

# REMANESCENTES DE UM PASSADO INDESEJADO: OS ESTUDOS DE TOMBAMENTO DOS EXEMPLARES DA REDE PAULISTA DE PROFILAXIA E TRATAMENTO DA HANSENÍASE.

**AMANDA W. CAPORRINO**, SECRETARIA DE ESTADO DE CULTURA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, BRASIL  
Historiadora graduada pela Universidade de São Paulo. Atua como técnica na Unidade de Preservação do Patrimônio Histórico / Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo. Contato: [acaporrino@sp.gov.br](mailto:acaporrino@sp.gov.br).

**ADDA A. P. UNGARETTI**, SECRETARIA DE ESTADO DE CULTURA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, BRASIL  
Arquiteta e urbanista graduada pela Universidade de São Paulo. Atua como técnica na Unidade de Preservação do Patrimônio Histórico / Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo. Contato: [aungaretti@sp.gov.br](mailto:aungaretti@sp.gov.br).

DOI

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1980-4466.v0iesp21p119-163>

## **REMANESCENTES DE UM PASSADO INDESEJADO: OS ESTUDOS DE TOMBAMENTO DOS EXEMPLARES DA REDE PAULISTA DE PROFILAXIA E TRATAMENTO DA HANSENÍASE.**

AMANDA W. CAPORRINO  
ADDA A. P. UNGARETTI

### **RESUMO**

Este artigo visa apresentar resultados dos estudos para o tombamento estadual de remanescentes da rede paulista de profilaxia e tratamento da hanseníase, doença anteriormente denominada como lepra. A rede em questão foi erguida com base no modelo hospitalar de isolamento conhecido como asilo-colônia, adotado no Brasil no início de 1920, quando a internação compulsória dos hansenianos foi determinada por força de lei. Na década de 1930, sua implantação foi concluída com a construção de cinco asilos-colônia: Santo Ângelo (Mogi das Cruzes), Padre Bento (Guarulhos), Pirapitingui (Itu), Cocais (Casa Branca) e Aimorés (Bauru). A estrutura profilática e de tratamento ainda era composta por ambulatórios denominados dispensários e por preventórios, orfanatos para filhos sadios de hansenianos internados. Diante dos desafios e avanços propostos pelas pesquisas, este artigo também pretende contribuir para os debates acerca do reconhecimento como patrimônio cultural de remanescentes ligados a passados relegados e memórias difíceis.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Hanseníase. Saúde pública. Patrimônio cultural.

## **REMNANTS OF AN UNWANTED PAST: ESTATE INSTITUTION OF PRESERVATION STUDIES FOR THE PAULISTA NETWORK OF PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF HANSEN'S DISEASE.**

AMANDA W. CAPORRINO

ADDA A. P. UNGARETTI

### **ABSTRACT**

This article presents the results of the studies for the State heritage listing of the remnants of the Paulista network of prophylaxis and treatment of Hansen's disease, formerly known as leprosy. This network was created based on a hospital model of isolation known as leper colony, adopted in Brazil in the early 1920s when the compulsory hospitalization of people with Hansen's disease was determined by law. In the 1930s, its implementation was completed with the construction of five leper colonies: Santo Ângelo (Mogi das Cruzes), Padre Bento (Guarulhos), Pirapitingui (Itu), Cocais (Casa Branca) and Aimorés (Bauru). The prophylactic and treatment structure was also composed of clinics called dispensaries and preventoriums, orphanages for healthy children of leprosy patients hospitalized. In face of the challenges and advances proposed by the research, this article also aims to contribute to discussions about the recognition as cultural heritage of the remnants connected to relegated pasts and difficult memories.

### **KEYWORDS**

Hansen's disease. Public health. Cultural heritage.

## 1. UMA DOENÇA COM ORIGENS E ESTIGMAS IMEMORIAIS

A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, batizado “bacilo de Hansen” porque foi identificado pelo cientista norueguês Gerhard H. A. Hansen, em 1873. Entretanto, é uma doença milenar, existindo referências sobre enfermidades semelhantes originárias da Índia, China e Egito, que remontam a 2000 a.C, com muitas designações ao longo do tempo - morfeia, leontíase, elefantíase dos gregos, mal da pele e mal de Lázaro -, sendo mais conhecida como lepra (OPROMOLLA, 2000). A doença acomete o sistema nervoso periférico, manifestando-se em lesões cutâneas e perda da sensibilidade tátil. Causa atrofias e paralisias musculares que, se não diagnosticadas adequadamente, evoluem para um quadro de cegueira e incapacidade física. É infectocontagiosa e sua transmissão ocorre por meio das secreções respiratórias de um portador não submetido a tratamento. Como nem todas as pessoas são suscetíveis, o período de incubação é prolongado (em média de dois a sete anos) e os primeiros sintomas são discretos (o aparecimento de manchas pouco visíveis na pele). A hanseníase é ainda um grave problema de saúde pública no mundo. Os tratamentos médicos foram variados, através da experimentação em doentes, desde infusões de ervas, infiltrações de óleo de chaulmoogra (advindo da medicina ayurvédica), picadas de cobras, injeções de petróleo bruto, estricnina, entre outros, com pouco ou nenhum êxito, causando invariavelmente mais sofrimento para

os pacientes. O advento das sulfonas (Promin), em 1941, trouxe avanços ao tratamento, porém com ação terapêutica bastante limitada ou nula sobre o comprometimento nervoso. Nos dias atuais, o tratamento poliquimioterápico tem curta duração e elimina 90% dos bacilos após a dose inicial de rifampicina (antibiótico descoberto em 1957), aliada a doses mensais de sulfonas e outros medicamentos.

Do ponto de vista sociocultural, as pesquisas sobre o tema demonstram que nenhuma outra doença foi tão estigmatizada quanto à hanseníase. No período medieval, os preceitos religiosos compuseram o imaginário que atravessou os séculos, segundo o qual o leproso demonstraria as máculas da alma nas marcas pelo corpo, devendo ser, por isso, banido da sociedade. No limiar do século XX, os ideários médico-científicos vigentes revestiram os velhos estigmas da doença, justificando o confinamento dos doentes como a melhor medida profilática. Já existiam instituições para hansenianos desde a Antiguidade, contabilizando-se milhares de lazaretos na Europa Medieval, que serviam mais como abrigos para esses excluídos. Os leprosários pouco se modificaram até surgimento dos primeiros projetos de asilos-colônia e preventórios, em meados do século XIX. A partir dessa época, estabeleceram-se políticas de saúde pública em vários países, fundamentadas no isolamento compulsório dos doentes e de seus filhos sadios.

## 2. ANTES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Não há registros de que os nativos americanos tivessem hanseníase, reforçando as hipóteses de que os colonizadores disseminaram a doença pelo continente. No território brasileiro, os indícios da doença datam do século XVII e a primeira instituição oficialmente destinada ao internamento de hansenianos foi construída, em 1741, no Rio de Janeiro. Era constituída por casas e choupanas que visavam abrigar os morféticos e retirá-los dos centros urbanos. Com a expulsão dos jesuítas do Brasil, em 1759, os doentes dessa instituição foram transferidos para a Casa dos Jesuítas de São Cristovão, fundando-se assim o Hospital de Lázaros do Rio de Janeiro, atual Hospital Frei Antônio (CASTRO, 2005 *apud* COSTA, 2008, p. 47).

Em São Paulo, as primeiras referências sobre a doença constariam em uma carta escrita pelo general D. Luiz Botelho Mourão ao Conde de Oyeras e em uma ata da cidade que registrou o despejo de uma cigana

morfética, ambos escritos por volta de 1768. De modo geral, podemos dizer que a propagação da hanseníase acompanhou o desenvolvimento da própria província. A doença teria grassado pelo Vale do Paraíba no auge cafeeiro e avançado pelo interior conforme se desenvolveram as atividades econômicas (MAURANO, 1939, v. 1, p. 19-20).

Com a elevação dos casos de hanseníase e, por consequência, a maior circulação de “gateiros” (leprosos que mendigavam e acampavam em vias públicas), as autoridades foram pressionadas a tomar providências. Não foram raras as ocasiões em que a atuação do governo provincial se resumiu na simples expulsão dos hansenianos. Normalmente, esses agrupamentos se concentravam próximos aos destinos deromeiros e peregrinos, dentre os quais os núcleos de Paranaíba e Pirapora (Figuras 1 e 2).

FIGURAS 1 E 2

Acampamentos de leprosos nas estradas paulistas.  
Fonte: Instituto da Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



A primeira instituição paulista foi o Hospital dos Lázaros da Capital, fundado em 1802, também conhecido como Hospital da Luz, devido à localização. Em 1807, foi erguido o Hospital dos Lázaros de Itue, em seguida, os leprosários situados em Campinas e Piracicaba. Muito semelhantes ao modelo hospitalar utilizado no século XVIII, não visavam disponibilizar o tratamento adequado, mas proteger a sociedade sadia do perigo que os doentes representavam. Eram compostos por conjuntos de casas de tijolos ou taipa, construídos em locais afastados dos núcleos urbanos. Quando os limites das cidades se aproximavam, a tendência era fechar o leprosário e transferi-lo para uma localidade mais distante. Em 1901, o governo desapropriou o terreno do Hospital dos Lázaros da Capital, obrigando a Santa Casa a transferir a instituição para uma chácara adquirida no bairro do Guapira (Figuras 3 e 4). No ano de 1904, construiu-se o Hospital do Guapira, para o qual foram transferidos os pacientes da instituição anterior (MAURANO, 1939, p. 162-163).

