois órgãos, o Condephaat e o próprio CERAPC, e a gestão municipal não interfere e nem o inseriu no planejamento territorial e cultural. A dificuldade de acesso, combinada às condições do entorno imediato, são barreiras difíceis de transpor para possibilitar o conhecimento deste patrimônio e salvaguardar as memórias dos acometidos pela hanseníase.

3.1.2 O Centro de Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzutti Cavalcanti

O CERAPC é um centro voltado ao atendimento de pacientes com doenças crônicas, mantido pela secretaria estadual de saúde e utiliza parte da área do antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo para administração, internação, residência geriátrica, ambulatório e área de pesquisa, pois é campo de estágio para alunos dos cursos de saúde das universidades próximas. Utilizando-se de duas portarias de acesso externo e uma de divisão interna, o centro mantém a racionalidade setorizada para localização dos serviços e separação dos ex-internos e suas famílias das áreas residenciais da antiga colônia.

O acesso principal é feito pela Rodovia Engenheiro Cândido do Rego Chaves, estrada que interliga à centralidade de Jundiapéba e por onde pode-se acessar o antigo cemitério. Ao fundo, pode-se percorrer o Conjunto Residencial Santo Ângelo para ingressar pela portaria secundária e diretamente ao terceiro setor, projetado como “Zona Doente”.

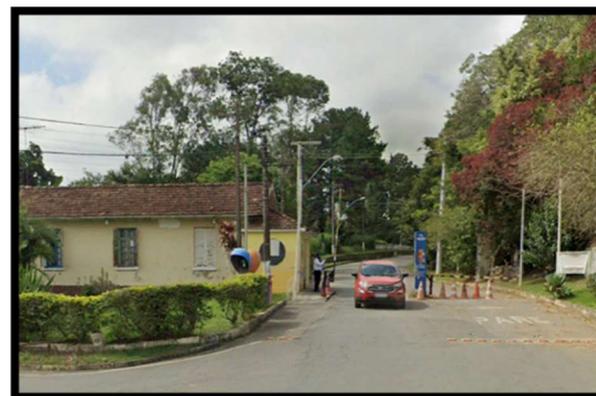
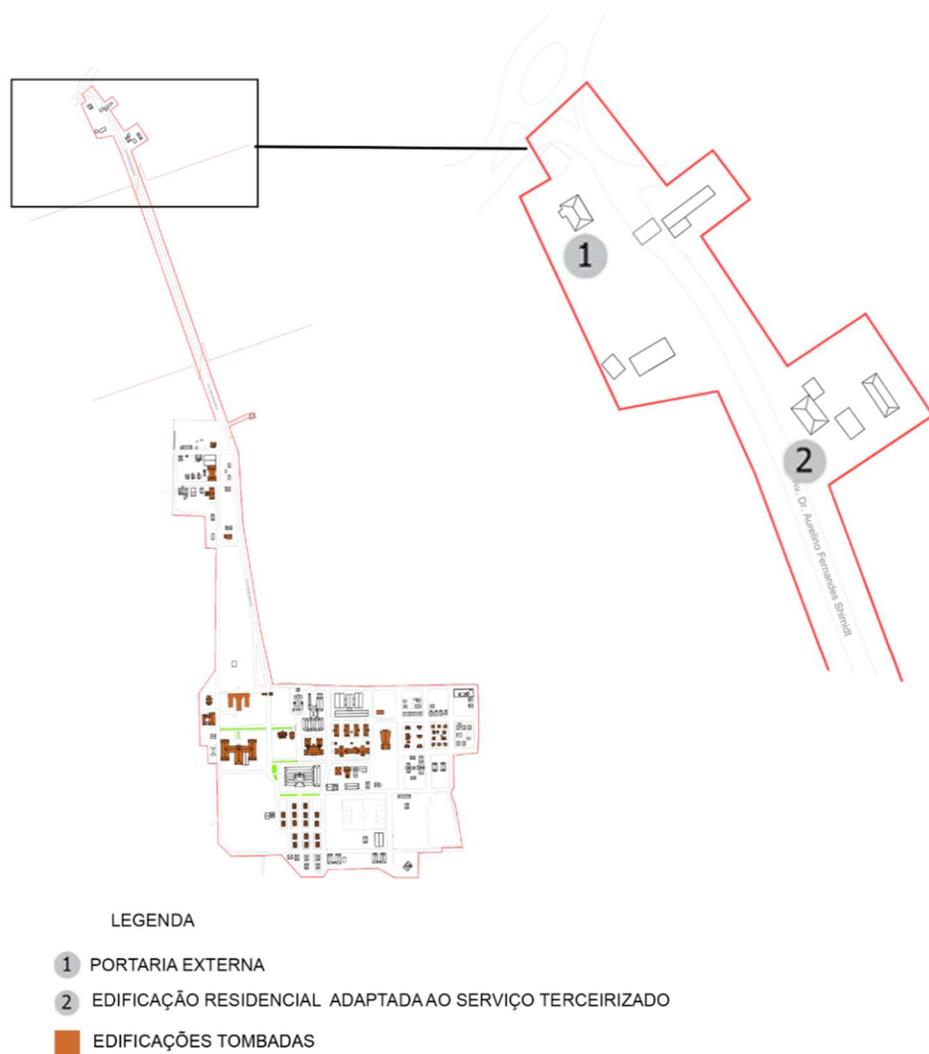
O setor que inicialmente foi projetado para configurar a “Zona Sã” do asilo-colônia (**Figura 36**), atualmente mantém algumas residências, adaptadas e utilizadas como locais de apoio ao serviço de segurança terceirizado. Esta área se mantém com uma entrada discreta, arborizada, acessada por uma das saídas da Rod. Eng. Cândido do Rego Chaves.

O segundo setor de acesso (**Figura 37**), a partir da portaria principal, configura a antiga “Zona Intermediária”, abriga atualmente uma área de administração, com o setor de recursos humanos e o escritório de arquitetura, e uma área de apoio, com os edifícios de almoxarifado e perícia médica. Mantém uma faixa residencial e algumas edificações vazias, tanto por riscos estruturais, quanto por falta de manutenção básica.

Separados por uma faixa de plantação de eucaliptos, administrada pela Caixa Beneficente, pode-se acessar algumas edificações antes de uma portaria interna – que leva o letreiro do Centro de Reabilitação (**Figura 38**): a antiga cadeia e o antigo pavilhão de mulheres solteiras - ambas edificações atualmente sem usos; os fundos do antigo pavilhão geriátrico - que funciona atualmente como depósito de materiais hospitalares e armazena algumas peças do acervo memorial do Santo Ângelo; a Igreja – sem funcionamento por falta de manutenção do telhado; e a garagem, que serve como estacionamento da frota de ambulâncias.

Já, após acesso pela portaria (**Figura 39**), o terceiro setor engloba a administração, a edificação de diretoria geral e gerência clínica médica - pode-se identificar que tais residências possuíam funções importantes no projeto original, pois sua arquitetura se destaca diante das residências construídas pelos internos, além de estarem localizadas próximas da igreja católica, o que configura uma posição social favorecida; os pavilhões de assistência funcionam como ambulatório, internação e refeitório dos plantonistas; e logo ao lado estão os serviços de barbearia e o espaço do salão de beleza - administrado por uma moradora local.

O armazém da caixa beneficente (**Figura 40**) - com produtos hortifruti; o antigo cassino - que atualmente funciona como lanchonete; a sapataria; marcenaria; oficina elétrica; e uma bomboniere, complementam as estruturas comerciais que se mantiveram sob os cuidados dos ex-internos ou de colaboradores residentes nos bairros (**Figura 41**).

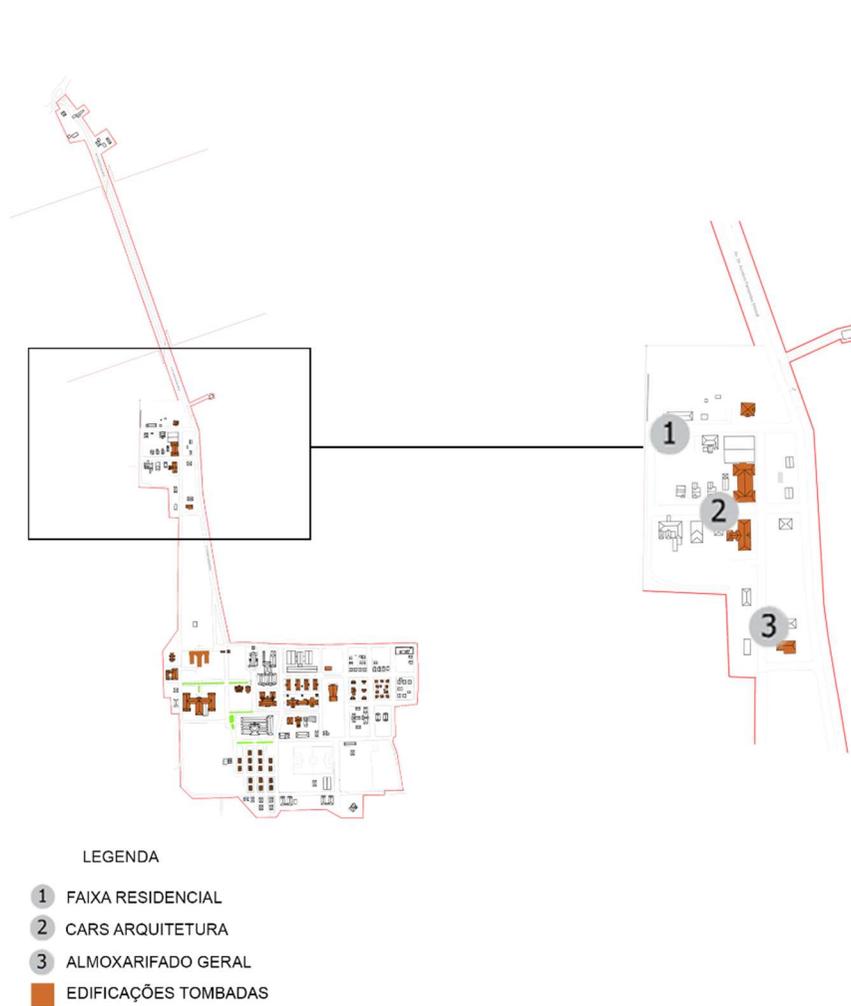


1



2

Figura 36. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais.
 Fonte: Elaboração própria e fotos da autora, 2022.



1



2



3

Figura 37. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais.
Fonte: Elaboração Própria e fotos da autora, 2022.

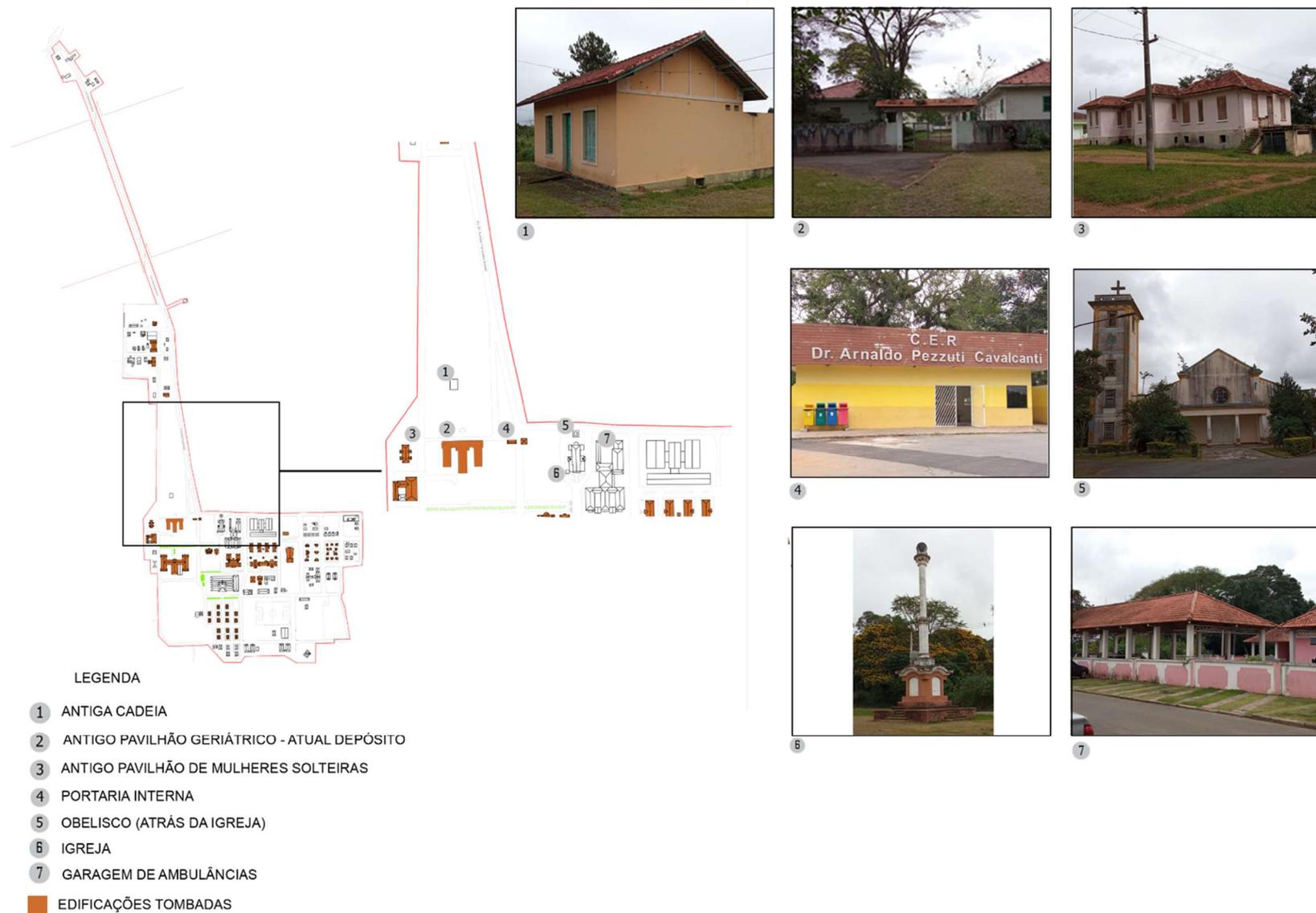


Figura 38. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais.
 Fonte: Elaboração própria e fotos da autora, 2022.

