

## Os Asilos-colônia do Estado de São Paulo: de patrimônios a territórios culturais

DOI: 10.20396/labore.v17i00.8674432

**Bianca Maria Batista Janotti**

<https://orcid.org/0000-0002-6524-5434>

Pontifícia Universidade Católica de Campinas / Campinas [SP] Brasil

**Maria Cristina da Silva Schicchi**

<https://orcid.org/0000-0002-4267-2601>

Pontifícia Universidade Católica de Campinas / Campinas [SP] Brasil

### RESUMO

A tentativa de conter a propagação da hanseníase no Estado de São Paulo motivou a construção de asilos-colônia, estrategicamente distribuídos no interior do estado. A malha ferroviária e as reivindicações da Comissão das Municipalidades permitiram a instalação de uma rede de asilos, em distintas cidades. Construídos entre 1920 e 1930, os asilos Santo Ângelo, Padre Bento, Pirapitingui, Cocais e Aimorés formaram a rede de profilaxia oficial da doença. A seleção de dois casos de estudo, os asilos Santo Ângelo e Aimorés, levou em consideração as características distintas de cada um deles, com o intuito de constituir uma reflexão passível de ser estendida aos outros asilos, estudando-os em seus contextos territoriais, para além de suas características como conjuntos arquitetônicos. Foi necessário constituir métodos próprios de reconhecimento do território, dos lugares, das morfologias e dinâmicas urbanas, que se somaram às discussões de preservação, no campo de estudo das memórias dolorosas e dos patrimônios marginais.

### PALAVRAS-CHAVE

Patrimônios marginais. Territórios culturais. Políticas de preservação. Asilos-colônia.

### **The Colony-asylums in the State of São Paulo [Brazil]: from heritage to cultural territories**

### ABSTRACT

The intention to control the propagation of Hansen's disease in the state of São Paulo motivated the construction of colony-asylums, strategically distributed in the center of the state. The railroad network and the demands of the Municipalities Commission allowed the installation of a network of asylums in different cities. Built between 1920 and 1930, the asylums Santo Ângelo, Padre Bento, Pirapitingui, Cocais and Aimorés created the official disease prophylaxis network. The selection of two case studies, the Santo Ângelo and Aimorés asylums, took into consideration the different characteristics of each one of them, with the intension of constituting a reflection that could be extended to the other asylums, studying them in their territorial contexts, beyond their characteristics as architectural complexes. It was necessary to constitute their own methods for recognizing territory, places, morphologies, and urban dynamics, which added to the discussions of preservation, in the studying of painful memories and marginal heritages.

### KEYWORDS

Marginal heritages. Cultural territories. Preservation polices. Colony-asylums.

## 1. Introdução

O tratamento de doenças infectocontagiosas no Brasil nos séculos XIX e XX, seguindo as tendências estrangeiras, adotou a política de isolamento, na tentativa de desacelerar o contágio facilitado pelas condições sanitárias das grandes cidades. A Primeira Conferência Internacional de Lepra realizada em Berlim, em 1897 e as que seguiram, orientaram as ações governamentais no combate à doença.

No início do século XX, havia 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 que foi seguida até o final da década de 20; e os isolacionistas, que defendiam moldes mais radicais de ação e confinamento, a fim de conter o avanço da epidemia (Costa, 2008).

Reflexo dos modernos preceitos higiênicos e movimentos urbanos, o modelo de Asilo-colônia foi elaborado por Adelardo Soares Caiuby e resultou na publicação “Projecto da Leprosaria Modelo nos Campos de Santo Ângelo” (1919). Caiuby unia o propósito de isolamento com o aspecto de uma cidade completa, integrada à natureza, com propostas modernas de lazer, higiene e conforto. O modelo asilar foi proposto de forma que os doentes pudessem garantir suas atividades básicas de moradia, lazer, esporte e trabalho nas fases iniciais de contágio.

Na Noruega, país referência no tratamento da hanseníase, as ações concentravam-se na potencialidade infecciosa. 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 após os primeiros sintomas, o que exigiu a construção de hospitais de isolamento para tratamento, sendo criados nove asilos somente em São Paulo, gerando o confinamento de um número muito alto de doentes ainda capacitados fisicamente (Castro, 2005; Costa, 2008).

O Governo de Getúlio Vargas (1930/1945), com Gustavo Capanema como ministro da Educação e Saúde, implementou ações rígidas no combate à hanseníase, inclusive em relação a parentes e descendentes dos doentes, embora novas descobertas já apontassem que o Mal de Hansen não se manifestava de forma hereditária e o contágio entre pais e filhos se dava em decorrência do contato no pós-parto. Neste governo, foi elaborado um Plano Nacional de Combate à Lepra, a fim de auxiliar todos os Estados do Brasil na organização sanitária. A partir de um censo leproológico, constatou-se um total de mais de 30 mil doentes. Isso levou ao cálculo de que seriam necessários cerca de 38 leprosários para o isolamento dos portadores em fase inicial, mutilados pelo avanço da doença e o atendimento de demandas futuras, assim como de mendigos e indigentes (Cunha, 2005, p. 93).