FIGURA 3

Desenho do Hospital dos Lázaros da Capital, de autoria do Dr. Rodolfo Grünvald. Fonte: MAURANO, Flavio. *História da lepra em São Paulo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939, v. 2, p. 16-17.

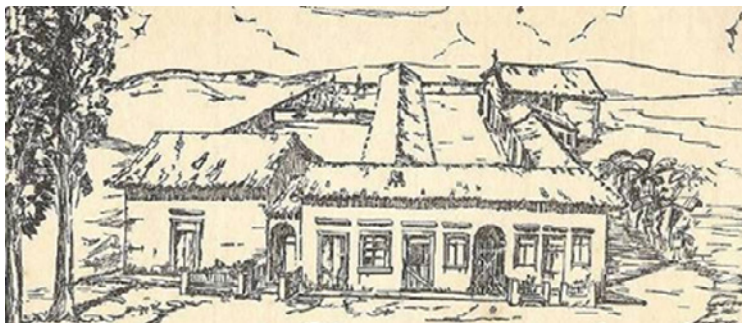


FIGURA 4

Pavilhão central do Hospital do Guapira, cujo projeto foi finalizado pelo Eng. Ramos de Azevedo. Fonte: Acervo da Santa Casa de São Paulo.



A maior parte de lazaretos foi erguida no território paulista no decorrer das primeiras décadas do século XX, dentre os quais: Sorocabá (1902), Rio Claro (1905), Itapetininga (1906), Jundiá (1906), São Carlos (1908), Casa Branca (1909), Tatuí e Botucatu (1911), Angatuba, Guareí e Amparo (1915), Bebedouro e Descalvado (1916) e Jaboticabal (1917) (MAURANO, 1939, v. 2, p. 63). Vale ressaltar que o aumento do número de leprosários naquele momento se deveu ao “temor” que a doença causava em um período de acelerado desenvolvimento dos centros urbanos paulistas (Figuras 5, 6 e 7).

FIGURAS 5 E 6

Fotos de uma moradia do Asilo de Morféticos de Guareí e de internos do Asilo São Lázaro, em Itapetininga. Fonte: MAURANO, Flavio. História da lepra em São Paulo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939, v. 2, p. 94-95.





FIGURA 7

Distribuição dos hospitais de lázaros e asilos mantidos por sociedades religiosas e de caridade. Fonte: Instituto de Saúde de São Paulo/ Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.



Usualmente, esses lazaretos surgiram e funcionaram por iniciativa de associações religiosas e civis. Os mencionados hospitais da Luz e do Guapira, na Capital, foram construídos e mantidos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. Outro exemplo é a Associação Protetora dos Morféticos, fundada em 1917, por Dr. José Carlos de Macedo Soares (mordomo do Hospital do Guapira) e D. Duarte Leopoldo e Silva (Arcebispo de São Paulo). Destinava-se a socorrer os hansenianos, amparar suas famílias, proteger os filhos dos doentes, fornecer assistência judicial, organizar os esforços da caridade, difundir a propaganda higiênica e, por fim, auxiliar a administração da Santa Casa nas mesmas finalidades (MAURANO, 1939, v. 2, p. 142-143).

### 3. UM GRAVE PROBLEMA NACIONAL

No limiar do século XX, as propostas médicas relacionadas à hanseníase ocorreram *pari passu* com a institucionalização da saúde no esteio das campanhas de “saneamento do Brasil”. A descoberta de que a doença é infecto-contagiosa transformou o doente em ameaça social, amparada pelas teorias eugenistas e higiênicas em vigor na época. Acreditou-se que a Medicina

FIGURA 8

Emblema da Associação Protetora dos Morféticos. MAURANO, Flavio. *História da lepra em São Paulo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939, v. 2, p. 143.



podia sanar os problemas de delinquência e insalubridade através do tratamento, aperfeiçoamento ou isolamento dos indivíduos considerados inferiores, enquadrando entre estes os doentes, os criminosos e os deficientes físicos e mentais. O discurso da elite médica passou a abordar temas como disciplina, controle e potencialidade brasileira, entendendo ser de competência do Estado a garantia do bem estar geral da Nação. Era necessária, portanto, a formação de uma nova ordem sanitária pelo poder público e a constituição de um corpo médico com autoridade centralizada e poder de decisão sobre a população e os profissionais da saúde. Nesse sentido, os serviços de profilaxia no país foram delineados em forma de “campanhas”, estabelecendo-se a “polícia médica”. A própria linguagem utilizada nas referências às enfermidades contagiosas adotou termos como “combate” e “armas”, trazendo para o campo da saúde a terminologia militar e compreendendo a erradicação das doenças como uma batalha a ser travada contra os males que ameaçavam os brasileiros (MONTEIRO, 1995, p. 149 e 152).

A luta profilática passou a utilizar um tipo de organização hierárquica e disciplinada, cujo poder centralizava-se nas mãos de poucos indivíduos. Sem espaços para contestação, as ações de saúde pública cederam cada vez mais espaço ao autoritarismo. O aparato legal e institucional formado à época justificou o controle estatal sobre os problemas sanitários do país, em detrimento dos interesses individuais dos afetados. Se o doente era a principal fonte propagadora e precisava ser excluído da sociedade sadia, a Medicina passou a indicar a internação compulsória como a principal medida profilática. O debate sobre a construção de asilos colônias que abrigassem os hansenianos ganhou fôlego e os projetos iniciais para implantação começaram a surgir em todo o Brasil.

O médico José Lourenço Magalhães foi um dos precursores da campanha contra a lepra. Em 1882, escreveu a obra *A morfêa no Brasil, especialmente na província de São Paulo*, na qual afirmou que a criação de colônias para a reclusão dos doentes seria capaz de proporcionar a estes uma vida parecida com a dos indivíduos sadios. Segundo o médico, em troca da limitação de liberdade, os hansenianos receberiam nos asilos a impressão de bem-estar e satisfação no seu isolamento, tratando-se os pacientes com persuasão ao invés da autoridade (MAURANO, 1939, p. 131-132). O médico Emílio Ribas (então diretor do Serviço Sanitário Paulista) deu prosseguimento aos ideais de reclusão dos hansenianos. Seus argumentos obtiveram repercussão nacional, baseando-se na compulsoriedade da notificação de casos suspeitos às autoridades e no isolamento dos doentes como formas de contenção da lepra. Durante uma conferência no 1º Congresso Médico Paulista, em 1916, ele defendeu a internação “humanitária” em asilos-colônia que proporcionassem uma vida próxima da normalidade (MAURANO, 1939, p. 138).

Os argumentos de Ribas foram contestados por médicos que defendiam o confinamento mais radical, dentre estes o Dr. Oswaldo Cruz, aclamado à época por ter erradicado a febre amarela no Rio de Janeiro. Para essa corrente médica, a disseminação da hanseníase seria interrompida pelo simples isolamento de todo e qualquer doente, independente de idade, gênero, tipo ou estágio da doença. Cogitou-se a internação em ilhas (como, por exemplo, na fluminense Ilha Grande) nos moldes dos presídios insulares e do leprosário pioneiro da Ilha de Molokai (Havaí,

Estados Unidos), implantado em 1865. Os debates perpassaram a estrutura de saúde pública, influenciando a elaboração do respectivo aparato legal. Em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública foi criado e sua estruturação culminou na Inspetoria de Profilaxia da Lepra, em 1923. No mesmo ano, o Decreto nº 16.300 (1924) determinou a internação compulsória dos portadores da doença em seus domicílios ou em instituições nosocomiais indicadas para esse fim.

As medidas adotadas acompanhavam e influenciavam discussões realizadas no mundo. Um exemplo é a proposta do Dr. Carlos Chagas de que o problema da hanseníase fosse analisado no Comitê de Higiene da Liga das Nações, do qual era membro. O médico idealizou o projeto do Centro Internacional de Leprologia, firmando-se um acordo entre o Brasil e a Liga. O Centro iniciou suas atividades em 1934 e desenvolveu importantes pesquisas laboratoriais, testes de tratamentos em doentes, ensino sobre leprologia e publicações como a Revista Brasileira de Leprologia, funcionando até 1939 (CUNHA, 2011).

A população era convidada a aderir às campanhas profiláticas por meio da estreita ligação estabelecida entre as áreas de saúde e educação (Figuras 9 e 10). O Ministério da Educação e Saúde Pública foi criado durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945) e, em 1934, o então ministro Gustavo Capanema iniciou a implantação de medidas que visavam à construção de uma nação com indivíduos trabalhadores e crianças saudáveis. Para consolidar os objetivos da reforma, em 1941, foram instituídos 12 Serviços Nacionais, entre os quais o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), verticalizando as campanhas de combate a doenças específicas e grandes endemias (HOCHMAN, 2005, p. 131). Em São Paulo, as campanhas ficaram a cargo da Seção de Propaganda e Educação Sanitária, vinculada à Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social, criada em 1938 (MASCARENHAS, 1973, p. 07).

FIGURAS 9 E 10

Cartazes da campanha do Serviço Nacional de Educação Sanitária. Fonte: Acervo do Museu Emílio Ribas.