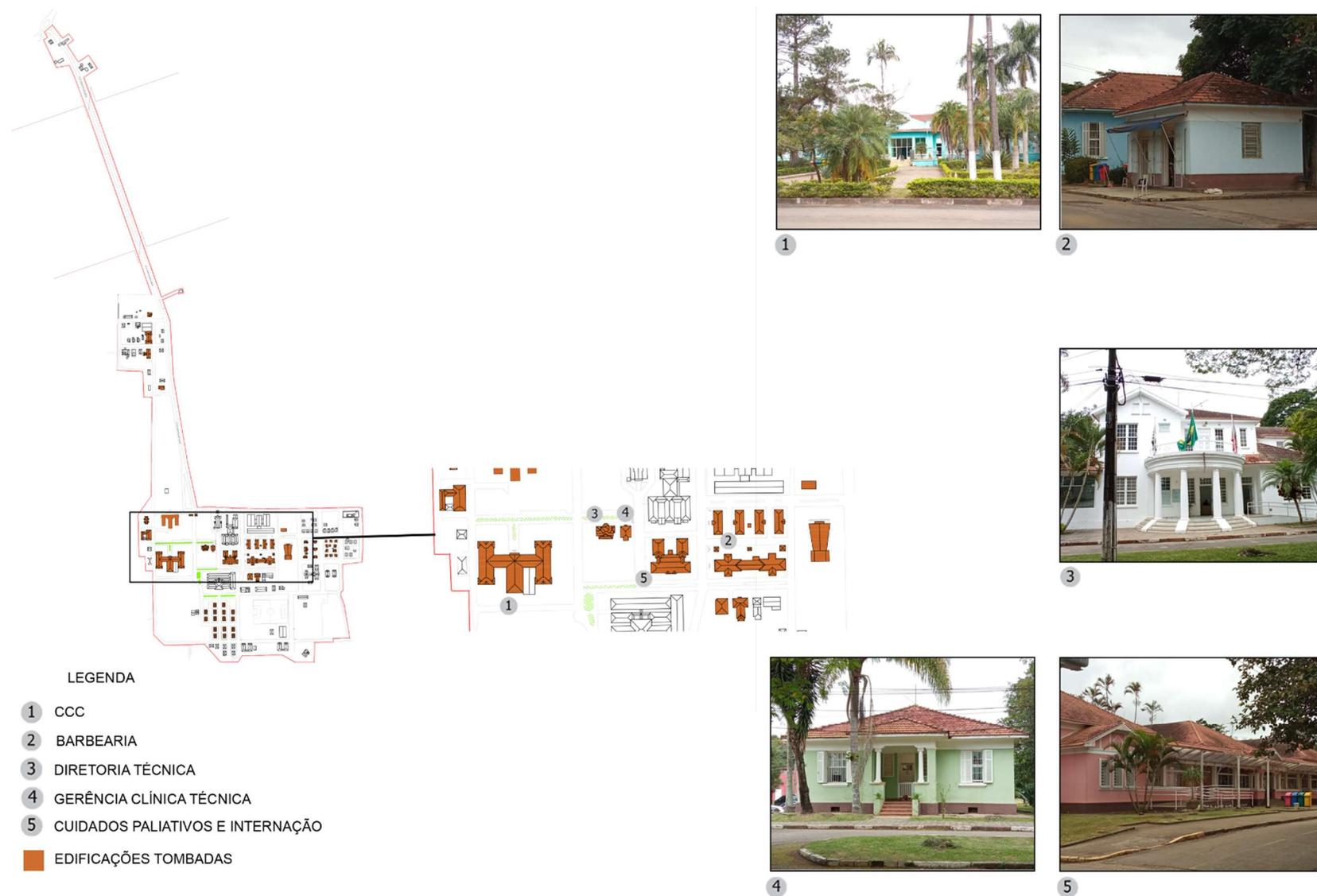
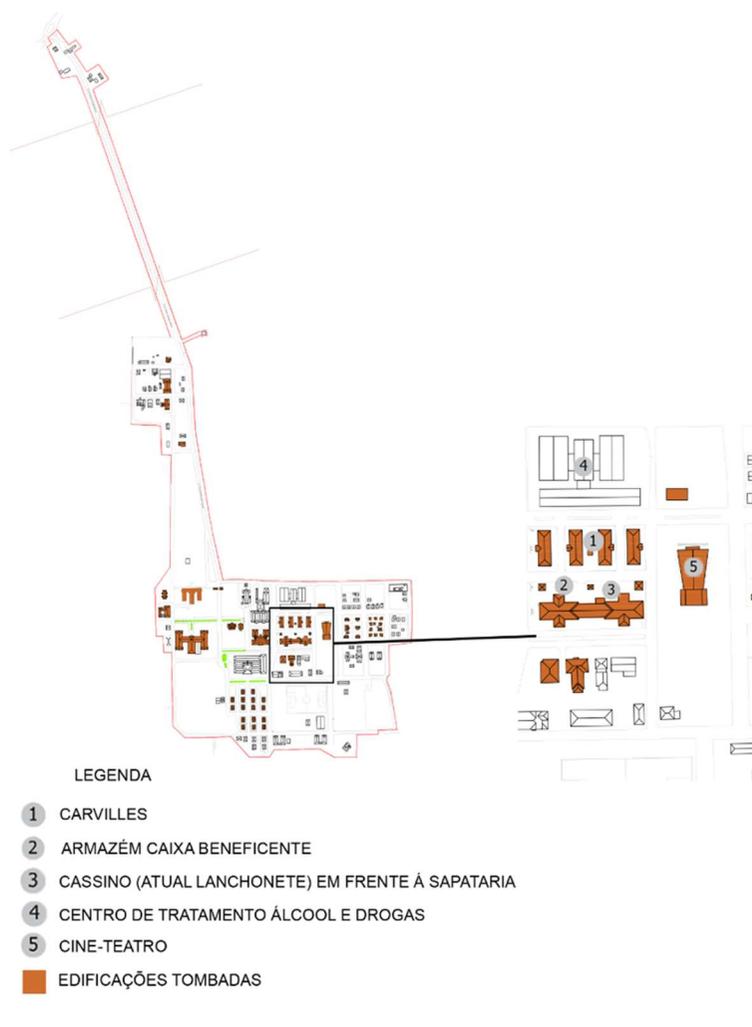


Figura 39. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais.
 Fonte: Elaboração própria e fotos da autora, 2022.



1



2



3



4



5

Figura 40. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais.
 Fonte: Elaboração própria e fotos da autora, 2022.

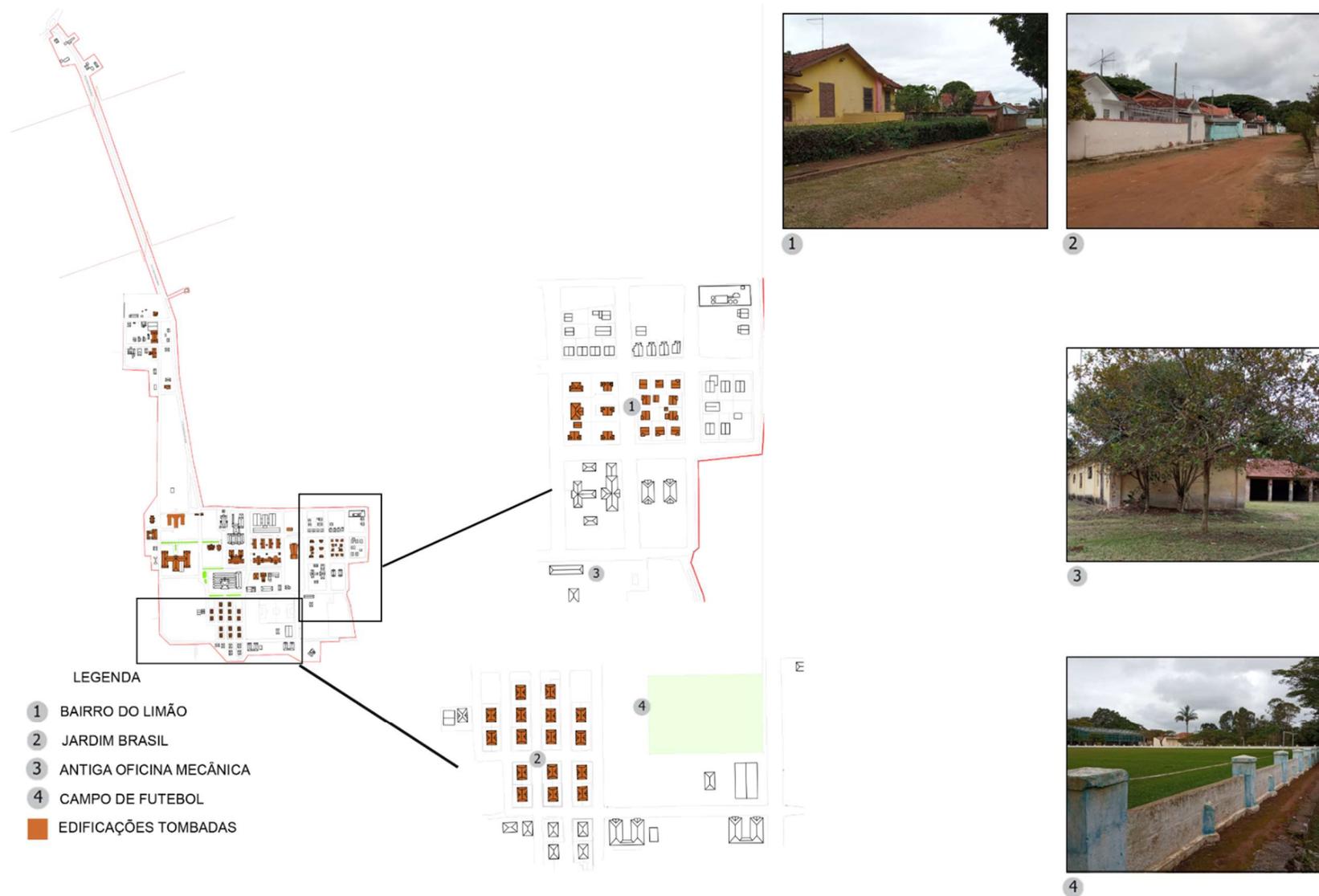


Figura 41. Recorte da implantação total do CERAPC (antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo) e imagens locais.
 Fonte: Elaboração própria e fotos da autora, 2022.

Além disso uma variedade de edificações religiosas pode ser encontrada, algumas sem funcionamento: duas igrejas evangélicas no bairro Jd. Brasil, outra próxima ao velório, um centro espírita e uma capela. Como áreas esportivas, permanecem um campo gramado de futebol, uma quadra coberta e dois pavilhões do tipo Carvilles.

Também se constatou que uma série de construções e equipamentos foram demolidos, ao longo do tempo. Uma antiga área de lazer dos ex-internos foi demolida para criação de um pavilhão com capacidade de 250 leitos para pacientes em reabilitação de Álcool e Drogas. Assim, atualmente, o Complexo não conta mais com o típico tablado de dança, o coreto e a praça, que funcionaram desde a implantação do asilo³². O pergolado também foi demolido na década de 1940 para construção do refeitório para os internos.

3.2 O Asilo-Colônia Aimorés e a cidade de Bauru

O Asilo-Colônia Aimorés foi o último projetado no Estado de São Paulo, completando a rede de profilaxia da hanseníase e inaugurado em 1933, na região de Bauru. Foi concebido inicialmente a partir da reunião de 64 municípios, que contribuíram por 2 anos com 10% de suas rendas anuais à Comissão Pró-Leproso de Bauru. Porém, sua implementação foi interrompida por falta de verbas e o asilo foi incorporado pelo Estado, que concluiu as obras e inaugurou a colônia.

Situado a 12 km do centro da cidade de Bauru, próximo à modesta estação ferroviária Aimorés (**Figura 42**), da Companhia Paulista de Estradas de Ferro, também podia ser acessada pelas estradas de ferro Noroeste do Brasil e Sorocabana, através da estação central de Bauru. O complexo atendia toda a região nordeste do estado.

³² Contudo, este pavilhão encontra-se sem uso no momento. Segundo informação da administração, após concluído, serviu apenas para internação de casos graves no período inicial da pandemia de COVID-19, em 2020.

SECÇÃO LIVRE
Companhia Paulista de
Estradas de Ferro

Estação de Aymorés

Faz-se publico que no dia 23 de Julho corrente será aberta ao trafego publico a estação de Aymorés, situada no km. 28,500 do Ramal de Bauru, desta Companhia, sendo o seguinte o quadro de horario de trens da referida estação:

| PO.3 | | PO.9 | | NO.15 | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Chega | Parte | Chega | Parte | Chega | Parte |
| 16.47 | 16.45 | 21.17 | 21.18 | 4.28 | 4.31 |

| PO.10 | | PO.16 | | NO.6 | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Chega | Parte | Chega | Parte | Chega | Parte |
| 4.50 | 4.31 | 10.10 | 10.20 | 23.24 | 23.25 |

São Paulo, 11 de Julho de 1933.
HEITOR FREIRE DE CARVALHO
Directór Secretario Geral

Figura 42. Abertura da Estação Aymorés.

Fonte: O Estado de S. Paulo, 13 de julho de 1933.

A primeira inauguração da estação é notificada em 1928, como ramal da estação bauruense, nos relatórios anuais da Cia. Paulista. Já a segunda data de inauguração coincide com a abertura do asilo-colônia e foi divulgada pelos jornais, tal qual a figura 42 demonstra. A estação nunca teve uma grande estrutura, no entanto, a pequena edificação de apoio foi demolida pela Fepasa em 1986, dado seu estado de depredação, restando apenas a cobertura existente no lado oposto dos trilhos (**Figura 43**) (GIESBRECHT, 2018).

Com uma área de 775 hectares, após concluído, foi utilizado como cartão de visitas da rede³³ (**Figura 44**). Foi projetado como uma colônia agrícola, seguindo as premissas ideais de um projeto de asilo-colônia: “O ‘Aymorés’ passou a ser uma espécie de ‘Asilo-Colônia Modelo’, para onde eram levadas as visitas importantes do Serviço Oficial; por isso, sua disposição e apresentação requeriam maior esmero por parte do Serviço Oficial.” (COSTA, 2008).

33 Para conhecimento deste filme de divulgação, acesse:
<https://www.youtube.com/watch?v=H2MUC-ieZ3M>



Figura 43. Estação Aymorés, 1986 e 2002, respectivamente.

Fonte: Foto do relatório da Fepasa, 1986 e foto de Kenzo Sasaoka, 2002, respectivamente, disponível em GIESBRECHT, 2018.

BAURU'

Asylo-Colônia Aymores

O Asylo-Colônia Aymores está situado a leste da cidade de Bauru', a 13 kilometros por boa estrada de rodagem e se destina a recolher os hansenianos de 80 municípios das zonas Noroeste e Alta Sorocabana.

Possuo area total de 256 alqueires de terras, dos quaes 5 estão, no momento, reservados exclusivamente para os doentes. Nessas terras fazem elles as suas culturas, sem qualquer contacto com a gente san que alli serve. Esta area será augmentada á proporção que crescer o numero dos asylados.

E' director do Asylo o dr. Euáas Carvalho de Aguiar, e assistentes clinicos os drs. João Abílio Gomes e Myrillo de Oliveira.

O methodo de trabalho de assistencia aos doentes e a ordem interna do asylo impressionam favoravelmente a todos quantos o visitam.

A gente san que alli trabalha está completamente isolada. Não tem communicações com a outra em que se encontram os doentes, senão no que diz respeito á assistencia medica e hospitalar.

Todo producto, todo o objecto que passa de uma para outra parte, está sujeito á desinfectação, que se processa em 18 horas de estufa, sob temperatura conveniente á extincção de bacillos.

Ha um "prefeito" dos doentes, a quem a administração lhe empresta a necessaria autoridade. A colonia já possui excellentes adaptações hygienicas e de cozinha, prevista e construídas para um elevado numero de asylados.

A parte de diversões será brevemente accrescida de theatro e cinema, além de campo de esporte, que já possui. A construcção de uma igreja tambem será atacada dentro em pouco.

A organização do asylo ainda não está completa. Vão ser nomeados, para o corpo de assistencia: 1 ophthalmologista, 1 dermatologista e 2 clinicos.