O Estado de São Paulo contava com cerca de 6 mil doentes. 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 de estações ferroviárias: os Asilos-colônia Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes (1928); Padre Bento, em Guarulhos (1931); Cocais, em Casa Branca (1932); Pirapitingui, em Itu (1933); Aimorés, em Bauru (1933). Além dos asilos, havia instituições que complementavam a estratégia de isolamento da doença, de forma a compor uma tríade – Leprosário, para isolamento dos doentes; Dispensário, para apoio e controle dos envolvidos e doentes em fase não contagiosa, sendo recém notificados ou em tratamento; e Preventórios, para os filhos sadios dos casais que se formavam nos asilos-colônia, até que atingissem a maioridade.

O fim do isolamento compulsório no Brasil se deu somente após o Decreto Federal nº 968, em 1962, graças ao sucesso no tratamento da hanseníase com as sulfonas trazidas na década de 1940 pelo Dr. Lauro de Souza Lima ao Asilo-colônia Padre Bento. São Paulo, no entanto, manteve a prática isolacionista até 1967.

Segundo Meneguello & Borges (2018, p. 353), os tombamentos dos asilos-colônia da rede paulista, embora tenham sido independentes, foram pensados a partir do entendimento de que constituem um conjunto, que expressa um modo sistemático e estratégico de lidar com um problema, estabelecendo uma rede, ou seja, “como marcas de uma prática que definiu o território interior do estado bem como as formas de percepção e de profilaxia da doença”.

No entanto, vários outros edifícios relacionados a esta rede de tratamento não foram tombados, como os Dispensários, “por não se tratarem de construções especificamente planejadas” (Caporrino e Ungaretti, 2016, p. 158). Já os Preventórios, destinados a abrigar os filhos sadios dos internos, com o tempo, se converteram em Educandários, sendo tombados no Estado apenas dois exemplares: o Preventório Santa Terezinha, construído em 1927, em Carapicuíba e o Preventório Jacaré, construído em 1932, em Jacaré.

Sob este aspecto, é importante apontar a dificuldade em se encontrar formas de narrar esses “passados dissonantes” (Bezerra & Marchi, 2019, p.24), principalmente quando se necessita justificar o valor dos objetos que representam essa memória, como no caso de um tombamento. Por isso, a consideração das memórias dolorosas em conexão com a história do tempo presente, que reside “na espessura temporal do «espaço de experiência» e no presente do passado incorporado” (Dosse, 2012, p.6) tem contribuído para a discussão sobre a ressignificação destes patrimônios marginais, que são autênticos lugares de memória (Nora, 1993), na medida em que se pode considerar os asilos como intermediários desta memória e que ainda vivem as testemunhas dos acontecimentos. Pereira e Hermeto (2016, p.10) refletem sobre as formas de ressignificação e rememoração que:

*Para que haja algum tipo de reconciliação e/ou reelaboração do presente para com o passado é preciso o trabalho, o labor, um retoque ou conserto, uma recomposição. O importante é trabalhar, laborar, elaborar, atuar de maneira dinâmica com a colaboração. Assim o trabalho de rememoração se coloca contra a compulsão de reprodução.*

Portanto, não é apenas a história e memória dos asilos enquanto instituições representativas de um período e uma forma de profilaxia da hanseníase que têm que ser preservadas, mas também as memórias das interações e vivências cotidianas significativas, esperanças, conquistas, tristezas, ou seja, memórias de diferentes sentidos, sendo coletivas ou individuais, destes espaços de isolamento, pois são elas que fazem emergir os territórios apropriados e transformados, que para além de instituições hospitalares, constituem territórios culturais.

## 2. O contexto urbanístico de surgimento dos Asilos-colônia

Os projetos urbanísticos propostos para a capital paulista, entre 1910 e 1920, exemplificam a preocupação das municipalidades com a preparação das cidades para a mudança de padrão que estava sendo exigida pelos novos moradores fixos nas capitais, em especial, com os preceitos de higiene e salubridade, com a construção de novos loteamentos voltados à classe alta pelos empreendedores imobiliários, em período imediatamente anterior, como a Vila Buarque (1890), a abertura da Avenida Paulista (1891) e o bairro de Higienópolis (1898), além da própria implementação dos bairros jardins pela Cia. City<sup>1</sup> (Segawa, 2000).

Embora os planos tenham sido propostos para a área central da cidade, foram reflexo das exigências desses novos padrões que incidiam principalmente na ocupação dos lotes, assim como em disposições urbanísticas de embelezamento da cidade, de forma a evitar a visão e circulação das classes mais pobres e regulamentar a construção de casas operárias e outras formas de ocupação não compatíveis com o desenvolvimento da capital. Ilustram também esse processo, os princípios adotados por praticamente todas as capitais de estados brasileiros neste período (Jorge, 2000).