#### 4. A IMPLANTAÇÃO DA REDE PAULISTA DE PROFILAXIA E TRATAMENTO DA HANSENÍASE

Em conjunto com o plano nacional de saúde pública, São Paulo criou o Serviço de Profilaxia da Lepra, em 1924, posteriormente Inspeção de Profilaxia da Lepra (IPL) (Figura 11). Este órgão foi responsável pelo funcionamento do sistema isolacionista no território paulista e sua administração coube a renomados leprologistas, como o Dr. Aguiar Pupo e o Dr. Heraclides Cesar de Souza-Araujo. Em 1935, a IPL tornou-se o Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), acompanhando o processo de recrudescimento das campanhas sanitárias e adquiriu uma autonomia equiparada à do próprio Departamento Nacional de Saúde (MONTEIRO, 1995, p. 168-169). O Dr. Francisco Salles Gomes Júnior assumiu o cargo de diretoria na época, ficando conhecido como o “carasco dos leprosos” em virtude de suas medidas extremamente austeras (POSTIGO, 2008, p. 146).

FIGURA 11

Sede da Inspetoria de Profilaxia da Lepra (IPL), c.1924. Acervo FIOCRUZ – Fundo Souza-Araújo.



A legislação paulista desse período não apenas instituiu o isolamento compulsório dos hansenianos em asilos-colônia, como também determinou a configuração de um programa amplo e rígido de combate à lepra, que se reproduzia em todo o país. Especificamente a Lei nº 2.416 (1929) e o Decreto 5.027 (1931) dispuseram acerca da implantação do que se convencionou chamar “tripé profilático”: uma rede de profilaxia e tratamento da hanseníase composta pelos asilos-colônia, dispensários e preventórios (MONTEIRO, 1995, p. 164). As três vertentes institucionais desempenhavam funções específicas para que a rede funcionasse:

DISPENSÓRIOS	Ambulatórios destinados ao exame, triagem e encaminhamento dos portadores da doença identificados e dos “comunicantes” (aqueles que tiveram contato com doentes).
PREVENTÓRIOS	Espécies de “orfanatos” que abrigavam os filhos sadios dos hansenianos internados nos asilos-colônia.
ASILOS-COLÔNIA	Complexos delimitados, construídos em locais afastados, com edificações e regramentos capazes de garantir o isolamento compulsório.

#### 4.1 Sobre os dispensários da rede paulista

A primeira instituição desse tipo no Brasil foi o Dispensário Antileproso, fundado em Belém, em 1921 (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz). Na maioria dos casos, foram apenas seções específicas nos postos de saúde e ambulatórios policlínicos existentes, sendo adaptações e não construções propriamente idealizadas com finalidade dispensarial. Por essas características, os dispensários provavelmente não foram instituições tão marcantes na literatura médica da época e mesmo na memória sobre o período, havendo raras referências sobre eles.

Durante os estudos preliminares de tombamento, verificamos que o Decreto nº 27.733 (1957) dispôs acerca da reestruturação e ampliação da rede dispensarial, com a instalação de unidades em 11 municípios paulistas (Figura 12).

FIGURA 12

Mapa de distribuição dos dispensários do DPL, c.1950. Fonte: Instituto de Saúde de São Paulo/ Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.



FIGURAS 13 E 14

À esquerda, imagem descrita em 1939 como um dos postos do SPL (MAURANO, Flavio. *História da Lepra em São Paulo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939, v. 2, p. 190-191). Ao lado, imagem da construção atualmente. Fotografia: Adda Ungaretti, set. 2013.



No decorrer das pesquisas, também identificamos um provável remanescente no bairro Bom Retiro, em São Paulo. Presumimos que essa edificação tenha abrigado um equipamento dispensarial durante a vigência do isolamento compulsório. Atualmente, o prédio é ocupado pela unidade básica de saúde municipal UBS Bom Retiro - Octavio Augusto Rodovalho.

#### 4.2 Os preventórios em São Paulo

Muitos preventórios existiam na época da implantação do mencionado “tripé profilático”. Paulatinamente, o Estado concentrou em si a responsabilidade pelo combate à lepra, porém a atuação da iniciativa privada manteve-se constante. No caso preventorial, a fundação e a administração recaíram sobre sociedades civis e religiosas, apesar de se integrarem às políticas de saúde pública e estarem sob a vigilância estatal.

A mobilização em prol de preventórios ocorria de forma individual ou através de associações, verificando-se uma predominância de mulheres da alta sociedade nessas ações. É o caso da atuação da Baronesa de Franca e de Alice Tibiriçá. Esta fundou, em 1932, a Federação das Sociedades de



Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra, considerada de utilidade pública pelo governo federal em 1937 (Fiocruz). A primeira instituição preventorial paulista (e brasileira) foi o Preventório Santa Terezinha do Menino Jesus. Foi implantado em decorrência das atividades da associação filantrópica homônima, constituída em 1913 por senhoras da alta sociedade ligadas à Cúria Metropolitana, que tinha à sua frente Dona Margarida Galvão. Na década de 1920, a associação demonstrou preocupação com os filhos de hansenianos, recebendo a doação de um grande terreno no bairro da Lapa, em São Paulo. Contudo, o plano de construir nesta área um “asiloscola” foi barrado pelo Serviço Sanitário sob a alegação de sua localização ser no centro urbano (Figuras 15, 16, 17 e 18).

Em 1922, os estatutos da Associação foram aprovados pelo Arcebispo Metropolitano, contendo a previsão da criação de um asilo destinado aos filhos sadios de leprosos, subordinando-os a um regimento especial, de acordo com as prescrições científicas e inspirações da Caridade Cristã (SANTOS, 2009). Com esse intuito, no ano de 1926, a Associação adquiriu um terreno de 145.000 m<sup>2</sup>, situado próximo à Estrada de Ferro Sorocabana, no atual município de Carapicuíba. Idealizado pelo arquiteto Adelardo Soares Caiuby, entre 1922 e 1925, e executado pelo engenheiro Álvaro de Salles Oliveira, a inauguração do preventório ocorreu em 1927.

FIGURA 15

Desenho do Asilo Santa Terezinha, de Adelardo Soares Caiuby. Fonte: SOUZA-ARAUJO, Heráclides C. de. *História da Lepra no Brasil – Período Republicano (1889-1946)*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1948, est. 53.

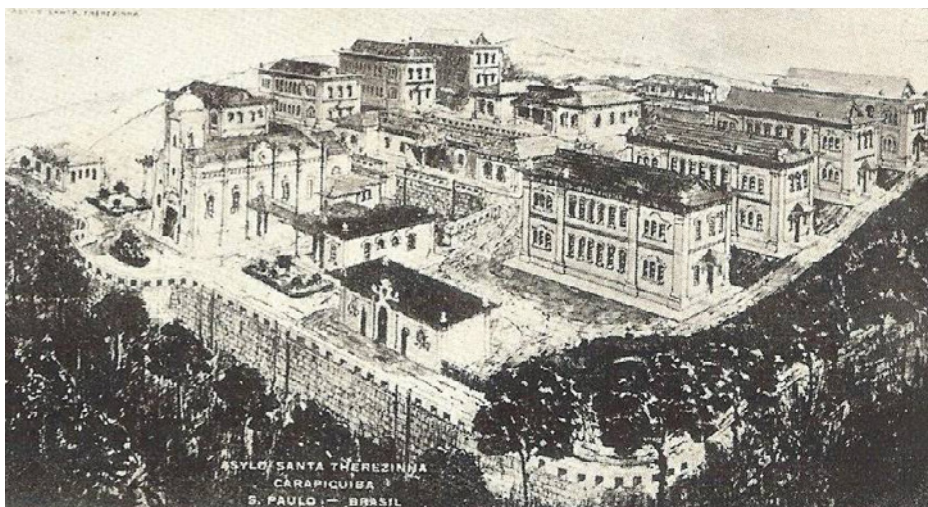


FIGURA 16

Foto aérea atual do antigo Preventório Santa Terezinha. Disponível em: <<https://www.facebook.com/pages/Associa%C3%A7%C3%A3o-SantaTerezinha/446240765445470>>. Acessado em: 08 mai. 2013.



FIGURA 17

Creche do Preventório Santa Terezinha do Menino Jesus. In: SOUZA-ARAUJO, Heráclides C. de. *História da Lepra no Brasil – Período Republicano (1889-1946)*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1948.



FIGURA 18

Imagem atual da antiga creche. Fotografia: Amanda Caporrino, maio 2013.



Com o aumento da demanda por vagas devido ao internamento compulsório dos pais, o Estado de São Paulo implantou, em 1932, o Preventório de Jacareí, em cidade homônima (Figuras 19, 20 e 21). Sob a supervisão da IPL, o antigo Colégio Nogueira da Gama foi adaptado e recebeu inicialmente crianças de todas as idades. Mais tarde, realizou acordo com o Preventório Santa Terezinha para acolher meninos maiores de 12 anos de idade, pois este manifestava preferência pela internação de recém-nascidos e menores do sexo feminino. As crianças egressas dos asilos-colônia com alta condicional também eram encaminhadas para Jacareí (MONTEIRO, 1995).

FIGURA 19

Foto aérea do Preventório Jacareí, c.1940. Disponível em: < <http://blogdejacarei.com.br/>. Acessado em: 13 nov. 2015.



FIGURA 20

Foto do prédio principal no período de funcionamento do Preventório. Fonte: Arquivo Público e Histórico de Jacareí.



FIGURA 21

Imagem atual do edifício que abrigou o Preventório Jacareí. Fotografia: Amanda Caporrino, mar. 2013.



