UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

ELAINE CRISTINA ROSSI PAVANI

O ISOLAMENTO NO HOSPITAL COLÔNIA PEDRO FONTES – ITANHENGA/ES E A CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY NO PERÍODO DE 1937 A 1979

VITÓRIA
2013

ELAINE CRISTINA ROSSI PAVANI

O ISOLAMENTO NO HOSPITAL COLÔNIA PEDRO FONTES – ITANHENGA/ES E A CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY NO PERÍODO DE 1937 A 1979

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Geografia.

Orientadora: Aurélia Hermínia Castiglioni

VITÓRIA
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Pavani, Elaine Cristina Rossi, 1981-

P337i O isolamento no Hospital Colônia Pedro Fontes, Itanhenga/ES e a caracterização da população do Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979 / Elaine Cristina Rossi Pavani. – 2013.

190 f. : il.

Orientador: Aurélia Hermínia Castiglioni.

Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Hospital Dr. Pedro Fontes. 2. Educandário Alzira Bley. 3. Hanseníase. 4. Geografia da população. 5. Geografia histórica. 6. Banco de dados. I. Castiglioni, Aurélia Hermínia. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 91

"O Isolamento no Hospital Colônia Pedro Fontes – Itanhenga/ES e a Caracterização da População do Educandário Alzira Bley no Período de 1937 a 1979"

Elaine Cristina Rossi Pavani

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

Aprovada em 29 de Outubro de 2013 por:

Profª. Drª. Aurélia Hermínia Castiglioni- Orientadora - UFES

Profª. Drª. Maria Inês Faé. – UFES

Profª. Drª Maria de Nazaré de Souza Ribeiro - UEA

Ao meu esposo João Luiz e a minha filha Julia razões do meu viver.

A Lourdes, minha amada mãe, pois sem a sua ajuda nada disso seria possível.

A toda minha família pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me dar força, perseverança e sabedoria para chegar ao fim desse trabalho.

Ao meu esposo João Luiz e a minha filha Julia por toda a incondicional ajuda, dedicação, sacrifícios e paciência.

Aos meus pais Jasemir e Lourdes que me deram total apoio e colaboração durante a realização deste mestrado.

Aos meus irmãos, cunhados (as) e sobrinhos por fazerem parte da minha vida.

A professora Aurélia por acreditar em mim e na minha pesquisa, por ser muito mais que uma orientadora, por ser amiga.

Aos meus professores do PPGG pela amizade e por me guiarem no caminho da busca pela sabedoria.

A Isadora e aos amigos que adquiri no mestrado. Obrigada por compartilharem tantos seminários e pesquisas, risadas e angústias.

Aos funcionários e ex-internos do Educandário Alzira Bley: Tia Lina, Jandira e Luiz Carlos que apoiaram a realização desta pesquisa e forneceram os elementos necessários ao desenvolvimento da mesma.

Aos ex-internos do Educandário Heraldo e Paulo pelas contribuições da Associação dos ex-internos do Educandário Alzira Bley.

Ao professor de informática Leonardo Mello que ajudou a construir as bases onde foi construído o banco de dados em Access.

Íntegro

A maré da vida
trouxe este monstro
invisível que me persegue,
noite e dia,
reduzindo-me a farrapo humano.
Quando o quis afastar,
esmagou-me as mãos,
quando quis correr,
ceifou-me as pernas...
Cercou-me os caminhos,
mas sempre encontrei
uma brecha por onde passar
com o que me resta
e, ainda que eu seja
neste mar de sofrimento
apenas uma concha no fundo,
farei desta dor
uma pérola para o mundo.
Não quero gritar,
não amaldiçoarei
quem me humilhou,
ou teve pena de mim.
Meus amigos
são a minha força.
E a luz de Deus cobre-me de graça
e me enriquece de amor e fé,
por isso me sinto completo,
mesmo faltando-me tudo...

Lino Villacha (Hospital São Julião)

RESUMO

Caracteriza e analisa a população do Educandário, com as informações provenientes de uma fonte de dados documental e histórica contida nos dois livros de registros do Educandário e seus arquivos fotográficos. As informações sobre as 3.432 pessoas compõem um banco de dados que foi construído durante a realização desta pesquisa e as fotografias foram digitalizadas. O Educandário Alzira Bley, localiza-se na BR 101 - km 9, bairro de Itanhenga - Cariacica/ES. No estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com funcionários e ex-internos do Educandário, que deram vida e movimento às análises dos gráficos e tabelas elaborados a partir do banco de dados. Para o embasamento teórico do estudo da população são empregados conceitos pertinentes à transição demográfica e à transição epidemiológica, às migrações forçadas, às redes migratórias e às características da população (sexo, idade, cor, origem e suas variações) que forneceram os elementos para a análise do estado da população em diferentes momentos históricos. A Geografia Histórica completa os referenciais teóricos desta investigação, pois muitas características geográficas requerem estudos históricos para uma explicação satisfatória de como chegaram ao que são hoje. As fotografias, os depoimentos e livros de registros do Educandário propiciaram a caracterização da população que passou e/ou viveu no Educandário Alzira Bley ao longo do período das internações compulsórias no Hospital Colônia Pedro Fontes (1937-1979). Com a realização desta investigação chegamos às seguintes conclusões: a) cada geração é vítima do conhecimento científico do seu tempo; b) a transição demográfica encontrava-se em sua primeira fase nos meados do século XX, e os índices elevados de mortalidade e de fecundidade eram observados na população estudada; c) a transição epidemiológica, também em curso no Espírito Santo era caracterizada por elevada incidência das doenças infectocontagiosas, dentre as quais a hanseníase era ainda uma doença sem cura. d) o isolamento dos hansenianos em hospitais colônias, bem como seus filhos em preventórios foram movimentos de migração forçada; e) a internação compulsória dos hansenianos em hospitais colônias desencadeava uma migração em rede de familiares e demais parentes e amigos que pudessem estar com a doença.

Palavras-chave: Hanseníase. Hospital Colônia Pedro Fontes. Geografia da População. Geografia Histórica. Educandário Alzira Bley.

ABSTRACT

Characterizes and analyzes the educational establishment population with information from a data source and historical document contained in the two books and records Alzira Bley Educational Establishment their photographic archives. The information on 3.432 people make up a database that was built during this research and the photographs were scanned. The Educational Establishment is located on BR 101 - km 9, Itanhenga - Cariacica / ES. The study conducted semi-structured interviews with employees and former inmates of the Educational Establishment that gaves life and movement to the analysis of charts and tables drawn from the database. For the theoretical background of the study population are employed concepts relevant to the demographic transition and epidemiological transition, to forced migration, the migratory networks and to population characteristics (sex, age, color, origin and its variations) who provided the information for the analysis of the state of the population at different historical moments. The Historical Geography complete the theoretical investigation of this, as many geographical features require historical studies for a satisfactory explanation of how they arrived at what they are today. The photographs, statements, books and records of the Esducational Establishment enabled the characterization of the population that has passed and/or lived in Alzira Educandário Bley during the period of compulsory admissions in Pedro Fontes Colony Hospital (1937-1979). In conducting this research we came to the following conclusions: a) each generation is a victim of the scientific knowledge of his time, b) the demographic transition was in its first phase in the mid-twentieth Century, and the high levels of mortality and fertility were observed in the study population, c) the epidemiological transition, also ongoing in the Holy Spirit was characterized by high incidence of infectious diseases, among which leprosy was still an incurable disease, d) the isolation of leprosy patients in hospitals colonies, as well as their children were preventoriums movements forced migration e) compulsory hospitalization of leprosy patients in hospitals colonies triggered a migration network of family and other relatives and friends who might be with the disease.

Keywords: Leprosy. Pedro Fontes Colony Hospital. Population Geography. Historical Geography. Alzira Bley Educational Establishment.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Foto 1 - Vista aérea da Colônia de Itanhenga (1937).....64

Foto 2 - Vista aérea do modelar leprosário, inaugurado em 11 de abril de 1937.....64

Foto 3 - O estigma do isolamento.....69

Foto 4 - Livro de registros do Educandário Alzira Bley.....71

Foto 5 - Acervo fotográfico do Educandário Alzira Bley.....72

Foto 6 - Doutor Pedro Fontes, organizador do Leprosário, defronte do marco inaugural (11/04/1937).....77

Foto 7 - Inauguração do Educandário Alzira Bley com a presença do presidente Getúlio Vargas.....78

Foto 8 - Os cuidados com as crianças menores de seis anos Educandário Alzira Bley.....85

Foto 9 - Os meninos trabalhavam na horta e na roça, Educandário Alzira Bley.....85

Foto 10 - Fachada do Educandário Alzira Bley em 24 de Abril de 1940.....94

Foto 11 - Fachada do Educandário Alzira Bley na década de 1970.....94

Foto 12 - Fachada do Educandário Alzira Bley em 12 de julho de 2013.....95

Foto 13 - Casamento de ex-internos realizados na capela do Educandário Alzira Bley.....101

Foto 14 - Casamento de ex-internos realizados na capela do Educandário Alzira Bley.....101

Fotos 15 e 16 - Passeio na praia realizado com os internos do Educandário no ano de 1949.....104

Foto 17 - Primeiro encontro, no ano de 2010, dos ex-internos do Educandário Alzira Bley.....110

Foto 18 - Gabinete da Senadora Ana Rita (Brasília, 2012). Da esquerda para direita: o presidente do MORHAM Nacional Arthur Custódio; Assistente Social, Senadora Capixaba Ana Rita, Presidente da Associação dos Ex-internos do Educandário Alzira Bley Heraldo José Pereira e o Vice presidente da Associação Venilton Pereira.....111

Foto 19 - Segundo encontro, no ano de 2010, dos ex-internos do Educandário Alzira Bley, com a participação do atual Governador do Estado do Espírito Santo Renato Gasagrande.....111

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Coeficiente de prevalência de hanseníase por 10 mil habitantes nas Unidades da Federação (a) e municípios (b). Brasil – 2010.....31

Figura 2 - Distribuição dos coeficientes de detecção de hanseníase em menores de 15 anos por município de residência, Espírito Santo, 2008.....34

Figura 3 – Coeficiente geral de detecção de hanseníase por municípios. Espírito Santo – 2010.....42

Figura 4 - Áreas Especiais de Intervenção Urbana de Cariacica.....76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Coeficientes de detecção de hanseníase em menores de 15 anos por unidade da federação de residência – Brasil 2011.....32

Gráfico 2 – Coeficiente de detecção geral da hanseníase por unidade da federação de residência – Brasil 2011.....34

Gráfico 3 – Série histórica do coeficiente de detecção de hanseníase do estado do Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2001 a 2010.....41

Gráfico 4 - Fases da Transição Demográfica: modelo clássico.....44

Gráfico 5 - Brasil, mortalidade proporcional por grupos de causas definidas entre 1930 e 2004.....46

Gráfico 6 - Internações compulsórias no Educandário Alzira Bley (1937-1979).....81

Gráfico 7 - Idade dos internos ao ingressar no Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979.....84

Gráfico 8 - Distribuição dos internos do Educandário Alzira Bley por grupo etários no ano de ingresso (1937-1979).....86

Gráfico 9 - Distribuição por sexo dos internos do Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979.....88

Gráfico 10 - Distribuição dos internos do Educandário Alzira Bley por cor (1937-1979).....90

Gráfico 11 - Distribuição dos internos do Educandário Alzira Bley por cor no período de 1937 a 1979.....91

Gráfico 12 - Estados de origem dos internos do Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979.....93

Gráfico 13 - Municípios capixabas de maior procedência de internos no Educandário Alzira Bley durante o período de 1937-1979.....96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Parâmetros do coeficiente de detecção da hanseníase no Brasil.....31

Tabela 2 – Coeficiente geral de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes por Regiões Geográficas e Unidades da Federação. Brasil, 2001-2010.....35

Tabela 3 - Percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase. Estados e Regiões, Brasil – 2001- 2012.....37

Tabela 4 - Razão de sexo da população do Educandário Alzira Bley entre 1937 e 1979.....89

Tabela 5 - Número de pessoas segundo a cor no período de 1937-1979.....91

Tabela 6 - Municípios de procedência de outros Estados para internação no Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979.....97

Tabela 7 - Prole do casal Francisco C. e Maria Luiza G. C. internos da Colônia de Itanhenga: nascimentos e óbitos dos filhos.....102

LISTA DE SIGLAS

AMENCAR – Amparo ao Menor Carente

BC – Banco Criança

CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EEEF – Escola Estadual de Ensino Fundamental

ES – Espírito Santo

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

FIA – Fundo para Infância e Adolescência

GIF – Grau de Incapacidade Física

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IESBEM – Instituto Estadual de Bem Estar do Menor

IJSN – Instituto Jones dos Santos Neves

LBA – Legião Brasileira de Assistência

MB – Multibacilares

MORHAN – Movimento de Reintegração dos Hansenianos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAVS – Programa de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde

PCID<15 – Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em menores de 15 anos

PNEH – Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

PQT – Poliquimioterapia

PSF - Programa Saúde da Família

RMGV – Região Metropolitana da Grande Vitória

SBH – Sociedade Brasileira de Hansenologia

SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SEDU – Secretaria Estadual de Educação (ES)

SINAN – Sistema de Informação de Notificação de Agravos

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....16

2 HANSENÍASE.....18
2.1 O QUE É HANSENÍASE?.....18
2.2 OS LEPROSÁRIOS E PREVENTÓRIOS NA PESQUISA BRASILEIRA: UMA TEMÁTICA EM ELABORAÇÃO.....21
2.3 PANORAMA GERAL DA HANSENÍASE NO BRASIL.....29
2.4 PANORAMA GERAL DA HANSENÍASE NO ESPÍRITO SANTO.....38

3 CONCEITOS TEÓRICOS.....43

4 HOSPITAL COLÔNIA PEDRO FONTES E EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY.....62
4.1 HISTÓRICO DO LEPROSÁRIO E DO EDUCANDÁRIO.....62
4.2 METODOLOGIA.....69
4.2.1 Organização e análise das informações do Educandário Alzira Bley.....74
4.2.2. Caracterização do local da pesquisa.....75
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY.....80
4.3.1 Internações Compulsórias no Educandário Alzira Bley (1937-1979).....80
4.3.2 Idade dos internos no ano de ingresso no Educandário Alzira Bley no Período de 1937 a 1979.....82
4.3.3 Distribuição da população do Educandário Alzira Bley por sexo no Período de 1937 a 1979.....87
4.3.4 Distribuição da população do Educandário Alzira Bley segundo a cor no Período de 1937 a 1979.....90
4.3.5 Estado de origem da população do Educandário Alzira Bley no Período de 1937 a 1979.....92
4.3.6 Municípios de origem da população do Educandário Alzira Bley no Período de 1937 a 1979.....95
4.3.7 Análises de características peculiares da população do Educandário Alzira Bley no Período de 1937 a 1979.....98

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....107

6 REFERÊNCIAS.....117

APÊNDICES

APÊNDICE A – RELAÇÃO DOS LEPROSÁRIOS, EDUCANDÁRIOS E DISPENSÁRIOS EXISTENTES NO BRASIL.....120

APÊNDICE B – ENTREVISTA DE LUIZ CARLOS FARIAS.....131

APÊNDICE C – ENTREVISTA DE BAUDUINA RODRIGUES DE SOUZA FARIAS.....136

APÊNDICE D – ENTREVISTA DE JANDIRA SCALZER.....144

APÊNDICE E – TABELAS.....152

ANEXOS

ANEXO A – LEI N° 11.520, DE 18 DE SETEMBRO DE 2007.....153

ANEXO B – PORTARIA N° 165, DE 14 DE MAIO DE 1976.....155

ANEXO C – DECRETO N° 16.300, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1923.....161

ANEXO D – LEI N° 610, DE 13 DE JANEIRO DE 1949.....170

ANEXO E – DECRETO DO CONSELHO DE MINISTROS N° 968, DE 7 DE MAIO DE 1962.....175

ANEXO F – EUNICE SOUSA GABI WEAVER.....181

ANEXO G – LEI N° 9.010, DE 29 DE MARÇO DE 1995.....184

ANEXO H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....185

ANEXO I – LEI N° 4.741, DE 07 DE JANEIRO DE 1993.....188

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda o Hospital Colônia Pedro Fontes, também conhecido como Colônia de Itanhenga e, em particular, o Educandário Alzira Bley que foram construídos na década de 1930, no Espírito Santo, para abrigar os hansenianos e seus filhos sadios, respectivamente. Estes espaços foram criados por ocasião do controle de uma epidemia, a hanseníase.

As pessoas com o diagnóstico de hanseníase desde a década de 1920 até 1979 eram vistas pela sociedade como uma ameaça e, por isso, a única solução era o isolamento. A exclusão urbana toma importância nos estudos espaciais, sobretudo, a partir da identificação dos espaços dos excluídos, afastados das cidades e vilas.

No Governo de Getúlio Vargas, em 1934, é lançado o maior plano de combate à lepra no Brasil: o “Plano Nacional de Combate à Lepra” que previa a construção de leprosários em todos os estados brasileiros, tendo como premissa os dados do Censo Leprológico de 1933 (SANTANA, *et al.* 2011). Estava à frente deste plano o então Ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema. Tal plano se alicerçava no tripé: leprosários (para os infectados), dispensários (para os comunicantes) e preventórios (para os filhos sadios dos infectados).

No Espírito Santo o referido plano norteou o governo do Estado na construção da Colônia de Itanhenga que foi inaugurada em 11 de abril de 1937 com o objetivo de atender aos pacientes portadores de hanseníase. A criação da colônia foi viabilizada a partir da utilização da área de 350 hectares da Fazenda de Itanhenga de propriedade do Estado localizada no município de Cariacica/ES. Ao longo de 42 anos os hansenianos eram internados compulsoriamente na Colônia de Itanhenga e seus filhos (não portadores da doença) no Educandário Alzira Bley.

O objetivo deste estudo é a caracterização das pessoas que foram internadas compulsoriamente no Educandário Alzira Bley desde a sua fundação em 1937 até 1979.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. No capítulo dois, apresentamos algumas considerações preliminares sobre a hanseníase. Na revisão de literatura

são analisadas publicações recentes a respeito dessa doença. Este capítulo traz também um panorama da hanseníase no Brasil e no Espírito Santo.

O terceiro capítulo contempla o embasamento teórico necessário ao estudo da população do Educandário Alzira Bley. São abordados conceitos pertinentes à transição demográfica e à transição epidemiológica, uma vez que os casos de hanseníase eram elevados no período de 1937 a 1979 em virtude de estarmos nas fases iniciais do processo de transição epidemiológica, nas quais a incidência das doenças infecciosas e parasitárias é elevada. A Geografia da População fornece as bases para explicação dos deslocamentos da população no espaço, em particular, neste caso, as migrações forçadas e as redes migratórias, e para a análise do estado da população, por meio da classificação dos indivíduos que compõem a população considerada, segundo alguns critérios de classificação. A Geografia Histórica completa os referenciais teóricos desta investigação, porque muitas características geográficas requerem estudos históricos para uma explicação satisfatória de como chegaram ao que são hoje.

O quarto capítulo apresenta, inicialmente, o histórico de criação das áreas em estudo – Hospital Colônia Pedro Fontes e Educandário Alzira Bley e em especial, a análise das características das crianças e adolescentes “internados” no Educandário. O trabalho de análise do segmento de internos do Educandário foi feito a partir do livro de registros, com o qual foi construído um banco de dados com as características das pessoas atendidas pela instituição no período de 1937-1979. Foram realizadas, ainda, entrevistas com funcionários e ex-internos do Educandário para reconstruir a história da instituição por meio de suas memórias individuais e coletiva.

Nas últimas considerações desta pesquisa além de avaliar os resultados obtidos, sugerimos novas formas de utilização do espaço do Educandário, que atualmente se encontra em péssimo estado de conservação e subutilizado.

2 HANSENÍASE

2.1 O QUE É HANSENÍASE?

A morfeia, mal de Lázaro, doença de Hansen, lepra ou hanseníase como é oficialmente conhecida no Brasil desde a década de 1970, se caracteriza por ser uma doença endêmica em países com altas taxas de pobreza e carentes de políticas públicas. A maioria dos casos se concentra na faixa tropical do globo (MAGALHÃES, ROJAS, 2007). A falta de conhecimentos clínico-imunológicos ensejou, antes da descoberta do bacilo causador da doença, hipóteses que apontavam o caráter hereditário da hanseníase, outros relacionavam a doença com a pobreza e a falta de higiene.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) a hanseníase é uma doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que causa lesões na pele e atinge os nervos, provocando danos severos ao doente. O bacilo foi descoberto em 1873 pelo médico Amaneur Hansen, na Noruega. Em homenagem ao seu descobridor, o bacilo é também chamado de Bacilo de Hansen. Este bacilo é um micróbio que apresenta afinidade pela pele e nervos periféricos. O *M. leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente, em forma de bastonete. É um parasita intracelular, sendo a única espécie de microbactéria que infecta nervos periféricos. Esse bacilo não cresce em meios de cultura artificiais, ou seja, *in vitro* (FOSS, 1999; ARAÚJO, 2003). “A hanseníase apresenta longo período de incubação; em média, de 2 a 7 anos. Há referências a períodos mais curtos, de 7 meses, como também a mais longos, de 10 anos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.206).

A hanseníase pode ocorrer em qualquer idade, raça ou gênero, propriedades essas que dependem das relações socioeconômicas e do grau de endemicidade do meio em que vivem as pessoas. Por isso,

> o domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora ainda existam lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado ao poder imunogênico do ***M. leprae*** (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 364).

A exposição de crianças e jovens menores de 15 anos a essa doença infecciosa e crônica, faz com que elas adoeçam mais. É importante analisar os dados referentes aos menores de 15 anos, pois, como a hanseníase não é hereditária e pode ocorrer um longo período de incubação da doença, as áreas que apresentam concentração de crianças e jovens menores de 15 anos infectados indicam um foco de indivíduos contaminados e transmissores da doença.