E' de absoluta necessidade esse augmento do corpo clinico da Colonia Aymores, pois, com o segundo pavilhão, cuja construcção ficará terminada dentro de poucos dias, terão abrigo 800 doentes, sendo a sua população actual de 153.

Ha ainda parte de novas construcções a ser feitas, afim de se completarem as obras do Asylo-Colônia Aymores, que contaram inicialmente com os esforços do dr. Rodrigo Rozeiro, antigo magistrado da comarca, e a Liga de São Lazaro, instituição local de protecção aos hansenianos.

Figura 44. Matéria de jornal sobre o Asilo-Colônia Aymorés.

Fonte: O Estado de S. Paulo, 22 de julho de 1933.

O asilo-colônia Aymorés contava inicialmente com alguns pavilhões destinados aos solteiros (Figura 45). As mulheres que recebiam pensão se instalaram tanto nos pavilhões, quanto – e preferencialmente – nos Carvilles, que garantiam mais conforto

e privacidade. Os homens que possuíam uma pequena renda solicitaram, posteriormente, a construção de um pavilhão do tipo Carville para sua instalação. Sob a administração da Caixa Beneficente, os moradores dos Carvilles também tinham direito de frequentar o restaurante, que possuía comida de melhor qualidade do que a fornecida pelo Estado e distribuída no refeitório.

No projeto original, foram reservadas algumas quadras para a construção de casas geminadas, destinadas aos casais que se formariam e as construções contaram com o auxílio da Caixa Beneficente (CB) e garantiam a concessão de uso para todos os internos.

Apesar de ser o menor dos asilos-colônia paulistas, possuindo apenas 774,4 hectares, o Aimorés desenvolveu fortemente seu setor agrícola, talvez pela possibilidade de cultivo em áreas que se mantiveram preservadas, ou pela disponibilidade espacial sem interferência municipal. A CB também auxiliava a produção das fábricas de sabão, de guaraná, de tijolo, de colchão, que se instalaram no asilo-colônia, bem como o setor hortifrutigranjeiro, o de criação de gado leiteiro e o de porcos, produtos semelhantes aos produzidos no asilo-colônia Santo Ângelo. Toda a produção era distribuída para o consumo dentro do complexo e revendida para os municípios limieiros, que aproveitavam os valores mais baixos para consumir os produtos. Cerca de 10 anos após sua inauguração o asilo já funcionava com autossuficiência e acreditava-se que mais de 2,5 mil pessoas chegaram a viver no Aimorés entre 1933 e 1962 (PENHA, 2014).



Figura 45. Imagem aérea do Asilo-Colônia Aimorés, 1975.

Fonte: Instituto Geográfico e Cartográfico, 1975.

O Aimorés destacou-se por possuir uma área de pesquisa, sob direção do Dr. Diltor V. A. Opromolla, médico mundialmente reconhecido na área de tratamento humanizado da hanseníase, que foi pioneiro em pesquisas sobre o tratamento de doenças dermatológicas, com destaque à hanseníase. Assim, quando convertido no Instituto Lauro de Souza Lima, tornou-se referência em Dermatologia Geral.

Diferentemente do Santo Ângelo, cujo cemitério se localiza fora do perímetro principal do complexo, para acessar o cemitério do Aimorés é necessário passar por toda a extensão da colônia. Neste, também a divisão de zonas garantia total isolamento dos doentes, porém, sem qualquer outro acesso em todo o perímetro.

Os primeiros internos chegaram sem que a estrutura total estivesse pronta (**Figura 46**). Nos primeiros meses havia apenas os pavilhões e pouca estrutura de lazer, mas com a produção interna e os investimentos governamentais, o crescimento do Aimorés se deu de forma rápida, intensa e eficaz. Em 1936, construiu-se a tradicional área de lazer composta pelo coreto e praça, que permitiram a realização apresentações musicais e festas ocasionais, até então, realizadas no refeitório. Desta

forma, foram transpostas para o ambiente externo e, dois anos depois, foi inaugurado um Cassino. O presidente Getúlio Vargas esteve presente para a comemoração e, em 1951, foi inaugurada a Igreja Nossa Senhora das Dores, na praça principal da Zona Doente (PENHA, 2014).

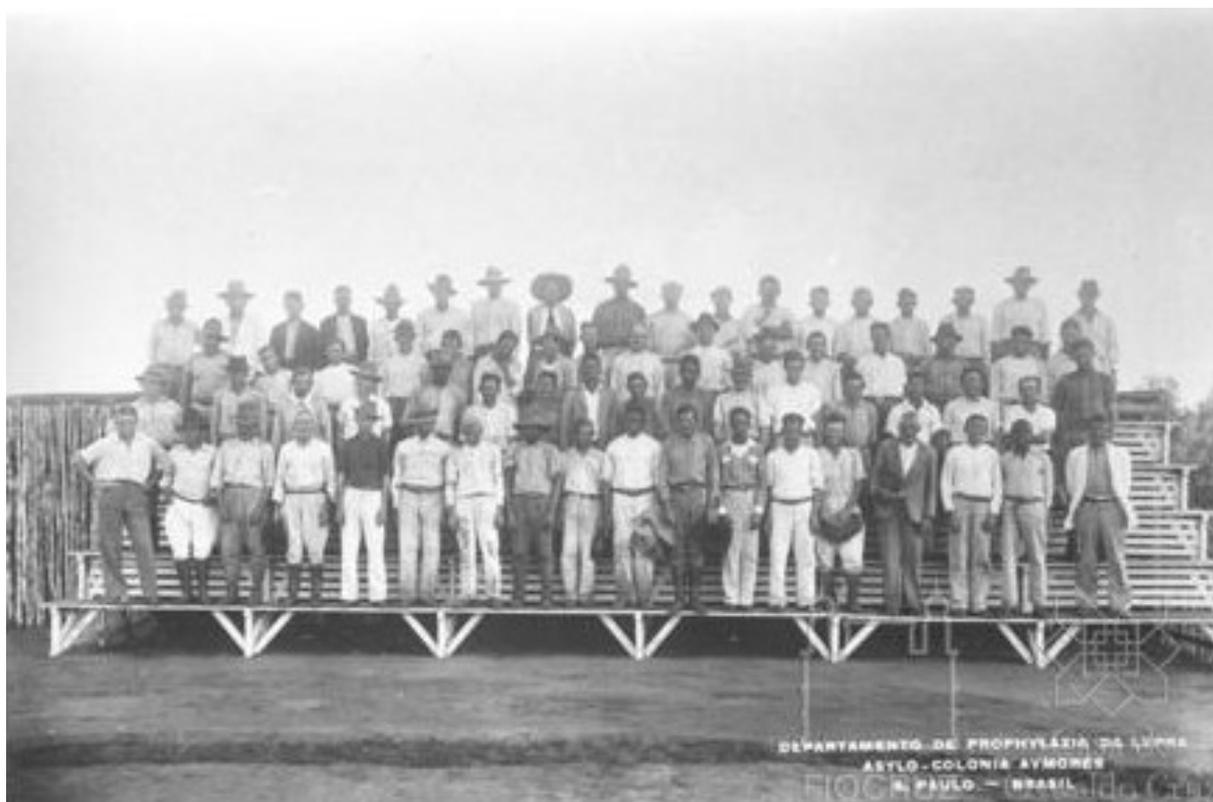


Figura 46. Os primeiros pacientes internados no Asilo-Colônia Aimorés, 1933.

Fonte: (FIOCRUZ, 1933)

Com o afrouxamento do isolamento compulsório, os internos e suas famílias começaram a se instalar no entorno do asilo, conformando o bairro de Santa Terezinha. Pouco tempo depois, o Hospital Unimed se instala próximo e, além da ferrovia, a Rodovia também se torna um acesso do asilo à área urbana da cidade de Bauru.

3.2.1 A transformação da paisagem do município

Os levantamentos, possibilitados pelo recurso de imagem aérea da ferramenta Google Earth, de 2010 a 2021 indicaram o crescimento da ocupação urbana no vale do rio Bauru, onde “do final da década de 80 até o início dos anos 2000, Bauru teve um crescimento populacional de aproximadamente 34,9%, fato este que, justifica a expansão urbana na qual cresceu de forma dinâmica e rápida” (MARCHIORI;

ANTÔNIO, 2017, p. 5). Além disso, considera-se os fatores naturais para maior análise do processo de ocupação urbana. A cidade estabeleceu-se inicialmente à margem direita (a leste) do rio Bauru, expandindo-se na encosta os loteamentos da burguesia bauruense, enquanto na margem esquerda (a oeste), desenvolveram-se os bairros populares. (**Figura 47**) O crescimento urbano a leste pôde ser estabelecido tanto pela qualidade de produção agrícola da terra, que corroborou para o encarecimento do território, quanto pela existência do vale do rio Batalha a oeste, que apresenta grande declividade (FREIRE, [s.d.]

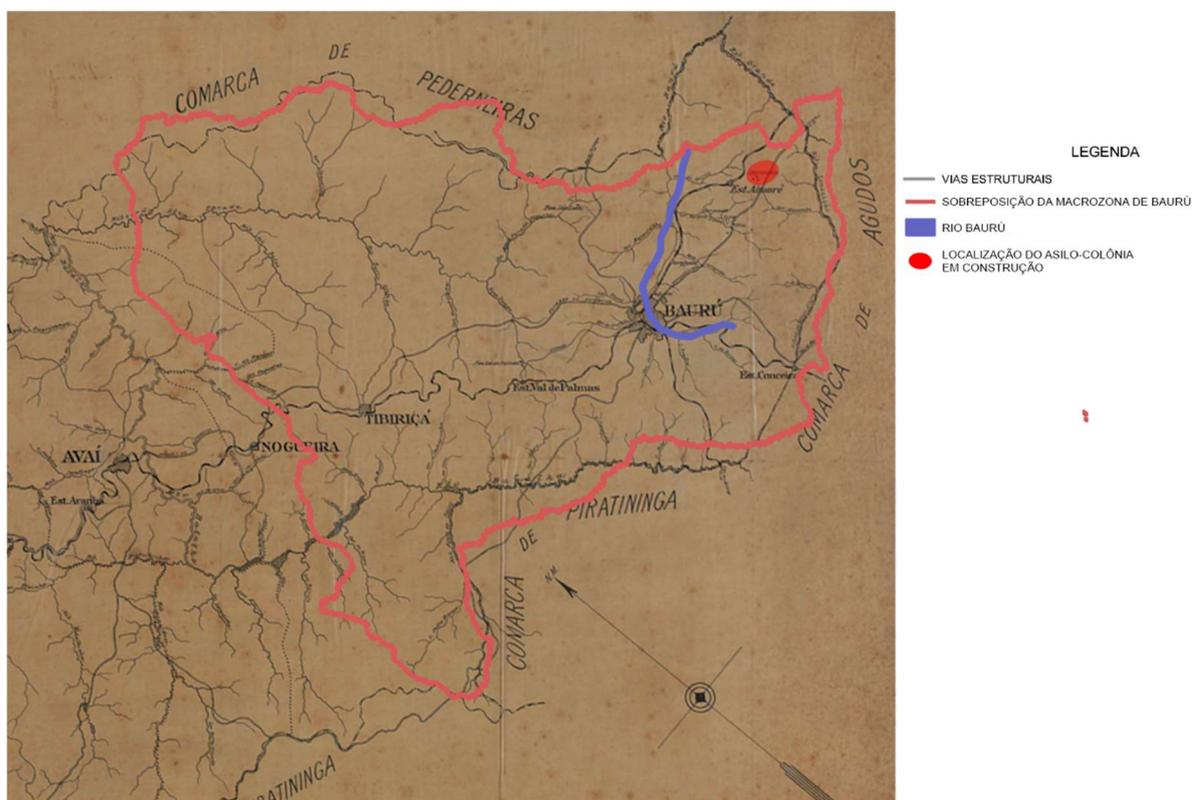


Figura 47. Município de Bauru, 1931.

Destaca-se (em vermelho) a localização da colônia junto a estação Aimorés e (em azul) o Rio Bauru, como divisor da área urbanizada. Fonte – Intervenção da autora, 2022, sobre mapa do Instituto Geográfico e Geológico, de 1931.

Esta resistência de ocupação a oeste se estende até hoje, com o crescimento do perímetro urbano municipal (**Figura 48**) se esgarçando e quase atingindo o território do antigo Asilo-Colônia Aimorés, restando como alternativa, para as próximas revisões do plano diretor municipal, incentivar a expansão a leste.

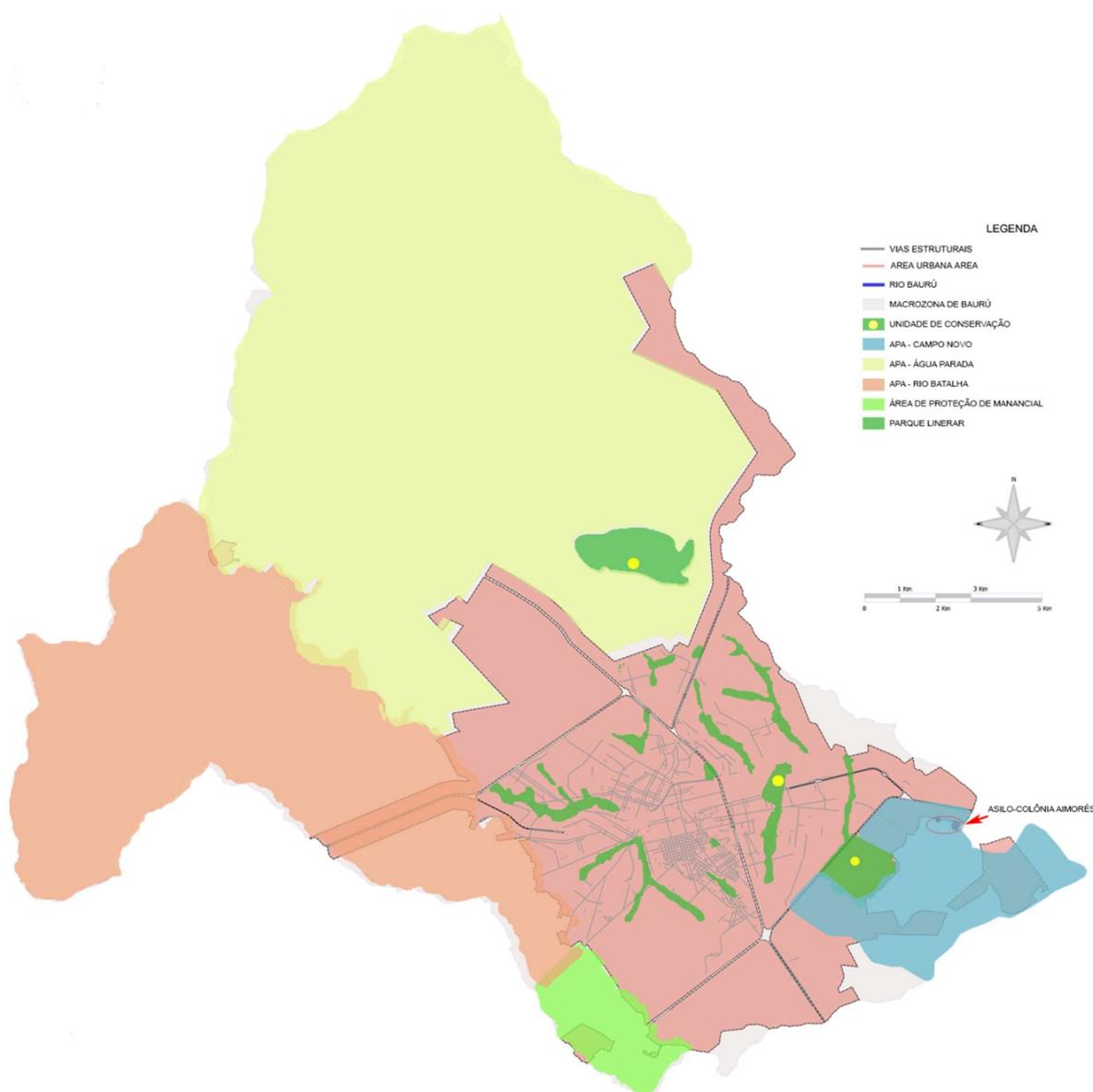


Figura 48. Perímetro urbano e áreas de preservação do município de Bauru.