Em 1941, os preventórios passaram a se denominar “educandários” com o intuito de atenuar o preconceito e facilitar a reinserção das crianças na sociedade. No final da década de 1940, foram contabilizados 28 preventórios no Brasil, três em território paulista (SOUZA-ARAÚJO, 1948, p. 20). Porém, os estudos de tombamento identificaram como oficiais apenas os preventórios Santa Terezinha do Menino Jesus e de Jacareí. Os dados acerca da existência de outros exemplares paulistas são escassos e sem lastro documental até o momento, principalmente porque muitos deles funcionaram clandestinamente (OLIVEIRA, 2015). Hoje, a Associação Santa Teresinha mantém a finalidade de amparo a menores em situação de risco e sua administração é realizada pelas Irmãs da Congregação Filhas de Nossa Senhora Stella Maris, desde 1978. Já o edifício do preventório Jacareí abriga atualmente secretarias da Prefeitura Municipal e postos de atendimento do IBGE e Sebrae.

#### 4.3 Os asilos-colônia

O mencionado Decreto 5.027 (1931) dispôs sobre a fundação imediata de cinco asilos para abrigo dos leprosos. O programa paulista baseou-se na adaptação do projeto Leprosária Modelo Santo Ângelo, de Adelardo Soares Caiuby, elaborado em 1918 nos moldes da política pública de saúde de cunho sanitaria. Este, por sua vez, foi inspirado no Leprosário Nacional de Carville (Louisiana, Estados Unidos), composto por pavilhões de tratamento interligados por corredores cobertos, possibilitando a separação dos internos por gênero e idade (Figuras 22 e 23).

FIGURA 22

Mapa do antigo Leprosário de Carville. Fonte: National Hansen's Disease Museum. Disponível em <<http://phil.cdc.gov/Phil/details.asp>>. Acesso em: 28 mai. 2015.

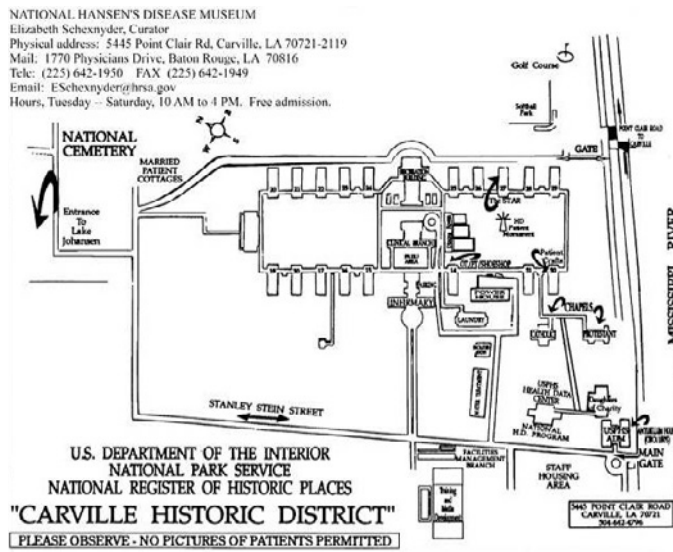
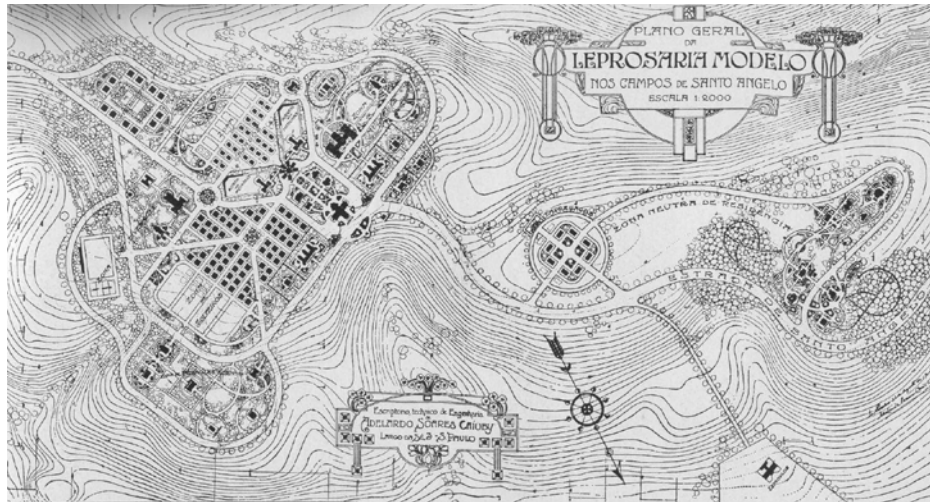


FIGURA 23

Plano geral da Leprosária Modelo. In: CAIUBY, Adelardo S. *Projecto da Leprosaria Modelo nos campos de Santo Angelo*. São Paulo: Riedel, 1918, p. 108.



A idealização do leprosário-modelo contou com a assessoria dos doutores Emílio Ribas e Artur Neiva (autor do Código Sanitário de 1918). O Asilo Santo Ângelo acabou se transformando em um exemplo arquitetônico para a implantação dos demais asilos em São Paulo e também em outras localidades do país. A implantação de outros quatro asilos-colônia seguiu uma organização territorial pautada nos trajetos das ferrovias e

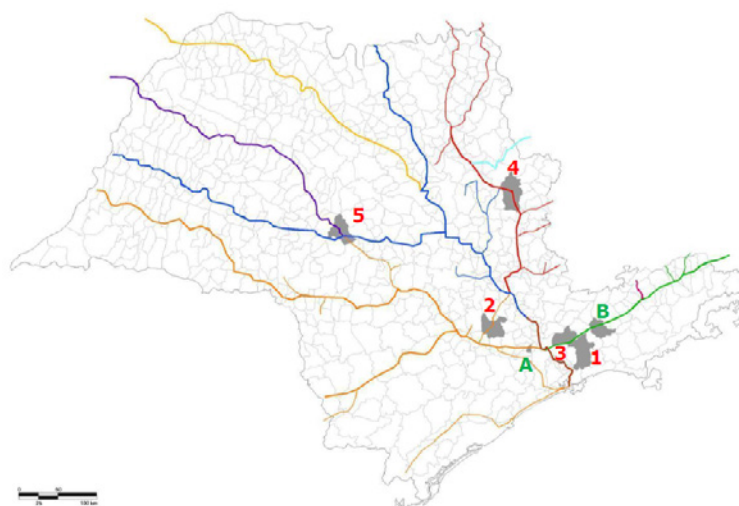
nas reivindicações da Comissão das Municipalidades, que centralizava as demandas de diversas cidades do interior. O território paulista foi, então, dividido em quatro “circunscrições”:

- 1ª – a capital e os municípios do norte do Estado;
- 2ª – a região Sorocabana;
- 3ª – a região Araraquarense;
- 4ª – a região Mogiana.

Por meio da atuação do Estado em conjunto com a participação da iniciativa privada, na primeira metade da década de 1930 a rede paulista estava completa (Figura 24).

FIGURA 24

Mapa de localização dos asilos-colônias (1 a 5) e dos preventórios (A e B) ao longo das estradas de ferro (tracejados coloridos). Desenho: Adda Ungaretti.



REF.	INSTITUIÇÃO	FUNDAÇÃO	LOCALIDADE	ÁREA (alqueires)
1	A. C. Santo Ângelo	1928	Mogi das Cruzes	348
2	A. C. Padre Bento	1931	Guarulhos	23
3	A. C. Pirapitingui	1931	Itu	600
4	A. C. Cocais	1932	Casa Branca	300
5	A. C. Aimorés	1933	Bauru	400
A	Prev. Santa Terezinha	1927	Carapicuíba	6
B	Prev. Jacareí	1932	Jacareí	-

Diferente dos preventórios e dispensários, o programa de asilos-colônia foi bastante característico e relativamente padronizado. Embora essas instituições sejam também citadas na bibliografia como hospitais-colônia ou sanatórios, distinguiram-se dos demais complexos hospitalares por expressarem preceitos e objetivos próprios.

A seleção dos terrenos para a construção dos asilos obedeceu a critérios específicos, como a distância dos centros urbanos, a topografia, a umidade do solo, o provimento de água e a comunicação com estações ferroviárias. Os conceitos de arquitetura e urbanismo foram empregados como instrumentos para a construção de barreiras físicas e psicológicas. Idealizados para funcionar como “minicidades”, os projetos asilares estabeleciam a distribuição espacial das edificações por funções em três porções territoriais distintas e bem delimitadas: Zona Sã, Zona Intermediária e Zona Doente (COSTA, 2008).

ZONA SÃ	Para o corpo clínico, pessoal técnico e administrativo sadio. Composta pela portaria; sub-estação de energia; administração geral; residências do diretor, do administrador, dos médicos e dos empregados; alojamento para visitantes; refeitório e cozinha; creche; garagem.
ZONA INTERMEDIÁRIA	Composta por um pavilhão de economia geral; parlatório; cozinha para preparação das refeições dos internos; posto policial; cadeia.
ZONA DOENTE	Constituía o asilo em si. Composta por pavilhões de tratamento, de assistência médico-hospitalar, de administração e de artes e ofícios; galerias de comunicação entre os pavilhões; posto médico; lavanderia; manicômio; sala de banho; habitações coletivas e para casais; construções para atividades agropecuárias; oficinas; cineteatro, cassino, campo de futebol; templos religiosos; cemitério.