Apesar de acometer pessoas de ambos os sexos, “no mundo inteiro, a incidência da doença é maior nos homens que nas mulheres” (RIBEIRO, 2011, p.49). Devido ao seu alto poder incapacitante, pois atinge e compromete os nervos periféricos, a doença retira do mercado de trabalho muitas pessoas em faixa etária economicamente ativa, comprometendo seu desenvolvimento profissional e social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O ser humano é reconhecido como o único reservatório natural do bacilo, apesar do relato de animais selvagens naturalmente infectados (tatus e macacos). Os pacientes portadores de formas multibacilares (sem tratamento) são considerados a principal fonte de infecção, não obstante o papel dos paucibacilares na cadeia de transmissão já ter sido demonstrado (ARAÚJO, 2003). “A principal via de eliminação dos bacilos dos pacientes multibacilares (virchowianos e dimorfos[1]) é a aérea superior, sendo, também, o trato respiratório a mais provável via de entrada do *M. leprae* no corpo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.206).

As pessoas infectadas pelo bacilo de hansen podem ser diagnosticadas através de exames clínicos, análise do histórico e condições de vida dos pacientes, exames dermatológicos e neurológicos. A classificação do caso e a escolha do tratamento com poliquimioterapia mais adequado aos doentes se dá pela quantidade de lesões

[1] Hanseníase Dimorfa: 5 a 25 lesões bem definidas, bordos externos mal delimitados, simétricas, lesões satélites, infiltração difusa, vários troncos nervosos.
Hanseníase Virchowiana: manchas eritematosas, infiltradas, ferruginosas, bordos imprecisos, pápulas, nódulos, hansenomas. Infiltração difusa da pele poupa pregas. Atinge vários órgãos (Ministério da Saúde, 2010, p.208).

na pele, paucibacilar (PB) casos com até 5 lesões de pele e multibacilar (MB) casos com mais de 5 lesões de pele (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, 2010). O tratamento deve ser realizado nos ambulatórios dos

> serviços básicos de saúde, administra-se uma associação de medicamentos, a poliquimioterapia (PQT). [...] A PQT mata o bacilo e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento a transmissão da doença é interrompida e, se realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença. A PQT é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre, com frequência, quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença. É administrada através de esquema padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em paucibacilar e multibacilar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.366-367).

Em situações de intolerância a algum dos medicamentos da PQT existem tratamentos alternativos, bem como, as doses dos medicamentos do esquema padrão são ajustadas de acordo com o peso e a idade das crianças. A alta por cura é dada após a administração do número de doses recomendado pelo esquema terapêutico, dentro do tempo recomendado.

Segundo o Regulamento Sanitário da União, implantado por Oswaldo Cruz, a hanseníase passou a fazer parte das doenças de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória, desde 1904. Em 1920 começou a construção de Leprosários para o isolamento dos doentes pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, assemelhando às ações da Europa (CUNHA, 2002; SAMPAIO, 2012).

Em 1962, apesar do isolamento compulsório no Brasil ter sido abolido, por meio do Decreto Federal nº 956, alguns estados não respeitaram essa lei e muitas pessoas permaneceram residindo em ex-colônias ou em seus arredores (SAMPAIO, 2012). O Ministério da Saúde recomenda que essas populações sejam alvo das seguintes ações de vigilância e controle de hanseníase:

> • vigilância de contatos ou exame de coletividade;
> • investigação dos casos de recidiva, pela possibilidade de ocorrência de resistência medicamentosa em pessoas submetidas à monoterapia irregular com dapsona;
> • ações de prevenção e reabilitação física, psicossocial e profissional;
> • integração dessas instituições à rede de serviços do SUS.
> • identificação de qual paciente se enquadra nos critérios da Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.22)

A Lei nº 11.520 (ANEXO A) prevê uma pensão vitalícia no valor de dois salários mínimos às pessoas atingidas pela hanseníase e que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônia, até 31 de dezembro de 1986.

2.2 OS LEPROSÁRIOS E PREVENTÓRIOS NA PESQUISA BRASILEIRA: UMA TEMÁTICA EM ELABORAÇÃO

Por se tratar de um assunto que carece de obras de síntese (inexiste, por exemplo, uma publicação com envergadura/perspectiva mais generalista sobre o assunto na literatura geográfica brasileira), um traço “comum” aos estudos disponíveis sobre o tema revela uma pluralidade de abordagens, mesclando perspectivas teóricas diversas, sendo comum, também, a existência de pesquisas que, sob o ponto de vista das distinções formais, se situam nas intersecções entre disciplinas das ciências sociais e “médicas” mais diretamente associadas ao fenômeno, dentre os quais se poderiam destacar a Medicina, Psicologia Social, Sociologia, Antropologia, Enfermagem, História e também, a Geografia, notadamente a Geografia da Saúde.

Apresentaremos a seguir algumas produções científico/acadêmicas, publicadas na última década a respeito do estudo da hanseníase por diferentes áreas de conhecimento. Em virtude da interdisciplinaridade do tema e suas múltiplas possibilidades de análise, este estudo não tem a pretensão de aprofundar e esgotar as suas abordagens, cuja amplitude vai além do escopo deste trabalho.

Na sequência, apresentamos os trabalhos que mais se aproximam da pesquisa atual, como forma de colaborar para este campo de estudos, ainda incipiente, que está se constituindo na área da Geografia da Saúde. São apresentados inicialmente os trabalhos que abordam a temática no país e, a seguir em contextos específicos.

O trabalho de Cunha (2005) apresenta um estudo sobre a história das políticas estatais de controle e combate à lepra no Brasil, em particular, o debate e as ações em torno do isolamento compulsório dos doentes no período 1920-1974. De acordo com a autora “no primeiro período de análise (1920-1930), a prática isolacionista foi definida pelo regulamento sanitário de 1920 como uma política compulsória a ser adotada contra a doença” (p.8) com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920), a criação da Comissão de Profilaxia da Lepra (1915-1919), a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (1920-1929) e a defesa do Regulamento Sanitário Federal (1920).

Cunha ressalta ainda, que a escassez de verbas, as incertezas biomédicas e as características políticas do período puseram obstáculos à atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Segundo a autora, foi somente no segundo período (1930-1941) que o isolamento compulsório tomou vigor. Quando os leprosários passaram a ser construídos, com apoio do governo federal, concretizou-se a política de isolamento. A conclusão do trabalho desta autora aponta que o isolamento compulsório dos doentes foi a principal política adotada pelo poder público contra a lepra e esteve associada ao processo de consolidação da capacidade do Estado brasileiro em agir sobre territórios e populações.

Magalhães e Rojas (2007), apontam para a existência de um reconhecimento internacional sobre o comportamento focal da hanseníase, ou seja, sua distribuição restrita a espaços onde coincide com um conjunto de premissas para sua produção. Segundo as autoras, os fatores associados à distribuição espacial da hanseníase podem ser agrupados em naturais e sociais. O trabalho apresentou um estudo da hanseníase no Brasil a partir de sua distribuição macrorregional e estadual centrado na atenção a sua distribuição municipal, no período de 1998 a 2002. Os resultados da pesquisa das autoras sugerem a expansão da hanseníase em focos localizados nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, associados às frentes de colonização agrícola da Amazônia Legal e ao crescimento de determinadas cidades e Regiões Metropolitanas.

Cabral (2010) faz um apanhado sobre a evolução da hanseníase no mundo e de como a doença foi tratada no Brasil desde os registros dos primeiros casos no século XVII até os dias atuais. A autora apresenta o imperialismo, as migrações e a

xenofobia como uma forma de associar a lepra à questões como raça, eugenia, hereditariedade e contágio, justificando o confinamento como principal medida para o controle da profilaxia da lepra, e aponta a ilha como lugar mais apropriado para a segregação dos leprosos. O isolamento insular teve entre seus maiores defensores no Brasil: Oswaldo Cruz, Fernando Terra e Souza Araújo. Apresenta a experiência Norueguesa de controle da doença por meio do isolamento e descreve como essa prática se difundiu para o resto do mundo até a descoberta dos primeiros tratamentos à base de sulfona (sulfa).

Os autores apresentados até o momento proporcionam uma análise da distribuição espacial da hanseníase ao longo do tempo histórico no Brasil, contextualizando-a com o cenário internacional e as premissas regionais, estaduais e municipais desta endemia, bem como a forma de controle da doença no território nacional. Apresentamos a seguir trabalhos que focalizam esta temática em diferentes contextos do território brasileiro, finalizando com os trabalhos feitos sobre o Espírito Santo.

Galinkin (2003) descreve a constituição de um assentamento espontâneo de hansenianos no estado de Goiás que foi iniciado na década de 1950. A análise desta “colônia” atentava para as relações sociais com o entorno e as representações sociais elaboradas pelos doentes e pela sociedade circundante sobre a doença e seus pressupostos. Já existia uma pesquisa nesta área do ano de 1978 e a autora desenvolveu sua pesquisa em 1998. A metodologia utilizada na pesquisa foi a investigação de campo etnográfica, por meio de um estudo de caso, com entrevistas semiestruturadas e técnica de observação direta e sistemática durante um período de tempo determinado.

A autora fala das colônias, dos leprosários e dos preventórios como territórios, onde se desenvolve um estilo de vida e ideias sobre sua apropriação, aborda também o estigma da doença na definição do território. A autora focaliza o conceito de “Instituição Total” onde as pessoas vivem como internos e todos os aspectos de sua vida são realizados naquele local, sob a mesma autoridade, intramuros em sanatórios, hospícios e leprosários.

Santos (2003) realiza uma pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil, por meio do ILA Global Project on the History o fleprosy da International Leprosy Association, vinvulado a Unit for the History of Medicine da Oxford University (Inglaterra) e apresenta resultados parciais sobre fontes relativas à hanseníase no Brasil existentes em diversas instituições da cidade do Rio de Janeiro, destacando as informações referentes à política de saúde adotada durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945). Esta pesquisa apresenta uma tabela contendo uma listagem de leprosários, preventórios e dispensários em todos os estados da União, bem como uma descrição das fontes de pesquisa onde são descritas tais instituições.

Castro (2005) trabalha as conexões entre a modernidade republicana e a construção dos leprosários por meio de uma política higienista de urbanização. A estrutura da dissertação se estabelece a partir da Primeira República (1889-1930), a construção dos leprosários no Brasil e o estudo de caso do Leprosário São Roque, localizado na Região Metropolitana de Curitiba (Paraná), tendo como fio condutor da sua pesquisa a Geografia da Saúde.

As categorias discutidas são: cidade, sociedade e leprosários. As grandes contribuições deste trabalho para a presente pesquisa são: a tabela de sistematização dos leprosários no Brasil, as ações promovidas pelo Estado para conter a hanseníase, quando ainda não se conhecia a cura para a doença (construção dos leprosários e preventórios, notificação obrigatória, isolamento compulsório, desinfecção e vigilância médica) e a teoria higienista de urbanização.

Os trabalhos de Santos (2003) e Castro (2005) contribuíram, juntamente com Santana *et al*. (2011) e Souza-Araújo (1948) para elaboração de um quadro síntese com todos os leprosários e preventórios que foram construídos no Brasil durante o período de isolamento compulsório (APÊNDICE A).

Lapa, Albuquerque, Júnior, Carvalho e Arouca (2006) enfocam o desafio enfrentado para redução da prevalência da Hanseníase por meio da descentralização dos serviços de atenção básica à saúde.

Os autores utilizaram dados do IBGE, do SINAN e do PSF (Programa Saúde da Família). Eles descreveram a estruturação e a oferta dos serviços para o

atendimento de casos de hanseníase no município de Olinda/Recife; em seguida analisaram a evolução dos indicadores epidemiológicos e operacionais, tomando como referência os períodos pré e pós à municipalização (1991-2000). Analisaram espacialmente a distribuição territorial da ocorrência da endemia e o padrão de áreas geográficas construídas segundo o atendimento pelas unidades de saúde e sua evolução. Concluíram que após a municipalização houve um aumento da detecção e tratamento pelo município, reduzindo a evasão para outros municípios, ocorreram mudanças no comportamento da demanda, com aumento da clientela referida no uso dos serviços, e foram registradas também alterações importantes nos indicadores epidemiológicos e operacionais.

Marzliak *et al*. (2008) tomam por base o projeto censitário de 2008 da população que morava nos antigos hospitais colônias de hanseníase do estado de São Paulo. O artigo descreve as medidas adotadas para o enfrentamento da hanseníase desde o século XVIII com o surgimento das Sociedades Protetoras dos Lázaros, até a construção dos hospitais de lázaros em todo país e em São Paulo. Traz a trajetória dos doentes por esses hospitais do Estado e a sequência de criação de asilos e posteriormente dos asilos-colônias. O texto trata do isolamento compulsório até a abertura dos portões, e traça um paralelo com o cenário institucional da época chegando até o momento atual em que governo e sociedade civil assumem nova articulação comprometendo-se com a proposta de reestruturação dos 33 hospitais do país.

Sangi, Miranda, Spindola e Leão (2009) descrevem a maneira como o estado reacional interfere na história de vida das pessoas acometidas pela hanseníase. Apresentam uma descrição clínica da doença e na metodologia utilizam a pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, com emprego do método história de vida contada pela pessoa que a vivenciou. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde situada na cidade do Rio de Janeiro, que tem o Programa de Controle da Hanseníase. Foram ouvidas 13 pessoas em tratamento que contaram suas histórias de vida relatando o estigma da doença, a influência da autoestima, a inserção no mercado de trabalho, o papel da previdência e da família, que são apresentados e discutidos nos resultados.

Ribeiro (2011) analisa a reprodução social (relação trabalho e vida) de moradores do bairro Colônia Antônio Aleixo em Manaus (AM); ex-colônia de hansenianos desde a sua instalação até a atualidade, na transição de leprosário a bairro. Realiza uma pesquisa do tipo quali-quantitativa de natureza transversal descritivo-analítica, com abordagem baseada na concepção materialista e dialética. A linha de pesquisa é a Geografia da Saúde. As categorias de análise são a segregação, as redes sociais e a hanseníase. Dentre as teorias científicas apresentadas estão o sanitarismo, o higienismo e o eugenismo.

Oliveira e Alves (2011) fazem um apanhado dos leprosários, dispensários e colônias do estado do Amazonas desde o período provincial até o final do século XX (1889-1922). Abordam as políticas urbanistas e higienistas como justificativa para a expulsão dos leprosos para as colônias a fim de evitar o convívio com os doentes.

O artigo traz em destaque a colônia Antônio Aleixo que foi construída em 1942 e funcionou até 1979 quando o hospital colônia se transforma em bairro e se integra ao restante da cidade. Uma informação importante sobre o assunto apresentado no artigo foi a realização do 7º Congresso Internacional de Leprologista efetivado em Tokyo (1958), por meio do qual a prática de isolamento foi considerada ultrapassada. Essa filosofia foi introduzida no Brasil a partir da Portaria do Ministério da Saúde nº 165, de 14 de maio de 1976 (ANEXO B).

Santana *et al*. (2011) apresentam um estudo de caso do Leprosário do Iguá, atualmente Hospital Estadual Tavares Macedo em Itaboraí/RJ, fundado em 1936 e inaugurado em 1938 por Getúlio Vargas, com uma área de 950.000 m². Neste trabalho os leprosários e colônias também são entendidos como territórios dos excluídos, locais esquecidos, zonas proibidas, marginais e perigosas.

Neste artigo é apresentado o tratamento que cura a hanseníase, com poliquimioterápicos, descobertos na década de 1980. O Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) constrói suas ações em parceria com instituições não governamentais como o Movimento para Reintegração dos Hanseníanos (MORHAN) e a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH), ambas com suporte do Sistema Único de Saúde (SUS) para erradicar os leprosários e oferecer tratamento médico-hospitalar aos hansenianos no sistema público de saúde de todo país.

Melo, Santos e Santos (2011) apresentam a hanseníase como um grave problema de saúde pública no Brasil, não só devido a sua prevalência, mas também aos danos advindos das incapacidades funcionais e estigma relacionados à doença. O trabalho descreve a dinâmica espaço-temporal desta endemia no Estado de Sergipe durante o período de 2004 a 2010. Com esta finalidade, foi realizado um estudo a partir de dados secundários provenientes do SINAN e de banco de dados do IBGE. As informações coletadas foram analisadas segundo a estatística descritiva e utilizadas na construção de mapas de séries temporais para localização de áreas de risco. Ao final do estudo, observaram uma redução dos coeficientes de detecção da hanseníase nesta unidade da federação, apesar destes indicadores permanecerem em patamares que os classificam como muito alto.

Após analisarmos algumas pesquisas que apresentam a situação da hanseníase nos estados de Goiás, Pernambuco, São Paulo, Rio de Janeiro, Amazonas e Sergipe, buscou-se a produção científica referente ao estado do Espírito Santo.

No Espírito Santo, Vieira e Cypreste (2007) atuaram no Hospital Pedro Fontes entre 1980 e 1990 e fizeram o trabalho de resgate histórico da instituição e das memórias dos moradores da antiga colônia de hansenianos de Itanhenga. Iniciam sua pesquisa com a localização da colônia e sua fundação em 1937. Cada um dos setores que compõem a colônia é detalhado: a área sadia externa ao hospital colônia (casa do médico-diretor e 10 casas para os funcionários); casa do almoxarife, prédio da administração, garagem, portaria central, posto telefônico, delegacia de policia, casa das irmãs, pavilhão de observação e triagem, parlatório, sala dos correios, vestiário, casa de costura, biblioteca, armazém, laboratório, farmácia, almoxarifado, cozinha, refeitório geral, policlínica, pavilhões masculino e feminino, residências para famílias, capela, cemitério, fábrica de colchões, sapataria, ferraria, rouparia, forno para incineração do lixo, cadeia, lavanderia, prefeitura, sala do enfermeiro chefe e campo de futebol.

A monografia apresenta os nomes dos primeiros funcionários, os serviços de praxiterapia, o modelo de instituição agrícola e as formas de tratamento que foram sendo utilizadas desde o óleo chaulmoogra, o qual apenas melhorava os ferimentos, passando pela sulfona até chegar ao tratamento poliquimioterápico. As autoras enfatizam o estigma da doença e o isolamento dos hansenianos e estabelecem a

ligação entre o leprosário e o preventório Educandário Alzira Bley, bem como, a posterior criação dos bairros Pica-Pau e Cajueiro. Para concluir a pesquisa, elas discutem a criação do Movimento de Reintegração dos Hansenianos (MORHAN) e as experiências de ressocialização dos moradores da ex-colônia.

Moreira, Waldman e Martins (2008), apresentam uma descrição do comportamento e análise da tendência da hanseníase entre pacientes residentes no Estado do Espírito Santo, Brasil, de 1980 a 2003. Os autores utilizaram modelos estatísticos para séries temporais e identificaram tendência crescente para todo o período da taxa de detecção global. Diante dos resultados finais, verificaram a tendência crescente para os períodos: “(i) 1980-1987 nos grupos etários de menores de 15 anos e de 50 anos ou mais e para formas paucibacilares; (ii) 1988-1995 para as faixas de 15-19 anos, 20-29 e 50 anos ou mais e para formas multibacilares; (iii) 1996-2003 no grupo de 20-29 anos e formas paucibacilares” (p. 1629). Os autores concluíram que a prevalência apresentou forte declínio. Utilizaram na pesquisa dados do sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dados do IBGE e do DATASUS.

Em todos os artigos a hanseníase aparece descrita como uma doença endêmica relacionada à pobreza e à falta de higiene, de evolução lenta e insidiosa. Alguns trabalhos de geografia médica da hanseníase discutem o papel da história da ocupação dos territórios como fundamento da manutenção de focos da doença. Por outro lado, geralmente, é aceita a associação da hanseníase com condições desfavoráveis de vida, considerando-se fatores econômicos, higiênico-sanitários e biológicos. A hanseníase é endêmica nas áreas de clima tropical com elevadas temperaturas e pluviosidade.

Há estigmatização da doença e a presença dos hansenianos pelas ruas da cidade é apontada como mendicância e abandono familiar. A hereditariedade era uma das explicações mais aceitas para o desenvolvimento da doença antes da descoberta do bacilo transmissor por meio das vias aéreas superiores.

2.3 PANORAMA GERAL DA HANSENÍASE NO BRASIL

Magalhães e Rojas (2007) ressaltam que a hanseníase ainda constitui grave problema de saúde pública, nas regiões em desenvolvimento. Segundo as autoras:

> Na literatura especializada, são numerosos os trabalhos que relacionam a prevalência da hanseníase a fatores sociais, operacionais – como programas de controle – ou, com menor frequência, do ambiente biofísico ou químico desses territórios. Poucos estudos procuram associar variáveis dessas duas aproximações e, assim, permitir um maior esclarecimento sobre as regularidades da diferenciação espacial da doença.
>
> À escala global e regional, as áreas de maiores níveis endêmicos de hanseníase no mundo associam-se à pobreza, embora alguns resultados de investigações não pareçam conclusivos. A relação direta da doença com a pobreza não é questionável, o que não significa que todos os lugares sob essas condições sejam endêmicos. Requer-se, além de microambientes favoráveis à existência e sobrevivência do patógeno, outros fatores propícios à transmissão ou mesmo evolução clínica da hanseníase. (MAGALHÃES, ROJAS, 2007, p.82)

Estudos recentes indicam que cerca de 90% dos casos ocorrem em seis países: Índia, Brasil, Nepal, Myanmar, Moçambique e Madagascar. Em 2003 o coeficiente de prevalência (casos em registro) no Brasil situava-se em 4,5 casos/10 mil habitantes, em 2011 este coeficiente caiu para 1,24/10.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). “No âmbito das Américas, o Brasil é o único país a não atingir a meta de prevalência inferior a 1 caso/10 mil habitantes, proposta pela Organização Mundial da Saúde” (MOREIRA, WALDMAN, MARTINS, 2008, p. 1619).