Em contraste com o surgimento dos bairros citados, apenas entre 1890 e 1897 houve cerca de 12 greves operárias, sendo que em 1893 foi publicado o Relatório da Comissão de Exame e Inspeção das Habitações Operárias e Cortiços no Distrito de Santa Efigênia, resultado de uma pesquisa que partia da premissa de que eram nestas áreas que ocorriam as epidemias, levando à conclusão de que as habitações operárias deveriam se localizar num raio de 10 a 15 km de distância do centro da cidade. Neste sentido, em 1900 foi aprovada a Lei 498 que estabelecia “prescrições para a construção de casas de habitação operária”. Entre as prescrições incluía-se a isenção de impostos a quem empreendesse a construção de casas operárias fora do perímetro urbano. (Blay, 1985, p. 86).

Numa das únicas vezes em que os governos estadual e municipal se uniram para realizar uma obra, o governo do Estado liberou créditos e encarregou o engenheiro Samuel da Neves de estudar um plano para a cidade. Simultaneamente realizavam-se outros dois projetos de melhoramentos para São Paulo: o de Alexandre de Albuquerque, num plano denominado “As Grandes Avenidas”<sup>2</sup> promovido por um grupo de capitalistas, que

<sup>1</sup> City of San Paulo Improvements and Freehold Land Co.Ltd.

<sup>2</sup> Participavam do grupo o Conde Prates, Plínio da Silva Prado, José Nogueira Paulino, José Martiniano Rodrigues Alves, Nicolau de Souza Queiróz, Barão de Bocaina, Horácio Belfort Sabino, Sylvio de Campos, Francisco de Paula Ramos de Azevedo.

consistia na criação de extensos bulevares - a exemplo da reforma realizada em Paris pelo Barão de Haussmann, a partir de meados do século XIX – e que previa grandes áreas de desapropriações em nome da higienização, que atingiam principalmente as áreas centrais encortçadas. O segundo foi o projeto Freire-Guilhem, promovido pelo prefeito Antônio Prado, na Diretoria de Obras Municipais, sob a direção do engenheiro Vitor da Silva Freire, que permaneceria no cargo até 1926. O projeto propunha uma remodelação urbana. Além disso, Freire, que conhecia os projetos de remodelação europeus, foi responsável por várias leis municipais relativas à higiene e construção, como as de 1916 e 1920. A proposta se concentrava em viabilizar os acessos ao centro e na remodelação do Vale do Anhangabaú, transformando-o em um grande bulevar. O plano de Samuel das Neves não diferia muito do plano Freire-Guilhem, com propostas de alargamentos ou prolongamentos de vias, pontes, criação ou remodelação de espaços públicos centrais, visando o embelezamento da cidade.

A concorrência entre os projetos fez com que a Câmara buscasse a opinião de um quarto arquiteto, Joseph Antoine Bouvard, francês, que havia trabalhado para a prefeitura de Paris e de Buenos Aires. Em rápida passagem pela cidade, Bouvard deixou um relatório em que enumerava um conjunto de recomendações. Tais recomendações foram incorporadas em um novo projeto urbanístico pela Diretoria de Obras, lentamente implementado, durante a década de 1920, até a retomada do Plano de Avenidas, por Francisco Prestes Maia, em 1930 (Segawa, 2000). Essa mesma década marcou o início das ações concertadas entre o Estado e um conjunto de municípios do interior para a constituição de um sistema de isolamento dos doentes de hanseníase em áreas distantes da capital.

Portanto, 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, de forma a não constituírem barreiras ao avanço do crescimento e desenvolvimento urbanos<sup>3</sup>, à luz da presença hegemônica da economia agroexportadora cafeeira e da consolidação da cidade como sede do capital comercial.

### 3. O modelo de Adelardo Caiuby

Os projetos dos asilos-colônia foram inspirados nas propostas utópicas e sociais que desde o século XVIII permearam as discussões sobre novas sociedades, como crítica aos problemas sociais das grandes cidades na Europa. Uma proposta que certamente estava no ideário dos asilos era a do complexo edifício social, o falanstério, formado por anéis concêntricos, por onde se distribuiriam as atividades por séries, onde não haveria diferenças entre classes sociais. O complexo seria autossuficiente e localizado junto à natureza, para melhor aproveitamento dos recursos naturais para a produção.

Outra experiência que pode ser associada são as colônias construídas por Robert Owen: New-Lanark, na Escócia e New Harmony, nos EUA, por volta de 1820. Por fim, o modelo de construção adotado nos asilos, se inspirou também no padrão das cidades-jardins, de Ebenezer Howard, com a ideia de isolamento, autossuficiência e proximidade com a natureza.