Fonte: Elaboração Própria, 2022 sobre dados da Lei nº 7.116 de 2018.

O território para análise, no município de Bauru, pode ser estendido para áreas em que o asilo-colônia se tornou referência, como os bairros formados pelas famílias e pelos próprios doentes, após o afrouxamento da política de isolamento compulsório, que se encontram hoje dentro do perímetro urbano, conforme consta da Lei nº 7.116 de 2018. Apesar de estar definido como parte das Zonas de Urbanização Controlada, na atualização cartográfica emitida em agosto de 2022, também está inserido nas Zonas Especiais de Interesse Social, conforme consta da Lei 5.631 de 2008, que se constituem como “glebas ou terrenos públicos ocupados por favelas, áreas verdes ou institucionais, onde existe interesse público em promover a recuperação urbanística,

a regularização fundiária, a produção e a manutenção de habitações de interesse social, incluindo equipamentos públicos, comércio e serviço local” (PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU, 2008, p. 21), onde incluem-se o Parque Santa Terezinha e a Vila Aimorés (área residencial do Instituto Lauro de Souza Lima). Inseridos nos Setores de Planejamento Urbano, estas áreas estão submetidas às seguintes diretrizes:

- I - a implantação de barragens de contenção de águas pluviais no fundo de vale do Ribeirão Vargem Limpa de acordo com Plano de Macrodrenagem a ser executado, que contemple toda bacia de contribuição;
- II - restrição ao parcelamento do solo nas áreas definidas como parque de fundo de vale, áreas de preservação permanente, erosões e áreas ambientalmente frágeis;
- III - as diretrizes de parcelamento relativas à drenagem exigirão obras para contenção de águas pluviais considerando a vazão de restrição e o conceito de “impacto zero”;
- IV - programa de regularização fundiária e construção de moradias de interesse social nas ocupações irregulares do Ferradura, Vila Aimorés e Parque Santa Terezinha, (...) (PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU, 2008, p. 81 Art. 132°)

Os programas de regularização fundiária já estão em fase de registro, segundo o secretário de planejamento do município. Iniciados em 2018, alguns bairros lindeiros já completaram o processo.

Já, a área específica em que se encontra o território do antigo asilo-colônia constitui o Setor de Planejamento Rural, estabelecido no Art. 11 da Lei 5.631 de 2008, e é composto por “áreas com utilização predominantemente rural, localizados fora das áreas definidas em lei como perímetro urbano” (p. 6) que ficam sob responsabilidade dos Planos de Manejo das respectivas áreas de preservação, neste caso, a Área de Preservação Ambiental (APA) Vargem Limpa - Campo Novo, em que foram realizadas as etapas de Diagnóstico Socioambiental, Planejamento, Zoneamento e Publicação da Portaria de Regulamentação.

Especificada no Art. 136 da Lei 5.631 de 2008, as diretrizes para implementação de medidas na área da Bacia do Córrego Campo Novo constituem:

- I - o impedimento de desdobros e desmembramentos nos loteamentos existentes e a ocorrência de novos parcelamentos para fins residenciais e de chácaras de recreio (...);

- II - definição de uma faixa marginal ao longo da Rodovia Marechal Rondon, para fins de instalação de indústrias, comércio, serviços e uso institucional, ZICS, respeitado, o lote mínimo de 1.000 (mil) m²;
- III - Garantir a preservação ambiental nos loteamentos Vale do Igapó, Recanto Maricel e Chácaras Bauruense, em respeito a reserva legal descrita na Lei Federal nº 4771/65;
- IV - recuperação do conjunto arquitetônico da Vila Aimorés, localizada no Instituto Lauro de Souza Lima, incentivando o uso eco-turístico. (PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU, 2008, p. 44 Art. 136°)

A respeito dos itens I e II, pode-se observar a implantação de indústrias por quase toda a extensão da Rodovia, e aumento da malha estabelecida no bairro residencial Tangarás.

Quanto à recuperação da área do Aimorés, os processos em andamento indicam a reforma pontual de diversos equipamentos, mas não a própria restauração, que seria necessária, após a patrimonialização do complexo. Equipamentos importantes do conjunto possuem pouca ou nenhuma acessibilidade, tais como o Museu do Silas Braga Reis – antigo teatro-cassino que atualmente abriga a exposição “Histórias Cruzadas / Caladas/ Curadas” e conta com apresentação de diversas peças de representação do cotidiano dos internos do asilo-colônia, desde garrafas remanescentes da produção de refrigerantes sob responsabilidade dos doentes e moedas locais, até as imagens sacras retiradas da igreja, que atualmente encontra-se em reforma. O incentivo ao ecoturismo é inexistente, mesmo em uma área de preservação e próximo a áreas estaduais que incentivam a prática do turismo natural, como o zoológico e à vasta área verde de propriedade da Unesp.

Foi realizada uma oficina participativa para formulação do Plano de Manejo da APA Vargem Limpa – Campo Novo. Nessa oficina, representantes da Secretaria de Planejamento (SEPLAN), da Secretaria de Agricultura e Abastecimento (SAGRA), da Secretaria do Meio Ambiente (SEMMA), representantes das empresas interessadas e demais técnicos, servidores, agricultores e moradores estudantes da Unesp, discutiram a regulamentação do licenciamento das atividades na zona rural e adequaram o diagnóstico socioambiental estabelecido pela empresa contratada, Arcadis Logos S/A, totalizando 30 participantes³⁴ (SILVA; SILVA; SALLES, 2020).

34 A oficina foi realizada em formato digital, no dia 09/09/20 das 9h00 às 12h00, também sendo disponibilizada a possibilidade de acompanhamento da transmissão no Teatro Municipal "Celina Lourdes Alves Neves", localizado na Av. Nações Unidas, 8-9 – Centro de Bauru aos interessados que não tivessem acesso à internet. Durante o processo participativo, foi disponibilizado um formulário de

No documento de planejamento, disponibilizado pela Prefeitura de Bauru, denominado Plano de Manejo da APA Vargem Limpa-Campo Novo, encontraram-se algumas considerações a respeito das “fragilidades” da Zona. Reconhece-se que:

a ausência de atividades e instrumentos de divulgação que apresentem a importância histórico-cultural do Instituto Lauro de Souza Lima na região pode ser considerada também uma das fragilidades para manutenção e recuperação deste patrimônio. (SILVA; SALLES, 2020, p. 35)

Este mesmo documento sugere que sejam “restritos os usos para adensamento e novos parcelamentos do solo, uma vez que a área deve assegurar a preservação do patrimônio.” (SILVA; SALLES, 2020, p. 35). Contudo, a Zona de Interesse Histórico-Cultural, onde o complexo está inserido, se encontra envolvida por áreas de reflorestamento, anteriormente relacionadas, principalmente, às atividades de cultivo da cana-de-açúcar e zonas industriais de diferentes segmentos, impedindo qualquer iniciativa de reintegração deste espaço.

Á área compreendida pelo asilo-colônia e bairros do entorno está inserida em mais dois projetos municipais: a de promoção de saúde básica, onde propõe-se a implantação de unidades de saúde para atendimento dos moradores e a Secretaria de Bem-Estar Social (SEBES), que propõem como metas

[o] fortalecimento da rede de proteção social básica territorializada implantada nas seis regiões de maior concentração de vulnerabilidade, criando os equipamentos físicos e respectivos serviços necessários para complementá-la, diretamente pela Secretaria ou entidades de assistência social. (PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU, 2008, p. 83)

Ainda no contexto social, os moradores da antiga colônia contam com a gestão da Sociedade Beneficente Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, que tem como propósito dar continuidade à gratuidade de diversos serviços e custos derivados da administração do imóvel, além de auxiliar – através da demanda estabelecida pela prefeitura – e apadrinhar cidadãos em situação de vulnerabilidade social, disponibilizando da estrutura pré-existente da colônia para auxílio.

preenchimento aberto, objetivando “a compreensão do ponto de vista das partes interessadas das principais pressões ou problemas existentes na APA Vargem Limpa – Campo Novo, bem Arcadis17 como, dos pontos fortes, ou seja, de quais aspectos positivos são encontrados na UC e que, portanto, devem ser ressaltados.” (SILVA; SALLES, 2020, p. 16–7).

3.2.2 Instituto Lauro de Souza Lima

Com o avanço da profilaxia da hanseníase e a saída da maior parte dos internos do asilo-colônia Aimorés, a autossuficiência do complexo se desvanece e os serviços oferecidos nele se tornam dependentes do orçamento do Estado e dos doadores do Instituto Lauro de Souza Lima. Atendendo hoje cerca de 150 pessoas por dia, o Instituto oferece cursos de especialização na área dermatológica e realiza atividades voltadas à reabilitação física, terapia ocupacional, fisioterapia e cirurgias plásticas corretivas.

Conservando toda a área da antiga colônia, no entorno da praça principal e as casas dos ex-internos, no setor que foi proposto como área doente, o Instituto ocupa apenas os dois primeiros setores do asilo para suas atividades. O primeiro setor corresponde à antiga “Zona Sã” (**Figura 49**), que hoje se localiza externamente à portaria principal do Instituto, onde é possível ver ainda o antigo portal e a residência dos médicos, que são utilizados para abrigo de plantonistas.

Ao lado da portaria principal, há uma creche, utilizada pelos filhos dos funcionários e de ex-internos e moradores da colônia e, no que antes era a “Zona Intermediária” (**Figura 50**), pode-se acessar o estacionamento de ambulâncias, uma área de refeições no estilo *Food Park* e as primeiras unidades ambulatoriais, que consistem em uma unidade de internação, um centro cirúrgico e laboratórios.

O setor de pesquisa se localiza em um acesso exclusivo de pedestres, passando por um jardim e um pergolado e abriga uma biblioteca, um auditório e salas para pesquisadores. É o único edifício da zona sem interligação com o conjunto. O refeitório, a oficina ortopédica, as áreas de psicologia, neurofisiologia, fisioterapia e uma área de atendimento, onde se situa a diretoria, configuram um conjunto de pavilhões interligados, onde pode-se observar maior movimentação nos dias de semana. Por fim, a geriatria e a capela estão localizadas nos fundos do setor, já com acesso pelo estacionamento dos funcionários.

No setor que configurava a “Zona Doente” (**Figura 51**), pode-se acessar o campo de futebol, a praça com o coreto e uma pequena quadra de basquete. Nele, visualiza-se inúmeras edificações vazias, tais como a antiga administração da zona e um pavilhão. Atravessando a área de lazer, encontra-se hoje a sede da Sociedade Beneficente – antiga Caixa Beneficente – que administra os dois pavilhões do tipo Carvilles e as residências disponíveis para o serviço social da prefeitura.

Ao centro (**Figura 52**) situam-se uma Igreja, em reforma e o antigo cassino, onde hoje funciona o Museu do Instituto "Lauro de Souza Lima", com um coreto elevado, que compõe a praça central, de onde pode-se observar a área residencial, com casas geminadas e, ao fundo, as individuais. Grande parte delas necessita de manutenção para possibilitar uma utilização.



Figura 49. Recorte da implantação total do ILSL (antigo Asilo-Colônia Aimorés) e imagens locais.
 Fonte: Elaboração própria e fotos da autora, 2022.



Figura 50. Recorte da implantação total do ILSL (antigo Asilo-Colônia Aimorés) e imagens locais.
 Fonte: Elaboração própria e fotos da autora, 2022.



Figura 51. Recorte da implantação total do ILSL (antigo Asilo-Colônia Aimorés) e imagens locais.
 Fonte: Elaboração Própria e imagens da autora, 2022.



Figura 52. Recorte da implantação total do ILSL (antigo Asilo-Colônia Aimorés) e imagens locais.
 Fonte: Elaboração Própria e imagens da autora, 2022.



CAPÍTULO IV – A PRESERVAÇÃO DO PATRIMÔNIO ASILAR: resiliências e ressignificações dos territórios culturais remanescentes

Imagem “Asilo Colônia Aimorés: pavilhão-enfermaria para mulheres”
Fonte: Fiocruz, BaseArch (s.d)

4.1 A visibilidade dos representantes das memórias

As atividades proporcionadas pelo Movimento de Reintegração das pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), em dois seminários e oficinas com participação de moradores dos antigos asilos-colônia vieram ao encontro das discussões desta pesquisa. A associação possibilitou o acesso aos documentos dos eventos e as discussões com todos os representantes presentes. A última etapa deste trabalho consistiu em uma análise a partir da perspectiva das pessoas que compareceram no “1º Seminário Nacional de Antigos Hospitais-Colônia de Hanseníase” (2004) promovido pelo Morhan.

A associação produziu um diagnóstico participativo, visando estabelecer as necessidades, problemas e prioridades dos atingidos pela hanseníase e apresentando a visão dos moradores a respeito dos caminhos ideais para a reestruturação desses hospitais, em que:

Com o auxílio de uma equipe técnica, foi estimulada a discussão dos itens da Portaria nº 585, de 6 de abril de 2004, do Ministério da Saúde, a partir da vivência de cada morador. Os debates foram sistematizados para construir propostas de políticas públicas governamentais, na reestruturação de antigos hospitais-colônia, no que se refere às áreas hospitalar (ambulatório), asilar (moradia) e comunitária. (MORHAN NACIONAL, 2004, p. 5)

Participaram dos grupos de debate moradores, profissionais – exceto os da área da saúde – que estivessem trabalhando nos complexos e membros do Morhan, com experiência nas colônias sob orientação de psicólogos, educadores e assistentes sociais e configurou-se um total de 126 recomendações para transformação e ressignificação dos territórios vivenciados.

A primeira recomendação consiste em: “Que o projeto para a reestruturação das colônias seja nacional, mas ao mesmo tempo, regionalizado respeitando as características locais.” (2004, p. 8) Neste sentido, estabelece-se a real importância dos estudos locais, das investigações e das leituras, que só serão possíveis a partir da recuperação das memórias do espaço usado, habitado e vivenciado. A territorialidade transforma o projeto modelo do asilo-colônia, feito para ser apenas reproduzido, e a formação do território se dá a partir das apreensões dos que nele vivem. Assim, não há 33 asilos-colônia para acometidos pela hanseníase

representados neste Seminário, mas sim 33 diferentes territórios apropriados por diferentes pessoas e grupos sociais.