Segundo Magalhães e Rojas (2007), os fatores associados à distribuição espacial da hanseníase, de modo geral, podem se agrupar em naturais e sociais:

> entre as premissas naturais, encontram-se o clima, o relevo, tipos de vegetação e determinados ecossistemas. Entre as premissas sociais, destacam-se condições desfavoráveis de vida, desnutrição, movimentos migratórios e outras. (MAGALHÃES, ROJAS, 2007, p.76)

A associação dos fatores naturais e sociais faz das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as mais endêmicas do Brasil. De acordo com Oliveira e Penna (2008, p.7), “registram-se em média, a cada ano, 47.000 novos casos, dos quais 23,3% com graus de incapacidade I e II[2]. Esta situação afeta a vida de milhares de

[2] Classificação do grau de incapacidade física de acordo com as normas do Ministério da Saúde utiliza os seguintes critérios: grau 0 (zero), quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos ou pés; grau I (um), que corresponde à diminuição ou perda de sensibilidade e grau II (dois), que indica a presença de incapacidades e deformidades do tipo lagoftalmo, garras,

pessoas, porque a doença compromete mecanismos de defesa, como a capacidade de sentir dor, a visão e o tato, tornando-as mais vulneráveis aos riscos de acidentes, queimaduras, feridas, infecções, amputações, entre outros". Para mitigar os danos causados por esta endemia são necessários

> o diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção como ações prioritárias para bloquear a transmissão da doença, reduzir incapacidades e deformidades, assim como para desconstruir o medo e o preconceito que causam discriminação e danos psíquicos, morais e sociais aos doentes, a seus familiares e à sociedade. (OLIVEIRA, PENA, 2008, p.7)

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde definiu a estratégia global para 2006-2010 baseada na detecção precoce de casos e garantia de oferta de tratamento com poliquimioterapia (PQT), tal medida contribuiu de forma significativa para a redução da quantidade de pessoas infectadas pela doença em vários países, inclusive no Brasil (ISAUDE.NET, publicado em 03/11/2011). Por essa razão,

> a atual estratégia para o período 2011-2015 enfatiza a garantia da qualidade da assistência ao paciente para reduzir a carga de doença, não apenas considerando a detecção de casos, mas também a redução de incapacidades, que terá impacto na redução do estigma e discriminação relacionados à doença (IGNOTTI, PAULA, 2010 p. 188).

Entendemos os conceitos de discriminação, estigma, preconceito e violação como descritos no livro Hanseníase e Direitos Humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS, do Ministério da Saúde:

> **Discriminação**: A discriminação é o resultado de uma ação (agir) ou omissão (não agir) que busca violar os direitos humanos, em função de raça, sexo, idade, estado civil, deficiência física ou mental, opção religiosa, doença contagiosa, e outros.
> **Estigma**: é um sinal negativo que marca uma diferença.
> **Preconceito**: Formar uma opinião, antes de se conhecer o assunto, ou a pessoa ou a situação; antipatia ou aversão a outras raças, religiões, classes sociais, doenças, etc.
> **Violação:** Ofensa ao direito do outro.
>
> (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 67)

Depois de abordarmos algumas premissas sobre a hanseníase no Brasil e as estratégias globais da Organização Mundial da Saúde para conter essa endemia, passaremos a uma análise mais descritiva dos coeficientes de prevalência[3], de

---

reabsorção óssea, mãos e pés caídos, entre outros (Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Hanseníase atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília: 2004).

[3] Taxa de prevalência de hanseníase ou Coeficiente de prevalência de hanseníase: Número de casos existentes de hanseníase em pessoas residentes, expresso por 10 mil habitantes, em um determinado local e período. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1998/fqd04.htm>. Acesso em 3 out.2013.

detecção[4] e de cura da hanseníase nas unidades da federação e nas regiões geográficas brasileiras. Para compreender a classificação dos coeficientes de detecção na população menor de 15 anos e na população geral analisamos a TABELA 1 que apresenta os parâmetros no Brasil.

Tabela 1 – Parâmetros do coeficiente de detecção da hanseníase no Brasil.

Parâmetros	Coeficiente de detecção em < 15 anos	Coeficiente de detecção da população geral para 10.000 habitantes	Coeficiente de detecção da população geral para 100.000 habitantes
Hiperendêmico	≥ 10,00/100.000 hab.	≥ 20,00/10.000 hab.	≥40,00/100.000 hab.
Muito Alto	5,00 a 9,99/100.000 hab.	10,00 a 19,99/10.000 hab.	20,00 a 39,99/100.000 hab.
Alto	2,50 a 4,99/100.000 hab.	5,00 a 9,99/10.000 hab.	10,00 a 19,99/100.000 hab.
Médio	0,50 a 2,49/100.000 hab.	1,00 a 4,99/10.000 hab.	2,00 a 9,99/100.000 hab.
Baixo	< 0,50/100.000 hab.	< 1,00/10.000 hab.	< 2,00/100.000 hab.

Fonte: Hanseníase no Brasil – Dados e indicadores selecionados. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS: 2009, p. 8. [Adaptado]

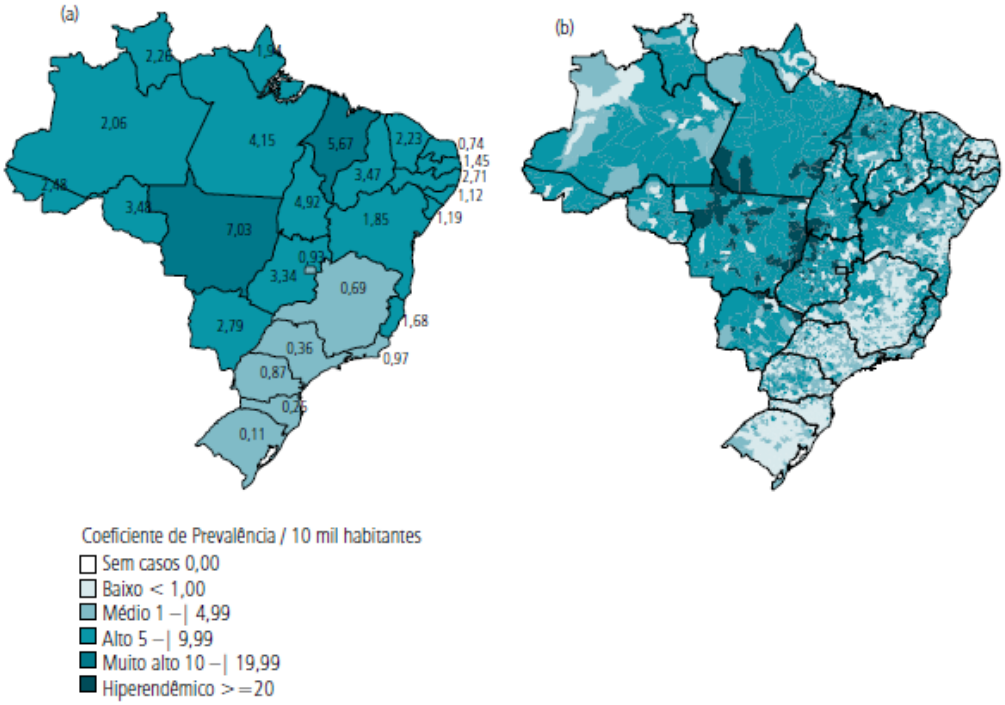


Figura 1 - Coeficiente de prevalência de hanseníase por 10 mil habitantes nas Unidades da Federação (a) e municípios (b). Brasil - 2010
Fonte: Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise dos indicadores selecionados no período de 2001 a 2010. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. P.191

Na FIGURA 1, podemos observar no mapa (a), o coeficiente de prevalência de hanseníase por 10 mil habitantes nos estados brasileiros em 2010. Nas Regiões

[4] Taxa de detecção de hanseníase ou Coeficiente de detecção de hanseníase: Número de casos novos diagnosticado de hanseníase (código A30 da CID-10), por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância : Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília :Ministério da Saúde, 2005. p.364. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=D.3&lang=pt>. Acesso em: 03 out. 2013.

Norte, Nordeste e Centro-Oeste o coeficiente é médio, enquanto que nas Regiões Sul e Sudeste apresentam coeficientes de prevalência baixos. Com exceção do Espírito Santo que apresenta valor mais elevado que os demais estados da Região Sudeste (1,68) médio. Nota-se também que os estados do Mato Grosso (7,03) e de Maranhão (5,67) apresentam os coeficientes mais altos do país.

O mapa (b) apresenta a distribuição de coeficientes de prevalência por municípios da união. Os municípios da região Norte e Centro Oeste, principalmente nos estados do Pará, Mato Grosso, Goiás e Tocantins são os que apresentam os coeficientes hiperendêmicos (>=20/10 mil habitantes). Os municípios das regiões Sul e Sudeste são os que apresentam os coeficientes mais baixos (< 1,00/10 mil habitantes). Dos municípios

> com mais de 20,0/10.000 hab. e média de 100 casos, identificaram-se 13 Municípios assim distribuídos: cinco no Estado do Pará; seis no Estado do Maranhão; e dois no Estado de Mato Grosso. Sessenta e nove Municípios apresentaram taxa de detecção superior a 10/10.000 hab. e média de casos igual a 100. Todos esses Municípios localizam-se nos Estados já identificados com as maiores detecções, nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (MAGALHÃES, ROJAS, 2007, p.78).

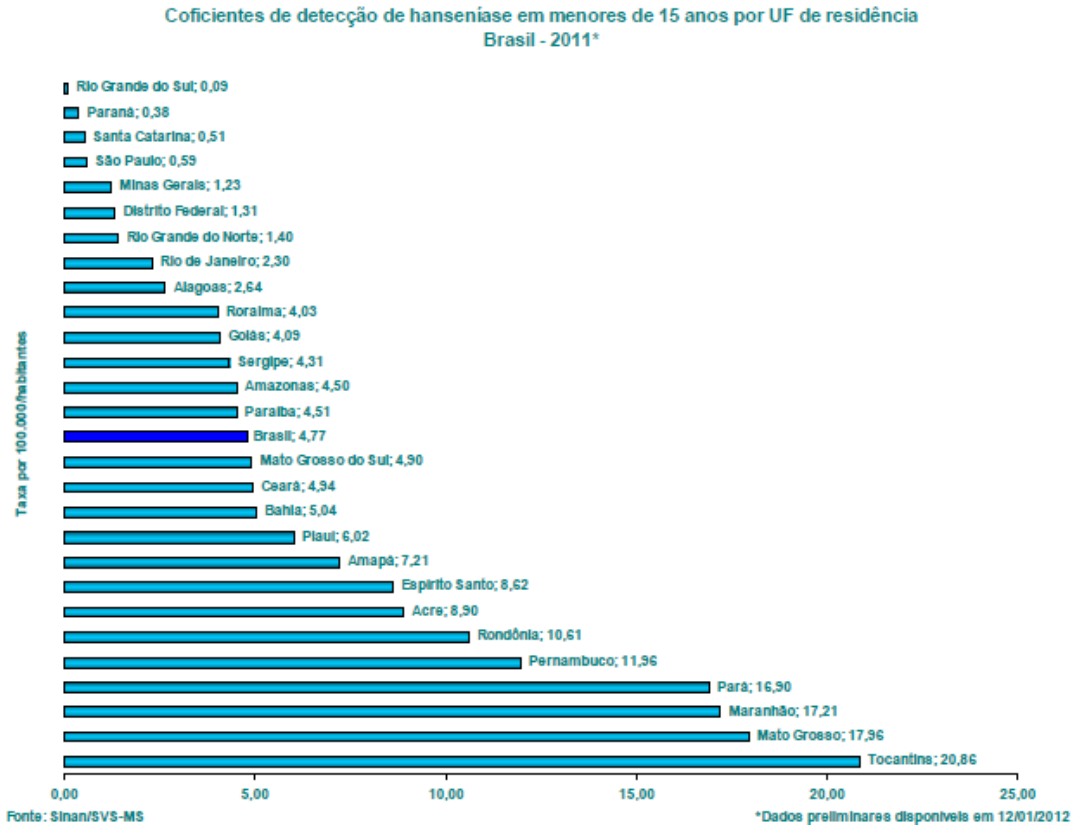


Gráfico 1 – Coeficientes de detecção de hanseníase em menores de 15 anos por unidade da federação de residência – Brasil 2011.
Fonte: Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Espírito Santo. MS/ Brasília/DF (2011). P.07.

O coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos é calculado por meio dos registros do “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos – PCID - <15 (da Portaria SVS/SAS/MS nº 125/2009)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, 2010). O Brasil apresenta um coeficiente de 4,77 casos/100.000 habitantes, enquadrando-se assim com um coeficiente alto (2,50 - 4,99) segundo os indicadores da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Como podem ser observados no GRÁFICO 1, em 2011, os estados com coeficientes de detecção mais baixos em menores de 15 anos são os estados da Região Sul: Rio Grande do Sul (0,09), Paraná (0,38) e Santa Catarina (0,51). No extremo oposto estão os estados hiperendêmicos (>=10): Tocantins (20,86), Mato Grosso (17,96) e Maranhão (17,21). É amplamente aceito que a hanseníase tem expressão espacial focal. Magalhães e Rojas ao analisarem as taxas de prevalência e de detecção da hanseníase para o ano de 1999, observaram que:

> a existência de uma alta correlação entre ser um Estado da Amazônia Legal e apresentar elevadas taxas da doença. No presente trabalho, para os Estados dessa região, identificam-se taxas três vezes maiores que as de outros Estados do Brasil; entre eles, Mato Grosso, Tocantins, Rondônia e Roraima destacam-se com taxas mais elevadas que a media da região. (MAGALHÃES, ROJAS, 2007, p.81)

O Espírito Santo (8,62) apresenta coeficiente alto (5,00-9,99). Conforme Magalhães e Rojas a Região Metropolitana da Grande Vitória e os municípios do norte do Estado do Espírito Santo (FIGURA 2) diferem das taxas de detecção da hanseníase dos demais municípios da Região Sudeste, por serem mais elevadas.

> Nas Regiões Nordeste e Sudeste, salvo algumas exceções, as taxas de detecção de hanseníase dos municípios são, em geral, baixas. Destacam-se, espaços que agregam municípios com elevadas taxas de detecção, distribuídos nessas regiões de maneira irregular. Entre esses agregados de municípios – de pequeno porte, quase sempre –, aparecem os das Regiões Metropolitanas de Recife e de Vitória, assim como outros ao norte, noroeste e sul do estado da Bahia, norte dos estados do Espírito Santo e de São Paulo e norte e centro do estado do Paraná. (MAGALHÃES, ROJAS, 2007, p.82).

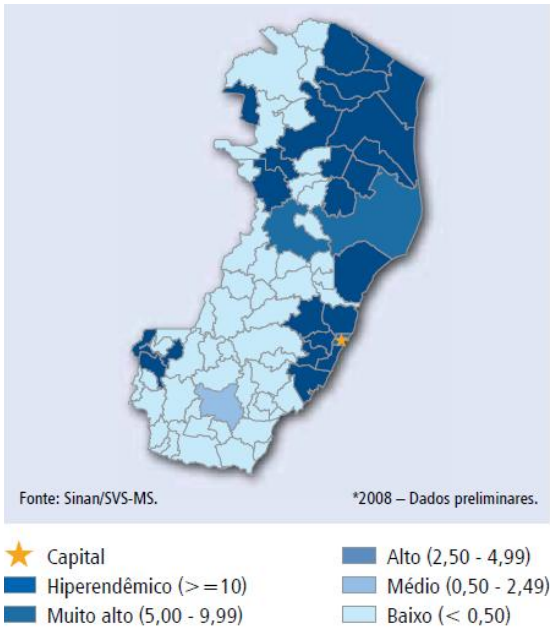


Figura 2 - Distribuição dos coeficientes de detecção de hanseníase em menores de 15 anos por município de residência, Espírito Santo, 2008
Fonte: Hanseníase no Brasil – Dados e indicadores selecionados. Brasília/DF (2009). P.24.

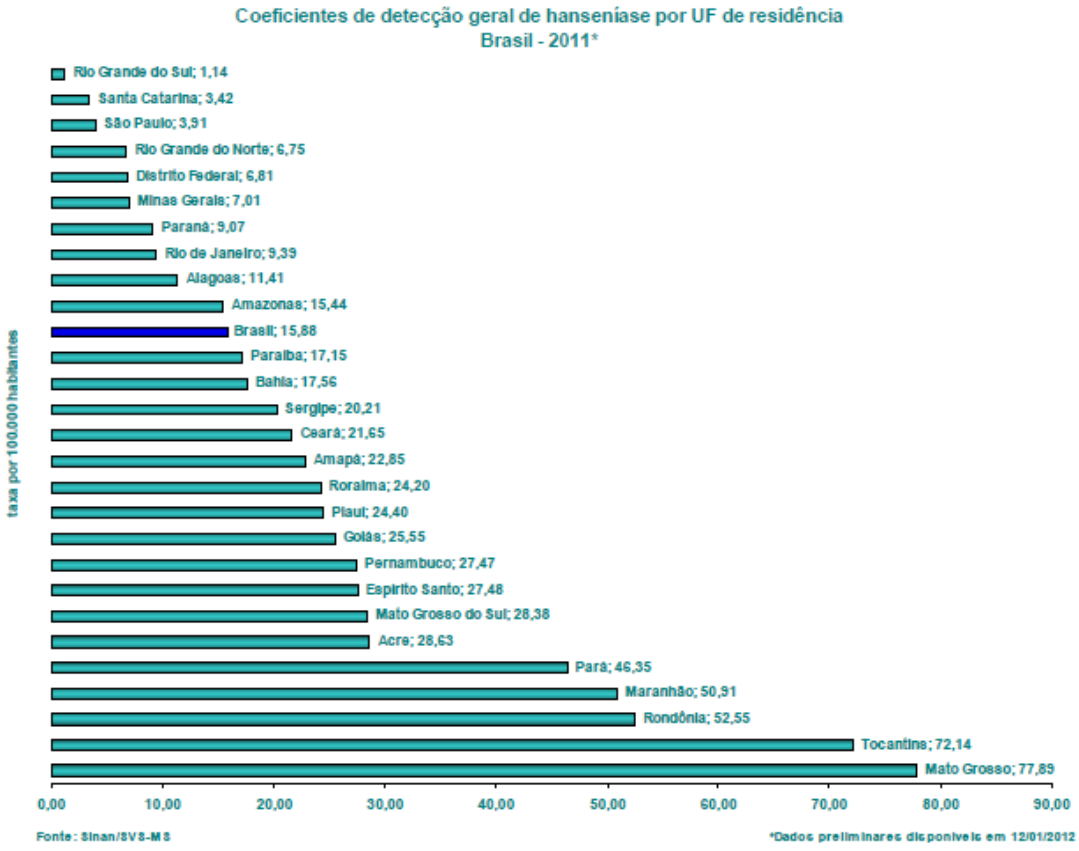


Gráfico 2 – Coeficiente de detecção geral da hanseníase por unidade da federação de residência – Brasil 2011.
Fonte: Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Espírito Santo. MS/ Brasília/DF (2011). P.06.

O coeficiente de detecção geral de hanseníase para o ano de 2011 evidencia que apenas o estado do Rio Grande do Sul está com coeficiente baixo, ou seja, menos de 2,00 casos por 100.000 habitantes. Este coeficiente para o país é de 15,88/100.000 habitantes, indicando um coeficiente alto (10,0 - 19,99). Os estados hiperendêmicos (>=40,00/100.000 hab.) são: Pará, Maranhão, Rondônia, Tocantins e Mato Grosso. O Espírito Santo (27,48) é o estado mais endêmico da Região Sudeste, seu coeficiente é muito alto (20,00 - 39,99). A TABELA 2 apresenta os coeficientes gerais de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes por regiões geográficas e estados para o período de 2001 a 2010.