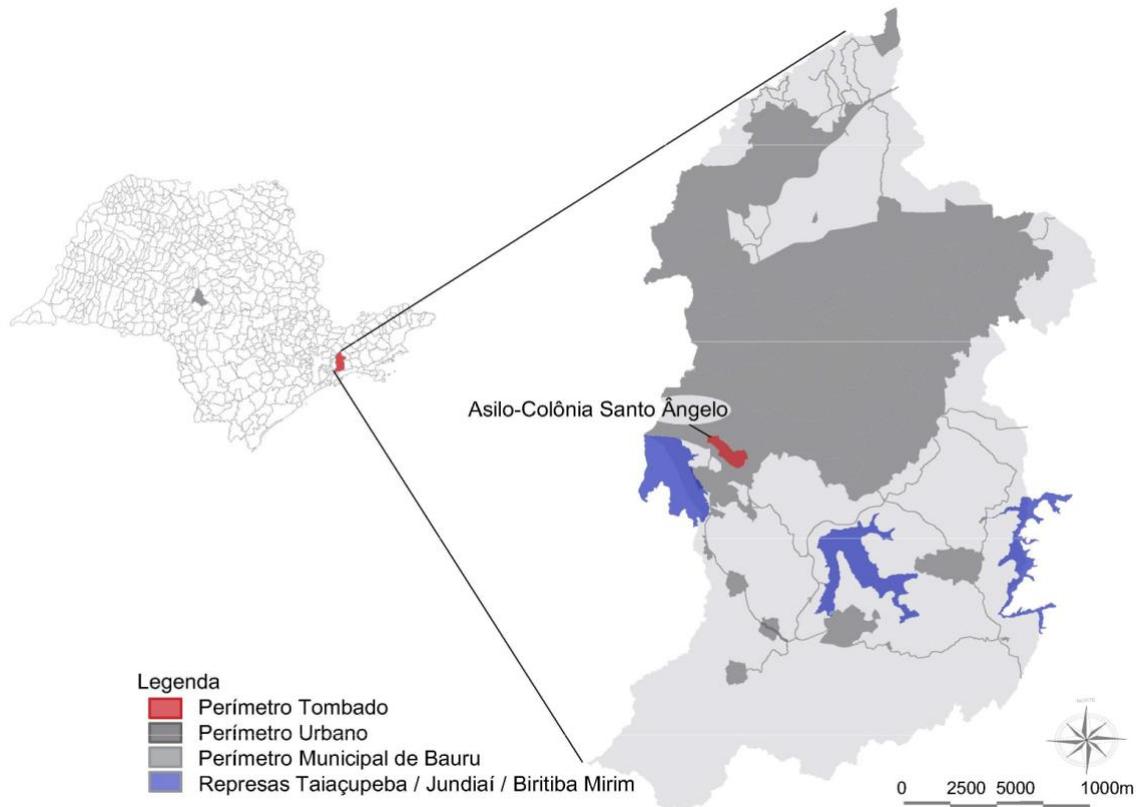
Os projetos dos asilos concebiam os espaços coletivos como articuladores da circulação interna das ruas, em sua maioria, bulevares, com espaços para permanência ao ar livre (um dos princípios para possibilitar o convívio social). A construção de habitações também se pautava pelos princípios higiênicos de insolação e ventilação, conhecidos e aplicados anteriormente em projetos para habitações operárias nas grandes cidades, além de serem produzidas a partir da organização do trabalho cooperativo dos próprios internos. Incluía pavilhões para o tratamento dos enfermos que não tinham autonomia, além de templos de várias religiões – de forma a atender a todas as crenças –, teatros, cinemas, campos de futebol, quadras de botcha, bares e até algumas fábricas, que eram operadas pelos próprios pacientes (Costa, 2008; Governo, 2017).

O sistema era similar ao adotado por países no início da industrialização, no final do século XIX e início do XX, para a construção de vilas operárias pelos próprios industriais, para controle social (físico e moral) da mão-de-obra. Assim como os asilos, essas vilas partiam da lógica do confinamento e se assemelhavam a minicidades.

O Asilo-colônia Santo Ângelo (Figura 1), em Mogi das Cruzes, foi pioneiro, projetado em 1918, pelo arquiteto Adelardo Soares Caiuby. Foi construído a partir de um terreno doado no local denominado campo de Santo Ângelo, em meio a áreas rurais e distante das áreas urbanizadas, com acesso apenas através de uma das estações

<sup>3</sup> Em 1920, a população da cidade de São Paulo era de 579.033 habitantes (Blay, 1985, p.57).

da Estradas de Ferro Central do Brasil e Companhia Mogiana. O projeto contou com o auxílio de médicos como Emílio Ribas, Joaquim Ribeiro de Almeida e Arthur Neiva, autor do Código Sanitário de 1918. Contou ainda com a participação de várias instituições como a Santa Casa da Misericórdia em parceria com a Associação Protetora dos Morféticos, fundada 1917, pelo então Arcebispo de São Paulo, D. Duarte Leopoldo e Silva e o Dr. José Carlos de Macedo, administrador do Hospital do Guapira, fato que comprova que se tratava de uma política de estado com envolvimento da sociedade organizada (Costa, 2008).



**Figura 1.** Localização do Asilo-colônia Santo Ângelo. Encontra-se afastado do núcleo urbano do município de Mogi das Cruzes, próximo à Represa Taiaçupeba. Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

Além das propostas utópicas citadas, a descrição do modelo paulista teve como parâmetro outras experiências internacionais voltadas para o tratamento da hanseníase, o que demonstra que o consenso era possível a partir da grande circulação de ideias que ocorria naquele momento na área médica, viabilizada através dos congressos sanitaristas, desde a Primeira Conferência Internacional sobre Lepra.