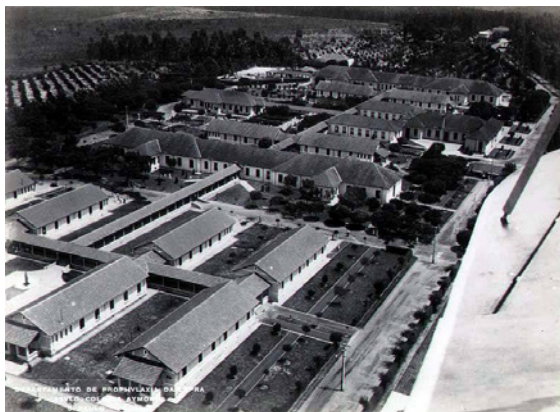
Os traçados visavam ao controle através de visuais que favorecessem as fachadas dos equipamentos coletivos, valorizassem os espaços arborizados e agrupassem as edificações, conforme as diferentes tipologias. O urbanismo ainda determinava a implantação das edificações soltas nos lotes, com amplos recuos, respeitando distâncias mínimas de isolamento de outras edificações e apresentando formas volumétricas simplificadas e funcionais. A arquitetura desses complexos foi pensada como elemento capaz de transformar o comportamento dos internos e também como expressão da funcionalidade associada à busca da inserção do país na economia global. Isso é visível na aplicação das tendências estéticas e compositivas

prevalentes, vinculadas ao ecletismo de matrizes neocoloniais e ao *art déco*. A geometrização de ornamentos possibilitava a simplificação conveniente às especificações de programa, condições de insolação e ventilação, além de conceitos de economia, praticidade e durabilidade.

Por essas razões, os asilos paulistas foram estruturados de modos semelhantes, especialmente quanto aos espaços de baixa densidade populacional, capazes de promover a hierarquização, a diferenciação social e a disciplina. As edificações mais características desses complexos foram os mencionados pavilhões tipo Carville (alas de internação e tratamento) e também o parlatório (estrutura para que os internos recebessem as visitas de familiares, sem contato físico) (Figuras 25 e 26).

FIGURA 25 E 26

Foto aérea de pavilhões tipo Carville no Asilo Aimorés e imagem do Parlatório do Asilo Santo Ângelo.  
Fontes: Acervo do Instituto Lauro de Souza Lima e Acervo Fiocruz – Fundo Souza-Araújo.





O aumento do número de internos durante o isolamento resultou na ampliação do programa asilar e construção de novas edificações por iniciativas públicas e privadas que, muitas vezes, não seguiram as diretrizes, atendendo a interesses pontuais e variados. Dessa forma, cada um dos asilos desempenhou papel distinto na dinâmica da rede paulista, de acordo com as particularidades regionais, as dimensões estruturais e o perfil dos diretores que os administraram.

Inaugurado em 1928, o asilo-colônia Santo Ângelo foi o primeiro da rede asilar paulista, acolhendo os pacientes transferidos do Hospital do Guapira. Recebeu essa denominação porque foi instalado em terras doadas pela Ordem dos Carmelitas próximas à antiga Capela Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes. O engenheiro Francisco de Paula Ramos de Azevedo desenhou alguns projetos para suas edificações. Em 1940, a Caixa Beneficente contratou o arquiteto Rino Levi para projetar a segunda edificação do cine-teatro, cuja inauguração ocorreu em 1948. Atualmente, este complexo asilar abriga o Centro Especializado em Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti, voltado à recuperação de dependentes químicos (Figuras 27, 28 e 29).

FIGURA 27

Asilo Santo Ângelo.  
Vista aérea do  
conjunto, c.1930.  
Fonte: Acervo do  
Instituto Lauro  
de Souza Lima.



FIGURA 28

Asilo Santo Ângelo.  
Cineteatro projetado  
por Rino Levi. Fonte:  
Acervo do Instituto  
Lauro de Souza Lima.



FIGURA 29

Asilo Santo Ângelo.  
Imagem atual do  
teatro. Fotografia:  
Amanda Caporrino,  
out. 2015.



Fundado em 1931, o asilo-colônia Padre Bento foi construído em propriedade do governo do Estado no bairro Gopouva, em Guarulhos, em terras que abrigaram um recolhimento para psicopatas. Nesse asilo, eram internados pacientes com formas clínicas não contagiosas e que não apresentassem estágios avançados da doença, haja vista ser local de privilegiado acesso e que recebia membros de famílias da elite econômica paulista acometidos pela doença (MONTEIRO, 1995). Mais conhecido como Sanatório Padre Bento (na tentativa de reduzir o estigma), o conjunto se destacava por possuir um pavilhão infantil específico e isolado das áreas destinadas a adultos, maior número de pensionistas (internos pagantes), além de luxuosas instalações (Figuras 30, 31 e 32). Devido ao crescimento da cidade, a área foi retalhada e parte das edificações demolida. No ano de 2011, alguns remanescentes foram tombados pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico Arqueológico, Artístico e Turístico (Condephaat) – o antigo campo de futebol, a capela, o teatro e a pέργula de acesso ao atual Hospital Padre Bento.

FIGURA 30

Sanatório Padre Bento. Vista aérea do conjunto c.1930.  
Fonte: Acervo do Instituto Lauro de Souza Lima.

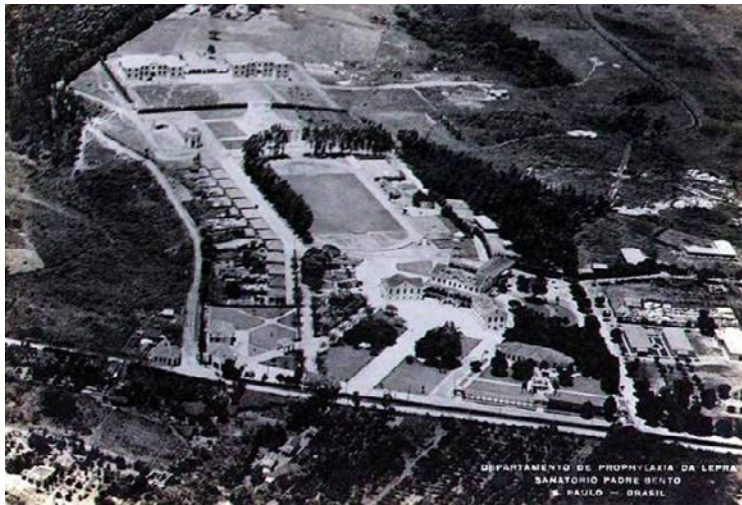


FIGURA 31

Sanatório Padre Bento. Luxuoso interior do teatro.  
Fonte: Acervo do Instituto Lauro de Souza Lima.



FIGURA 32

Sanatório Padre Bento. Interior do teatro. Fotografia: Roberto Ferreira, set. 2008.



O município de Itu contava com um hospital de lázaros desde 1807. Em péssimas condições, a edificação foi demolida em 1929 e parte dos internos transferidos para o Santo Ângelo. Uma parte daqueles que voltaram a Itu foi realocada em precários barracos de tábuas, apelidados “Taboeiro”. O asilo-colônia Pirapitingui resultou de um acordo firmado, em 1929, entre 48 municípios da Zona Sorocabana e a inauguração ocorreu em 1931 (AUVRAY, 2005, p. 39). Além de casas bigeminadas e dos pavilhões, 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. Foi o asilo que abrigou mais pessoas (5.000 internos na década de 1950), o que explicaria as recorrentes rebeliões registradas e o maior número de transferências. Hoje, o antigo complexo abriga o Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes e é o principal destino de ex-pacientes dos demais asilos (Figuras 33, 34 e 35).

FIGURA 33

Asilo Pirapitingui.  
Vista aérea do  
conjunto c.1930.  
Fonte: IGC.

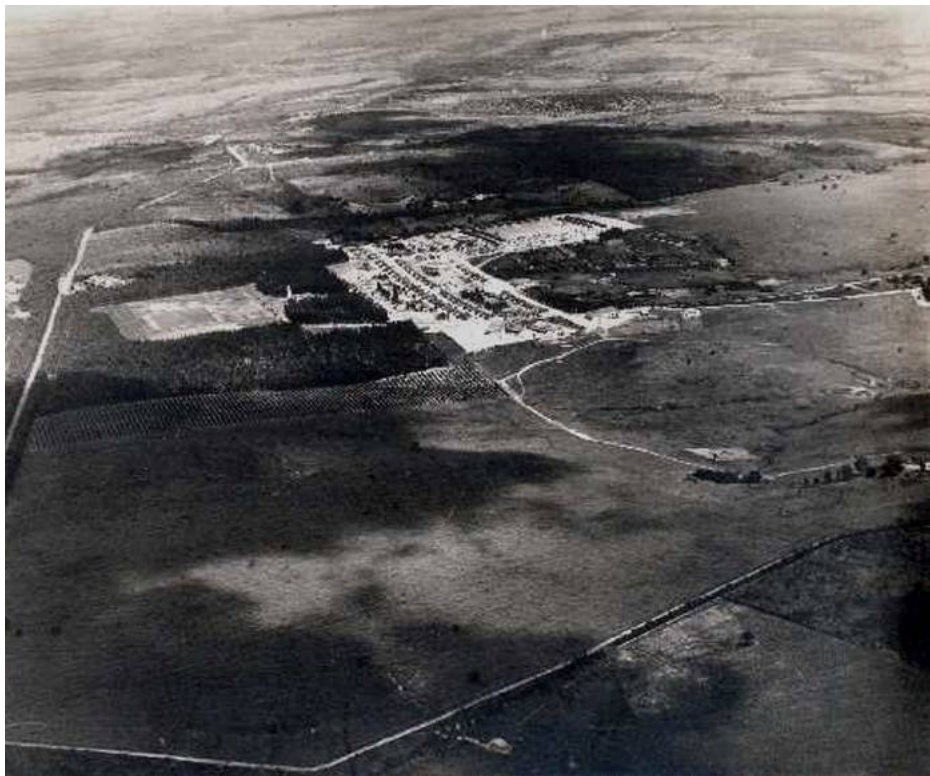


FIGURA 34

Asilo Pirapitingui.  
Pavilhões de  
alojamento. Fonte:  
Arquivo Fiocruz,  
Fundo Souza-Araújo.