Tabela 2 – Coeficiente geral de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes por Regiões Geográficas e Unidades da Federação. Brasil, 2001-2010

Regiões e Unidades da Federação	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Norte	**73,82**	**77,88**	**78,01**	**74,71**	**65,96**	**61,12**	**54,34**	**54,69**	**49,94**	**42,79**
Rondônia	82,46	84,37	96,11	90,68	82,76	85,96	73,96	70,44	69,49	58,76
Acre	70,16	61,50	66,60	51,94	54,05	76,75	39,38	39,76	37,76	34,53
Amazonas	43,45	48,18	37,78	34,16	29,76	25,61	22,96	21,01	21,54	19,71
Roraima	87,47	86,78	93,20	80,50	69,25	63,72	53,70	45,79	37,96	31,25
Pará	84,41	92,06	92,91	90,31	77,81	65,45	61,90	62,17	55,70	46,93
Amapá	28,47	35,82	37,21	33,45	27,92	30,05	19,63	31,15	30,32	21,53
Tocantins	98,24	90,72	94,21	100,54	95,04	102,67	93,53	103,71	88,54	77,92
Nordeste	**33,39**	**35,05**	**38,66**	**38,75**	**38,67**	**32,28**	**31,75**	**30,04**	**28,80**	**27,73**
Maranhão	80,94	86,76	87,54	90,28	92,00	73,39	69,75	67,34	61,99	60,46
Piauí	61,54	57,79	63,93	57,37	56,77	44,96	47,11	57,70	40,25	45,46
Ceará	34,70	32,84	37,58	34,67	34,76	29,07	30,17	29,62	26,16	25,34
Rio Grande do Norte	8,21	9,04	8,83	11,08	15,82	8,90	12,03	8,31	9,88	8,21
Paraíba	23,55	25,15	26,74	25,41	28,84	26,33	23,86	19,67	19,34	17,39
Pernambuco	39,03	41,23	44,14	40,69	39,51	37,61	35,93	31,95	36,45	31,78
Alagoas	12,95	14,03	17,96	14,89	14,95	14,32	13,61	12,57	12,86	12,10
Sergipe	17,33	23,67	31,85	28,95	33,54	25,84	26,02	22,31	24,51	18,42
Bahia	17,04	19,38	24,06	29,32	26,38	21,44	21,05	19,12	19,37	19,21
Sudeste	**14,06**	**15,32**	**15,14**	**13,84**	**12,60**	**10,53**	**9,76**	**8,78**	**8,42**	**7,66**
Minas Gerais	15,35	18,44	18,10	16,93	15,63	13,12	11,22	9,69	9,39	8,03
Espírito Santo	45,23	53,57	55,13	47,45	45,39	34,93	34,52	31,16	29,94	29,18
Rio de Janeiro	21,06	22,83	21,85	20,10	17,72	16,22	14,31	11,93	12,45	11,22
São Paulo	8,12	7,72	7,78	7,14	6,46	5,09	5,26	5,24	4,58	4,27
Sul	**7,44**	**8,50**	**8,42**	**7,96**	**7,57**	**6,99**	**6,44**	**6,05**	**5,54**	**5,19**
Paraná	15,60	17,61	17,39	16,02	15,47	14,54	13,06	12,09	11,17	10,19
Santa Catarina	3,43	3,98	4,17	4,19	3,70	3,51	3,62	3,39	3,04	3,38
Rio Grande do Sul	1,88	2,33	2,23	2,39	2,19	1,74	1,71	1,66	1,44	1,37
Centro-Oeste	**65,11**	**67,81**	**68,69**	**64,39**	**62,13**	**56,60**	**41,19**	**44,64**	**44,28**	**41,29**
Mato Grosso do Sul	26,95	28,54	32,59	31,93	27,34	27,11	23,81	26,93	27,92	26,62
Mato Grosso	146,26	140,71	144,49	131,07	136,45	125,13	100,13	87,97	89,48	81,64
Goiás	60,65	68,73	67,22	65,62	59,79	53,33	31,49	44,93	43,25	41,29
Distrito Federal	15,30	16,26	16,26	12,85	12,26	10,78	10,64	10,05	9,40	7,57
Brasil	**26,61**	**28,33**	**29,37**	**28,24**	**26,86**	**23,37**	**21,19**	**20,59**	**19,64**	**18,22**

Fonte: Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise dos indicadores selecionados no período de 2001 a 2010. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. P.194. [adaptado]

A situação epidemiológica no Brasil durante a primeira década do século XXI apresenta um panorama decrescente de 26,61/100.000 habitantes em 2001 para 18,22/100.000 em 2010. Na Região Norte os estados em que o coeficiente de detecção foi mais alto foram: em 2001 Tocantins (98,24), em 2002 Pará (92,06), em 2003 Rondônia (96,11) e no período de 2004 a 2010 Tocantins. O estado com os coeficientes mais baixos no período de 2001 a 2005 e no ano de 2007 foi o Amapá, em 2006 e de 2008 a 2010 foi o estado do Amazonas. Na Região Nordeste o estado do Maranhão manteve o coeficiente mais alto, sempre acima dos 60 casos por 100.000 habitantes, durante toda década. Os coeficientes mais baixos, neste período, foram registrados no Rio Grande do Norte, apenas em 2005 o estado de Alagoas apresentou o menor coeficiente de detecção da região. No Sudeste destacam-se os estados do Espírito Santo com os coeficientes mais elevados e São Paulo com os coeficientes sempre inferiores a 10 casos por 100.000 habitantes. No Sul do país Paraná possui os coeficientes mais altos e Rio Grande do Sul os mais baixos. Na Região Centro-Oeste, Mato Grosso apresenta os maiores coeficientes e o Distrito Federal os menores.

Neste período, houve redução da carga de hanseníase no Brasil. Essa redução ocorreu em virtude de uma série de ações articuladas pelo Ministério da Saúde a fim de diagnosticar e tratar todos os casos de hanseníase “por meio da oferta de tratamento com PQT em unidades públicas de saúde de todo país e do esforço de profissionais da rede básica e centros de referência. Ressalta-se, contudo, a existência de diferenças regionais importantes, com concentração de casos nas regiões Norte e Centro-Oeste” (IGNOTTI, PAULA, 2010 p. 198). Os percentuais de cura para o período de 2001 a 2012 são apresentados na TABELA 3.

Tabela 3 - Percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase. Estados e Regiões, Brasil – 2001- 2012

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	**84,0**	**75,4**	**68,8**	**68,0**	**69,2**	**84,3**	**80,0**	**80,0**	**81,5**	**80,4**	**82,3**	88,7
Rondonia	87,6	83,5	68,4	65,9	67,0	88,2	81,6	86,8	87,9	84,1	88,5	92,6
Acre	33,3	42,9	32,0	84,1	71,3	96,1	97,8	95,7	98,8	96,8	90,3	95,7
Amazonas	86,6	84,0	74,1	69,2	68,4	77,4	78,6	79,1	78,4	80,2	78,6	85,1
Roraima	88,8	84,3	75,1	68,5	67,7	80,5	74,7	70,7	75,1	78,1	81,3	87,1
Para	85,5	73,9	70,5	68,0	71,4	82,9	78,2	77,1	78,3	77,3	79,8	88,3
Amapa	9,7	0,0	0,0	40,4	12,3	69,0	52,1	52,1	68,0	69,5	77,0	82,4
Tocantins	68,8	60,0	51,5	68,8	75,1	93,4	84,5	84,7	88,1	87,4	87,5	88,4
Nordeste	**77,9**	**70,2**	**66,3**	**64,5**	**68,0**	**86,0**	**79,9**	**79,3**	**80,5**	**80,7**	**80,1**	85,0
Maranhao	74,4	67,4	70,9	63,9	67,3	87,8	81,6	79,7	81,0	83,2	80,6	84,8
Piaui	81,0	76,0	76,4	63,5	58,1	82,2	77,6	76,9	74,2	80,5	78,2	86,1
Ceara	86,0	85,1	68,6	73,4	79,2	90,0	81,6	83,8	83,1	82,4	82,6	90,0
Rio Grande do Norte	85,3	83,0	61,7	42,8	61,5	76,6	64,5	73,7	77,6	77,9	80,5	89,4
Paraiba	84,2	77,7	58,0	72,2	73,9	85,9	77,0	75,6	78,8	77,8	79,6	78,1
Pernambuco	73,5	59,8	55,5	56,8	65,5	88,1	81,3	83,7	84,6	81,9	80,5	83,0
Alagoas	83,3	84,5	73,4	70,9	66,2	85,2	82,5	80,9	81,8	78,7	78,1	84,3
Sergipe	85,3	88,4	81,8	71,4	73,9	91,3	87,8	87,1	85,3	88,7	90,0	93,1
Bahia	74,0	60,7	60,0	63,9	65,4	80,2	76,1	71,9	76,7	74,9	77,0	82,9
Região Sudeste	**85,0**	**80,7**	**72,1**	**69,0**	**62,7**	**86,3**	**86,3**	**86,0**	**86,9**	**87,6**	**89,2**	**90,8**
Minas Gerais	87,3	79,9	70,1	71,7	71,3	84,7	87,3	89,0	88,8	88,7	87,3	88,8
Espirito Santo	94,4	92,3	89,6	84,6	85,2	94,4	92,2	89,0	91,8	91,2	94,6	92,8
Rio de Janeiro	81,9	77,2	64,8	66,9	76,0	84,2	83,9	81,9	84,4	85,7	87,3	90,6
Sao Paulo	81,6	79,8	73,7	58,9	64,5	86,1	84,6	85,6	85,1	86,5	89,7	91,8
Região Sul	**82,1**	**77,3**	**74,0**	**78,3**	**77,1**	**90,8**	**87,6**	**89,0**	**87,0**	**88,7**	**91,4**	**90,9**
Parana	87,3	82,5	79,8	80,7	76,5	89,7	88,1	90,9	87,6	89,3	91,8	91,9
Santa Catarina	35,0	25,0	29,7	62,5	68,7	95,3	89,0	86,0	93,0	86,5	92,7	92,2
Rio Grande do Sul	86,4	78,0	70,1	80,0	92,1	95,0	83,5	77,7	76,5	86,7	87,0	80,8
Região Centro Oeste	**82,4**	**80,6**	**70,3**	**67,6**	**64,6**	**83,2**	**77,4**	**80,4**	**80,2**	**81,0**	**80,5**	**78,6**
Mato Grosso do Sul	**85,9**	**83,1**	**82,8**	**76,1**	**77,1**	**91,3**	**86,3**	87,9	85,6	85,7	84,4	80,5
Mato Grosso	80,3	76,4	63,5	72,7	72,4	81,7	79,3	84,5	82,6	82,6	77,6	83,1
Goias	83,6	83,9	73,1	60,1	53,2	82,7	73,4	73,9	76,2	80,0	81,5	71,9
Distrito Federal	83,8	87,8	83,6	72,6	79,3	87,3	82,5	83,5	83,4	91,0	88,7	90,9
Brasil	**81,6**	**75,8**	**69,3**	**67,3**	**69,2**	**85,5**	**81,1**	**81,3**	**82,1**	**82,3**	**82,7**	**85,9**

Fonte: Sinan/SVS-MS Dados disponíveis em 24/04/2013
Obs. situação em 31/12 da cada ano

Fonte: Ministério da Saúde. SVS. Departamento de Vigilância Epidemiológica/Coordenação Geral de Hanseníase e doenças em eliminação, 2013.

Para as Unidades da Federação (TABELA 3) verifica-se que o estado do Amapá possui o menor percentual de cura nas coortes ao longo o período de 2001 a 2011, somente em 2012 é que esta classificação fica para o estado de Goiás com (71,9%). Vale ressaltar que do ano de 2005 para 2006 o percentual de cura saltou de 12,3 para 69,0 no Amapá. O Espírito Santo é o estado que apresenta o maior percentual de cura no período de 2001 a 2004. Manteve-se na segunda colocação para o período de 2005 a 2011 e em terceiro para o ano de 2012. O maior percentual de cura em 2005 foi registrado no Rio Grande do Sul (92,1%), e no período compreendido entre 2006 e 2012 destaca-se o estado do Acre com os maiores

percentuais de cura. No ano de 2012 os maiores percentuais de cura foram registrados nos estados do Acre (95,7%), Sergipe (93,1%) e Espírito Santo (92,8%); o percentual mais baixo foi registrado em Goiás (71,9%).

2.4 PANORAMA GERAL DA HANSENÍASE NO ESPÍRITO SANTO

Os registros mais antigos da hanseníase no Espírito Santo datam de 1882 e estão contidos no Volume I da História da Lepra do Brasil, uma obra de referência, editado em três volumes, que resgatam toda história da doença no país, escrito pelo doutor em Medicina e Saúde Pública Heraclides Cesar de Souza-Araujo. Segundo informe do Dr. Manoel Goulart de Souza, feito em 4 de Julho de 1882, sabe-se que:

> existe a morfeia na província do Espírito Santo; que os casos não são frequentes, nem essa enfermidade reina endemicamente em ponto algum da província; que os poucos casos se têm manifestado isoladamente. À vista desses informes concluiu o Dr. Magalhães, a quem eles foram dirigidos: que se pode, mediante cuidados e conselhos higiênicos, circunscrever completamente a morfeia, impedindo-lhe a reprodução (SOUZA-ARAUJO, 1946, p.526).

Nesta época a hanseníase era denominada morfeia e a sua contaminação e disseminação estavam vinculadas as questões de higiene. Os registros da doença eram poucos e ocorriam de forma isolada, mas, deve-se levar em conta que o serviço de saúde pública só registrava os casos que chegavam até eles. Não existia uma campanha/política de acompanhamento da saúde da população, principalmente entre classes menos favorecidas.

O panorama da doença vai se modificando com o tempo e 47 anos depois o Estado que apresentava poucos casos isolados, registra mais de 200 enfermos, segundo dados do inquérito realizado pelo doutor Pedro Fontes.

> Apesar de Belmiro Valverde ter incluído este Estado, em 1921, entre aqueles onde a lepra era rara, em 1925, baseado na sua epidemiologia estimei em 150 o seu provável número de leprosos. Em 1922 por acordo entre a União e o Estado foi criado no Espírito Santo o Serviço de Profilaxia Rural sob a direção do Dr. Leorne Menescal. Desse serviço fazia parte integrante o de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, que foi confiado ao Dr. Miguel Motta, irmão do Dr. Joaquim Motta. O Governador do Estado Dr.

> Florentino Avidos denunciou, a 23 de Dezembro de 1926, esse acordo, para o qual contribuía com 300.000,00, por considerar tal serviço ineficiente. Em Julho de 1927 a Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas publicou a estatística dos leprosos do Brasil, incluindo o Espírito Santo com 22 casos, dos quais 9 já se achavam fichados no Distrito Federal. Em Agosto de 1927 o professor Clementino Fraga Diretor Geral do D.N.S.P., indicou o Dr. Pedro Fontes, que era chefe do Posto de Profilaxia Rural em Campo Grande, para chefiar o Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas no Espírito Santo, com verba de 66 contos para o 2º semestre de 1927, sendo metade da União (SOUZA-ARAUJO, 1956, p.566-567).

No relatório de 1928 o Dr. Pedro Fontes comenta sobre a situação do Espírito Santo.

> Quando assumi a direção deste Serviço encontrei, realmente, fichados pelo extinto Serviço de Profilaxia Rural – que aqui funcionara cerca de cinco anos e junto ao qual havia um Serviço de Lepra e Doenças Venéreas, - apenas 22 leprosos. No fim de algum tempo verifiquei que esse número estava aquém da realidade e resolvi fazer um inquérito. Percorri todo o Estado, entendendo-me pessoalmente com os médicos das diversas localidades e cheguei a conclusão de que havia no Estado do Espírito Santo mais de 200 leprosos. Em ofício de 20 de Agosto de 1929, dirigido ao Presidente do Estado, o Dr. Pedro Fontes corrigiu essa sua estimativa para 150 leprosos, localizados, na sua quase totalidade, nos municípios de Calçado, Alegre, Veado, Afonso Claudio e Colatina. Iniciado o recenseamento dos doentes por fichamento domiciliar, em fins de 1929 havia 133 fichados, número que subiu a 225 em fins de 1930, incluindo os casos suspeitos. Pedro Fontes para a realização desse censo teve a colaboração valiosa dos Drs. Nilton Barros, Miguel de Carvalho, Manoel Sette e por último o pranteado Dr. Sylvio Avidos. Esses recenseadores itinerantes tiveram a colaboração dos Dispensários fixos chefiados pelos Drs. Alvaro Murce, Octavio Manhães e Aristides Campos. De Agosto de 1927 a Dezembro a 1930 o total de leprosos fichados teve um aumento superior a dez vezes, o que dará a falsa impressão de ter reinado no Estado uma epidemia de lepra semelhante aquelas descritas na Nova Caledonia ou na Ilha Naurú, na Oceania (SOUZA-ARAUJO, 1956, p.566-567).

Na década de 1930 o número de hansenianos aumentou consideravelmente e os serviços de saúde tiveram que intensificar as suas ações no controle da doença. Coube ao Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas em 1934, durante o Governo Vargas a aplicação do “Plano Nacional de Combate à Lepra”, que previa a construção de leprosários em todos os estados brasileiros.

> Em 30 de Novembro de 1930 o Ministro da Educação e Saúde expediu um telegrama circular extinguindo todos os Serviços de Saneamento Rural e de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Era Interventor Federal no Estado o Capitão João Punaro Bley. O Dr. Fontes oficiou ao Ministro Dr. Francisco Capanema pedindo autorização para continuar com o Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas para o qual ainda dispunha de um saldo de 67.000.000. A 6 de Janeiro de 1931 o Ministro lhe expediu o seguinte aviso: Fica autorizada a continuação dos Serviços de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas no Estado do Espírito Santo, correndo as despesas por conta do saldo da contribuição estadual, do exercício passado, em poder do Chefe do Serviço Dr. Pedro Fontes, e a verba incluída no orçamento do mesmo Estado para o presente exercício, mas sem ônus para a União (SOUZA-ARAUJO, 1956, p.566-567).

A partir de 1931 o Estado assumiu a responsabilidade integral do Serviço, sempre sob a direção do Dr. Pedro Fontes. O tratamento da lepra baseava-se no uso do óleo de chaulmoogra, o qual apenas melhorava os ferimentos, não combatendo o bacilo. Mais tarde passou a ser utilizado o tratamento químico a partir da introdução do uso da sulfona (sulfa) e o isolamento dos doentes nos leprosários. O período de isolamento dos hansenianos perdurou da década de 1930 até o final de década de 1970, quando foi descoberto o tratamento e a cura para a doença por meio de uma associação de medicamentos, a poliquimioterapia, que mata o bacilo e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas.

Atualmente, o Espírito Santo possui muitos casos de hanseníase que são tratados nos ambulatórios, a incidência da doença, de acordo com Magalhães e Rojas

> se concentra na costa Atlântica e associa-se à maior densidade histórica da população em cidades dessa faixa do País, como o Rio de Janeiro e o Recife, sem esquecer suas Regiões Metropolitanas e, também, a de Vitória no Espírito Santo (MAGALHÃES, ROJAS, 2007, p.82).

O Estado do Espírito Santo apresenta localização litorânea e concentração populacional na Região Metropolitana da Grande Vitória. Segundo estudos realizados por Penna (2008), apresenta uma tendência decrescente, estatisticamente significativa no tempo para as taxas de coeficientes de detecção.

No período de 2001 a 2010 (GRÁFICO 3), esse coeficiente teve seu pico em 2003 quando ultrapassa a taxa de 50/100.000 habitantes. A partir de 2004 este coeficiente inicia um declínio com os valores ainda acima das taxas da Região Sudeste e do Brasil.

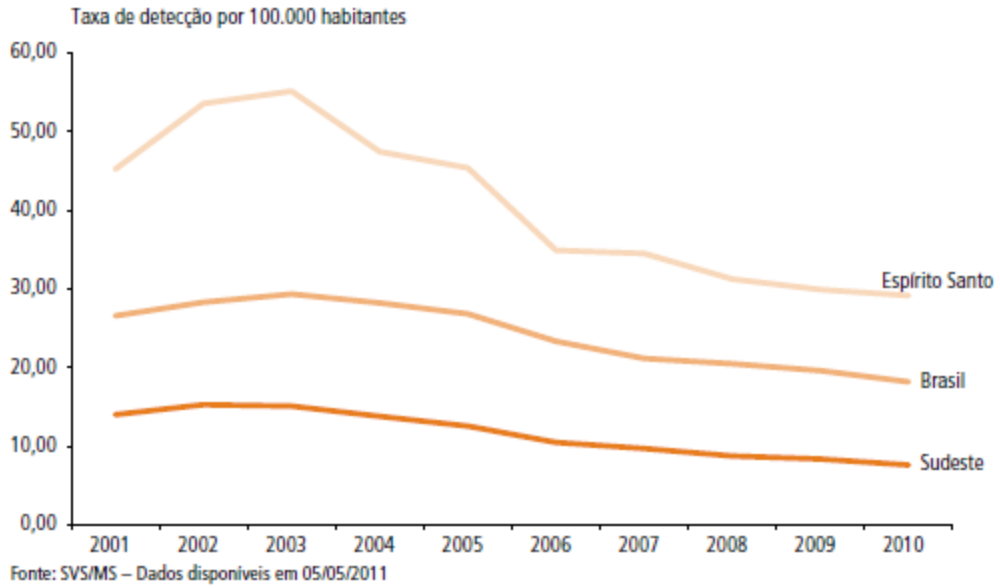


Gráfico 3 – Série histórica do coeficiente de detecção de hanseníase do estado do Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2001 a 2010
Fonte: Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Espírito Santo. MS/ Brasília/DF (2011). P.06.

A distribuição espacial dos casos de hanseníase no Espírito Santo em 2010 (FIGURA 3) demonstra que não houve notificações de novos casos em 16 municípios: Mucurici, Itarana, Santa Teresa, Santa Leopoldina, Dores do Rio Preto, Divino de São Lourenço, Itarana, Alegre, Jerônimo Monteiro, São José do Calçado, Bom Jesus do Norte, Apiacá, Atílio Vivacqua, Itapemirim, Rio Novo do Sul e Piúma. Os municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória possuem coeficiente de detecção muito alto (Serra, Vitória, Cariacica, Vila Velha e Guarapari) com destaques para os municípios de Fundão, cujo coeficiente é alto e Viana que é hiperendêmico. Outros municípios capixabas são classificados com coeficiente de detecção hiperendêmico como: Ecoporanga, Água Doce do Norte, Vila Pavão, Boa Esperança, Pedro Canário, Conceição da Barra, Jaguaré, Sooretama, Alto Rio Novo, Pancas, Águia Branca, Itaguaçu e Muniz Freire.

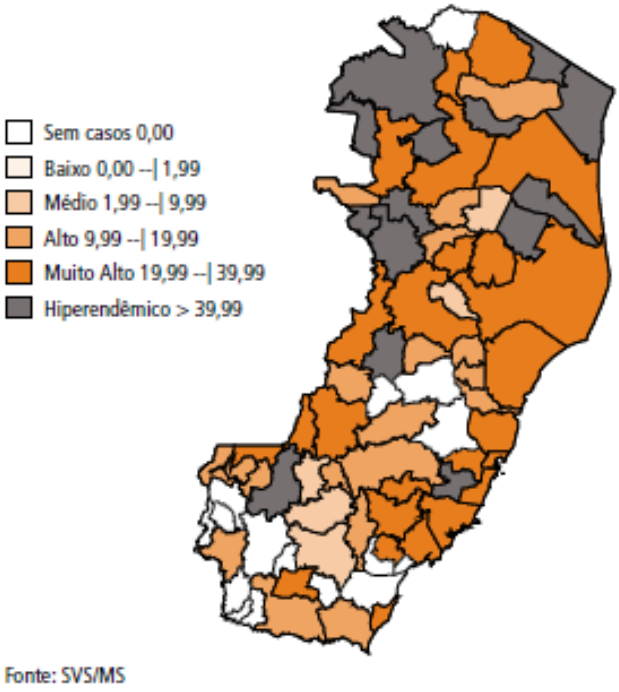


Figura 3 – Coeficiente geral de detecção de hanseníase por municípios. Espírito Santo - 2010
Fonte: Fonte: Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Espírito Santo. MS/ Brasília/DF (2011). P.06.

O Estado do Espírito Santo caminha para estabilização da endemia por meio das ações, dos programas e projetos da área da saúde voltados para o tratamento e a cura da hanseníase.