As demais recomendações referem-se a temas-chave para sistematização. Assim, seguem-se considerações a respeito de possíveis impactos destas medidas nos complexos, na ordem tratada no diagnóstico:

Em relação à saúde (instalações/tratamento/demanda), são 20 recomendações, vinculadas, em sua maioria, à melhoria na qualidade e disponibilidade de atendimento aos pacientes. Destas recomendações destaca-se a necessidade de revitalização dos hospitais, tendo em vista que grande parte se encontra em avançado estado de deterioração, necessitando de melhorias também das instalações. No documento também é apontada a importância da promoção de espaços para atividades voltadas à saúde mental dos pacientes, tais como unidades de Terapia Ocupacional e Centros de cultura e lazer. Estas demandas já estão sendo identificadas por alguns municípios, que promoveram ações para ativação e/ou restauração dos complexos (ou em alguns casos, reforma) das edificações vazias para promoção de atividades voltadas à comunidade.

Quanto à segurança nos hospitais-colônia, definiram-se 7 recomendações, voltadas tanto para a segurança dos moradores quanto dos frequentadores, considerando não apenas o monitoramento das atividades diárias, mas também o controle da circulação de pessoas, de forma a evitar vandalismos.

A partir da discussão sobre a memória das colônias e de seus habitantes, com participação de representantes das colônias, do Morhan, das secretarias municipais e estaduais de saúde e cultura e dos movimentos de luta, resistência política e apoio social organizados pelos moradores, apontaram-se 19 recomendações. Uma das propostas discutidas é a necessidade de promoção de um memorial para cada instituição, que incorpore a área dos cemitérios, para que não sejam abandonados. O intuito é preservar a “memória individual e coletiva e permitir ao morador ser enterrado junto aos seus familiares” (p. 12), além de criar formas de “registrar a história de vida das pessoas, das instalações e das instituições que compõem os antigos hospitais-colônia”, de forma que possam ser resgatadas as tradições religiosas e culturais dos antigos e atuais moradores, por meio da criação de espaços memoriais, instalados nos edifícios do complexo e geridos pelos próprios moradores. Estas propostas vão ao encontro das questões principais discutidas neste trabalho. Após estudar os

depoimentos dos ex-internos e dos atuais residentes, nos asilos-colônia, como se verá mais adiante, considera-se que as memórias podem ser preservadas em dois âmbitos: uma memória coletiva e universal, que criou um mundo paralelo e excludente socialmente em todos os casos, independente do país (CANDAU, 2019), e uma memória local/individual, forjada a partir da realidade cotidiana, das novas relações afetivas formadas entre os internos.

Inseriram-se 6 recomendações para a restauração/reabilitação dos edifícios dos complexos: 1) voltadas à prevenção de desativação, demolição e depredação das edificações, 2) sobre a promoção de reformas de moradias, 3) restauração dos edifícios tombados para novos usos, 4) adaptação dos pavilhões às exigências legais de acessibilidade, 5) garantia de retorno dos usuários que nele residem e 6) a qualificação das instalações de leitos transitórios, para o atendimento das pessoas que vêm de fora para tratamento nas colônias. Ambos os asilos estudados possuem edificações tombadas e outras não protegidas, sobre as quais se realizam alterações e substituições que podem, com o tempo, resultar em uma descaracterização do conjunto.

As resoluções de tombamento dos casos paulistas preveem intervenções que objetivam a valorização dos bens tombados, através da atualização dos espaços internos, construção de novos edifícios ou demolição dos bens não tombados dentro dos perímetros de proteção, “cujas relações resultantes deverão ser valorizadoras dos elementos listados e da qualidade ambiental do sítio” e submetidos à aprovação prévia ao Condephaat. Sobre a manutenção e restauração dos edifícios tombados. O Projeto de Lei nº 1287, de 2019, em tramitação, determina que fique a cargo do Estado de São Paulo, fato que pode viabilizar a preservação, tendo em vista que os moradores não possuem condições de arcar com as despesas advindas de uma mão de obra qualificada para restauração, resultando na descaracterização local. Já, à medida que prevê demolição das edificações não tombadas dentro do perímetro vai de encontro às questões discutidas nesta pesquisa, pois entende-se que a construção ou demolição de novas edificações prejudica a leitura e preservação dos complexos em sua totalidade, principalmente no que se refere às memórias individuais dos ex-internos, como foi possível mostrar no caso da demolição da área de lazer do asilo-colônia Santo Ângelo - uma área que foi palco de muitos encontros entre os residentes - para a construção de um pavilhão para tratamento de dependentes de álcool e drogas.

Em relação à gestão dos hospitais-colônia, são feitas 9 recomendações, onde a questão principal é a criação de mecanismos de participação dos moradores nas decisões sobre a colônia, que permitam um acompanhamento e avaliação da gestão. Sob este aspecto, um dos pontos principais enfatizado foi sobre a atuação de entidades religiosas, bem como de empresas administrativas terceirizadas, por vezes resultam questionáveis. Como um possível caminho, propõe-se a municipalização das colônias – hoje sob a gestão do estado – de forma que possa ter uma proximidade maior com os problemas locais. Esse aspecto é um dos principais pontos discutidos nesta pesquisa, já que se entende os asilos como territórios culturais, que necessitam ser integrados no contexto periurbano das cidades.

As 8 recomendações estipuladas que dizem respeito ao meio ambiente e à urbanização das colônias, são voltadas à administração de resíduos e saneamento básico, inicialmente, mas atingem debates acerca da transformação das Áreas de Preservação Ambiental e de recuperação de matas ciliares. No entanto, ressaltam-se as recomendações de implementação de políticas de habitação e de urbanização nas regiões das colônias.

A ocupação das áreas do entorno por conjuntos habitacionais, como nos casos de Mogi das Cruzes e Itu, potencializa a ociosidade do entorno e transforma as localidades em verdadeiros bairros dormitórios, fato que dificulta a ativação dos complexos e pode corroborar com a condição de enclave desses patrimônios, se estas políticas cederem à especulação imobiliária e ao avanço da urbanização de forma descontrolada

As propostas municipais nos casos paulistas estão de acordo com as recomendações do diagnóstico sobre a qualidade ambiental da área. Contemplam as 12 recomendações dos moradores sobre as terras e imóveis das colônias, sendo as mais importantes a obtenção dos títulos de propriedade através da regularização fundiária; a doação de terras por meio de um critério preestabelecido para os atingidos pela hanseníase e a promoção de atividade produtiva nas terras que, em sua maioria, estão em posse das Caixas Beneficentes (CB). As distintas formas de ocupação do território com atividades conflitantes, como as que ocorrem no entorno do asilo-colônia Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes, apresentam hoje um cenário de difícil gestão.

A administração das terras por parte da Caixa Beneficente, em teoria, poderia contribuir para a qualidade de gestão, se houvesse um planejamento integrado.

Porém, não há muita transparência dos dados de arrecadação, por exemplo, seja com a exploração de recursos que foram implementados nas propriedades - como o cultivo de eucalipto – seja com o destino de doações. Também não fica claro o critério de inclusão nos complexos de novos residentes em situação de vulnerabilidade, que não pertencem ao grupo dos ex-internos, em sua maioria, oriundos da disponibilização das instalações dos asilos para o serviço social municipal. Ainda que os moradores da colônia estejam dispostos a conceder abrigo à outras pessoas socialmente vulneráveis nas áreas não ocupadas - principalmente porque isso vai ao encontro das propostas de integração social dos complexos - o fato de não haver transparência nos critérios pode dar margem para o atendimento de pessoas do círculo dos próprios administradores que, neste caso, estariam sendo privilegiados com condições mais econômicas de moradia sem necessariamente serem os mais necessitados. De qualquer modo, essa inclusão é uma ação positiva na direção de eliminar o estigma social que ainda paira sobre os ex-internos.

Neste sentido, apesar dos processos de regularização fundiária estabelecidos para estas áreas, possuem diretrizes nos planos diretores de alguns municípios, há casos em que é a Caixa Beneficente que possui o título de propriedade e mantém contratos de concessão de uso para os que nela residem, o que impede a aplicação dos direitos legais estabelecidos através do art. 1.390 do Código Civil, que define as formas de usufruto de bens e garante a concessão de propriedade principalmente aos internos que construíram suas casas e residem com suas famílias.

Foram definidas 7 recomendações no campo jurídico, após discussão por uma equipe de assessoria jurídica nacional, organizada pelo Morhan que, além de apontarem a importância da divulgação dos direitos reservados aos moradores, propuseram a regulamentação de uma pensão de caráter indenizatório aos isolados compulsoriamente.

Em 2017, iniciou-se um processo que objetivava a reparação aos filhos separados. Os argumentos foram elaborados a partir de uma reunião conjunta dos envolvidos, egressos das instituições paulistas – considerada a maior região em número de casos de filhos separados - e da apresentação de um documentário, produzido para sustentação das narrativas sobre os abusos sofridos nos preventórios. Em 2019, o processo entra em julgamento na Defensoria Pública, mas, em 2021 é engavetado, permanecendo sem perspectiva de nova tramitação. A decisão do

Supremo Tribunal Federal decidiu pela concessão de indenização aos filhos separados, com prescrição em 5 anos. Esse limite temporal não atendeu aos objetivos iniciais do processo, já que a maioria se encontra em idade avançada, o que dificulta o levantamento de dados para a tramitação de todos os processos.

Trabalho e formação profissional são temas que geraram 5 recomendações. As entidades que participaram dos debates vêm os asilos-colônia, por sua própria escala urbana, como um território que poderia oferecer oportunidades de trabalho, caso seu espaço não permanecesse ocioso e gerido, em sua maioria, por entidades privadas. A regularização dos que trabalharam em diferentes funções nas colônias, conforme ocorreu no Instituto Lauro de Souza Lima, onde foi definido o status de funcionários públicos a todos os internos que exerciam atividades no asilo-colônia, foi outro ponto debatido. Entre outros aspectos, recomendou-se também a criação de “programas de geração de renda para os moradores-usuários das colônias, implementando-se, por exemplo, oficinas de criatividade, de artesanato e sapatarias ortopédicas.” (MORHAN NACIONAL, 2004, p. 20).

A organização e articulação política dos moradores das colônias resultaram em 8 recomendações, baseadas na troca de informações e estratégias comuns entre as colônias. Para tal, formou-se uma rede, organizada pela sociedade civil, com participação popular, composta por conselhos municipais e a “criação de mecanismos de acompanhamento, monitoramento e fiscalização das ações e serviços de saúde e assistenciais.” (2004, p. 21). Essa mobilização tem como objetivo reivindicar melhorias nas colônias e a ativação das áreas destinadas a eventos locais. Um dos principais agentes que têm possibilitado avanços nesta discussão é o Morhan, que possui sedes em quase todos os asilo-colônia, e voluntários em todos os estados do Brasil. Porém, os moradores têm encontrado dificuldades de representação junto às municipalidades que, em geral, é feita apenas a partir das Caixas Beneficentes, que possuem pouca legitimidade.

As recomendações relacionadas à assistência social e aos profissionais de saúde – num total de 6, referem-se à criação de atendimento psicossocial, promoção de atividades ocupacionais e tratamento aos pacientes com atividades de autoajuda, visam atender às vulnerabilidades sociais de caráter emergencial ou definitivo. Algumas referem-se também à necessidade de capacitação dos profissionais que atuam nos hospitais-colônia, para o tratamento humanizado da hanseníase. Essas

recomendações se baseiam em precedentes como o do Centro de Reabilitação do asilo-colônia Santo Ângelo, que cedeu parte das edificações para a realização de atividades como aulas de jiu-jitsu e oficinas, que podem ser adaptadas à terapia ocupacional. A gestão local vem trabalhando para aumentar a promoção destas atividades, embora ainda em número insuficiente e ainda voltadas para os funcionários dos diversos setores, mais do que para os próprios moradores.

Há 8 recomendações em relação à formação acadêmica, às universidades, à pesquisa científica e à questão da educação nas colônias, que propõem a promoção de cursos de aperfeiçoamento e habilitação de profissionais na detecção de casos de hanseníase e a produção acadêmica no campo da educação e saúde relacionada à doença. Com o intuito de trabalhar questões relacionadas ao estigma que ainda paira sobre os doentes, propõem ações de educação ambiental, patrimonial e relacionadas à hanseníase nas escolas, que inclusive poderiam ser implantadas no interior das colônias. Uma das recomendações ressalta a necessidade de garantia de “acesso ao ensino público e gratuito a todas as gerações nas colônias” tendo em vista a dificuldade encontrada, anteriormente, para os moradores se matricularem em escolas regulares da comunidade.

Essas iniciativas propostas no diagnóstico, podem ser viabilizadas através da rede municipal, com promoção de atividades de visitação dos grupos escolares. A educação patrimonial aparece como grande aliada de novas formas de conhecimento e apropriação dos territórios dos asilos e, quanto mais cedo implantadas, mais rápido repercutirão na utilização social dos espaços. Também no âmbito acadêmico, reunir novas pesquisas que têm sido desenvolvidas sobre os patrimônios ligados a memórias difíceis, no âmbito da história, da arquitetura e das próprias áreas da saúde, dando-lhes maior visibilidade e contribuir para a revisão das outras 7 recomendações que foram apontadas, a respeito das políticas públicas de saúde e assistência social, voltadas ao aperfeiçoamento das políticas de controle e discussão do tema, tais como as apontadas no capítulo 1 deste trabalho, promovidas pela OMS e o Ministério da Saúde, com a inclusão dos hospitais no projeto HumanizaSUS.

Por fim, discutem-se estratégias de comunicação que resultam em 3 recomendações, que propõem a promoção de chamadas nos cinemas para os filmes relacionados à hanseníase, para a informação geral da população sobre os hospitais-colônia, tendo em vista que grande parte da população, inclusive das regiões onde as

instituições estão localizadas, desconhece a história desses locais e das pessoas que neles viveram isoladas compulsoriamente. Por outro lado, essa recomendação também propõe a “criminalização da exploração financeira do estigma por pessoas ou entidades”, de forma a assegurar o direito de indenização por parte dos atingidos.

Conforme visto, esse diagnóstico veio ao encontro de diversos pontos discutidos ao longo de trabalho e evidencia o pouco avanço que houve por parte da gestão pública em relação à preservação da memória dos asilo-colônia, a despeito de terem sido tombados há quase cinco anos, sendo que algumas das recomendações observadas neste diagnóstico, poderiam facilmente ter sido realizadas nos 17 anos já transcorridos da realização deste seminário.

4.2 A configuração de um território cultural

A investigação destes espaços projetados sob o ponto de vista da apropriação dos internos, permite realizar reflexões significativas. Galinkin (2003) nos apresenta alguns conceitos, em uma pesquisa realizada em 2 períodos, de uma área ocupada por ex-internos de asilos-colônia, no interior do Estado de Goiás.

Uma das definições de território apontadas pela autora considera como “um espaço físico na medida em que é incluído nos esquemas de significados de um determinado grupo ou cultura possibilitando trocas simbólicas” (GALINKIN, 2003, p. 156). O sentimento de pertença estabelecido para a formação de um território considera suas práticas sociais e espaciais, como os usuários se apropriam da área que lhe foi disposta, ou do espaço vivenciado.