FIGURA 35

Asilo Pirapitingui.  
Pavilhão de  
alojamento.  
Fotografia:  
Amanda Caporrino,  
maio 2015.



O asilo-colônia de Cocais, em Casa Branca, era o asilo mais distante em relação à cidade de São Paulo. Assim como outros asilos, os fundos para sua construção foram angariados pela Comissão das Municipalidades da região Mogiana, em 1927. A propriedade comprada foi a Fazenda Mil Réis, cuja propriedade foi repassada à Fazenda Pública do Estado, em 1928. Devido aos atrasos nas obras, o asilo só pôde receber os primeiros pacientes em 1932. As condições de seu funcionamento eram consideradas precárias em virtude do reduzido quadro clínico, do elevado número de internos e da distância da capital, o que tornou a transferência para o Cocais uma medida disciplinar e punitiva para os internos que causavam transtornos nos demais asilos da rede. Atualmente abriga o Centro de Reabilitação Casa Branca, atendendo pacientes com distúrbios psíquicos.

FIGURA 36

Asilo Cocais. Vista aérea do conjunto c.1930. Fonte: IGC.

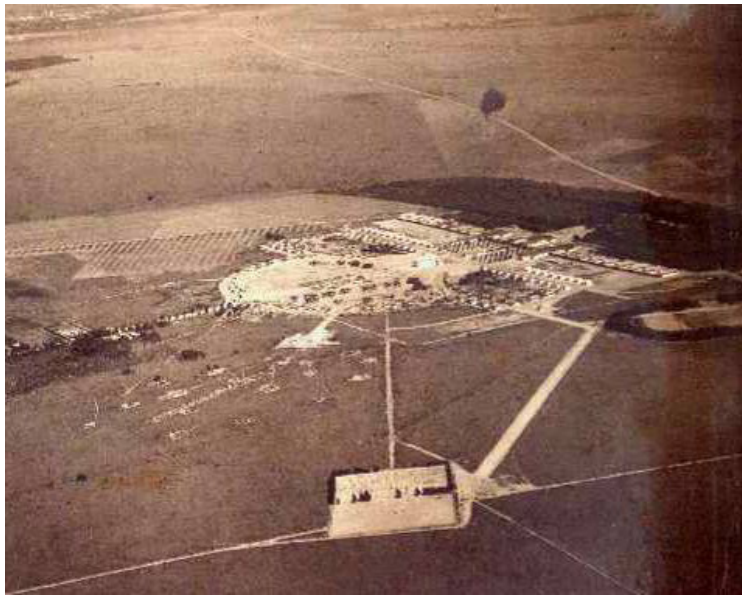


FIGURA 37

Asilo Cocais. Pavilhões de alojamento/tratamento. Fonte: Arquivo FIOCRUZ, Fundo Souza-Araújo.



FIGURA 38

Asilo Cocais. Passadiço dos pavilhões de alojamento/tratamento. Fotografia: Adda Ungaretti, set. 2015.



O asilo-colônia Aimorés resultou de um acordo estabelecido durante o Congresso Regional da Noroeste, em 1927. O terreno foi adquirido pela comissão organizada naquela ocasião, porém a constante insuficiência de recursos levou o Serviço de Profilaxia da Lepra a encampar as obras, e sua inauguração se deu em 1933. Destacam-se no conjunto os equipamentos de lazer e entretenimento - quadras esportivas, tablado de dança, coreto, bares e campo de futebol. O asilo foi transformado em sanatório, hospital e hoje abriga o Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL). Desde suas origens, demonstrou pioneirismo em pesquisas sobre tratamento e cura da doença, tornando-se centro de referência em Dermatologia Geral (particularmente, da hanseníase) para a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS). A solicitação de tombamento adveio da diretoria do ILSL, demonstrando interesse pela preservação da memória, refletido na deliberação do Condephaat a favor do tombamento das edificações asilares do conjunto.

FIGURA 39

Asilo Aimorés. Vista aérea do conjunto c.1930. Fonte: Acervo do Instituto Lauro de Souza Lima.



FIGURA 40

Asilo Aimorés.  
Pavilhão tipo Carville  
c.1930. Fonte:  
Acervo do Instituto  
Lauro de Souza Lima.



FIGURA 41

Asilo Aimorés.  
Pavilhão tipo Carville.  
Fotografia: Amanda  
Caporrino, abr. 2013.

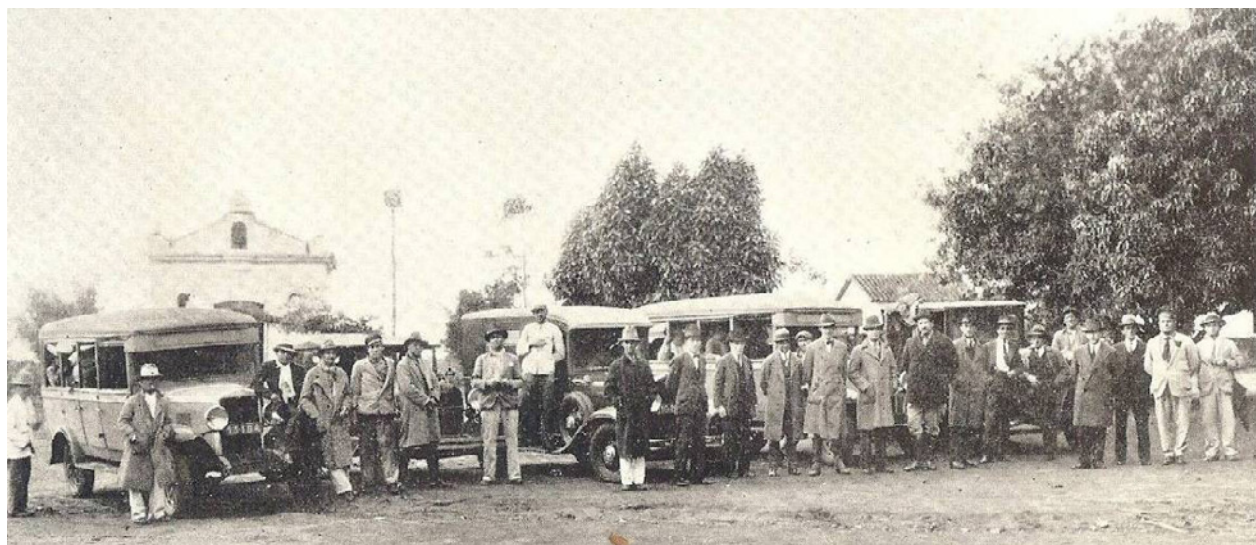


5. A VIDA NOS ASILOS-COLÔNIA E NOS PREVENTÓRIOS PAULISTAS  
Conforme avançava a implantação da rede de profilaxia e tratamento da hanseníase, os antigos lazaretos eram demolidos ou incendiados e seus moradores compulsoriamente internados nos asilos-colônia e preventórios. Lá, assumiam uma nova vida e precisavam lidar com a realidade do confinamento.



FIGURA 42

Imagem da Vila Hansen, São Carlos do Pinhal. Observam-se os veículos (jardineiras) que transportaram hansenianos da vila para o Asilo-Colônia de Aimorés, c. 1930. Na frente da segunda jardineira, a contar da direita, está o Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, diretor do asilo. In: MAURANO, Flávio. História da lepra em São Paulo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939, v. 2, p. 112-113.



O funcionamento interno dos asilos-colônia era controlado por três setores: Diretoria, Prefeitura e Caixa Beneficente. Em geral, o diretor era um leprologista nomeado pelo Estado, dedicando-se às questões científicas e à coordenação geral do complexo asilar. O prefeito era um interno indicado pelo DPL, ao qual cabia o poder de polícia e a administração da “zona doente”. Os sete departamentos que compunham a Caixa Beneficente - entre eles Recreativo, Desportivo e Religioso -, atuavam no sentido de amenizar o sofrimento dos confinados.

Como medida disciplinar e de contenção de gastos, as tarefas do cotidiano eram executadas pelos próprios asilados, vindo de fora apenas médicos e cozinheiros. Trabalhavam em média seis horas diárias, a maior parte em atividades agropastoris, serviços em enfermarias, pequenas fábricas instaladas nos asilos, refeitórios, lavanderias, obras de construção, marcenaria, oficinas, entre outros. O DPL criava cargos para os doentes selecionados, os quais eram promovidos conforme a prestação dos serviços. A remuneração provinha do Estado e das Caixas Beneficentes, sendo estabelecida de acordo com a função exercida. (MONTEIRO, 1995).