3 CONCEITOS TEÓRICOS

Neste capítulo serão apresentados conceitos teóricos que fornecem elementos para subsidiar os trabalhos empíricos realizados na Colônia de Itanhenga, em especial a análise dos internos do Educandário Alzira Bley. Muitos dos processos focalizados permeiam os domínios de vários campos de conhecimento, em particular neste trabalho, conteúdos da Epidemiologia, tais como a caracterização da hanseníase e a história da incidência desta doença no Brasil, já apresentados, assim como princípios teóricos das áreas da Geografia da População e da Geografia Histórica.

Inicialmente são apresentados os processos de transição, que constituem o marco teórico para análise e compreensão de transformações demográficas e dos padrões de mortalidade que estavam em curso no contexto focalizado neste estudo.

O processo da transição demográfica é descrito como sendo a passagem de uma situação de baixo crescimento demográfico, decorrente de níveis elevados de natalidade e de mortalidade a uma fase de estabilização onde os níveis dos dois componentes são baixos. Todos os países do mundo tendem a passar por esse processo geral, no entanto, especificidades decorrentes dos diferentes contextos socioeconômicos e culturais estão à base desta transformação (PATARRA, FERREIRA 1986; CASTIGLIONI, 2007). Nos países em desenvolvimento este processo teve início na primeira metade do século XX, intensificando-se nas décadas após os meados do referido século.

A transição demográfica é um fenômeno social da maior importância, pois além de afetar a dinâmica do crescimento demográfico, modifica a estrutura etária da população, com grandes consequências sobre o relacionamento entre as gerações e os diversos grupos de idade. As mudanças da estrutura etária requerem políticas de educação, saúde, emprego e previdência diferenciadas, alterando o processo de planejamento socioeconômico do país e das políticas públicas.

O conceito da transição demográfica foi introduzido por Frank Notestein, em 1929 (MENDONÇA, 2012). Foi elaborado com base na interpretação das transformações demográficas vivenciadas pelos países que participaram da Revolução Industrial nos

séculos XVIII e XIX. A partir da análise destas mudanças demográficas foi estabelecido um padrão clássico que, segundo alguns demógrafos, em linhas gerais, pode ser aplicado aos demais países do mundo, embora em momentos históricos e contextos econômicos diferentes.

Assim, todos os países do globo encontram-se atualmente em uma das etapas que compõem o processo da transição demográfica. Na fase pré-transicional, as taxas de natalidade e de mortalidade são elevadas e o crescimento é baixo. Na primeira fase do processo transicional, a mortalidade diminui e a natalidade permanece constante e a taxa de crescimento populacional aumenta. Na segunda, a natalidade começa a cair, a mortalidade continua em queda e a população continua a crescer, porém com taxas declinantes. Na fase final, reencontra-se o equilíbrio entre as taxas de mortalidade e natalidade a níveis bem mais baixos e a população aumenta muito pouco. As fases da transição demográfica podem ser observadas no GRÁFICO 4.

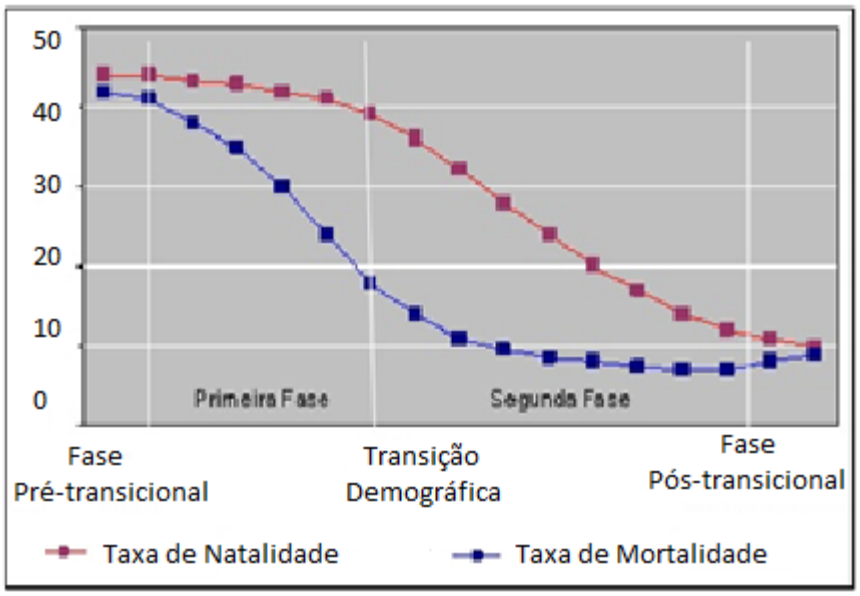


Gráfico 4: Fases da Transição Demográfica: modelo clássico
Fonte: CASTIGLIONI, A. H. A Revolução Grisalha. Revista Fluminense de Geografia 4. AGB. Jul/Dez de 2006. P. 2. ISSN 1980-9018.

Não existe uma teoria que dê conta de explicar todos os aspectos temporais e espaciais da transição demográfica, as interpretações e escala temporal que esta transição se apresenta em cada país são variáveis que se diferenciam em relação ao grau de desenvolvimento econômico do país, de escolaridade da população, além de outros fatores como os religiosos e culturais.

O declínio da mortalidade aconteceu de forma diferenciada nos países do mundo, a fase inicial da queda da mortalidade é geralmente correlacionada às melhorias na alimentação, na higiene pública, aos avanços da medicina e à elevação do nível de instrução.

A transição da fecundidade é um fenômeno relativamente novo na história da humanidade. A passagem de altos a baixos níveis de fecundidade aconteceu nos últimos dois séculos, começando pelos países hoje classificados como desenvolvidos, sendo seguida, em diferentes ritmos, pelos países chamados subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. A passagem de altos para baixos níveis de fecundidade é uma tendência mundial como apresenta Alves.

> A queda da fecundidade se acentuou nas últimas três décadas do século XX. A fecundidade mundial passou de 4,5 filhos por mulher no período 1970-75 para 2,8 filhos no período 1995-2000 (ONU, 2002). Em 1970 havia 106 países com taxas de fecundidade acima de 5 filhos, o que representava 43% da população mundial. Desde então, a maioria desses países progrediu para diferentes estágios da transição da fecundidade. No ano 2000, apenas 49 países, com uma população de 771 milhões, tinham níveis de fecundidade acima de 5 filhos por mulher, o que representava somente 13% da população mundial. Na virada do milênio, a maioria dos países (74), representando 43% da população mundial, tinha níveis intermediários de fecundidade (entre 5 e 2,1 filhos), incluindo grandes países como Índia, Indonésia, Brasil e Bangladesh. Em 1970, apenas 20 países, representando 18% da população mundial possuíam fecundidade ao nível de reposição ou abaixo. No ano 2000, já eram 64 países com fecundidade igual ou menor de 2,1 filhos, o que representava 44% da população mundial (ALVES, 2004 p. 12).

Segundo dados publicados pelo PRB - Population Reference Bureau, em 2012 - o número de países com taxa de fecundidade total igual ou menor que o nível de reposição subiu para 88. A metade deles situa-se na Europa, onde todos os países encontram-se neste grupo, no extremo oposto, apenas dois países da África incluem-se neste grupo (PRB, 2012).

A queda da fecundidade é um fenômeno que afeta o ritmo de crescimento da população e a sua estrutura etária. Num contexto de queda da mortalidade, as altas taxas de fecundidade provocaram o medo da “explosão populacional” e, taxas abaixo do nível de reposição, deram origem ao medo da “implosão populacional”. Assim, para a verdadeira compreensão da dinâmica demográfica, é fundamental se ter uma compreensão mais precisa do processo de declínio da fecundidade.

Paralelamente e estreitamente correlacionadas à transição demográfica ocorrem mudanças no ranking dos padrões de mortalidade que caracterizam o processo que Omran (1971) denominou como transição epidemiológica. Segundo Prata (1992) a transição epidemiológica é caracterizada pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro em que predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas (GRÁFICO 5).

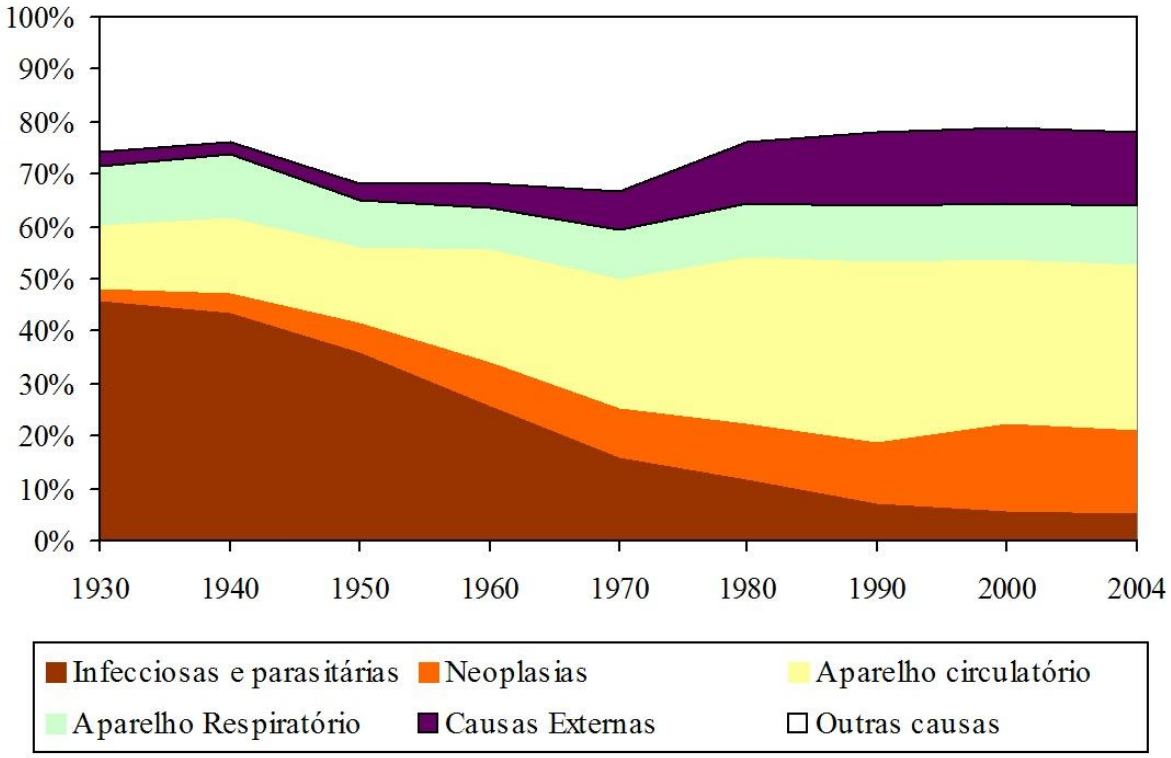


Gráfico 5: Brasil, mortalidade proporcional por grupos de causas definidas entre 1930 e 2004. Fonte: FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=24&arquivo=ver_conteudo_2>. Acesso em: 12 ago. 2013.

A citação do Guia Rápido de População, a seguir, ilustra a evolução deste processo no âmbito da América Latina após a Segunda Guerra Mundial.

> Los niveles de mortalidad de América Latina comenzaron su prolongada espiral descendente em la década de 1930. Esta tendência se acelero pronunciadamente después del final de la Segunda Guerra Mundial, cuando fue posible dedicar el tiempo y los recursos necesarios para controlar lãs enfermedades infecciosas y contagiosas. Las enfermedades transmitidas por los insectos, tales como el paludismo y La fiebre amarilla, se controlaron mediante la aplicación generalizada de insecticidas y pesticidas que pronto se llevaron a laregión y se aplicaron em ella los nuevos descubrimientos médicos, incluídas las penicilinas y sulfamidas. Para los años cincuenta, lãs tasas de mortalidad habian descendido a niveles bajos em Argentina, Uruguay y Cuba, pero siguieron siendo bastante elevadas em los países predominantemente rurales de Bolívia, Peru, toda la América Central (salvo

> Costa Rica) y em los países insulares de Haiti y la Republica Dominicana. Al finalizar la década de 1970, los niveles de mortalidad habian descendido generalmente a un nível próximo al mínimo previsto em la mayoria de los países. Si se toma como referencia la medida de la esperanza de vida al nacer, gran parte de la región esta a hora a la par de los países industrializados. Sin embargo, los países que comenzaron con uma desventaja relativa están tratando todavia de reducir sus niveles de mortalidad y, em especial, los altos niveles de mortalidad infantil que experimentan. (GUIA RÁPIDA DE POBLACIÓN, 1991, p. 32).

No Brasil, a transição para um novo perfil de mortalidade (das doenças infecciosas para as cardiovasculares, neoplasias, outras doenças crônico-degenerativas e as causas externas) apresenta variações significativas nos diversos contextos que formam o país em decorrência de fatores históricos, sociais, econômicos e culturais. Segundo Prata,

> a determinação do perfil epidemiológico da mortalidade deve ser considerada como o resultado de um processo dinâmico, em que as variáveis são independentes e podem auferir um peso diferenciado, de acordo com o local, com a sociedade e com o tempo histórico. De fato, no Brasil, ambos os mecanismos de mudança de padrão de mortalidade (adoção de medidas preventivas e o desenvolvimento econômico) ocorrem simultaneamente. Sugerem que, tanto a difusão de tecnologias de controle, quanto a melhoria no padrão de vida tiveram seu papel no processo (PRATA, 1992 p.169).

Em 1930 as doenças infecciosas eram a primeira causa de morte em todas as regiões brasileiras, correspondendo a 60% das causas na Região Norte, a 49% no Nordeste, a 43% no Sudeste, a 40% no Cento-Oeste e a 39% na Região Sul (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.17). De acordo com Castiglioni (2012) nos dias atuais,

> os óbitos ocasionados por doenças infecciosas e parasitárias já não figuram entre as principais causas de mortalidade em todo o país. A representação deste grupo decresce em todas as regiões, mas os níveis são mais elevados na Região Norte (5,5% em 2010), a que se apresenta menos avançada no processo de transição demográfica e, no senso oposto, mais baixos na Região Sul (3,6%), seguida pelas Regiões Sudeste e Nordeste (4,3%). A redução mais importante de óbitos relativos a este grupo ocorreu na Região Centro-oeste, que apresentava o nível mais alto em 1996 (7,2%) e que em 2010 encontra-se em posição intermediária (4,9%) (CASTIGLIONI, 2012, p.8).

Alguns fatores que influenciam os níveis de mortalidade são os biológicos, genéticos, socioeconômicos, comportamentais, alimentares, doenças, grau de instrução e acesso aos serviços médicos e sanitários, dentre outros. O perfil de morbi-mortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das

condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores independentes.

> O declínio das componentes do crescimento demográfico altera o peso dos grupos etários desencadeando o processo irreversível de envelhecimento populacional. Em decorrência do controle das doenças antes responsáveis pela alta mortalidade, um número cada vez maior de indivíduos que "escaparam" do risco de morte nas primeiras idades, atingem as idades mais avançadas nas quais serão submetidos aos riscos de morte por doenças de cura mais difícil no atual estágio de desenvolvimento médico e científico (CASTIGLIONI, 2012, p. 2).

A queda da mortalidade ocorre, em grande parte, como consequência dos avanços da medicina, da descoberta de novos medicamentos, das melhorias sanitárias e na alimentação das pessoas. A descoberta de novos medicamentos que originam a cura para doenças infectocontagiosas pode trazer de volta para o convívio social grupos antes isolados pelo risco de contágio da doença.

No início do período focalizado neste estudo, o Espírito Santo encontrava-se na primeira fase dos processos da transição demográfica e epidemiológica, apresentando tendências de alongamento da duração da vida e de mudanças na composição da mortalidade. A queda da mortalidade foi rápida na primeira fase do processo que se iniciou na primeira metade do século XX, em virtude principalmente do controle das doenças infectocontagiosas, ao mesmo tempo em que duração da vida se alongava (CASTIGLIONI, 2009). Em 1940, a Taxa de Mortalidade Infantil do Espírito Santo era elevada e a esperança de vida era de 47,19 anos. A duração da vida subiu gradativamente para 50,4 em 1950, 57,89 em 1960, 67,27 em 1970, atingindo 74,1 anos em 2010 (IBGE, 1988 e IBGE, 2006).

Com relação à fecundidade, o Espírito Santo apresentava até a década de sessenta, uma sociedade de bases agrárias, com padrões de fecundidade elevada (CASTIGLIONI, 2009). Nas décadas dos meados do século XX, o número médio de filhos por mulher era superior a sete. Na década de 1960, tem início o declínio das taxas de fecundidade que atinge o nível de 1,8 filhos por mulher em 2010 (IBGE, Censo 2010).

Durante as diversas etapas do processo de transição, deu-se a gradativa modificação dos pesos dos vários segmentos que compõem a população. A proporção do grupo de menores de 15 anos era de 46,44% em 1940, sua

representação foi declinando progressivamente chegando ao nível de 23,1% em 2010 (IBGE, 1950 e 2010).

O contexto analisado, como já ressaltado, era caracterizado pelas mudanças produzidas pelos processos descritos, que têm implicações importantes para toda a sociedade.

As bases teóricas para o estudo do segmento particular focalizado no estudo são fornecidas pela Geografia da População, que é o ramo da Geografia Humana que analisa, descreve e interpreta a composição, a distribuição e a dinâmica da população, em relação ao espaço[5]. Zelinsky coloca em evidência, em sua definição, que os fenômenos de população variam no interior dos lugares segundo leis específicas de comportamento.

> A Geografia da População pode ser definida com precisão como a ciência que trata dos modos pelos quais o caráter geográfico dos lugares é formado por um conjunto de fenômenos de população que varia no interior deles através do tempo e do espaço, na medida em que seguem suas próprias leis de comportamento, agindo uns sobre os outros e relacionando-se com numerosos fenômenos não demográficos. “Lugar”, neste contexto, pode ser um território de qualquer extensão, desde alguns hectares até a superfície inteira da Terra. Em termos mais breves, o geógrafo da população estuda os aspectos espaciais da população no contexto da natureza global dos lugares (ZELINSKY, 1969, p.17).

Assim, o geógrafo, além do estudo das relações entre população e espaço, procura explicar as causas e consequências dos fenômenos populacionais. Beaujeu-Garnier (1980) afirma que é função do geógrafo descrever os fatos no contexto de seu ambiente atual, estudando também suas causas, suas características originais e suas possíveis consequências. A atuação do geógrafo, segundo Zelinsky, ocorre em três níveis de reflexão distintos,

> 1) a simples descrição da localização da população e suas características; 2) a explicação dessas localizações espaciais e características; e 3) a análise geográfica dos fenômenos de população (as inter-relações entre as diferenças espaciais da população com todos ou alguns outros elementos da área geográfica estudada) (ZELINSKY, 1969, p.17).

[5] Na primeira obra francesa denominada “Introduction à l’étude géographique de la population du monde, 1951” P. George definiu a Geografia da População como “a expressão das relações entre o comportamento das coletividades humanas e o meio geográfico” (GEORGE, 1986, p. 291-300).

A dinâmica demográfica de um país reflete o seu nível de desenvolvimento socioeconômico e cultural. A compreensão das inter-relações entre população e espaço e dos fatores que influenciam a dinâmica demográfica (natalidade, mortalidade, migrações) contribui para a elaboração de políticas públicas que atendam de maneiras mais satisfatórias as demandas produzidas pelas modificações intensas inerentes à evolução da população.

Todos os estudos sobre população requerem certa quantidade de documentação produzida pelas fontes de dados. As informações podem ser obtidas por meio de fontes como o registro civil (nascimentos, óbitos e casamentos), o registro paroquial, as pesquisas de campo por amostragem ou os censos demográficos.

Além desses registros de informações essencialmente demográficas, existem outros tipos de registros publicados que podem ser utilizados para a obtenção de dados como os arquivos públicos municipais, IJSN, DATASUS, SEBRAE, IEMA, SEDU, arquivos específicos de instituições ou de pessoas, entre outros. Algumas fontes históricas como os livros de registros de instituições tais como bibliotecas, portos, hospitais/leprosários, educandários, internatos, dentre outras, que foram criadas para registrar dados das pessoas que por ali passavam, constituem fontes privilegiadas para a reconstrução e conhecimento de fenômenos que não são focalizados pelas fontes usuais.

Dentre os conteúdos abordados pela Geografia da População, o estudo das características da população fornece os elementos para a análise do estado da população em um momento determinado, por meio da classificação dos indivíduos que compõem determinada população, segundo critérios de interesse para o estudo. A composição da população revela as diferenças entre os indivíduos segundo determinados critérios de classificação. Como afirma Merlin (1997), a estrutura de uma população pode ser examinada segundo vários grupos de critérios:

> - les critéres proprement démographiques: sexe, âge, état matrimonial (encore que ce dernier critére ne soit pas purement démographique, puisque lié aux habitudes de formation et de rupture des couples dans la population considérée);
> - les critéres socio-économiques, qui concernent l'exercice d'une activité professionelle; l'appartenance à des groupes sociaux ou professionnels, tels que la catégorie travaille; le revenu (individuel ou du ménage), etc.;
> - les critéres anthropologiques et culturels, tels que la race, l'ethnie, la langue, la religion, le niveau d'instruction. (MERLIN, 1997, p. 136)

Dentre as variáveis propriamente demográficas, destacam-se o sexo e a idade, pelo papel que exercem na dinâmica demográfica. O sexo e a idade condicionam as características, os níveis e a evolução das componentes demográficas: natalidade, mortalidade e migrações. Para Merlin,

> La répartition par sexe, comme la répartition par âge, est un des facteurs qui influent sur les comportements démographiques: un désequilibre des sexes se traduit presque toujours par une nuptialité plus faible (ou au moins différée) et par une natalité plus faible, à fécondité semblable. (MERLIN, 1997, p. 138)

São apresentados a seguir alguns indicadores demográficos utilizados para mensuração e análise destas características.