O fato de constituírem uma comunidade possibilitou que inúmeras relações fossem construídas intramuros nos asilos-colônia, além de possuírem outros fatores de aproximação, tais como classe social e região de origem, que contribuíram na construção de identidades e propiciaram os vínculos afetivos. Um processo de resiliência produzido individualmente se atrela a conceitos psicossociais delicados de serem manipulados, “vai muito além de se recuperar de um dano, pois implica uma superação do que se era, bem como crescimento pessoal” (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011). No entanto, o processo de resiliência comunitária não restringe a atuação individual e “o planejamento mesmo que por parte de um grupo, pode auxiliar no processo de recuperação e resiliência de um todo, envolvendo questões mais profundas, não apenas relacionadas a estruturas físicas”

(SARRAFF; SILVA, 2016, p. 68). Interações e vivências cotidianas significativas, esperanças, conquistas e memórias de diferentes sentidos, são também importantes de serem resgatadas, pois evidenciam territórios apropriados e transformados, que para além de instituições hospitalares, acabaram por constituir territórios culturais patrimonializados.

Os distintos processos vividos pelos membros de famílias atingidas pela hanseníase, decorrentes, principalmente, dos estigmas que lhes foram imputados, direta ou indiretamente – como é o caso dos filhos separados, é um aspecto pouco considerado nas discussões sobre os danos psíquicos causados, como tratado no capítulo 1. Enquanto a forma de tratar outras doenças, esteve sempre atrelada aos preceitos científicos, seja do ponto de médico ou social, o estigma ancestral, perpetrado pelo viés religioso condicionou sucessivas gerações, por muitos anos, apenas ao isolamento. A identificação e apropriação destes estigmas por parte dos próprios atingidos pela hanseníase é tratada por autores como Galinkin (2003), Goffman (2008) e Ramos (2017). Sob um ponto de vista menos conhecido, dos que trabalham diariamente com a administração dos tratamentos, ou seja, os profissionais da enfermagem, Santos et. al. (2015) expressa a importância do reconhecimento das narrativas dos que foram atingidos pela doença:

compreender o significado da hanseníase para as pessoas que viveram essas mudanças no tratamento é importante para a apreensão dos processos de ressignificação, pois são esses processos que vão resultar em transformação no modo que a sociedade lida com a doença contagiosa. (2015, p. 621)

Ramos (2017) relata que o G3, formado por habitantes do mesmo bairro, com diferentes idades, tinham diferentes discursos sobre a presença de hansenianos no bairro. Os mais velhos, pelo fato de terem tido contato com pacientes com deformidades típicas da doença, tinham uma compreensão do problema, enquanto os mais novos, que tiveram contatos com pessoas com acesso ao tratamento clínico, negavam a existência de acometidos no bairro ou “consideravam como histórias contadas pelos mais velhos” (p. 56). Portanto, nem mesmo a presença dos egressos dos asilos era reconhecida pela comunidade.

Galinkin (2003) aponta que o estigma, quando existe, é o principal fator que distingue um grupo. Assim, independente do grau de avanço da doença ou da condição física do acometido, a estigmatização tem a mesma proporção. Contudo, os

mais jovens (que em teoria teriam menos deformidades, considerando que o tratamento aplicado foi mais precoce) eram colocados em um nível hierárquico inferior da doença.

Essas nuances do processo de estigmatização, por idade, em alguns casos ou por antiguidade em que viviam em um lugar atingiam a comunidade e o território em todos os âmbitos. Assim, “os de saúde” que viviam na periferia estavam à margem dos que viviam na área urbanizada; os acometidos pela doença ficavam à margem dos da periferia, e os recém-chegados eram marginalizados em relação aos moradores mais antigos. Essa estratificação do estigma foi se construindo a partir do contato entre gerações, desde os primeiros internos, “pois, antes da doença, [eles] foram socializados dentro dos mesmos valores e crenças sobre o seu mal” (p. 167-8). Desta forma se explica por que os identificados no G1, no estudo de Ramos (2017), que não possuíam deformidades típicas da doença, não eram “reconhecidos” como parte do grupo doente e podiam ocultar sua condição para os demais.

O estigma que recaía sobre os comunicantes – pessoas que tiveram contato com os doentes – se estendia quase na mesma intensidade. É o caso dos filhos dos casais moradores da área estudada por Galinkin (2003) e de todos os preventórios. Quando podiam esconder suas origens para acessar serviços básicos, como escolas e empregos, o faziam. Também havia doentes que cortavam relações com os familiares, muitas vezes, para poupá-los dos preconceitos como os retratados no estudo de Ramos:

São todos preconceituosos. Da minha família. Da minha parte. Sabiam que ele [o marido] tinha [hanseníase], mas afastaram... Inclusive, a esposa do meu pai, que eu nem comento com ele sobre isso. (2017, p. 55)

Enquanto isolados da sociedade, os acometidos pela hanseníase promoveram e reconstituíram o conceito do hospital de tratamento. Suas capacidades de resiliência comunitária promoveram a formação de diferentes núcleos afetivos, desde a construção de uma família a uma roda de amigos e descobrimento de novas aptidões e formularam uma vida intramuros.

O tombamento dos 5 asilos-colônia pressupõe uma abordagem das políticas de preservação como um conjunto. Isso, de fato, garante uma leitura dos asilos como um sistema construído para responder a uma postura em relação ao tratamento dos

doentes de hanseníase. Por outro lado, a partir da análise mais aprofundada dos dois asilos-colônia objetos de estudo, foi possível reconhecer distintas memórias dos ex-internos. Sendo assim, o entendimento destes territórios como um conjunto formado por projetos-modelo ressalta as características que eles têm em comum: a implantação da política de isolamento compulsório; as edificações caracterizadas para cada função; a distribuição espacial a partir da concepção de ambientes hospitalares, entre outras semelhanças. Contudo, a pesquisa mostrou que o que torna estes espaços um território é “o reconhecimento inédito do espaço vivenciado” e o trabalho desenvolvido de criação de seus próprios costumes, cerimônias e construções culturais (POULOT, 2006).

A partir de uma investigação da história oral, evidenciada por documentários produzidos por diferentes produções, foi possível identificar algumas memórias que não estavam apenas vinculadas às violações dos direitos humanos e repreensões direcionadas aos ex-internos, mas também a momentos do cotidiano, de afeto e de conquistas.

Para Alcion, esses primeiros anos de internação foram como retroceder à infância tirada aos quatro anos de idade, ao ser afastado da mãe e doado pelo pai. Foi só depois de moço que as grades do asilo passaram a incomodar. Da infância, ele só guarda boas lembranças. (PENHA, 2014, p. 84)

A minha profissão foi porque eu precisava ganhar dinheiro. Fazer alguma coisa. (...) Apesar de tudo, eu não joguei meu tempo fora. Estudei, aprendi música e a profissão de alfaiate. Mas essa não era a vida que eu queria ter vivido. (PENHA, 2014, p. 45)

Entrava todo mundo lá e trancava com cadeado. Ninguém podia sair. A gente não tinha nem direito de descer do caminhão ou da ambulância para comprar uma coisa que tinha vontade de comer. Se tentasse, ia pra prisão. Mesmo assim, era muito divertido! (PENHA, 2014, p. 69–70).

No asilo havia bares e mercearias, mas a ordem era a de não deixar passar bebidas alcoólicas. Para burlar a regra, os internos encontravam jeitos que chegam a ser engraçados. Até dentro de melancias eles escondiam as garrafas de pinga. Cortavam a fruta ao meio e camuflavam a garrafa dentro. Entre cobertores e outras encomendas que vinham de fora, eles não se cansavam de tentar enfiar nem que fosse uma dose. As encomendas eram todas fiscalizadas antes de entrarem no Aimorés, mas os mais necessitados davam um jeitinho para tudo. (PENHA, 2014, p. 89–90)

Então aqui é onde todos os internados, à tarde, vinha aqui, se unia ficava aí vendo o jogo de bilhar, assistia o cinema. Bom, depois que construiu esse prédio aqui, foi a maiores diversões que nós tínhamos. (FALZONI, 2010, 08'05")

Passou a ser meu paraíso, até hoje. Porque foi aonde eu fui me sentir bem e não tinha olhares de acusação, que eu era isso, que eu era aquilo. Então até hoje pra mim, o hospital é um paraíso. (GIACCHINO, 2013, 09'17")

Conquistei várias amizades que conservo até hoje, que ainda temos. E enfim, embora tenha muita dor, muito sofrimento, eu fui um privilegiado aqui. (GIACCHINO, 2013, 26'06")

Estas lembranças são opostas aos relatos dos filhos separados, que foram encaminhados a preventórios desde o nascimento. Permeadas de memórias contraditórias, pois apesar do sofrimento, havia uma forma de vida coletiva da qual participaram e pertenceram, essas memórias também deveriam fazer parte da história destes territórios. Os diferentes sentimentos relatados pelos moradores das colônias demonstram que as pequenas coisas que permeavam o cotidiano é que resgatavam a esperança, a expectativa para uma mudança, mas principalmente a curiosidade para os que pouco conheceram a vida fora dos muros.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Imagem "Instituto de Leprologia Conde de Lara"
Fonte: Fiocruz, BaseArch (s.d).

Conforme apresentado, o processo de formação da rede de asilos-colônia estava atrelado a conceitos eugênicos e sanitaristas utilizados como recurso para o ordenamento territorial e a intervenção nas cidades, de forma a prepará-las para receber a concentração de investimentos do capital advindo da expansão da economia cafeeira. A implantação desta rede esteve sujeita a mecanismos de gestão de profissionais que acreditavam na segregação como solução para a melhoria na qualidade de vida e salubridade, preservando privilégios de uma burguesia e baseada na mão de obra de trabalhadores estrangeiros.

As iniciativas operadas no início do século XX através do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo para reformulação do modelo assistencial, encabeçadas por Geraldo Paula Souza, propuseram uma quebra da racionalização dos serviços, mas ainda não reuniam apoio suficiente para serem levadas adiante. No entanto, representaram uma expansão do modelo de descentralização assistencial, que se tornaria um importante recurso para o combate das diversas endemias. Também auxiliaram a criação de uma nova forma de assistência à saúde, que seria consolidada nos primeiros anos do governo Vargas.

A promoção de debates nacionais e internacionais voltados à profilaxia da hanseníase também se mostraram estratégicos, na medida em que os conceitos se refletiam nas proposições governamentais, através de leis e decretos regionais que guiavam a atuação de todo o serviço de saúde para com os doentes. O isolamento compulsório representou uma crença de erradicação da doença que reuniu opiniões divergentes na comunidade científica, no entanto, o estigma atribuído à figura do portador de hanseníase foi fator decisivo para que se esgotassem os argumentos contrários e se aplicassem medidas compulsórias, através de um modelo de instituição que possibilitasse autossuficiência e fosse espelhada em proposições urbanísticas esteticamente desejadas. Essa estratégia isolacionista do modelo visava principalmente uma fixação dos doentes nos locais a que eram destinados, sem renunciar ao controle e ao rigor higienista da instituição hospitalar, ficando a cargo dos internos criarem mecanismos para tornar a permanência suportável.

O tombamento dos 5 asilos-colônia do Estado de São Paulo foi estabelecido a partir da tentativa de reparação e reconhecimento da violação dos direitos humanos ocorridos no período de isolamento compulsório. Entretanto, as resoluções de tombamento acabaram por incidir apenas sobre o conjunto de edificações, dada a

limitação do próprio instrumento, uma vez que para a aplicação de outras escalas de tombamento seriam necessários estudos mais aprofundados sobre os territórios em que estão inseridos, o que estenderia o tempo de estudo para abarcar os cinco asilos e comprometeria a possibilidade de garantir um primeiro nível de proteção ao conjunto, ação que também colaborou com a intensificação da discussão sobre os direitos à memória e à reparação.

Entretanto, como foi possível evidenciar nesta pesquisa, o valor atribuído aos remanescentes dos asilos não foi atrelado às narrativas dos detentores das memórias destes complexos e menos ainda à sua importância para a história local ou dos municípios nos quais estão inseridos. Além disso, os pedidos de tombamento foram deflagrados pelas entidades gestoras ou pelos próprios técnicos do Condephaat, ou seja, em nível supra municipal, sem discussão de mecanismos de preservação e reutilização dos patrimônios para atendimento das demandas locais.

A seleção e estudo de dois exemplares remanescentes da rede de profilaxia da hanseníase, o Asilo-Colônia Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes e o Asilo-Colônia Aimorés, em Bauru, possibilitou a identificação de formas de uso e ocupação do território desenvolvidas no entorno que podem ser estratégicas e definidoras, no sentido de atuar a favor ou contra a resignificação destes espaços. Trata-se de equipamentos complexos, cuja escala implica diretamente uma disputa pelo espaço periurbano das cidades. Neste sentido, o tombamento os preserva como enclaves, não como territórios constituídos socialmente.

Também não estaria ao alcance do tombamento da forma como foi realizado, o controle sobre a dinâmica urbana do entorno, mas talvez o diálogo com os planos diretores locais fosse possível, não houvesse um abismo entre níveis de gestão e a setorização das ações entre secretarias de um mesmo nível governamental.

Com isso, o município de Mogi das Cruzes pode desconsiderar, ao longo desses anos, a presença de um complexo que induziu o crescimento e a formação de um de seus distritos mais vulneráveis, o de Jundiapéba, reiterando a sistemática de deixar à margem e à mercê do mercado as áreas indesejadas. Fato que também foi observado no Centro de Reabilitação de Casa Branca – antigo Asilo-Colônia Cocais, que cedeu parte de sua área para a construção de uma penitenciária.

Outra condição pôde ser observada na gestão das áreas de preservação ambiental, nas quais três dos cinco exemplares, Santo Ângelo, Aimorés e Cocais,

estão inseridos: as estratégias de preservação dos asilos em consonância com a preservação das APAs poderiam alavancar a visibilidade e minimizar as vulnerabilidades de ambos. Por exemplo, isso seria possível com a junção das APAs e Unidades de Conservação no entorno do Instituto Lauro de Souza Lima, antigo Asilo-Colônia Aimorés. No entanto, o plano de manejo deixa a gestão do asilo a cargo do Instituto, numa atuação intramuros, enquanto promove ações específicas e mais rigorosas para a preservação das APAs.

As atividades promovidas pelos movimentos que representam as pessoas atingidas pela hanseníase, tais como o Morhan e a Fundação Paulista contra a Hanseníase, além de formularem um coletivo de luta pelos direitos dos doentes, lideram debates judiciais e promovem espaços de manifestação e troca de informações entre os asilos-colônia, como visto. Estes espaços pretendem ser permanentes e intermediam as estratégias de atuação e resiliência, principalmente dos que ainda moram nos asilos-colônia.

Por outro lado, isso não elimina a necessidade de articulação de outros entes envolvidos ou que possuem os instrumentos para atuação sobre a preservação, tais como as secretarias culturais, as representações de bairros do entorno, as entidades gestoras dos complexos e os representantes governamentais. Porém, as experiências de preservação recentes mostraram que o percurso invertido, ou seja, a partir das demandas e da participação dos moradores, seja a partir de associações ou coletivos, pode se tornar mais sustentável. Um exemplo nesta direção é o do Complexo Hospitalar Padre Bento, em Guarulhos, em que a atuação municipal foi um elemento essencial para a reintegração, tanto da população quanto da instituição. A inclusão da área no planejamento social e cultural repercutiu diretamente na visibilidade histórica do conjunto - o que não pode ainda ser observado nos demais casos paulistas - e colaborou para a transformação do asilo-colônia em um lugar de memória.