FIGURA 43

Rótulo de um dos refrigerantes fabricados no Asilo Aimorés, a partir de 1949. Fonte: Acervo do Instituto Lauro de Souza Lima.



Do dever ao lazer, todas as esferas da vida pública dos internos eram supervisionadas pelas autoridades e o controle também se estendia ao ambiente privado. No início, os pacientes foram distribuídos em casas familiares e pavilhões coletivos, levando-se em conta idade, sexo, estado civil, situação clínica e perfil econômico dos internos. Entretanto, a superlotação dos asilos e o descaso das autoridades amontoaram desordenadamente leitos nos dormitórios, enfermarias e corredores dos pavilhões.

Ao ingressar nos asilos-colônia, adultos e crianças foram separados de suas famílias, na maioria dos casos, definitivamente. As visitas não

eram frequentes devido ao preconceito e ocorriam à distância, por meio da mencionada estrutura do Parlatório: um espaço delimitado por duas cercas, com cerca de um metro e meio de distância entre si, formando uma espécie de corredor. Os visitantes ficavam em um lado e os doentes no lado oposto, enquanto um guarda do asilo fiscalizava o corredor, impedindo o contato físico. Os parlatórios foram desativados pela atuação de Conceição da Costa Neves, eleita deputada e primeira mulher no país e no mundo a implementar projetos de leis a favor dos portadores da doença, ficando conhecida como “mãe dos portadores da lepra”.

Eram frequentes as reclamações dos internos quanto à má alimentação, lotação, castigos físicos e psicológicos. Com o intuito de encobrir irregularidades, até correspondências eram violadas ou censuradas pelas autoridades asilares para que as notícias não chegassem à sociedade. Além do sofrimento causado pela doença e pelo isolamento à força, os confinados também foram submetidos a condições muito precárias de sobrevivência. Somam-se a isso a vigilância e o controle excessivos, autorizados por lei ou frutos do abuso de poder, tornando a vida dos asilados ainda mais penosa.

Essas questões são evidentes ao enfocarmos a situação dos filhos dos pacientes. Nem sempre os menores internados nos asilos-colônia eram alojados junto a seus familiares e, quando acontecia, os contatos entre eles ocorriam somente com a permissão do diretor do asilo e em datas determinadas. Já as crianças nascidas no asilo eram imediatamente retiradas após o parto e encaminhadas aos preventórios para se evitar qualquer possibilidade de contágio. A maior parte delas nunca mais reencontrou suas famílias (MONTEIRO, 1995).

As organizações preventoriais visavam desvincular a criança dos laços “estigmatizados”, apagando seu passado a fim de facilitar a reinserção social. A rotina era rígida e disciplinadora, submetendo os internos a medidas rigorosas e castigos físicos. Ocupavam-se os meninos da agricultura e oficinas de carpintaria, e as meninas de costura e cuidados da casa. Não foram raras as ocasiões em que os preventórios aproveitavam-se dessas prerrogativas para fazer uso do trabalho infantil (SANTOS, 2009).

FIGURAS 44 E 45

Bebês separados das mães e meninos trabalhando nos preventórios. Fonte: Arquivo Instituto Lauro de Souza Lima.



A rede de profilaxia da lepra institucionalizou a política de internação em massa em São Paulo, enquanto que, no restante do país, esse processo foi mais lento ou brando. A comparação entre as atuações estaduais sugere que São Paulo apresentava o maior número de casos da doença, superando Minas Gerais, Pará e Amazonas. Entretanto, o alto índice de internações deveu-se, na realidade, à eficiência do serviço de profilaxia paulista na “captura” e efetivo isolamento dos hansenianos (MONTEIRO, 1995, p. 216). Nessas condições, muitos doentes migravam com o intuito de evitar a internação em São Paulo, sendo também frequentes as fugas dos asilos paulistas. A única alternativa que restava para a maioria deles era a vida como “gateiros fora-da-lei”, pedindo esmolas e acampando a beira de estradas.

Em 1962, o Decreto do Conselho de Ministros nº 968 revogou o isolamento compulsório dos hansenianos no Brasil. São Paulo, entretanto, manteve a política de internação obrigatória até 1967 e um regime de semiaberto até meados de 1970. As portas foram descerradas, mas grande parte dos internos decidiu permanecer nos asilos porque não tinham contato com familiares, nem para onde ir (MONTEIRO, 1995). Hoje os hospitais instalados nos antigos complexos asilares convivem com ex-pacientes que ainda ocupam as casas, gerando transtornos para as instituições e, principalmente, para os moradores.

FIGURAS 46

Egressos de asilos-colônia acampados à beira de uma estrada paulista (década de 1930).  
Fonte: SUGIMOTO, Luiz. Memórias do degredo. *Jornal da UNICAMP*, Campinas, n. 571, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/ju/571/memorias-do-degrede>>. Acesso em: 11 nov. 2015.



Na maioria dos casos, a vida asilar iniciava-se com a entrada pela portaria e findava com o sepultamento nos cemitérios existentes nos asilos. Durante os estudos de tombamento, as vistorias revelaram que parte das lápides está sem identificação e túmulos foram violados ou se encontram em situação de abandono, não sendo localizados os registros dos enterros. Consta que os restos mortais serão removidos para os cemitérios municipais, porém não obtivemos confirmação oficial. Mesmo que esses procedimentos sejam realizados, provavelmente muitos permanecerão enterrados nos locais, sem direito à memória individual por falta de identificação, descaso do poder público ou vandalismo.

FIGURAS 46

Cemitérios dos asilos Pirapitingui e Santo Ângelo. Fotografia: Amanda Caporrino, maio 2015; Adda Ungaretti, out. 2015.



As ações públicas e privadas empreendidas no período de vigência do isolamento compulsório não erradicaram a hanseníase no país. Dados recentemente divulgados pelo Ministério da Saúde indicam um aumento na prevalência da doença no Brasil e no número de casos diagnosticados, evidenciando a permanência do problema. A Organização das Nações Unidas (ONU) recomendou aos países que reparem os danos sofridos durante a vigência da confinamento compulsória de pessoas com hanseníase e garantam os direitos desses cidadãos. A organização também aprovou, em 2011, a Resolução 65/215 sobre a Eliminação da Discriminação das Pessoas Atingidas pela Hanseníase e seus Familiares, permeando a atualidade por questões do passado. Depois do Japão, o Brasil foi o segundo país no mundo a reconhecer o isolamento compulsório como Crime de Estado e a conceder indenizações para os afetados naquele período.

## 6. ACERCA DOS ESTUDOS DE TOMBAMENTO

Os estudos de tombamento no âmbito paulista são realizados por técnicos da Unidade de Preservação do Patrimônio Histórico (UPPH) com o intuito de fornecer subsídios para as deliberações do Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico Arqueológico, Artístico e Turístico (Condephaat), ambos vinculados à Secretaria de Estado da Cultura. Para tanto, eles requerem uma série de procedimentos de pesquisa, tais como levantamentos bibliográficos e arquitetônicos, consultas em arquivos, assim como vistorias técnicas.

Este artigo enfoca os procedimentos técnicos que se iniciaram em 2012, com a instrução do dossiê preliminar referente ao asilo-colônia Santo Ângelo, cujo parecer indicou a relevância do bem e identificou os demais exemplares. Na ocasião, algumas edificações do Sanatório Padre Bento e do asilo-colônia Aimorés haviam sido tombadas pelo Condephaat, mas o reconhecimento ainda não valorava a dimensão desses bens enquanto integrantes de um amplo programa de saúde pública concernente à hanseníase.

Os estudos de tombamento partiram das referências dos médicos Flavio Maurano e Heráclides C. Souza-Araújo e dos trabalhos da historiadora Yara Nogueira Monteiro (1995) e da arquiteta Ana Paula Silva da Costa (2008). Foi realizado extenso levantamento bibliográfico e de fontes com tipologias e temáticas diversas, o que repercutiu na localização de documentos no Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, no Instituto de

Saúde do Estado da Saúde de São Paulo, no Arquivo Edgard Leuenroth (Unicamp), no Museu do Instituto Lauro de Souza Lima e no Museu do Centro de Reabilitação de Casa Branca.

Embora se trate de um tema ainda pouco estudado, pudemos observar o crescente interesse demonstrado por trabalhos científicos e pela produção audiovisual, como comprovam os documentários *Os melhores anos de nossas vidas* (2003) e *Memórias internas* (2010), além dos eventos que debateram a questão, entre os quais o *III Encontro dos Antigos Hospitais-colônia de hanseníase do Estado de São Paulo* (Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac - CVE), o simpósio *As doenças e os espaços de Exclusão* (Laboratório de Estudos sobre Etnicidade, Racismo e Discriminação - LEER-USP, em parceria com a Fiocruz) e o seminário *O Reconhecimento dos Bens Culturais*, organizado pelo Centro de Preservação Cultural - CPC/USP, realizados em 2015 e dos quais participamos.

As pesquisas também proporcionaram o contato com instituições e grupos que atuam nas questões ligadas à hanseníase, tais como o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), a Fundação Paulista Contra a Hanseníase e o CVE. Essa articulação contribuiu para a compreensão dos bens estudados como parte de uma memória viva, que participa direta ou indiretamente do processo de reconhecimento do patrimônio histórico.