O indicador da distribuição de uma população segundo o sexo é dado pela razão de sexo que corresponde à relação entre o número de homens e o número de mulheres em uma população, e o resultado é expresso por 100. Caso o resultado obtido seja igual a 100 existe um equilíbrio entre os sexos, se for maior que 100 há predominância de homens e, se inferior a 100, predominam as mulheres na população estudada.

Segundo Castiglioni (2012), a população brasileira apresenta predominância feminina, a Razão de Sexo é de 96 homens por 100 mulheres em 2010. Esta relação modifica-se com a idade: nascem mais homens que mulheres, são 105 nascimentos masculinos por 100 femininos, a razão diminui nos anos seguintes atingindo o equilíbrio nas idades adultas, após este período os valores da razão de sexo decrescem progressivamente.

A estrutura etária fornece informações sobre os diversos “modelos” que caracterizam as diversidades demográficas apresentadas pelas regiões, traduzindo os níveis de desenvolvimento socioeconômico aos quais estão correlacionados. A distribuição da população segundo a idade pode ser resumida em três grandes grupos etários: Jovens, de 0 a 14 anos, adultos, de 15 a 64 anos e idosos, de 65[6] anos ou mais. As proporções dos grandes grupos etários fornecem elementos para identificar as características do “modelo” demográfico de região considerada e permite comparações entre diversas populações.

[6] Segundo a legislação brasileira os idosos têm 60 anos ou mais.

No estudo das características de interesse para determinado estudo procura-se distinguir os vários segmentos que formam a população, utilizando como critérios as categorias nas quais as variáveis se subdividem. Pode-se também interessar ao cruzamento de várias características.

Os estudos de população se interessam também ao estudo do movimento, isto é, da sua dinâmica que compreende a evolução do efetivo populacional, a contribuição de suas componentes (natalidade, mortalidade e migrações), e ao estudo das consequências causadas por estas transformações (VALLIN, 1992).

A dinâmica demográfica de uma determinada região é expressa pela seguinte equação:

$$P_{t+n} = P_t + (N-M) + (I-E)$$

Onde:

P_t = População no início do período

P_{t+n} = População no final do período

N = Nascimentos ocorridos no período

M = Mortes ocorridas no período

I = Imigrações ocorridas no período

E = Emigrações ocorridas no período

Nesta equação, a componente natural é dada pela diferença entre nascimentos e mortes, e a componente migratória é dada pela diferença entre imigração e emigração. Essa dinâmica é variável ao longo do tempo e do espaço, pois, a contribuição das componentes muda constantemente em virtude de novos arranjos socioeconômicos políticos e culturais.

Dentre as componentes do crescimento, a componente migratória reveste-se de importância particular neste trabalho, que focaliza um tipo especial de deslocamento: a migração forçada.

Para Castiglioni (2009), a migração é um fenômeno complexo, *reflexo* (das transformações sociais e econômicas), *simétrico* (origem/destino) e de *natureza multidisciplinar* (Geografia, Demografia, História, Economia, Sociologia, Psicologia e Política). Em sua conceituação geral, a migração é compreendida como um conjunto de movimentos tendo por fim transferir a residência dos indivíduos de certo lugar de origem ou partida para certo lugar de destino ou chegada.

Everett S. Lee (1980) contempla várias facetas do caráter do movimento migratório em sua definição, considerando a migração como

> uma mudança permanente ou semi-permanente de residência. Não se põem limitações com respeito à distância do deslocamento, ou à natureza voluntária ou involuntária do ato como também não se estabelece distinção entre a migração externa e a migração interna (EVERETT LEE, 1980, p. 99).

Becker insere em sua conceituação as relações que os migrantes desenvolvem entre si e com o meio físico.

> A migração pode ser definida como mobilidade espacial da população. Sendo um mecanismo de deslocamento populacional, reflete mudanças nas relações entre as pessoas (relações de produção) e entre essas e o seu ambiente físico (BECKER, 2006, p.323).

A autora defende ainda que

> os deslocamentos de populações em contextos variados e envolvendo ao longo do tempo escalas espaciais diferenciadas conferiram complexidade crescente ao conceito de mobilidade como expressão de organizações sociais, situações conjunturais e relações de trabalho particulares. A cada nova ordem política mundial correspondeu uma nova ordem econômica com a emergência de novos fluxos demográficos (BECKER, 2006, p.319).

O termo migração envolve numerosos tipos de mobilidade: pendular, definitiva, temporária, sazonal, forçada, transumância, circulação, êxodo rural e migração de retorno, dentre outras.

Na classificação de Damiani (2002, p.62) a migração engloba “as migrações permanentes e episódicas, as transferências autoritárias da população – como as migrações de refugiados, o comércio de escravos, etc. – e as migrações espontâneas ou aparentemente espontâneas”. Segundo a autora entre as causas do movimento

> delineiam-se motivos políticos e econômicos conjunturais ou causas econômicas mais estruturais. Principalmente, quanto às causas da migração, sugerem-se, genericamente, as motivações ou persegue-se, mais de perto, o quadro histórico particular, que a moveu (DAMIANI, 2002, p.62).

Merlin (1997) apresenta alguns motivos para classificar as migrações, especialmente:

> - La distance entre le point de départ et le point de destination;
> - La durèe de la migration: définitive, pour une période longue (la totalité ou une longue séquence de la période professionnellement active), saisonnière (vacances ou activities à caractère saisonnier, agricoles ou touristiques notamment), hebdomadaire, quotidienne;
> - Selon qu'elles s'exercent dans le cadre du genere (du mode) de vie de la population ou qu'elles impliquent un changement de genre (de mode) de vie; ce critère recoupe les deux précédents: les migrations internationales ou des villes vers les campagnes impliquent un changement de mode de vie, contrairement aux migrations quotidiennes ou hebdomadaires ou même aux mouvements de nomadisme des éleveurs, voire de certains cultivateurs (agriculture sur brûlis), ou encore aux mouvements saisonniers des ouvriers agricoles ou des professions touristiques et a fortiori des vacanciers. (MERLIN, 1997, p. 193-194)

No que se refere aos traços dos migrantes, a migração se caracteriza por sua seletividade, as pessoas que respondem aos fatores à base do processo apresentam certos traços comuns que as diferenciam das que não reagem (BOGUE, 1963 *apud* CASTIGLIONI, 2009, p.50). Esses traços estão ligados à seletividade por idade, sexo, estado civil, nível de instrução, as causas que provocam o movimento e distancia a ser percorrida. As migrações são seletivas porque as pessoas respondem de forma diferente à série de fatores positivos e negativos prevalecentes nos locais de origem e de destino, e têm capacidades diferentes para superar as séries de obstáculos e diferenciam-se entre si em termos dos fatores pessoais.

As migrações representam uma forma de interação espacial e podem se estabelecer de forma voluntária ou compulsória, individual ou coletiva, por motivos dos mais variados. As razões que explicam as migrações são predominantemente razões econômicas, embora existam inúmeras outras razões políticas, religiosas, ideológicas, étnico raciais, profissionais, catástrofes naturais, problemas de saúde, oportunidades de estudo. A grande maioria das pessoas migra em busca de melhores condições de vida. Segundo Everett S. Lee (1965) todo ato migratório resulta de causas repulsivas (o indivíduo é forçado a migrar, migração compulsória) e/ou atrativas (o indivíduo é atraído por determinado lugar ou país).

A migração é um processo complexo em suas características, causas e efeitos. Não existe uma teoria que possa abarcar a heterogeneidade de modelos de migração. Estes são condicionados por fatores estruturais situados em nível macro e por decisões individuais situadas em um nível micro. A migração parece acontecer sem uma lei definida, ela é diferente para cada país, região, estado ou município que nos propomos a estudar. A explicação do processo migratório assenta-se concomitantemente em conhecimentos de vários campos, social, político e econômico. Os aportes teóricos iniciam-se com a teoria precursora do Geógrafo e cartógrafo inglês E. G. Ravenstein, que elaborou "as leis da migração"[7] até os modelos atuais, que consideram níveis elevados de generalização, congregando abordagens que condicionam as migrações aos fatores estruturais dos contextos de origem e de destino do movimento (CASTIGLIONI, 2009). Uma das leis observadas universalmente é a relação da migração com a distância.

A migração forçada, tal como a focalizada neste estudo, apresenta alguns elementos presentes na teoria das redes migratórias, embora não se constitua em um caso típico deste tipo de migração. A migração em rede corresponde ao movimento de pessoas ligadas por relações de amizade, de conhecimento, de parentesco ou de trabalho. Um aspecto desta teoria de interesse para este trabalho concerne às relações que se estabelecem entre os membros dos grupos, e que são de grande importância para o enfrentamento das dificuldades encontradas nas regiões de estabelecimento dos migrantes.

> Os migrantes se organizam em redes sociais para suplantar mais facilmente as dificuldades associadas ao deslocamento e preencher suas necessidades afetivas e psicológicas. A solidariedade, a coesão, a amizade subjacente às redes de parentesco, de amizade e de pertença à mesma comunidade de origem permitem aos imigrantes fortalecer-se e ajudar-se

[7]Seu estudo baseou-se no recenseamento britânico de 1881, a partir do qual, o autor propôs uma série de generalizações sobre a ocorrência das migrações. A essas generalizações intitulou-se "As Leis da Migração", a saber:

a) A maioria dos migrantes se desloca a curta distância;
b) As pessoas que habitam uma zona em torno de uma cidade que passa por um processo de crescimento rápido migram para essa cidade e são substituídas por pessoas de regiões mais distantes, até o ponto no qual a força de atração dessa cidade é neutralizada pela força de uma outra;
c) O processo de dispersão é o inverso do de absorção e apresenta características semelhantes;
d) Cada corrente migratória principal produz uma corrente inversa compensatória;
e) As pessoas que migram a longas distâncias se dirigem, preferencialmente, para grandes centros comerciais ou industriais;
f) Os naturais das cidades migram menos do que as naturais de áreas rurais do país;
g) As mulheres migram mais do que os homens.

(RAVENSTEIN, 1980, p. 64-65)

> mutuamente para enfrentarem as tensões que se apresentam ao longo de todas as etapas do processo migratório (CASTIGLIONI, 2009, p.48).

As relações de parentesco, os traços de solidariedade entre os migrantes em redes sociais ajudam a amenizar os problemas de adaptação a um novo ambiente. Corrêa (2006) comenta que as interações espaciais constituem parte integrante e tradicional da temática histórica e geográfica. Estão presentes no cotidiano das pessoas, das instituições e na economia. Segundo o autor,

> as interações espaciais constituem um amplo e complexo conjunto de deslocamentos de pessoas, mercadorias, capital e informação sobre o espaço geográfico. Podem apresentar maior ou menor intensidade, variar segundo a frequência de ocorrência e, conforme a distância e direção, caracteriza-se por diversos propósitos e se realiza através de diversos meios e velocidades (CORRÊA, 2006, p.279).

No presente estudo as migrações forçadas representam a mudança de um determinado grupo de indivíduos, de forma não espontânea, inserindo-se na categoria de transferências autoritárias.

A grande maioria das migrações forçadas é resultante das decisões político-governamentais tomadas em virtude de uma dada configuração social, política e econômica de um momento histórico. Cada sociedade é regida pelos conhecimentos científicos de seu tempo. No período das Grandes Navegações e conquistas de novas terras as migrações forçadas retiraram do continente africano milhares de escravos; nas Grandes Guerras Mundiais foram os refugiados que buscaram asilo em outros países e nos tempos de pestes (febre negra, peste bubônica, lepra, tuberculose, entre outras) o isolamento dos doentes era uma das soluções mais viáveis para os governantes da época, uma vez que, as doenças eram contagiosas e o tratamento e a cura ainda desconhecidos. Merlin afirma que as migrações forçadas sempre existiram.

> Des mouvements forcés de population, en vue, pour les États puissants ou vainqueurs des guerres, de se constituer une main-d'oeuvre servile, ont existé de tout temps, sans qu'on soit capable de les évaluer avec précision. (MERLIN, 1997, p. 197)

Dentre as possíveis causas do deslocamento forçado de contingentes populacionais pelo espaço geográfico podemos elencar diversos motivos: interesses políticos e econômicos, guerras, perseguições religiosas, instalação de grandes empreendimentos, planejamentos e zoneamentos de áreas públicas e particulares,

medidas higienistas e sanitárias, dentre outras. Para exemplificar Zelinsky (1969) comenta que:

> a localização de “campus” universitários, hospitais, penitenciárias e outras instituições de população numerosa também pode sujeitar-se ao capricho político e particular. Os fatores de potência crescente na determinação das diferenças na distribuição de população são constituídos pelos decretos de zoneamento e planejamento que entraram em vigor nos últimos anos, não apenas para as áreas urbanas, como ainda para muitas áreas rurais (ZELINSKY, 1969, p.83).

Alguns teóricos da Geografia da População expressam a ideia de que as decisões políticas (Estado) e sociais são responsáveis pela redistribuição da população pelos mais diferentes espaços geográficos. Para Zelinsky (1969),

> as decisões políticas e sociais têm um impacto muito diversificado sobre o mapa de população e são perceptíveis em qualquer escala territorial, desde o menor rincão habitado até o planeta inteiro. Empreendidas dentro dos limites de suas culturas econômica e geral, essas decisões podem influenciar o encaminhamento de determinantes culturais no sentido de efeitos demográficos específicos. Onde os meios físico e cultural apresentam uma variedade de opções, a escolha, como se comprova nos mapas de população, pode decorrer tanto de decisões tomadas conscientemente quanto da ação automática da economia ou da sociedade (ZELINSKY 1969, p.85).

Para Trewartha (1969),

> muitas vezes o agente estimulador do movimento é o Estado ou uma instituição social. Neste caso, a nossa tipologia reconhece duas classes: migração forçada, quando os migrantes não tem escolha quanto ao lugar para onde ir ou onde permanecer e a migração impelida, quando ainda retêm algum poder de decisão. Se a finalidade do movimento for devida a agente ativador, como a de simplesmente livrar-se de um grupo, a migração consequente é conservadora. Ela admite dois subtipos: êxodo (por exemplo, diante de exércitos invasores), ou expulsão, que envolve a remoção à força de uma população hostil (TREWARTHA 1969, p.173).

Nesta pesquisa utilizaremos parte dos conceitos defendidos por Zelinski e Trewartha. A migração forçada dos hansenianos para os Hospitais Colônias aconteciam por decisões políticas e sociais, onde o agente controlador era o Estado e os migrantes não tinham escolha quanto ao lugar para onde ir, bem como seus familiares. Analisaremos mais de perto o quadro histórico particular que moveu grande contingente populacional para a Colônia de Itanhenga em Cariacica/ES e consequentemente para o Educandário Alzira Bley, a partir do ano de sua criação

em 1937 até o ano de 1979, para isto, utilizaremos o arcabouço da Demografia e da Geografia da População.

O presente estudo buscou também suporte nos conteúdos da Geografia Histórica, que pode ser definida como sendo o estudo geográfico do passado. “De uma maneira geral, o problema central que a Geografia Histórica busca resolver é o da delimitação temporal e espacial do fenômeno estudado” (SILVA, 2007, p.71). Muitas características geográficas demandam estudos históricos para explicar como chegaram ao que são atualmente. Os geógrafos estudam o passado pelo seu interesse sobre uma determinada área ou fenômeno. Estudar especificamente o passado de uma cidade, de um determinado lugar requer fontes que permitam recompor, mesmo que parcialmente, sua história (ABREU, 1998).

Silva (2007) afirma que dentre as disciplinas relacionadas à Geografia Histórica estão: a história, a história econômica, a antropologia, a sociologia, a geografia humana, a geografia física e a arqueologia. Sendo que a Geografia Histórica compreende não apenas o campo temático, mas as diferentes abordagens teóricas.

Segundo Butlin (1993, *apud* SILVA, 2007, p.77)

> a Geografia Histórica é o estudo das geografias do passado, envolvendo a reconstrução imaginada de uma ampla gama de fenômenos e processos centrais para a compreensão geográfica do dinamismo das atividades humanas, tais quais as mudanças de avaliações e os usos de recursos naturais e humanos nas formas de estabelecimentos humanos e ambientes construídos, a partir do avanço das diversas formas de conhecimento geográfico e do exercício de poder e controle sobre povos e territórios.

Tendo em vista que a “Geografia Histórica oferece subsídios técnicos e conceituais relativos à: pesquisa de documentos históricos, nomeadamente arquivos e mapas; registros territoriais; nomes de lugares; dados estatísticos; fontes literárias e outros” (SILVA 2007, p.77-78), utilizamos estes instrumentos para analisar criticamente as informações contidas nos documentos históricos do Educandário Alzira Bley.

De acordo com Silva (2012) para interpretar os lugares, a Geografia tem que considerar que as formas sociais são produtos históricos, resultado da ação humana sobre a superfície terrestre, e que expressam a cada momento as relações sociais que lhe deram origem. A preservação da “memória das cidades” vem se tornando muito recorrente, principalmente nos municípios, por diversos motivos, dentre eles, a

possibilidade de utilização turística, a preservação do patrimônio histórico, o resgate da identidade e da cultura de um grupo e a valorização do lugar. Segundo Abreu,

> o passado das cidades brasileiras está sendo revalorizado e a preservação/recuperação/restauração do que sobrou das paisagens urbanas anteriores é um objetivo que vem sendo perseguido por inúmeros agentes, destacando-se aí os governos municipais. Mesmo cidades relativamente novas já adotam a prática de preservar os vestígios mais significativos de sua história (ABREU, 1998, p.81).

A Geografia participa no resgate da memória, entendida como um elemento essencial da identidade de um lugar. Sendo, “o lugar, o *lócus* do coletivo. A memória de um lugar, de um bairro, de uma cidade é uma memória coletiva” (ABREU, 1998, p.82). A valorização do passado, ou do que sobrou na paisagem (ruínas, trilhos, casarões, etc.) ou nas instituições de memória (bibliotecas, arquivos públicos e particulares, etc.) como as fotos, os arquivos, os registros, documentos, filmes e pinturas. Registros de um espaço em um determinado tempo, a paisagem eternizada das fotografias, os manuscritos e registros de momentos que representam interações espaciais de poder. ‘‘Se a memória é socialmente construída, é óbvio que toda documentação também o é” (POLLAK, 1992, p.208).

Muitos destes registros permanecem esquecidos em arquivos públicos, almoxarifados de instituições públicas e privadas, acervos particulares, dentre outros estabelecimentos. Uma das contribuições desta investigação é resgatar a memória e a identidade coletiva dos ex-internos do Educandário Alzira Bley, por meio dos registros dessa instituição de memória. Pois,

> o passado é uma das dimensões mais importantes da singularidade. Materializado na paisagem, preservado em “instituições de memória”, ou ainda vivo na cultura e no cotidiano dos lugares, não é de se estranhar, então, que seja ele que vem dando o suporte mais sólido à essa procura de diferença. A busca da identidade dos lugares, tão alardeada nos dias de hoje, tem sido fundamentalmente uma busca de raízes, uma busca de passado (ABREU, 1998, p.79).

A memória coletiva está sempre se redefinindo, se transformando, lembranças de um espaço que foi compartilhado por uma coletividade durante certo tempo, seja ela a residência familiar, a vizinhança, o bairro, o lugar, o local de trabalho. E quando essas lembranças são eternizadas, registradas, de alguma forma, elas se tornam memória histórica dos lugares, das cidades. Não há memória coletiva que não se desenvolva em um quadro espacial. As memórias coletivas se eternizam muito mais

em registros, em documentos, do que em formas materiais na paisagem. Para Pollak (1992, p.205) “a memória é um elemento constituinte do sentimento de identidade, tanto individual como coletiva, na medida em que ela é também um fator extremamente importante do sentimento de continuidade e de coerência de uma pessoa ou de um grupo em sua reconstrução de si”. Abreu (1998) explica que

> o que faz com que surja uma memória grupal ou social, referida a um lugar, é o fato de que aquele grupo ou classe social estabeleceu ali relações sociais. Essas relações, entretanto, podem ser de dominação, de cooperação ou de conflito, e variam tanto no tempo como no espaço (ABREU, 1998, p.86).

Para Pollak (1992)

> *a priori*, a memória parece ser um fenômeno individual, algo relativamente íntimo, próprio da pessoa. Mas Maurice Halbwachs, nos anos 20-30, já havia sublinhado que a memória deve ser entendida também, ou, sobretudo, como um fenômeno coletivo e social, ou seja, como um fenômeno construído coletivamente e submetido a flutuações, transformações, mudanças constantes (POLLAK, 1992, p. 202).

Existem muitos exemplos que poderíamos citar sobre memória grupal de pessoas que trabalharam juntas por muitos anos em uma fábrica, indústria ou empresa que já não existe mais; comunidades de imigrantes que mantém as tradições do local de origem; ex-combatentes de guerras; internos de uma colônia de hansenianos; moradores de um mesmo bairro ou edifício, dentre outros. Grupos de pessoas que carregam em suas memórias e pertences, vestígios de um passado em comum, que podem contribuir, mas não de forma neutra, para recompor a história de um lugar, de um bairro, de uma cidade...

> É preciso reconhecer, antes de tudo, que qualquer vestígio do passado (seja ele uma forma arquitetônica que subsiste na paisagem ou um documento que ainda está guardado nas instituições de memória) jamais é neutro. Contextualizar o vestígio, saber quem o produziu, quando e, se possível, com que objetivo, é, portanto o primeiro passo a ser tomado (ABREU, 1998, p.88).

Tempos antigos passam a coexistir e a interagir obrigatoriamente com os tempos atuais e futuros, a memória da cidade é multifacetada e expressa às inúmeras interações espaciais e de poder que se sucederam através dos tempos, representando os interesses de classes de cada momento histórico. Portanto, para uma análise de Geografia Histórica é necessário contextualizar as fontes de informações, sejam elas materiais ou imateriais, no tempo, no espaço e no contexto histórico em que elas foram produzidas.