Uma das experiências especialmente discutida neste encontro foi a da Leprosaria de Fontilles, instituição privada, inaugurada em 1908, entre Alicante e Valência, na Espanha, que se organizava como uma colônia agrícola. Em 1932, passou a ser regulada pelo estado através da Real Orden de 1930 e sofreu uma intervenção transformando-se na Colônia-Sanatorio de Fontilles (Bernabeu Mestre & Ballester Artigues, 1991).

No projeto (Figura 2), foi proposta a separação de grupos de edificações, distribuídas no traçado sinuoso, que respeitou as curvas de nível do terreno. O conjunto oferecia, além de trabalho, hospitalização, moradia, conforto e espaços de lazer, proporcionando a prática de esportes, a realização de shows nas praças, por bandas formadas por moradores do próprio Asilo-colônia, assim como atividades ao ar livre, como recomendação do tratamento. Apoiando-se em pesquisas sobre a influência das condições do meio ambiente na saúde dos indivíduos, Caiuby dispunha de equipamentos necessários para o 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.

Caiuby propôs três zonas estruturadoras independentes para o conjunto – a “Zona Sã”, a “Zona Doente” e a “Zona Intermediária” – dividindo espacialmente as pessoas e os diversos serviços, de forma a contemplar as necessidades de funcionamento e de prevenção de contágio.

A “Zona Sã” era caracterizada por uma área densamente vegetada, ladeada pela estrada de Santo Ângelo e era destinada ao administrador, aos médicos, estudantes e convidados, além dos assistentes religiosos como a freiras e padres. Era também a zona onde situava-se o edifício de isolamento dos filhos saudáveis.

A “Zona Intermediária” possuía uma via perimetral, que podia ser acessada por três estradas, mas era distante geograficamente da Zona Doente, para impedir o contágio, e era também destinada aos empregados não diagnosticados com hanseníase.

Por fim, a “Zona Doente” possuía características de uma 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 a 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.



**Figura 2.** Implantação do Asilo-colônia Santo Ângelo. Nota-se a divisão por zonas estabelecida (da esquerda para a direita: Zona Intermediária; Zona Doente), a legenda indica os usos atuais das edificações tombadas. Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

Em 1931, Caiuby, avançou com suas propostas isolacionistas e elaborou projeto de criação de municípios exclusivos para os doentes, em Ilha Grande, sugerindo a criação de leis e sistemas políticos que regulassem a vida nesses municípios, onde, nas áreas não destinadas a doentes, não se permitiria a circulação destes, de forma que “as extensões territoriais, fora das zonas destinadas aos doentes, deverão permanecer absolutamente varridas dos portadores dessa moléstia, para que toda a população que nella transite chegue a se convencer de que não existe lepra no Brasil”. Era uma solução que pretendia extinguir o contágio por hereditariedade. Segundo o arquiteto, em pouco tempo, a doença, os hansenianos e a cidade se extinguiriam naturalmente: “além do acto humanitário, que isso representa, haveria esse dique intransponível ao aumento de taes populações. O decrescimento dellas seria fatal e rápido” (Costa, 2008, p. 174).

Em 1937, desenvolveu, para o Rio de Janeiro, o projeto de uma penitenciária e colônia para abrigar menores infratores. As edificações propostas para o asilo de menores comportariam até mil internos, com idades variando de 6 a 21 anos; “Contariam com portaria, centro educacional, oficinas, cinema, hospital, capela, cinema, cassino para o lazer dos funcionários, lavanderia e estádio.” (Costa, 2008, pp. 175–176). Ou seja, o raciocínio para o isolamento de presidiários era similar ao dos doentes hansenianos.

Ambos os projetos de Adelardo Caiuby não saíram do papel, no entanto, podemos observar que as adaptações realizadas para os demais projetos de asilos-colônia, levaram em conta estas e outras experiências, inclusive internacionais similares, que se seguiram. Uma das mais importantes foi a do Leprosário Nacional de Carville, construído em 1925, pelo governo dos Estados Unidos. A instituição concentrou praticamente o atendimento

de todos os pacientes do país. Um dos aspectos inovadores propostos foi o modelo de divisão do atendimento aos doentes mais graves em pavilhões. Esse modelo foi o mesmo adotado nos asilos do estado de São Paulo. Outro exemplo foi o Hospital-Colônia Rovisco Pais, inaugurado na década de 1940, durante o Estado Novo, em Portugal (Cruz, 2009).

## 4. A colônia agrícola para hansenianos

O Asilo-colônia Aimorés (Figura 3) foi o último asilo projetado no Estado de São Paulo, inaugurado em 1933, na região de Bauru, próxima ao centro. Foi concebido pela Comissão Pró-Leproso de Bauru, formada por um consórcio de 64 municípios, que contribuiram por 2 anos com 10% de suas rendas anuais para a construção e a manutenção do asilo. Situado a 12km da cidade de Bauru, próximo à estação ferroviária Aimorés e das Estradas de Ferro Noroeste do Brasil, Sorocabana e Cia. Paulista, o complexo atendia toda a região nordeste do estado.