Por fim, a singularidade dos exemplares, identificada no decorrer da pesquisa, através da apropriação da área por parte dos internos e transformação do território a partir de vivências e culturas, acabou por dissuadir, em parte, a ideia inicial de que a compreensão dos problemas a partir do aprofundamento de dois exemplares poderia ser estendida aos outros asilos tombados. Os complexos se mostraram diversos em sua história, territorialidade, apropriação e impacto nos entornos e, portanto, como

conclusão, vislumbram-se duas formas de tratamento das questões, com igual relevância.

1 - Entende-se ser relevante a continuidade das propostas e estudos relacionados às memórias difíceis e aos processos de reparação. Trata-se de memórias compartilhadas entre as diferentes localidades, tendo em vista a aplicação de um modelo que resultou no isolamento e violação dos direitos humanos. Acredita-se que com a divulgação e conhecimento dessas histórias e o compartilhamento das memórias será possível dar maior visibilidade e legitimidade às narrativas para a reparação. Neste contexto, pode-se também associar a preservação dos lugares que foram desconsiderados nos processos de tombamento, tendo em vista a importância narrativa de reconhecimento das memórias dos que por lá passaram, além de reforçar os discursos dos afetados sobre o isolamento compulsório, seja dos ex-internos, seja dos filhos separados, que ainda lutam judicialmente para reconhecimento das práticas que lhes foram impostas, dos danos e dos abusos a que foram submetidos.

2 – Reconhece-se, porém, a importância da valorização das memórias individuais e dos grupos de cada asilo-colônia, que identificam as pessoas a cada instituição, condições que fazem delas territórios únicos. As histórias de vida das pessoas, a resiliência, as particularidades de cada asilo-colônia e a transformação dos que, mesmo isolados, refizeram seus afetos, seu cotidiano, suas aptidões e mantiveram a esperança. Estas condicionantes ligam as pessoas ao território ocupado, e expõe os mecanismos traçados, transformando cada recinto vivenciado em um lugar de memória (NORA, 1993).

O estudo continuado abordando a compreensão e visibilidade do sistema como um todo permitirá pensar soluções para preservação integral desta política de isolamento e reconstituir o entrelaçamento de memórias a partir do mapeamento do sistema completo, incluindo equipamentos como os preventórios e dispensários e investigando as características que os definem como parte do conjunto, mas principalmente, que os tornam singulares em sua condição atual.

REFERÊNCIAS

ALECRIM, L. K. N. *Arquitetura Profilática: Leprosários Brasileiros*. 2012.

ALECRIM, L. K. N.; AMORIM, L. Luiz Nunes e a arquitetura da saúde em Pernambuco: o leprosário da Mirueira. In: PROARQ (Ed.). . **A Modernidade na Arquitetura Hospitalar: contribuições para sua historiografia**. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019. p. 212–235.

AMORA, A. A. **O nacional e o moderno, arquitetura e saúde no Estado Novo nas cidades catarinenses**. [s.l: s.n.].

AMORA, A. A. Utopia ao avesso nas cidade muradas da hanseníase: apontamentos para a documentação arquitetônica e urbanística das colônias de leproso no Brasil. **Cadernos de História da Ciência - Instituto Butantan**, v. 1, p. 23–53, 2009.

BARROS, J. M. O dispensário nos programas de lepra. Dispensários pilotos. **Revista Brasileira de Leprologia**, p. 173–178, 1962.

BERNABEU MESTRE, J.; BALLESTER ARTIGUES, T. Lepra y sociedad en la España de la primera mitad del siglo XX: la Colonia Sanatorio de Fontilles (1908-1932) y su proceso de intervención por la Segunda República. **Dynamis (Granada, Spain)**, v. 11, p. 287–344, 1991.

BEZERRA, D.; MARCHI, D. D. M. Memórias Dolorosas e Dificuldades Narrativas no processo de extroversão do passado: o caso de dois memoriais em espaços de saúde no Rio Grande do Sul. In: **Memória e Patrimônio: tramas do contemporâneo**. [s.l: s.n.]. p. 24–38.

BÍBLIA SAGRADA. Números. In: SOCIEDADE BÍBLICA DO BRASIL (Ed.). . **Bíblia Sagrada**. Barueri - SP: Tradução de Almeida, João Ferreira de, [s.d.]. p. 191.

BORGES, V. T. Carandiru: os usos da memória de um massacre. **Revista Tempo e Argumento**, v. 3, 2016.

BORGES, V. T. Como a História Pública pode contribuir para a preservação dos patrimônios difíceis? In: LETRA E VOZ (Ed.). . **Que história pública queremos?** São Paulo: [s.n.].

BORGES, V. T. Para além da beleza e do terror: Exposições sobre trajetórias infames. In: LETRA E VOZ (Ed.). . **História Pública e História do tempo Presente**.

Santa Catarina: [s.n.].

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia - Ribeirão Preto**, v. 21, n. 49, p. 263–271, maio 2011.

BRANDÃO, L. **Projeto de Lei nº 1.287, de 2019 (PL 1287 / 19)**. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000312796>>.

CAMPOS, C. DE. **São Paulo pela Lente da Higiene**. São Carlos: [s.n.].

CAMPOS, N. DE S.; BECHELLI, L. M. **Organização e funcionamento de preventórios**. Rio de Janeiro: [s.n.].

CANDAU, J. **Memória e Identidade**. 1ª ed. São Paulo: [s.n.].

CAPORRINO, A. W.; UNGARETTI, A. A. P. Remanescentes De Um Passado Indesejado: Os Estudos De Tombamento Dos Exemplares Da Rede Paulista De Profilaxia E Tratamento Da Hanseníase. **Revista CPC**, p. 119–163, 2016.

CARVALHO, G. B. **Reis, papas e “leprosos”**. Belo Horizonte: [s.n.].

CASTRO, E. A. **A Arquitetura do isolamento em Curitiba na república velha**. Curitiba: [s.n.].

CHALHOUB, S. **Cidade febril - Cortiços e epidemias na Corte imperial**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <www.companhiadasletras.com.br>. Acesso em: 23 abr. 2021.

COSTA, A. P. S. DA. Asilos colônias paulistas. p. 423, 2008.

COSTA, L. A. M. **O ideário urbano paulista na virada do século – o engenheiro Theodoro Sampaio e as questões territoriais e urbanas modernas (1886 – 1993)**. São Carlos: [s.n.].

CRUZ, A. The Hospital-Colônia Rovisco Pais: The last Portuguese leprosarium and the contingent universes of experience and memory. **Historia, Ciências, Saude - Manguinhos**, v. 16, n. 2, p. 407–431, 2009a.

CRUZ, A. O Hospital-Colônia Rovisco Pais: a última leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, v. 16, n. 2, p. 407–431, 2009b.

CUNHA, E. Devolvendo a identidade: a antropologia forense no Brasil. **Ciência e Cultura**, v. 71, n. 2, p. 30–34, abr. 2019.

CUNHA, V. DA S. O isolamento Compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). **Fiocruz.Br**, p. 142, 2005.

CURI, L. M. **Defender os sãos e consolar os lázaros Lepra e isolamento no Brasil 1935/1976**. [s.l.] Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

FALZONI, R. **Memórias Internas** Youtube, , 27 nov. 2010. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vSkIMX1HCiE&t=348s&ab_channel=RenatoFalzoni>. Acesso em: 22 dez. 2022

FARREL, J. **A assustadora história das pestes e epidemias**. [s.l: s.n.].

FELICIANO, M. M. Resgate histórico do leprosário Asylo Colônia Santo Ângelo . 2008.

FIOCRUZ. **Linha do Tempo - Destaques da história da Fundação Oswaldo Cruz**. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo>>.

FIOCRUZ. **Base Arch**. Disponível em: <<https://basearch.coc.fiocruz.br/>>.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. **Editora Pers**, p. 1–608, 1972.

FREIRE, P. J. **Edição Histórica Bauru, São Paulo - Brasil**. [s.l: s.n.].

GALINKIN, A. L. Estigma, Território e Organização Social. **Espaço & Geografia**, v. 6, n. 2, p. 151–179, 2003.

GIACCHINO, M. **Tradições do Interior | Instituto Lauro de Souza Lima** Youtube, , 10 dez. 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Wwze6HiBUME&t=13s&ab_channel=TVUnesp>

GIESBRECHT, R. M. **Estações Ferroviárias do Estado de São Paulo**. Disponível em: <http://www.estacoesferroviarias.com.br/index_sp.htm>.

GOFFMAN, E. **Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. [s.l: s.n.].

GORGULHO, G. **À margem das páginas: o papel da imprensa no apoio ao isolamento de hansenianos**. São Bernardo do Campo: [s.n.].

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Decreto nº. 3.876, de 11 de julho de 1925** Secretaria Geral Parlamentar, 11 jul. 1925. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1925/decreto-3876-11.07.1925.html>>

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução SC - 56, de 14-6-2011. **Diário Oficial Poder Executivo - Seção I**, v. 121, n. 117, p. 33, 2011.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Reuniões e Pautas - Sessão**

Ordinária 1747^a. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <http://condephaat.sp.gov.br/reunioes-e-pautas/action~agenda/page_offset~4/time_limit~1483236000/request_format~json/>.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução SC - 21, de 15-03-2016. **Diário Oficial Poder Executivo - Seção I**, v. 126, n. 50, p. 314–315, 2016.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução SC - 66, de 19-12-2017. **Diário Oficial Poder Executivo - Seção I**, v. 127, n. 238, p. 58–9, 2017.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução SC - 25, de 27-3-2018. **Diário Oficial Poder Executivo - Seção I**, v. 128, n. 57, p. 48–9, 2018a.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução SC - 109, 07-11-2018. **Diário Oficial Poder Executivo - Seção I**, v. 128, n. 212, p. 62–3, 2018b.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução SC -131, de 26-12-2018. **Diário Oficial Poder Executivo - Seção I**, v. 129, n. 240, p. 46–7, 2018c.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Decreto nº 63.877, de 30 de novembro de 2018 Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo**, 2018d. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2018/decreto-63877-30.11.2018.html>>

ICOMOS. **Carta de Burra**. [s.l: s.n.].

LEME, M. C. DA S.; ET AL. **O urbanismo no Brasil: 1895-1965**. São Paulo: FAU USP; FUPAM, 1999.

LIMA, L. DE S. Relatório do Dr. Lauro de Souza Lima. **Revista Brasileira de Leprologia**, v. 6, n. 2, p. 181–208, 1938.

LINS, A. B. **Dos pavilhões isolados “tipo Carville” de habitação coletiva em hospitais colônias no Brasil do século XIX, à racionalização projetual de “micro-cidades”: “Revolução arquitetural” modernista de Luiz Nunes no século XX**. Belo Horizonte, MG: II Simpósio Científico do ICOMOS Brasil, abr. 2018 Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/337811059_DOS_PAVILHOES_ISOLADOS_TIPO_CARVILLE_DE_HABITACAO_COLETIVA_EM_HOSPITAIS_COLONIAS_NO_BRASIL_DO_SECULO_XIX_A_RACIONALIZACAO_PROJETUAL_DE_MICROCIDADES_Revolucao_arquitetural_modernista_de_Luiz_Nunes_no_>. Acesso em: 1 mar. 2022

MACIEL, L. R. **Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade: uma**

história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). [s.l.] Universidade Federal Fluminense, 2007.

MARCHI, D. D. M. et al. **Memória e Patrimônio: tramas do contemporâneo.** [s.l: s.n.].

MARCHIORI, L. M.; ANTÔNIO, A. DINÂMICA ESPAÇO-TEMPORAL DA EXPANSÃO URBANA DO MUNICÍPIO DE BAURU / SP. v. d, n. 2, p. 1–8, 2017.

MAURANO, F. História da lepra em S. Paulo. **Revista dos Tribunais**, v. II, p. 1–71, 1939.

MENEGUELLO, C.; BORGES, V. Patrimônio, memória e reparação: a preservação dos lugares destinados à hanseníase no estado de São Paulo. **Patrimônio e Memória. UNESP**, v. 14, p. 345–374, 2018.

MERHY, E. E. **A saúde pública como prática.** São Paulo: [s.n.].

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde** Serviço de Documentação. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/1conferencia/1confna_ed.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância Epidemiológica** Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico** Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>

Mogi é a 2ª maior produtora de minerais da Grande SP, aponta estudo. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/mogi-das-cruzes-suzano/noticia/2017/02/mogi-e-2-maior-produtora-de-minerais-da-grande-sp-aponta-estudo.html>>. Acesso em: 22 dez. 2022.

MORHAN NACIONAL. Relatório consolidado do 1º Seminário Nacional de Antigos Hospitais-Colônia de Hanseníase. **Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde**, 2004.

NIETO, C. E. De cómo un lazareto construye territorio: Agua de Dios y la lepra en Colombia. In: PROARQ (Ed.). **A Modernidade na Arquitetura Hospitalar: contribuições para sua historiografia.** Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019. p. 237–261.

“Noites do Mistério” faz visita ao Hospital Dr. Analdo nesta sexta-feira

(19). Disponível em: <<https://odiariodemogi.net.br/cultura/noites-do-misterio-faz-visita-ao-hospital-dr-arnaldo-nesta-sexta-feira-19-1.54132>>.

NORA, P. **Entre Memória e História: A problemática dos lugares** Projeto História São Paulo, 1993.

OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 195–203, 2011.

OPROMOLLA, P. A.; LAURETTI, R. **Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica**. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030 – “Rumo à zero hanseníase”**. Disponível em: <<https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789290228509>>.

PENHA, D. **Memórias do Aimorés: 7 retratos da internação compulsória**. Bauru: [s.n.].

Polícia Encontra Material Contaminante Dentro De Mineradora Em São Paulo. Disponível em: <<https://www.noticiasdemineracao.com/seguranca/news/1372308/policia-encontra-material-contaminante-dentro-de-mineradora-em-sao-paulo>>.

PORTO, C. L. **Reinventando um lugar de exclusão: práticas, representações e sociabilidades de portadores do Mal de Hansen no Aimorés (Bauru – São Paulo, 1945 – 1969)**. [s.l.] Unesp – Universidade Estadual Paulista, 2017.

POULOT, D. **Uma história do patrimônio no Ocidente**, 2006.

PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES. Lei complementar nº 150, de 26 de dezembro de 2019. **Institui o Plano Diretor do Município de Mogi das Cruzes, e dá outras providências.**, 2019.

PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES. **Prefeitura de Mogi das Cruzes - Notícias - Acordo assegura regularização e infraestrutura para a Chácara Santo Ângelo**. Disponível em: <<https://www.mogidascruzes.sp.gov.br/noticia/acordo-assegura-regularizacao-e-infraestrutura-para-a-chacara-santo-angelo>>.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Resolução nº 10 Secretaria Municipal de Cultura** São Paulo, 2016. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26849997>%0A<http://doi.wiley.com/10.1111/jne.12374>>

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU. **Lei 5631, de 22 de agosto de 2008.** Disponível em: <https://sapl.bauru.sp.leg.br/pysc/download_norma_pysc?cod_norma=5812&texto_origina=1>.

RAMOS, L. B. M. **Hanseníase e Estigma nSéculo XXI: Narrativas de Moradores de um Território Endêmico.** Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2017.

ROCHA, L. **Por que a hanseníase ainda persiste como problema de saúde pública no Brasil.** Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/por-que-a-hanseniase-ainda-persiste-como-problema-de-saude-publica-no-brasil/>>.