> Para tratar da memória de um lugar há de se trabalhar então na recuperação simultânea da história no e do lugar. É necessário reconhecer, primeiramente, que cada lugar é, ao mesmo tempo e em cada momento histórico, o ponto de interseção de processos sociais que se desenvolvem em diversas escalas. Alguns desses processos são puramente singulares e podem ser explicados em nível das realidades locais. Outros, entretanto, só podem ser compreendidos se ampliarmos a escala de análise para níveis hierarquicamente superiores, sejam elas a região, o estado-nação ou mesmo o planeta (ABREU, 1998, p.91).

Assim como expresso por Abreu, Pollak (1992, p.202) afirma que podem existir "acontecimentos regionais que traumatizaram tanto, marcaram tanto uma região ou um grupo, que sua memória pode ser transmitida ao longo dos séculos com altíssimo grau de identificação". História e Geografia têm o compromisso com a verdade, seguem um método científico e não são neutras. Falta a elas integrar em seus estudos espaço e tempo, é isso a que a Geografia histórica tenta (re)estabelecer.

> Para se estudar e interpretar os espaços do passado, o que é fundamental então é definir quais são os conceitos e variáveis adequados à análise do tempo que se decidiu estudar. Se o objeto de estudo é uma cidade, o ponto de partida é a recuperação do quadro referencial maior daquele lugar naquele tempo, ou seja, o seu enquadramento espaço-temporal (ABREU, 1998, p.94).

Conforme apresentado por Abreu é importante definir quais são os conceitos e variáveis mais adequados à análise do tempo e do espaço investigados. Para isso, selecionamos as variáveis demográficas da população do Educandário Alzira Bley, no período de 1937 a 1979 e resgatamos as histórias e identidade coletiva das pessoas que já passaram por esta instituição. Isso foi realizado por meio da análise dos dados do livro de registros, do acervo fotográfico e dos depoimentos de ex-internos e funcionários do Educandário.

4 HOSPITAL COLÔNIA PEDRO FONTES E EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY

4.1. HISTÓRICO DO LEPROSÁRIO E DO EDUCANDÁRIO

Com o crescimento da endemia da lepra, no final do século XVIII, foram adotadas medidas governamentais e não governamentais de proteção aos enfermos, uma vez que, na maioria das vezes, estes eram vítimas de discriminação e preconceito por parte de seus familiares e de toda sociedade. A realidade de muitos doentes era perambular pelas estradas ou mendigar nas periferias das cidades. Nessa época, surgiram as Sociedades Protetoras dos Lázaros nos centros urbanos e as Santas Casas de Misericórdia de todo país passaram a assistir e estes enfermos.

Segundo Vieira e Cypreste (2007) neste período, a igreja católica prestava assistência aos leprosos. No início do século XIX foram fundados os mais antigos hospitais-colônias do Brasil, na época, denominados de leprosários. Primeiramente, nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Pernambuco e São Paulo. A partir do século XX o governo assume o papel controlador da endemia com a adoção do isolamento compulsório de todos os doentes, conforme o conhecimento científico da época e experiência de outros países.

No período de 1930 a 1935, durante o governo de Getúlio Vargas, foi elaborado o Plano Nacional de Combate a Lepra com a implantação de leprosários em todos os estados brasileiros para o isolamento de todos os doentes, a exemplo do que já acontecia em outros países, principalmente os europeus (SANTANA *et al.,* 2011).

De acordo com Neves (2003), em 28 de dezembro de 1935, por meio do Decreto n° 7.117, foi aprovado o regulamento do Serviço de Profilaxia do Espírito Santo,

tornando obrigatória a internação dos leprosos contagiantes[8], o tratamento e vigilância dos não contagiantes e o reexame dos comunicantes, atendendo recomendação do Serviço Nacional da Lepra, apesar da regulamentação final ocorrer somente em abril de 1941. Outro marco importante na saúde pública do Estado foi o início da construção, em 1934, do leprosário-colônia em Itanhenga, inaugurado definitivamente em abril de 1937.

Em março de 1933 já havia sido autorizada a escolha de um terreno para a construção do hospital destinado aos leprosos no Espírito Santo, porém, a exigência era de que fosse escolhido um lugar aprazível, com terreno amplo e água corrente e, principalmente, longe dos povoados, vilas e cidades, levando-se em conta o medo da população em relação ao contágio da doença (SOUZA-ARAÚJO, 1946). Por isso,

> o Dr. Pedro Fontes, acompanhando as políticas nacionais de controle da "lepra" adotadas no Brasil e determinado na criação deste hospital no estado, juntamente com o Sr. Carlos Rosas, técnico da Secretaria de Agricultura do Estado do Espírito Santo, escolheu uma área de terra conhecida como Itanhenga, na foz do rio Cariacica, com vista para a baía de Vitória em terreno elevado e saudável. A sua aquisição foi aprovada pelo interventor federal do estado do Espírito Santo, Major João Punaro Bley que não mediu sacrifícios; empenhando todos os esforços para desapropriação do terreno que compreendia uma área total de 350 hectares (VIEIRA; CYPRESTE, 2007, p.10).

O hospital Dr. Pedro Fontes foi fundado em 11 de abril de 1937 seguindo as medidas nacionais de controle da hanseníase, objetivando proteger a coletividade e deter a expansão da doença no estado do Espírito Santo (FOTOS 1 e 2).

[8] A via principal de transmissão da hanseníase é a respiratória. Os pacientes sem tratamento (contagiantes) eliminam os bacilos através do aparelho respiratório superior, sejam pelas secreções nasais, gotículas de saliva que saem com a fala, tosse ou espirro. Este bacilo, que fica suspenso no ar por alguns segundos, pode contaminar uma pessoa próxima e desenvolver a doença. O paciente em tratamento regular com medicação ou que já recebeu alta não transmite a doença (não contagiante). Muitas pessoas que entram em contato com estes bacilos não adquirem a doença. Somente 5% delas irão desenvolver a hanseníase com o passar do tempo, mas estas devem procurar uma unidade de saúde para comunicar a exposição ao bacilo e fazer um acompanhamento (comunicantes). Fatores ligados à genética humana e ao sistema imunológico (defesa do organismo) irão determinar se um indivíduo irá ou não contrair a doença após o contato com o bacilo de hansen (outro nome do Mycobacterim leprae) (Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Guia para controle da Hanseníase. Brasília (DF): 2002, p.12-13).

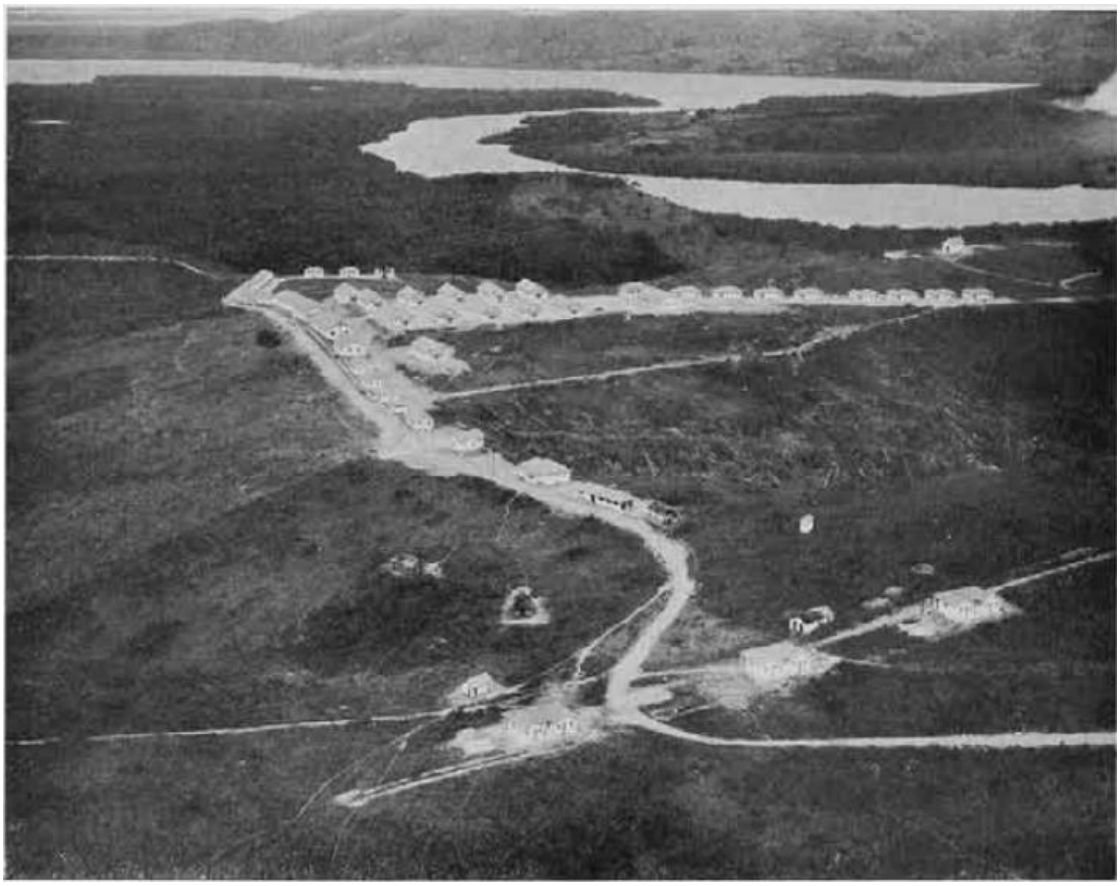


Foto 1 - Vista aérea da Colônia de Itanhenga (1937).
Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1946, p.203.

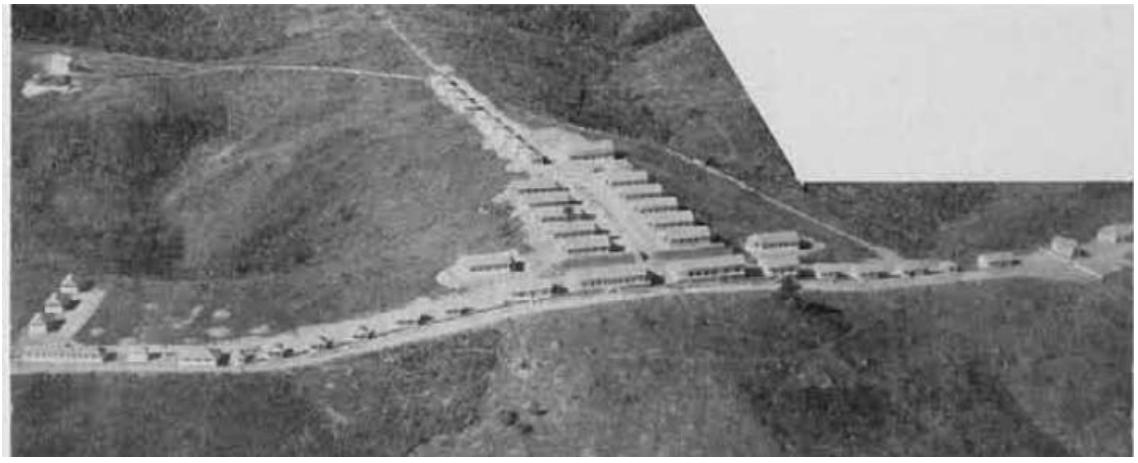


Foto 2 - Vista aérea do modelar leprosário, inaugurado em 11 de abril de 1937.
Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1946, p.203.

Após o diagnóstico, os doentes eram isolados compulsoriamente, deixando muitas vezes para trás todos os seus laços familiares, formando no interior dessa instituição uma nova sociedade. De acordo com Vieira e Cypreste (2007) o regime de isolamento era rigoroso, com o controle feito por meio de um destacamento policial

dentro do hospital-colônia para evitar as fugas que eram frequentes. Os doentes, desolados, acabavam por fugir e logo eram capturados como criminosos. Até mesmo as visitas dos filhos, que não eram portadores da doença, seguiam normas rigorosas de segurança, como relata a técnica de enfermagem e ex-interna do Educandário Alzira Bley:

> íamos visitá-los três vezes por ano e assim mesmo era por meio de um vidro chamado parlatório, os pais ficavam do lado de lá e a gente do lado de cá. As visitas aconteciam no Natal, no dia dos Pais e no dia das Mães, assim mesmo a gente não podia ter contato com eles, só por meio do vidro grande, e tudo que a gente recebia deles, porque às vezes eles queriam mandar alguma coisa, tinha que passar por uma estufa, para esterilizar e poder passar para cá (Jandira Scalzer, Técnica de enfermagem e ex-interna do Educandário Alzira Bley, 30/04/2013).

O significado de termos utilizados nesta pesquisa devem ser explicitados, como as expressões leprosário, preventório e dispensário, que segundo o dicionário online da língua portuguesa são:

> Leprosário: Hospital de leprosos. Sinônimos de leprosário: lazareto e Asilo.
> Preventório: Estabelecimento onde são tratadas preventivamente pessoas predispostas a certas doenças, como a tuberculose. No Brasil: Internato para crianças, filhos de leprosos ou tuberculosos, que são criadas separadas dos pais para evitar contágio.
> Dispensário: Estabelecimento de beneficência onde se prestam gratuitamente serviços médicos, dando os medicamentos prescritos.
> (Dicionário online da língua portuguesa, acesso em 01 jul. 2013).

A relação dos leprosários, educandários e dispensários existentes no Brasil encontra-se no APÊNDICE A.

A rede preventorial foi implantada no Brasil para abrigar as crianças sadias, filhas de hansenianos, que não tinham para onde ir, uma vez que o estigma e o medo do contágio eram grandes empecilhos para que os parentes ficassem com elas. Com o passar dos anos foram construídos preventórios por todo país. Por meio de medidas regulamentares, os filhos dos leprosos eram internados compulsoriamente, conforme decreto federal nº 16.300 de 31 de Dezembro de 1923 (ANEXO C). Este decreto estabelecia a segregação imediata dos filhos dos leprosos logo após o nascimento, conforme teor do Art. 148:

> Art. 148. Nos estabelecimentos de leprosos, além das disposições já determinadas e das que forem prescritas em seus regimentos internos, serão observadas mais as seguintes:
>
> (...)

> f) os filhos de leprosos, embora um só dos progenitores seja doente, serão mantidos em secções especiais, anexas às áreas de pessoas sãs do estabelecimento, para onde serão transportados logo depois de nascidos;
>
> g) essas mesmas crianças não deverão ser nutridas ao seio de uma ama e não serão amamentadas pela própria mãe se esta for leprosa;

Dando continuidade à política isolacionista, foi publicada no dia 13 de janeiro de 1949, a Lei nº 610 (ANEXO D), que vigorou até 1969 e fixava dentre outras coisas, que:

> Art. 15. Todo recém-nascido, filho de doente de lepra, será compulsória e imediatamente afastado da convivência dos pais.
>
> Art. 16. Os filhos de pais leprosos e todos os menores que convivam com leprosos serão assistidos em meio familiar adequado ou em preventórios especiais.

As regras que determinavam a separação imediata dos recém-nascidos de seus pais também estavam presentes no Decreto nº 968 de 07 de maio de 1962 (ANEXO E).

> Art. 10. As crianças nascidas em leprocômios serão imediatamente afastadas da genitora e colocadas de preferência em meio familiar em pupileiras comuns e na sua falta em estabelecimentos especializados.
>
> *Parágrafo Único.* As crianças nascidas em focos da lepra serão afastadas de acordo com a situação de cada caso e a critério da autoridade sanitária competente.

Milhares de famílias foram destruídas, filhos foram separados dos pais. Em muitos casos, os pais não queriam mais ver os seus filhos, rejeitando-os. O isolamento compulsório das pessoas atingidas pela hanseníase e de seus filhos nos preventórios foram políticas sanitárias que, embora tenham sido tomadas para evitar a transmissão da doença, acabaram por violar os direitos humanos.

Foi construído, no Espírito Santo, por meio da Sociedade Eunice Weaver[9] (ANEXO F), um único preventório denominado de Educandário Alzira Bley, inaugurado em 11 de abril de 1937, logo após a cerimônia de inauguração do hospital Dr. Pedro Fontes. Foi dado este nome ao preventório, em homenagem a Senhora Alzira Bley, esposa do Governador do Estado, o Capitão João Punaro Bley.

Depois de inaugurado, “o Preventório foi entregue às irmãs Vicentinas que cuidavam dos menores nos seguintes aspectos: alimentação, educação, lazer, saúde e

[9] A Sociedade Eunice Weaver foi fundada pela própria Eunice com a finalidade de construir educandários próximos a todos os leprosários existentes no Brasil.

ensinamento dos trabalhos domésticos e agrícolas. Em maio de 1941 já estavam internados 106 menores, todos eles filhos de pacientes internados no hospital Pedro Fontes. A política de atendimento a esses menores perdurou no Brasil até meados de 1979" (VIEIRA; CYPRESTE, 2007, p.17). Hoje essa instituição atende crianças e adolescentes em risco social, no contra turno da creche da Prefeitura Municipal de Cariacica e da Escola Estadual de Ensino Fundamental.

Neves (2003) expõe que durante o governo Juscelino Kubitschek foi criada a Campanha Nacional Contra a Lepra, formalizada em 1959, sendo introduzida a quimioterapia com sulfona. Foram tomadas iniciativas de descentralização das atividades de controle da doença para unidades estaduais de saúde, concretizadas a partir dos anos 1960. Na década seguinte, teve início a campanha pela mudança do nome da doença no Brasil.

> A iniciativa para a desestigmatização da lepra partiu do médico e professor universitário Abrahão Rotberg, sensibilizado com o sofrimento dos doentes, que além das sequelas decorrentes da moléstia, sofriam ainda com o estigma de serem leprosos. Este propôs uma nova terminologia substituindo a palavra lepra por hanseníase, em homenagem ao médico norueguês "Gerhard Henrik Armauer Hansen", que em 1873 descobriu o agente causador da doença, o *Mycobacterium Leprae.* O professor Rotberg continuou sua luta pela mudança dessa terminologia, por todo o Brasil e, inclusive em outros países, objetivando minimizar o estigma causado pelo impacto da palavra lepra. Mais tarde é sancionada a lei nº 9.010/95 proibindo o termo e seus derivados a serem utilizados na linguagem empregada nos documentos oficiais da administração centralizada e descentralizada da União e dos estados da federação (VIEIRA; CYPRESTE, 2007, p.18).

A lei nº 9.010/95 modifica não apenas o nome da doença de "lepra" para "hanseníase", mas também todas as terminologias relacionadas a ela como pode ser conferido na integra em ANEXO G. A partir de 1980,

> o uso da Poliquimioterapia (PQT) foi aconselhado para uso de todas as pessoas com hanseníase no mundo, porque a PQT associa drogas que têm melhor resultado, mais rapidez e menor risco de resistência ao medicamento. Com o tratamento com a PQT, os pacientes ficavam curados e obtinham alta, contribuindo para derrubar os muros do isolamento, mas não a barreira da discriminação (Hanseníase e Direitos Humanos – Direitos e Deveres dos Usuários do SUS, 2008, p.14).

Dentro deste contexto e

> a partir da publicação da portaria ministerial 165/76 que preconizava o tratamento ambulatorial para todos os portadores de hanseníase, o então Diretor Geral do Hospital Dr. Pedro Fontes, Paulo Valdetaro Gomes e o Diretor Administrativo, Hércules Silveira, se empenharam no processo de

> abertura do hospital, liberando lotes de terrenos para a construção de casas em áreas mais afastadas do centro da colônia, destinadas aos internos que manifestavam o desejo de aí residirem com suas famílias. Foi nesse momento que muitos deles resgataram seus filhos no Educandário Alzira Bley. Essas áreas, mais tarde, foram transformadas em pequenos bairros denominados Pica-Pau e Cajueiro (VIEIRA; CYPRESTE, 2007, p.18).

Muitas destas pessoas isoladas, ao saírem dos hospitais-colônias, não puderam se integrar à sociedade, ou não foram recebidos pelos familiares e tiveram de voltar ao espaço onde viveram a maior parte das suas vidas. As pessoas atingidas pela hanseníase e submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônias têm direito a requerer a pensão especial, mensal, vitalícia e intransferível.

Em 1982 os hansenianos se organizaram em nível nacional e fundaram o MORHAN – Movimento de Reintegração dos Hansenianos, entidade sem fins lucrativos, formado por hansenianos, profissionais da saúde, parentes e amigos para lutar contra o preconceito e a reintegração social dos portadores da hanseníase. Em 2010 foi criada a Associação dos Ex-Internos do Educandário Alzira Bley, e regularizada em janeiro de 2013 com o intuito de resgatar a história e a identidade coletiva dos ex-internos do Educandário, bem como auxiliá-los no convívio em sociedade e na busca por seus direitos, pela internação compulsória ao qual foram submetidas pelo Serviço Nacional de Profilaxia e Saúde Pública. Os representantes desta associação participam de encontros sobre o assunto em diversos estados brasileiros, dentre eles Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília, em busca de reparação indenizatória conforme prevê a Lei 11.520/2010, também para os filhos dos pacientes da Colônia de Itanhenga que foram internados compulsoriamente no Educandário.

A Associação dos Ex-Internos do Educandário Alzira Bley visa também colaborar com as ações do MOHAN Capixaba nas atividades de conservação dos prédios, da manutenção econômica e social das famílias dos pacientes da Colônia e seus filhos que ainda residem na mesma, sofrendo o estigma do isolamento, até nos dias atuais, como pode ser observado na FOTO 3, feita em julho de 2012.

Foto 3 - O estigma do isolamento.
Fonte: Arquivo da pesquisadora (Julho de 2012).

4.2 METODOLOGIA

Esta pesquisa teve por finalidade a caracterização da população do Educandário Alzira Bley, localizado na BR 101 - km 9, bairro de Itanhenga, Cariacica/ES, no período de 1937 a 1979. A metodologia utilizada para a concretização deste trabalho inclui revisão bibliográfica, construção de banco de dados e de fotografias, e entrevistas.

O embasamento teórico que sustenta a pesquisa baseia-se no contexto histórico do desenvolvimento da hanseníase no Brasil, na Geografia da População e na Geografia Histórica. Para concretização desta pesquisa foi realizada uma revisão bibliográfica sobre as publicações mais recentes, da última década, de estudos

sobre a hanseníase e dos leprosários no Brasil. Profissionais de diferentes áreas do conhecimento, inclusive da Geografia da Saúde realizaram pesquisas sobre a temática. Estes trabalhos tratavam do histórico e das espacialidades da hanseníase, da criação dos leprosários, preventórios e dispensários, bem como as relações sociais que se estabeleceram após o término das internações compulsórias em diferentes “leprosários” brasileiros.