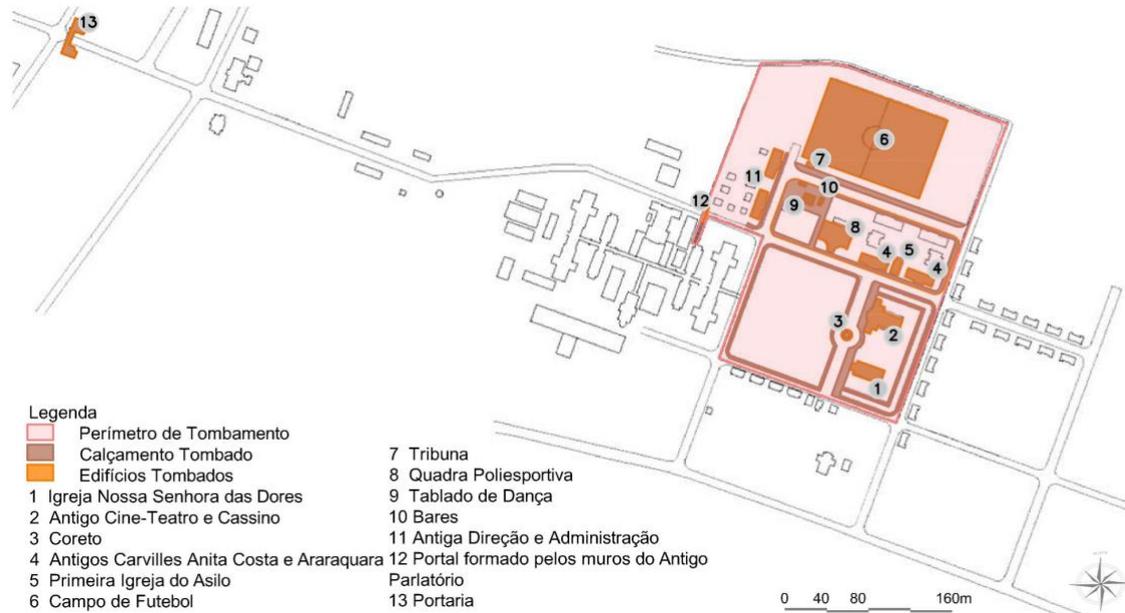
**Figura 3.** Localização do Asilo-colônia Aimorés. Nota-se o a localização do Asilo, afastado do núcleo urbano, pendular a uma rodovia de acesso. Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

Com uma área de 775 hectares, após concluído, foi utilizado como cartão de visitas da rede. Foi projetado como uma colônia agrícola, seguindo as premissas ideais de um projeto de asilo-colônia (Figura 4): “O ‘Aimorés’ 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).

Os internos mantinham a atividade comercial, trabalhavam tanto como funcionários quanto nos setores agrícolas e fábricas localizadas no interior do asilo. Porém, a circulação de dinheiro não era permitida, pois temia-se a propagação da doença. Para as transações era utilizada uma moeda própria chamada de “lazareto” e os salários ou outros recebimentos eram repassados aos familiares ou retidos até que os pacientes recebessem alta (Andrade, 2015; Costa, 2008; Meneguello & Borges, 2018; Porto, 2017; Souza, 2003).

A utilização do modelo pavilhonar do tipo Carville, setorizado por gênero e distintos estágios do tratamento, se tornou uma prática em conjuntos asilares, pois possuía uma “diversidade funcional de espaços de convivência e atividades” que segundo Lins (2018), se relacionava com os conceitos higiênicos preconizados por Ebenezer Howard para as cidades-jardim inglesas. O asilo-colônia Aimorés contava com alguns pavilhões

destinados aos solteiros. No projeto original, foram reservadas quadras para a construção de casas geminadas, destinadas aos casais que se formariam. As construções contaram com o auxílio da Associação da Caixa Beneficente e garantiam a concessão de uso para todos os internos. A Associação também auxiliava a produção das fábricas de sabão, de guaraná, de colchão, que se instalaram no asilo-colônia, bem como o setor hortifrutigranjeiro, a criação de gado leiteiro e de porcos. Toda a produção era dividida para o consumo dentro do complexo e revendida para o Estado, para suprir as cidades da região. Havia uma estação de rádio e um jornal local, sob os cuidados de internos, assim todos estavam sempre bem-informados quanto aos acontecimentos do mundo exterior.



**Figura 4.** Implantação do Asilo-colônia Aimorés. As edificações tombadas mantiveram os usos como forma de preservação da memória do Instituto, sob os cuidados da Caixa Beneficente do Aimorés. Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

## 5. As paisagens formadas pelos asilos

Ambos os asilos-colônia estudados estão inseridos em áreas de proteção ambiental. O asilo Santo Ângelo, hoje Centro Especializado em Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti, encontra-se próximo à Represa Taiaçupeba, projetada para controle da vazão do rio Tietê, em uma Zona de Proteção e Recuperação de Mananciais. Já o Aimorés, hoje Instituto Lauro de Souza Lima, situa-se em uma área de preservação denominada Campo Novo, que busca garantir a existência de nascentes e córregos afluentes do Ribeirão Campo Novo, assim como de espécies de fauna ameaçadas de extinção.