RODRIGUES, I. C. Chagas da Exclusão : Internação Compulsória e Leprosário do Padre Bento Chagas da Exclusão : Internação Compulsória e Leprosário do Padre Bento (São Paulo 1930-1986). p. 1–117, 2016.

ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública. p. 423, 1994.

SANTOS, K. DA S. et al. Significado da hanseníase para pessoas que viveram o tratamento no período sulfônico e da poliquimioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 620–627, 2015.

SARRAFF, S. E. T.; SILVA, A. DA. Promoção da cultura de prevenção de riscos por meio dos núcleos comunitários de proteção e defesa civil. **Revista Ordem Pública**, v. 9, n. 1, p. 67–78, 26 abr. 2016.

SAVASSI, L. C. M. Hanseníase : políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores por Hanseníase : políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. p. 196, 2010.

SAYEG, M. Alice Tibiriçá: 09.01.1886 / 08.06.1950. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 2, p. 251–252, jun. 1986.

SEGAWA, H. **Prelúdio da Metrópole. Arquitetura e urbanismo em São Paulo na passagem do século XIX ao XX.** São Paulo: [s.n.].

SILVA, C. C. DOS S. **Crianças indesejadas: estigma e exclusão dos filhos sadios de portadores de hanseníase internados no Preventório Santa Terezinha, 1930-1967.** [s.l.] Universidade de São Paulo, 2009.

SILVA, J. F. DA; SALLES, C. Proteção Ambiental Municipal (APA) Vargem

Limpa. v. 01, p. 01–54, 2020.

SILVA, J. M.; SILVA, J.; SALLES, C. **Plano de Manejo da APA Vargem Limpa - Campo Novo - Relatório da Oficina de Apresentação de Diagnóstico**. Bauru: [s.n.].

SILVA, M. V. **Naturalismo e biologização das cidades na constituição da idéia de meio ambiente urbano**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2005.

SIMIONATO, M. **Hospital em Itu (SP) está abandonado e vive rotina de assaltos e tráfico de drogas, dizem vizinhos**. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2012/02/12/hospital-em-itu-sp-esta-abandonado-e-vive-rotina-de-assaltos-e-traffic-de-drogas-dizem-vizinhos.htm>>.

SOUZA-ARAÚJO, D. H.-C. DE. **História da Lepra no Brasil vol. I**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.

UNIDADE DE PRESERVAÇÃO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO. **Processo de Tombamento nº 72143/2014**. [s.l.: s.n.].

VIEIRA, M. L. **Os Rumos da Cidadania das Pessoas Atingidas pela Hanseníase: uma Análise do Papel do Morhan no Contexto da Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2009.

ANEXOS

1. Asilos-Colônia do Brasil

| Nº | Estado | Nome | Cidade |
|----|--------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1 | AC | Cruzeiro do Sul / Ernani Agrícola | Cruzeiro do Sul |
| 2 | AC | Souza Araújo | Rio Branco |
| 3 | AL | Eduardo Rabelo | Taboleiro João Martins (Maceió) |
| 4 | AM | Belizário Penna | Paricatuba (Manaus) |
| 5 | AM | Antônio Aleixo | Manaus |
| 6 | BA | Águas Claras | Salvador |
| 7 | BA | Dom Rodrigo de Menezes | Salvador |
| 8 | CE | São Bento / Antônio Justa | Maracanaú |
| 9 | CE | Antônio Diogo | Redenção |
| 10 | ES | Itanhenga / Dr. Pedro Fontes | Cariacica |
| 11 | GO | Anápolis | Anápolis |
| 12 | GO | Helena Bernard | Catalão |
| 13 | GO | Santa Marta | Goiânia |
| 14 | MA | Bonfim / Aquiles Lisboa | São Luís |
| 15 | MT | São João dos Lázarus | Cuiabá |
| 16 | MS | São Julião | Campo Grande |
| 17 | MG | São Francisco de Assis | Bambuí |
| 18 | MG | Santa Izabel | Betim |
| 19 | MG | Ernani Agrícola | Sabará |
| 20 | MG | Cristiano Machado / Roça Grande | Sabará |
| 21 | MG | Santa Fé | Três Corações |
| 22 | MG | Padre Damião | Ubá |
| 23 | PA | Frei Gil Vilanova | Conceição do Araguaia |
| 24 | PA | Colônia do Prata | Igarapé Açu |
| 25 | PA | Marituba | Marituba (Belém) |
| 26 | PB | Getúlio Vargas | João Pessoa |
| 27 | PR | São Roque | Piraquara |
| 28 | PE | Padre Antônio Manoel | Paulista |
| 29 | PE | Mirueira | Recife |
| 30 | PI | Carpina | Paranaíba |
| 31 | RJ | Tavares de Macedo | Itaboraí |
| 32 | RJ | Curupaiti | Jacarepaguá (Rio de Janeiro) |
| 33 | RJ | Frei Antônio | São Cristóvão (Rio de Janeiro) |
| 34 | RN | São Francisco de Assis | Natal |
| 35 | RS | Itapoã | Viamão |
| 36 | RO | Abem-Athar | Porto Velho |
| 37 | SC | Santa Tereza | São José |

| | | | |
|----|----|-----------------------------|----------------------------|
| 38 | SP | Aimorés | Bauru |
| 39 | SP | Cocais | Casa Branca |
| 40 | SP | Padre Bento | Guarulhos |
| 41 | SP | Pirapitingui | Itu |
| 42 | SP | Santo Ângelo | Mogi das Cruzes |
| 43 | SE | Jardim / Lourenço Magalhães | N. S. do Socorro (Aracajú) |
| 44 | TO | Bananal | Ilha do Bananal |

Fonte: Dados CURI, 2002

2. Dispensários do Brasil

| Nº | Estado | Nome | Cidade |
|----|--------|-----------------------------|---------------------|
| 1 | RO | Disp. Oscar da Silva Araújo | Porto Velho |
| 2 | AC | Disp. de Cruzeiro do Sul | Cruzeiro do Sul |
| 3 | AC | Disp. de Rio Branco | Rio Branco |
| 4 | AP | Disp. de Macapá | Macapá |
| 5 | RO | Disp. de Boa Vista | Boa Vista |
| 6 | AM | Disp. Alfredo da Mata | Manaus |
| 7 | PA | Disp. Henrique Rocha | Belém |
| 8 | PA | Disp. Souza Araujo | Belém |
| 9 | MA | Disp. Frei Querubim | São Luís |
| 10 | PI | Disp. de Parnaíba | Paranaíba |
| 11 | PI | Disp. de Teresina | Teresina |
| 12 | CE | Disp. de Fortaleza | Fortaleza |
| 13 | RN | Disp. de Natal | Natal |
| 14 | PB | Disp. de João Pessoa | Coronel João Pessoa |
| 15 | PE | Disp. Agamenon Magalhães | Recife |
| 16 | PE | Disp. Amaurí de Medeiros | Recife |
| 17 | PE | Disp. de Madalena | Recife |
| 18 | PE | Disp. de Olinda | Olinda |
| 19 | PE | Disp. Gouveia de Barros | Recife |
| 20 | AL | Disp. de Maceió | Maceió |
| 21 | SE | Disp. de Aracaju | Aracaju |
| 22 | SE | Disp. Simão Dias | Simão Dias |
| 23 | BA | Disp. de Salvador | Salvador |
| 24 | MG | Disp. Central | Bel Horizonte |
| 25 | MG | Disp. de Bambuí | Bambuí |
| 26 | MG | Disp. de Ubá | Ubá |
| 27 | MG | Disp. de Juiz de Fora | Juiz de Fora |
| 28 | MG | Disp. de Três Corações | Três Corações |
| 29 | MG | Disp. de Uberaba | Uberaba |
| 30 | RJ | Disp. de Barra Mansa | Barra Mansa |
| 31 | RJ | Disp. de Campos | Campos |
| 32 | RJ | Disp. de Itaperuna | Itaperuna |
| 33 | RJ | Disp. de Nova Iguaçu | Nova Iguaçu |
| 34 | RJ | Disp. de Niterói | Niterói |
| 35 | RJ | Disp. de Petrópolis | Petrópolis |
| 36 | RJ | Disp. de São Gonçalo | São Gonçalo |
| 37 | RJ | Disp. de Lepra n.º 1 | Rio de Janeiro |
| 38 | RJ | Disp. de Lepra n.º 2 | Rio de Janeiro |
| 39 | RJ | Disp. de Lepra n.º 3 | Rio de Janeiro |
| 40 | RJ | Disp. de Lepra n.º 4 | Rio de Janeiro |

| | | | |
|----|----|--------------------------------|-----------------------|
| 41 | RJ | Disp. de Lepra n.º 5 | Rio de Janeiro |
| 42 | RJ | Disp. de Lepra n.º 6 | Rio de Janeiro |
| 43 | SP | Disp. da Sede | São Paulo |
| 44 | SP | Disp. Emilio Ribas | São Paulo |
| 45 | SP | Disp. do Bom Retiro | São Paulo |
| 46 | SP | Disp. da Lapa | São Paulo |
| 47 | SP | Disp. de Osasco | São Paulo |
| 48 | SP | Disp. da Penha | São Paulo |
| 49 | SP | Disp. de Pinheiros | São Paulo |
| 50 | SP | Disp. de Santo Amaro | São Paulo |
| 51 | SP | Disp. de Santo André | São Paulo |
| 52 | SP | Disp. de Santana | São Paulo |
| 53 | SP | Disp. de Vila Maria | São Paulo |
| 54 | SP | Disp. de Vila Mariana | São Paulo |
| 55 | SP | Disp. de Araçatuba | Araçatuba |
| 56 | SP | Disp. de Lins | Lins |
| 57 | SP | Disp. de Valparaíso | Valparaíso |
| 58 | SP | Disp. de Araraquara | Araraquara |
| 59 | SP | Disp. de Barretos | Barretos |
| 60 | SP | Disp. de Bebedouro | Bebedouro |
| 61 | SP | Disp. de Bauru | Bauru |
| 62 | SP | Disp. de Adamantina | Adamantina |
| 63 | SP | Disp. de Jaú | Jaú |
| 64 | SP | Disp. de Marília | Marília |
| 65 | SP | Disp. de Botucatu | Botucatu |
| 66 | SP | Disp. de Ourinhos | Ourinhos |
| 67 | SP | Disp. de Campinas | Campinas |
| 68 | SP | Disp. de Amparo | Amparo |
| 69 | SP | Disp. de Jundiaí | Jundiaí |
| 70 | SP | Disp. de Piracicaba | Piracicaba |
| 71 | SP | Disp. de Rio Claro | Rio Claro |
| 72 | SP | Disp. de Presidente Prudente | Presidente Prudente |
| 73 | SP | Disp. de Assis | Assis |
| 74 | SP | Disp. de Ribeirão Preto | Ribeirão Preto |
| 75 | SP | Disp. de Casa Branca | Casa Branca |
| 76 | SP | Disp. de Franca | Franca |
| 77 | SP | Disp. de São Joaquim da Barra | São Joaquim da Barra |
| 78 | SP | Disp. de São José do Rio Preto | São José do Rio Preto |
| 79 | SP | Disp. de Catanduva | Catanduva |
| 80 | SP | Disp. de Votuporanga | Votuporanga |
| 81 | SP | Disp. de Sorocaba | Sorocaba |
| 82 | SP | Disp. de Itapetinga | Itapetinga |
| 83 | SP | Disp. de Itararé | Itararé |

| | | | |
|-----|----|------------------------|---------------|
| 84 | SP | Disp. de Salto | Salto |
| 85 | SP | Disp. de Tatuí | Tatuí |
| 86 | SP | Disp. de Taubaté | Taubaté |
| 87 | SP | Disp. de Jacareí | Jacareí |
| 88 | SP | Disp. de Guaratinguetá | Guaratinguetá |
| 89 | PR | Disp. de Curitiba | Curitiba |
| 90 | PR | Disp. de Londrina | Londrina |
| 91 | SC | Disp. Central | Florianópolis |
| 92 | SC | Disp. de Laguna | Laguna |
| 93 | RS | Disp. de Porto Alegre | Porto Alegre |
| 94 | MT | Disp. de Cuiabá | Cuiabá |
| 95 | MS | Disp. de Campo Grande | Campo Grande |
| 96 | MS | Disp. de Corumbá | Corumbá |
| 97 | GO | Disp. de Ipamerí | Ipamerí |
| 98 | GO | Disp. de Goiânia | Goiânia |
| 99 | GO | Disp. de Rio Verde | Rio Verde |
| 100 | GO | Disp. Ernani Agricola | Anápolis |
| 101 | GO | Disp. Alfredo Bluth | Goiás |
| 102 | GO | Disp. de Jataí | Jataí |

Fonte: Dados CURI, 2002

3. Preventórios do Brasil.

| Nº | Estado | Nome | Cidade |
|----|--------|----------------------------------|------------------------------|
| 1 | AC | Cruzeiro do Sul | Cruzeiro do Sul |
| 2 | AC | Santa Margarida | Rio Branco |
| 3 | AL | Educandário Eunice Weaver | Maceió |
| 4 | AM | Educandário Gustavo Capanema | Manaus |
| 5 | BA | Educandário Eunice Weaver | Salvador |
| 6 | CE | Educandário Eunice Weaver | Fortaleza |
| 7 | CE | Creche Silva Araújo(provisório) | Redenção |
| 8 | ES | Granja Eunice Weaver | Vitória |
| 9 | ES | Preventório Alzyra Bley | Vitória |
| 10 | GO | Educandário Afrânio de Azevedo | Goiânia |
| 11 | MA | Educandário Santo Antônio | São Luís |
| 12 | MS | Educandário Getúlio Vargas | Campi Grande |
| 13 | MG | Educandário Eunice Weaver | Araguari |
| 14 | MG | Aprendizado Técnico Profissional | Belo Horizonte |
| 15 | MG | Educandário São Tarcísio | Belo Horizonte |
| 16 | MG | Pupileira Ernani Agrícola | Belo Horizonte |
| 17 | MG | Educandário Carlos Chagas | Juiz de Fora |
| 18 | MG | Educandário Olegário Maciel | Varginha |
| 19 | PA | Asilo Santa Terezinha | Belém |
| 20 | PA | Educandário Eunice Weaver | Belém |
| 21 | PB | Educandário Eunice Weaver | João Pessoa |
| 22 | PB | Educandário Eunice Weaver | Curitiba |
| 23 | PE | Instituto Guararapes | Recife |
| 24 | PI | Educandário Padre Damião | Parnaíba |
| 25 | RJ | Educandário Vista Alegre | São Gonçalo (Niterói) |
| 26 | RJ | Preventório Recanto Feliz | Catumbi (Rio de Janeiro) |
| 27 | RJ | Educandário Santa Maria | Jacarepaguá (Rio de Janeiro) |
| 28 | RN | Educandário Oswaldo Cruz | Natal |
| 29 | RS | Amparo Santa Cruz | Porto Alegre |
| 30 | RO | Educandário Belisario Penna | Porto Velho |
| 31 | SC | Educandário Santa Catarina | São José |
| 32 | SP | Educandário Santa Terezinha | Carapicuíba |
| 33 | SP | Educandário Jacareí | Jacareí |
| 34 | SP | Berçário Carolina Mota e Silva | São Paulo |
| 35 | SE | Educandário São José | Aracaju |

Fonte: Dados CURI, 2002