No que concerne às etapas formais dos estudos de tombamento, os processos encontram-se na seguinte situação:

INSTITUIÇÃO	PROCESSO	PARECER TÉCNICO	DELIBERAÇÃO CONDEPHAAT	HOMOLOGAÇÃO
A. C. Padre Bento	33189/1995	Favorável ao tombamento	Acompanhou parecer técnico	Resolução SC-56 - 14/06/2011
A. C. Aimorés	28728/1991	Favorável ao tombamento	Acompanhou parecer técnico	Aguarda homologação
A. C. Santo Ângelo	72143/2014	Favorável ao tombamento	Aguarda relatoria	-
A. C. Pirapitingui	72097/2014	Favorável ao tombamento	Aguarda relatoria	-
A. C. Cocais	72140/2014	Favorável ao tombamento	Aguarda relatoria	-
Prev. Santa Terezinha	72098/2014	Favorável ao tombamento	Aguarda relatoria	-
Prev. Jacareí	01119/2013	Desfavorável à abertura do estudo	Acompanhou parecer técnico	Arquivado



Quanto aos dispensários, por não se tratarem de construções especificamente planejadas para a rede e diante das escassas referências, não indicamos o tombamento de exemplares.

As propostas técnicas (com exceção do Asilo Padre Bento) foram determinadas por uma sequência de critérios estabelecidos durante os estudos de tombamento para a seleção de edificações e definição de diretrizes com vistas à preservação da leitura da rede: 1) inexistência nos demais conjuntos arquitetônicos remanescentes; 2) excepcionalidade arquitetônica ou histórica; 3) relevância para o funcionamento da rede; 4) grau de conservação.

A exceção aos critérios foram os cemitérios dos asilos-colônia, em razão do atual estado de degradação. A pior condição foi constatada no Asilo Cocais, não sendo possível localizar o conjunto tumular por meio de vistorias ou imagens aéreas. Com base nos estudos, propusemos o tombamento do Cemitério São José (incluído na listagem de edificações do antigo asilo-colônia Pirapitingui) por ainda encontrar-se inserido nos limites do atual complexo hospitalar e apresentar o maior índice de identificação nas sepulturas. Os demais cemitérios remanescentes foram indicados como objeto de análise para reconhecimento de Lugar de Interesse Cultural, diante da relevância desses espaços na preservação da memória de milhares de internos desconhecidos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos de tombamento evidenciam que remanescentes dessa rede paulista de profilaxia e tratamento da hanseníase são documentos da lógica arquitetônica e territorial de isolamento, praticada pela saúde pública no país e no mundo, em um contexto sanitarista e disciplinador. Constituem, portanto, a materialização dos estigmas socioculturais revestidos de bases científicas, imputados a milhares de portadores da doença por décadas.

O processo de identificação desses exemplares como patrimônio histórico significou lidar com uma memória pouco conhecida e marginalizada, cuja compreensão pela sociedade é ainda bastante permeada por estigmas e exclusão. Representa, também, uma ampliação do conceito de bem cultural, que insere o Estado em um debate crítico sobre políticas públicas adotadas no passado e no presente.

A proposta técnica de preservação dos remanescentes permite a leitura da rede paulista de profilaxia e tratamento da hanseníase e sua dinâmica inerente, inclusive atribuindo valor aos vestígios daquilo que não está materialmente representado nos conjuntos, como os cemitérios e os acervos. É a oportunidade de reconhecer a memória de um passado quase esquecido por ser doloroso e indesejável.

## REFERÊNCIAS

AUVRAY, Kátia. *Cidade dos esquecidos*. Itu: Ottoni, 2005.

BRAZ, Guilherme Gorgulho. *Isolamento compulsório de hansenianos: o papel dos jornais paulistas na manutenção do degredo (1933-1967)*. Dissertação (Mestrado em Divulgação Científica e Cultural) - Instituto de Estudos da Linguagem e ao Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo, Universidade Estadual de Campinas-Unicamp, Campinas, 2013.

CAIUBY, Adelar do S. *Projecto da leprosaria modelo nos campos de Santo Angelo*. São Paulo: Riedel, 1918.

COSTA, Ana Paula Silva da. *Asilos coloniais paulistas*. Análise de um modelo especial de confinamento. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2008.

COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. *Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

CUNHA, Vivian da Silva. *Centro Internacional de Leprologia: ciência, saúde e cooperação internacional no Brasil do entre guerras (1923-1939)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

DIWAN, Pietra. Eugenia, a biologia como farsa. *História Viva*, São Paulo, n. 49, 2007. Disponível em: <[http://www.uol.com.br/historiaviva/reportagens/eugenia\\_a\\_biologia\\_como\\_farsa.html](http://www.uol.com.br/historiaviva/reportagens/eugenia_a_biologia_como_farsa.html)>. Acesso em: 5 jan. 2015.

EIDT, Leticia Maria. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 13, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000200008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02 out. 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. História da hanseníase. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/historiadahansenia/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=23&sid=5>>. Acesso em: 11 nov. /2015.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Decreto nº 5.027, de 16 de maio de 1931. Disponível em: <[www.al.sp.gov.br](http://www.al.sp.gov.br)>. Acesso em: 20 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 27.733, de 12 de março de 1957. Disponível em: <[www.al.sp.gov.br](http://www.al.sp.gov.br)>. Acessado em: 25 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 16.300, de 31 dez. 1923. Disponível em: <[www.al.sp.gov.br](http://www.al.sp.gov.br)>. Acesso em 25 set. 2012.

- FARRELL, Jeanette. *A assustadora história das pestes e epidemias*. São Paulo: Ediouro, 2003.
- FOUCAULT, Michel. *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.
- MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. História da saúde pública no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.7, n.4, p. 433-446, 1973.
- MAURANO, Flavio. *História da lepra em São Paulo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939 (v. I e II).
- MINUZZO, Debora Alves. *O homem paciente de hanseníase (lepra): representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal*. Dissertação (Mestrado em Políticas de Bem-estar) - Universidade de Évora, Évora, 2008.
- MONTEIRO, Yara. Doença e estigma. *Revista de História*, São Paulo, n. 127-128, p. 131-139, ago.-dez. 1992 – jan.-jul. 1993. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S003483091993000100009&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S003483091993000100009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 14 ago. 2012.
- \_\_\_\_\_. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- \_\_\_\_\_. Violência e profilaxia: os preventórios paulistas para filhos de portadores de hanseníase. *Saúde e Sociedade*, v. 7, n. 1, p. 3-26, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n1/02.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2012.
- MORAES, Daniela Lemos. *Auto-imagem, fotografia e memória*. Contribuições de ex-internos do Asilo-colônia Aimorés. Dissertação (Mestrado em Multimeios) - Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- OLIVEIRA, Teresa. *Nascidos depois: a verdadeira história dos filhos de pacientes de hanseníase separados de seus pais pelo isolamento compulsório*. São Paulo: Scortecci, 2015.
- OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araujo (ed). *Noções de hansenologia*. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.
- PENHA, Daniela. *Memórias do Aimorés: 7 retratos da internação compulsória*. Bauru: Editora da UNESP, s/d.
- POSTIGO, Vânia Regina Miranda. *Espaços vigiados*. Um estudo do isolamento compulsório dos portadores de hanseníase no Asilo-Colônia Santo Ângelo (1890/1960). Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- RUBIO, Arnaldo. *Eu denuncio o Estado*. Guarulhos: Edição do autor, 2007.
- SANTOS, Claudia Cristina dos. *Crianças Indesejadas*. Estigma e exclusão dos filhos sadios dos Portadores de Hanseníase internados no Preventório Santa Terezinha (1930-1967). Dissertação (Mestrado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SEGAWA, Hugo. *Arquiteturas no Brasil 1900-1990*. São Paulo: EDUSP, 1997.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides C. de. *História da lepra no Brasil – Período Republicano (1889-1946)*. Álbum das organizações antileprosas. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1948.

SUGIMOTO, Luiz. Memórias do degredo. *Jornal da UNICAMP*, Campinas, n. 571, ago. 2013. Disponível em: < <http://www.unicamp.br/unicamp/ju/571/memorias-do-degredo>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

TRONCA, Ítalo. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas: Unicamp, 2000.

### Arquivos consultados

Arquivo Edgard Leuenroth (Unicamp)  
Fundo Colônia Asilo Pirapitingui – Ítalo Tronca  
Museu de Saúde Pública Emílio Ribas  
Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
Museu do Instituto Lauro de Souza Lima  
Museu do Centro de Reabilitação Casa Branca

### Fontes audiovisuais

Asilo-Colônia Aimorés  
Vídeo oficial de propaganda do governo  
Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), 1933

*Onde a esperança mora*  
(sobre o Asilo-Colônia/ Sanatório Padre Bento)  
Carrari Filmes, 1948

*Lepra: o espetáculo do medo*  
Direção: Ítalo Tronca  
UNICAMP, 1987

*Os melhores anos de nossas vidas*  
Direção: Andrea Pasquini  
Cinesolar, 2003

*Memórias internas*  
Produção: Renato Falgoni, 2010

*Terminal Santo Ângelo*  
Direção: alunos da AIC (Academia Internacional de Cinema), 2011

### Sites consultados

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz  
<http://portal.fiocruz.br/pt-br>

Ministério da Saúde  
<http://portalsaude.saude.gov.br/>

Assembleia de São Paulo  
<http://www.al.sp.gov.br/alesp/biblioteca-digital/>

JusBrasil  
www.jusbrasil.com.br

Pró-memória Jacareí – Arquivo Público e Histórico  
<http://www.promemoriajacarei.com.br/>

**Recebido**  
13/02/2016

**Aprovado**  
16/06/2016