Os complexos também se tornaram referências em seus territórios, pois induziram a formação de bairros nos arredores, ocupados por familiares dos doentes, em sua maioria. São exemplos, o Bairro de Parque Santa Terezinha, que se localiza entre o Asilo-colônia Aimorés e a principal rodovia de acesso à área central da cidade de Bauru. Assim como o asilo, o bairro foi formado com o auxílio da Caixa Beneficente do Asilo-colônia Aimorés, no intuito de atender também os pacientes da colônia, em sua reabilitação à vida comunitária.

Junto ao Asilo-colônia Santo Ângelo, na cidade de Mogi das Cruzes, formou-se um bairro nas terras da Associação da Caixa Beneficente, a Chácara dos Baianos, com famílias de agricultores que trabalhavam na área, além de abrigar a sede da mineradora Itaquareia.

Os usos atuais dos complexos determinam o volume de público com acesso às áreas internas. Enquanto o Centro Especializado em Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti, antigo Asilo-colônia Santo Ângelo, utiliza parte da área do complexo para tratamento da população geral, com unidades de internação, centro cirúrgico, centro fisioterápico e de reabilitação para dependência química masculina, em outra parte, ainda abriga os ex-internos, que mantêm tratamento e acompanhamento na unidade hospitalar (Figura 5). O Instituto Lauro de Souza Lima, antigo Asilo-colônia Aimorés, funciona hoje como centro dermatológico e de pesquisa de hanseníase. Ainda utiliza as unidades pavilhonares do tipo Carville (Figura 6), que estão sob responsabilidade da Sociedade Beneficente “Dr. Enéas de Carvalho Aguiar”, antiga Caixa Beneficente. Abriga uma residência geriátrica e mantém os ex-internos em suas antigas residências, com direito aos

serviços de infraestrutura do complexo, que são cobrados individualmente, como em outros bairros e setores da cidade. Ou seja, ambos os asilos tentam integrar seus espaços internos às áreas urbanas consolidadas, transformando-se, em parte, em bairros periféricos.



**Figura 5.** Pavilhão Carville no Centro Especializado em Reabilitação Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti (Antigo Asilo-colônia Santo Ângelo). Fonte: foto de Bianca Janotti, 2022.



**Figura 6.** Pavilhão Carville no Instituto Lauro de Souza Lima (Antigo Asilo-colônia Aimorés). Fonte: foto de Bianca Janotti, 2022.

## 6. Considerações finais

Os asilos-colônia, criados para solucionar o problema do isolamento dos doentes de hanseníase, a partir do padrão de enclaves autossuficientes e independentes dos contextos urbanos das cidades em que foram implantados, acabaram por tornar-se elementos estruturadores da ocupação de áreas rurais, hoje caracterizadas como zonas periurbanas ou liminares entre o rural e o urbano. Esta condição contribuiu para a permanência de uma ocupação de baixa densidade ou a retenção de áreas desocupadas em seu entorno, ao longo do tempo, que hoje se caracterizam como áreas de proteção ambiental, um entrave para a expansão urbana das cidades. Esse é um dos problemas a serem enfrentados pelo planejamento municipal.

Porém, além do problema ambiental, ainda permanece outro, talvez mais sensível em termos urbanísticos, que é a integração plena destes complexos ao território consolidado das cidades. Embora suas administrações atuais se preocupem em manter os ex-internos, a despeito do caráter institucional dos complexos, essa condição é assistencial e esses moradores ainda não foram inseridos como cidadãos nos municípios onde se situam os asilos.

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, 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, atuando dentro de seu propósito, os preserva, mas ainda os mantém como enclaves e não como territórios socialmente constituídos, na medida em que, conforme dito, não considera os protagonistas destes processos, ou seja, as testemunhas vivas dos acontecimentos, que ainda residem nas habitações remanescentes dos asilos e no entorno, que hoje se tornaram bairros da cidade.

Também não é atribuição do tombamento o controle sobre a dinâmica urbana do entorno, mas talvez o diálogo com os gestores locais fosse possível, não houvesse um abismo entre níveis de gestão e a setorização das ações entre secretarias de uma mesma instância de governo. Esse diálogo seria necessário, por exemplo, para solucionar os problemas de acesso público aos espaços dos asilos e a reativação dos equipamentos existentes para uso da comunidade, como os templos, teatros, campos de futebol e quadras de esporte ainda existentes e em desuso ou subutilizados, promovendo a visibilidade e integração social dos complexos.

Entende-se, portanto, que a discussão dos usos estabelecidos nos complexos remanescentes é um fator-chave para a reversão dessa tutela histórica, em especial, a análise das possibilidades de acesso público, tornando vias internas em ruas oficiais, as habitações em unidades urbanísticas e confinando a atividade institucional ao uso dos edifícios construídos para esse fim. Essa revisão pode contribuir para a delimitação de novos limites entre o público e o privado no espaço dos complexos, com possibilidades de aproveitamento destes territórios, de forma que possam ir além das atividades ligadas à saúde, revertendo as memórias dolorosas às quais estes territórios estão atrelados, resignificando os espaços a partir do convívio cotidiano e sensibilização das comunidades locais.

## 6.1. Agradecimentos

Agradecemos ao apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (proc. nº 2021/03248-0).

## 7. Referências

Andrade, R. de O. (2015). Violência, medo e preconceito. *Revista de Pesquisa Fapesp*, 236p. <https://revistapesquisa.fapesp.br/violencia-medo-e-preconceito>

Bernabeu Mestre, J., Ballester Artigues, T. (1991). Leprosia 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), 11, 287-344. <https://doi.org/10.4321/105926>

Bezerra, D., & Marchi, D. D. M. (2019). 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: D. D. M. Marchi, D. M. Knack, & R. J. S. Poloni (Orgs.). *Memória e Patrimônio: tramas do contemporâneo* (pp. 24-38). Porto Alegre: Casalettras.

Blay, E. A. (1985). *Eu não tenbo onde morar: vilas operárias na cidade de São Paulo* (v. 1, ed. 1). São Paulo: Studio Nobel.

Caiuby, A. S. (1919). *Projecto da leprosaria modelo nos campos de Santo Ângelo, Estado de São Paulo*. São Paulo: E. Riedel & C.

Caporrino, A. W., & Ungaretti, A. A. P. (2016). Remanescentes de um passado indesejado: Os estudos de tombamento dos exemplares da rede paulista de profilaxia e tratamento da Hanseníase. *Revista CPC*, 119-163. <https://doi.org/10.11606/issn.1980-4466.v0iesp21p119-163>

Castro, E. A. (2004). *A Arquitetura do isolamento em Curitiba na República Velha*. <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/44322>

Condephaat SP (2018). *Bens Tombados. Asilo Colônia Santo Ângelo*. <http://condephaat.sp.gov.br/benstombados/asilo-colonia-santo-angelo/>

Costa, A. P. S. da (2008). *Asilos colônias paulistas*. Dissertação (Mestrado em Teoria e História da Arquitetura e do Urbanismo), Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, SP, Brasil.

Cruz, A. (2009). The Hospital-Colônia Rovisco Pais: The last Portuguese leprosarium and the contingent universes of experience and memory. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 16(2), 407-431. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000200008>

Cunha, V. da S. (2005). *O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, Brasil.

Delgado, L. A. N., & Ferreira, M. M. (2013) História do tempo presente e ensino de História. *Revista História Hoje*, v. 2 ed. 4, 19-34. São Paulo, SP, Brasil. <https://doi.org/10.20949/rhhj.v2i4.90>

Dosse, F. (2012). História do tempo presente e historiografia. Tempo e Argumento. *Revista do Programa de Pós-Graduação em História*. Trad. Silva Maria Fávero Arend. Florianópolis v.4, n.2, p.5-22. jan./jun. DOI: 10.5965/2175180304012012005

Governo do Estado de São Paulo (2017). *Diário Oficial – Resolução SC-66*, de 19-12-2017 (Vol. 127). <http://condephaat.sp.gov.br/benstombados/antigo-asilo-colonia-pirapitingui-actual-hospital-dr-francisco-ribeiro-arantes/>

Jorge, W. E. (2000). Leme, M. C. S. (coord.) O urbanismo no Brasil: 1895-1965. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, (2), 114. São Paulo, SP, Brasil. Studio Nobel; FAUUSP; FUPAM. <https://doi.org/10.22296/2317-1529.2000n2p114>

Lins, A. B. (2018). 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. 02-29. *Anais II Simpósio Científico 2018 – ICOMOS Brasil*, Universidade Federal de Minas Gerais, v. 02. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Meneguello, C., & Borges, V. (2018). Patrimônio, memória e reparação: a preservação dos lugares destinados à hanseníase no estado de São Paulo. *Patrimônio e Memória*. Unesp, 14, 345-374. Assis, SP, Brasil.

Nora, P. (1993). Entre memória e história: a problemática dos lugares. *Projeto História*, São Paulo, n.10, p.7-28.

Pereira, M. H. F., & Hermeto, M. S. M. (2016). Justa memória, dívida ética e passados-presentes dolorosos: questões a partir da análise de interpretações sobre a ditadura militar brasileira (1964-1985) em livros didáticos de História. In: T. A. Maia, L. A. M. Alves, M. S. M. Hermeto, & C. S. P. Ribeiro (Orgs.). *(Re)Construindo o passado: o papel insubstituível do ensino da História*. Porto Alegre: EdUPUCRS.

Porto, C. L. (2017). *Reinventando um lugar de exclusão: práticas, representações e sociabilidades de portadores do Mal de Hansen no Aimorés (Bauru – São Paulo, 1945-1969)*. Tese (Doutorado em História), Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista. Assis, SP, Brasil. [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/151819/porto\\_cl\\_dr\\_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/151819/porto_cl_dr_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Segawa, H. (2000). *Prelúdio da Metrópole. Arquitetura e urbanismo em São Paulo na passagem do século XIX ao XX* (2a ed.). São Paulo: Ateliê Editorial.

Souza, V. S. M. dos (2003). Researching documents on the history of Hansen’s disease in história da hanseníase no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10(1), 415-426, RJ, Brasil. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000400019>