Além dos trabalhos relacionados acima foram consultados materiais produzidos pelo Ministério da Saúde sobre a hanseníase, dentre eles: boletins, cadernos, guias, capítulos de livros e campanhas de conscientização. Outra fonte muito importante para esta investigação foi a obra de referência “História da Lepra no Brasil” produzida pelo Doutor Heráclides Cesar de Souza Araujo e publicada pela Imprensa Nacional do Rio de Janeiro em três volumes: 1946 (612 páginas); 1948 (425) e 1956 (722).

Os estudos da Geografia da População e da Geografia Histórica fornecem de forma abrangente os fundamentos teóricos desta dissertação, pois ela retrata a população de um território em um dado momento histórico. As análises das características da população que foi internada, em algum momento de sua vida, no Educandário Alzira Bley compõem a parte prática desta investigação.

O estudo da população do Educandário Alzira Bley foi realizado por meio de análise documental e histórica dos registros encontrados nos livros do Educandário e em seus arquivos fotográficos. O trabalho de campo realizado na área de estudo revelou um material riquíssimo composto por livros de registros com as informações referentes a cada pessoa que passou pelo Educandário Alzira Bley desde 1937 até os dias atuais e um acervo com mais de 500 fotografias da história do Educandário. O conteúdo documental e histórico das fontes de dados encontradas mudou completamente os rumos desta pesquisa, fazendo com que o foco da pesquisa se voltasse para a população do Educandário Alzira Bley e não apenas a história do Hospital Colônia Pedro Fontes e sua situação atual.

A descoberta deste material é ilustrativa da importância do trabalho de campo para a pesquisa geográfica. Segundo a AGB Paulista,

> todos os autores ressaltam a importância do Trabalho de Campo na pesquisa de um geógrafo. A Geografia não se faz apenas consumindo leituras ou fazendo pesquisas dentro de uma sala com ar-condicionado. Faz-se também sujando os pés de barro ou de piche, sentindo o cheiro do mato ou da poluição dos automóveis, olhando nos olhos das pessoas, prestando atenção nos gestos e em cada detalhe da fala. Faz-se usando todas as técnicas, interpretando a realidade e pensando nas possíveis maneiras de transformá-la (AGB Paulista - BOLETIM PAULISTA DE GEOGRAFIA, 2006, p. 5-6)

A utilização das fontes históricas contou com a colaboração da coordenadora do Educandário que solicitamente disponibilizou a documentação e permitiu a transposição das informações dos livros de registros e das fotografias para o meio digital. O banco de dados construído em Access com estes registros contribui para a conservação destas fontes históricas que, sem a devida manutenção tenderiam a se deteriorar com o tempo. As FOTOS 4 e 5 apresentam respectivamente um dos livros de registros e as fotografias do Educandário.

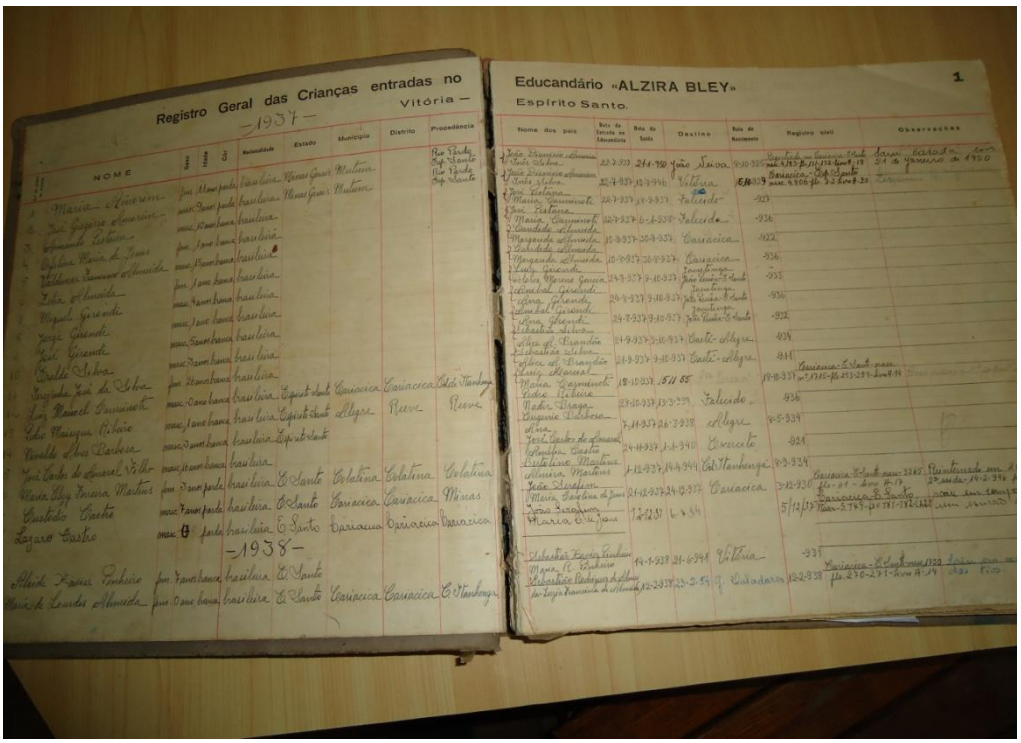


Foto 4 - Livro de registros do Educandário Alzira Bley (período de 1937 a 1979).
Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Foto 5 - Acervo fotográfico do Educandário Alzira Bley.
Fonte: Arquivo da pesquisadora.

A importância da análise documental é ressaltada por Lüdke e André (1986).

> Embora pouco explorada não só na área de educação como em outras áreas de ação social, a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja completando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. São considerados documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informações sobre o comportamento humano. Estes incluem desde leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, discursos, roteiros de programas de rádio e televisão até livros, estatísticas e arquivos escolares (LÜDKE, ANDRÉ, 1986, p.38).

As vantagens de trabalharmos com a análise documental dos livros de registro e fotografias do Educandário é que se trata de dados inéditos que permitem recontar a história e a identidade coletiva de uma população, num determinado tempo histórico, cujas características são descritas nestes documentos. Deve-se ressaltar que o tempo e o trabalho despendidos para a transcrição e o tratamento destes dados é um fator que deve ser levado em consideração, pois demandam muito do pesquisador. Para Lüdke e André (1986, p.39) “uma vantagem adicional dos documentos é o seu custo, em geral baixo. Seu uso requer apenas investimento de tempo e atenção por parte do pesquisador para selecionar e analisar os dados mais relevantes”.

A entrevista, outra técnica utilizada neste trabalho, desempenha importante papel não apenas nas atividades científicas como em muitas outras atividades humanas. Para Lüdke e André (1986),

> (...), na entrevista a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Especialmente nas entrevistas não totalmente estruturadas, onde não há a imposição de uma ordem rígida de questões, o entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista. Na medida em que houver um clima de estímulo e de aceitação mútua, as informações fluirão de maneira notável e autêntica (LÜDKE, ANDRÉ, 1986, p. 33-34).

Nesta investigação foram realizadas três entrevistas semiestruturadas com uma funcionária e dois ex-internos do Educandário Alzira Bley. As entrevistas foram realizadas no dia 30 de Abril de 2013, na sala de reuniões do Educandário Alzira Bley, no turno matutino, com duração média de 30 minutos cada. As entrevistas foram filmadas e posteriormente transcritas e encaminhadas para os entrevistados lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO H) para utilização destas informações no desenvolvimento deste trabalho.

O primeiro a relatar a sua história de vida foi o Senhor Luiz Carlos Farias, ex-interno do Educandário, levado para esta instituição logo após o seu nascimento na Colônia de Itanhenga, onde permaneceu até completar 22 anos. Casou-se com a Tia Lina, irmã Balduina Rodrigues de Souza Farias, segunda entrevistada, que chegou ao Educandário em julho de 1983 e trabalha nesta instituição até hoje. A terceira entrevistada foi a enfermeira Jandira Scalzer que chegou ao Educandário quando tinha 12 anos por ocasião da internação compulsória de seu pai, hanseniano, na Colônia de Itanhenga. Formou-se como Técnica em Enfermagem e permanece trabalhando na instituição até hoje, são 67 anos vivendo os diferentes momentos históricos do Educandário Alzira Bley.

A transcrição das entrevistas encontra-se nos APÊNDICES B, C e D. As entrevistas deram vida e movimento às análises dos gráficos e tabelas elaborados a partir do banco de dados. Lüdke e André ressaltam a qualidade desta técnica:

> A grande vantagem da entrevista sobre as outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos. Uma entrevista bem feita pode permitir o tratamento de assuntos de natureza estritamente pessoal e íntima, assim, como temas de natureza complexa e

> de escolhas nitidamente individuais. Pode permitir o aprofundamento de pontos levantados por outras técnicas de coleta de alcance mais superficial, como o questionário. E pode também, o torna particularmente útil, atingir informantes que não poderiam ser atingidos por outros meios de investigação, como é o caso de pessoas com pouca instrução formal, para as quais a aplicação de um questionário escrito seria inviável (LÜDKE, ANDRÉ, 1986, p.34).

As entrevistas forneceram um material riquíssimo para reconstrução das memórias coletivas da população do Educandário, bem como propiciaram a análise de aspectos demográficos referentes ao tempo histórico em estudo. Os entrevistados relataram suas vidas de forma pessoal e íntima, revelando como estas interagem com a história do Educandário e da hanseníase no Espírito Santo.

Foram importantes para compreender e ilustrar as informações contidas no banco de dados construído a partir dos livros de registros do Educandário. Além das entrevistas, Tia Lina e Jandira colaboraram inúmeras vezes com esclarecimentos sobre os registros nos livros, siglas, “recenseamentos”, fatos e acontecimentos, que só poderiam ser compreendidos e explicados por quem vivenciou essa história.

4.2.1 Organização das informações do Educandário Alzira Bley

O Educandário Alzira Bley dispõe de dois livros de registros das pessoas que entravam e saíam da instituição. O primeiro contém os registros de internações compulsórias (1937 até 1979) e o segundo dos atendimentos assistencialistas realizados a partir da década de 1980. Constam também nos arquivos desta instituição vários álbuns de fotografias. Com a autorização da coordenadora social, Balduina Rodrigues de Souza Farias (Tia Lina), as páginas dos livros de registros foram reproduzidas e as fotografias foram escaneadas, organizadas em álbuns e disponibilizadas também de forma digital (em DVD) para a instituição.

Com os registros dos livros do Educandários Alzira Bley foi construido o banco de dados em Access com informações sobre as 3.432 pessoas que passaram pela instituição ao longo dos 75 anos de sua existência, no período de 1937 a 2012. O

banco de dados abrange toda população deste período, mas as análises referem-se apenas aos anos de internação compulsória (1937-1979). No banco de dados, as pessoas estão organizadas por meio de numeração crescente segundo a ordem cronológica da data de entrada.

Para cada pessoa são registradas as seguintes variáveis: nome, sexo, idade, cor, nacionalidade, estado e município de origem, nomes dos pais, datas de entrada e de saída, destino, data de nascimento, registro civil e observações. Estas informações não são completas para todos os registros do banco de dados.

A partir do banco de dados foram construídas tabelas e gráficos sobre as principais características demográficas, analisadas e ilustradas com trechos das entrevistas e fotografias dos momentos que compõem a história e a identidade coletiva das pessoas que passaram pelo Educandário.

4.2.2 Caracterização do local da pesquisa

Cariacica é um dos sete municípios que compõem a RMGV e apresenta um histórico de ocupação desordenada de seu território gerando altos índices de pobreza e insuficiência de infraestrutura urbana (PDM -2006, p.8). Em 2006 foi elaborado o seu Plano Diretor Municipal, no qual a região 8, que é composta pelos bairros Nova Esperança, Nova Rosa da Penha I, Nova Rosa da Penha II, Padre Mathias (Itanhenga), Vila Cajueiro, Vila Progresso, Vila Progresso I e Vila Progresso II está inserida na Macrozona Urbana de Dinamização com a BR 101 (rodovia do contorno) seu principal eixo viário.

De acordo com o zoneamento proposto pelo PDM os bairros Pica-Pau, Vila Cajueiro e Porto das Pedras são separados de Nova Rosa da Penha e Porto de Cariacica pelo Eixo de Dinamização 1 ao longo da Rodovia do Contorno que apresenta altos índices de acidentes automobilísticos e atropelamentos, principalmente nas

proximidades do km 9, localidade de acesso ao Hospital Pedro Fontes, ao Educandário Alzira Bley e da EEEF Dr. Souza Araújo.

A área urbana de Cariacica possui 6 setores de Patrimônio Histórico e Arquitetônico (FIGURA 4). O setor 2 compreende a área de estudos e apresenta os edifícios a serem preservados: o Educandário Alzira Bley, a EEEF Dr. Souza Araújo, o Hospital Pedro Fontes, as casas e demais edifícios que compunham o Leprosário e atualmente constituem o bairro Pedro Fontes.

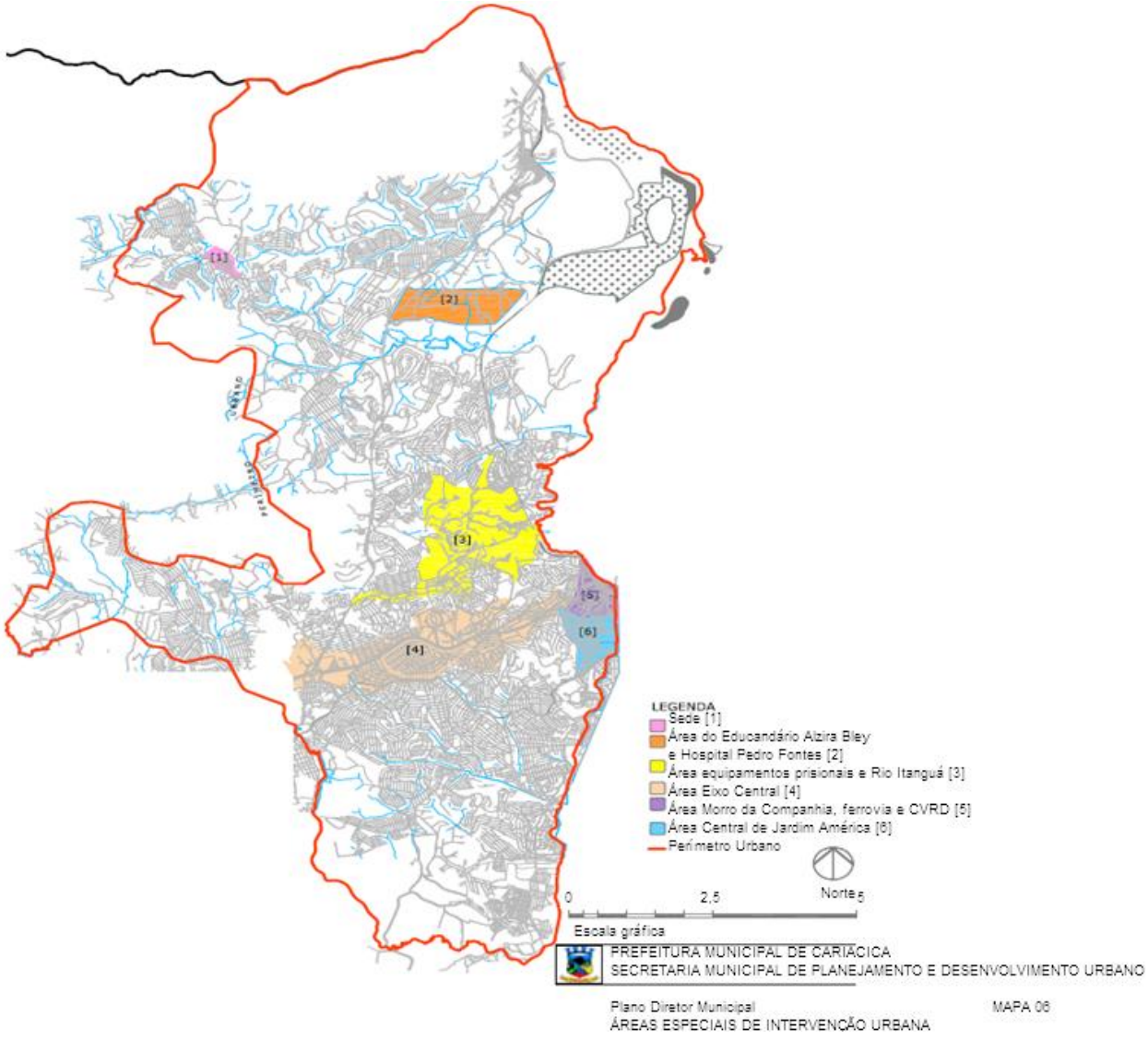


Figura 4 - Áreas Especiais de Intervenção Urbana de Cariacica.
Fonte: PDM de Cariacica, 2006.

Em 1930, o Espírito Santo encontrava-se na fase da transição epidemiológica caracterizada pela incidência elevada de doenças infecciosas. As políticas de saúde pública e os avanços na medicina e no saneamento urbano beneficiaram as populações, sobretudo no decorrer das décadas seguintes, e permitiram uma redução da mortalidade.

Além das políticas de saúde pública, existiam diversos meios para enfrentar os problemas desta área: por meio da ação de grupos religiosos, de associações de socorro e beneficência, do trabalho das paróquias, de sociedades filantrópicas, dentre outras. Uma das políticas públicas de controle da hanseníase foi a construção dos leprosários, em todo território brasileiro, a partir da década de 1930.

A Colônia de Itanhenga foi construída pelo Governo do Estado do Espírito Santo em cooperação com o Governo Federal, inaugurando o primeiro grupo de construções de 13 prédios em 22 de maio de 1935 e o segundo grupo de construções de 52 prédios em 11 de abril de 1937, quando foi instalada (FOTO 6).

Foto 6 - Doutor Pedro Fontes, organizador do Leprosário, defronte do marco inaugural (11/04/1937).
Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1946, p.202

A internação compulsória e o isolamento dos hansenianos foram estabelecidos pelo serviço de profilaxia como uma medida sanitária para evitar que a doença se alastrasse uma vez que o tratamento e a cura ainda eram desconhecidos.

O Educandário Alzira Bley foi inaugurado em 1937 pelo então Presidente da República Getúlio Dornellas Vargas, em edificações construídas fora dos limites da Colônia de Itanhenga com a finalidade de abrigar os filhos sadios dos hansenianos. A FOTO 7 registra a inauguração do Educandário Alzira Bley com a presença do presidente Getúlio Vargas.

Foto 7 - Inauguração do Educandário Alzira Bley pelo presidente Getúlio Vargas (ao centro).
Fonte: Arquivo do Educandário Alzira Bley.

Antes de iniciarmos a análise dos dados dos internos do educandário Alzira Bley, torna-se necessário fazer algumas considerações e esclarecimentos sobre as informações contidas no próximo capítulo.

Os significados das palavras leprosário, preventório e dispensário já apresentados, indicam respectivamente Hospital de leprosos, internato para crianças filhas de leprosos ou tuberculosos e estabelecimento de beneficência. A partir da década de trinta, a ideia que passou a vigorar no Serviço Nacional de Profilaxia era de que toda e qualquer medida profilática deveria estar assentada no tripé constituído pelo asilo,

dispensário e preventório, cada qual desempenhando seu papel específico. Dentro dessa ótica,

> os preventórios desempenhariam papel preventivo, pois acreditava-se que a criança, por já ter tido contato com um foco da doença, ou simplesmente por ser filho de um genitor doente, teria mais condições de vir a desenvolver a doença e que, portanto, deveria ir para um local especialmente criado para recebê-la, onde seria examinada periodicamente. [...] Os dispensários eram responsáveis pelo diagnóstico precoce da doença e pelo acompanhamento sistemático dos comunicantes visto que estes poderiam vir a desenvolver a doença constituindo os futuros focos de contaminação. O Asilo era o local de internação compulsória de toda e qualquer pessoa portadora do Mal de Hansen, tivesse ou não forma clínica infectante (MONTEIRO, 1998, p.7-8).

Cada um destes tinha seu papel e agia diretamente sobre o que se acreditava estar amparada a cadeia epidemiológica da doença: o infectado (no leprosário), o comunicante (no dispensário) e os filhos dos infectados (no preventório). “Assim, se acreditava na possibilidade de eliminação da doença em pouco tempo. No entanto, percebeu-se que os índices de cura não eram os esperados, como o número de casos só aumentava por conta da busca ativa dos mesmos” (MACIEL, 2013, p.1).

Por dispensário antileprótico entendia-se durante o período do isolamento compulsório, como:

> o elemento da organização profilática destinado ao exame e tratamento dos casos não contagiantes de lepra (iniciais ou egressos com alta de leprosários), ao exame de comunicantes, à verificação de notificações e denúncias, à internação dos doentes contagiantes, à prática de censos e pesquisa de novos casos da moléstia, ao controle imunológico pela R. de Mitsuda, à localização de fugitivos, à educação sanitária especializada. Esta definição se faz necessária, pois que, em alguns países, o dispensário ou ambulatório é também destinado ao tratamento econômico de casos contagiantes que, por legislação especial ou dificuldades financeiras de seus governos, não são obrigatoriamente internados em leprosários (ROTBERG; BECHELLI, 1949, p.70)

No Espírito Santo o Dr. Pedro Fontes promoveu a construção de um leprosário, um dispensário e de um preventório no município de Cariacica. Um dispensário foi construído na capital e outros no interior do estado.

> No ano de 1927 fundou-se um dispensário em Colatina, cuja chefia foi entregue a Sílvio Avidos, e no ano seguinte um em Cachoeiro de Itapemirim. Em 1929 foi criado também o dispensário de Alegre, em 1932 um quinto dispensário em Mimoso do Sul e, em 1933, outro em Muqui, enquanto em 1935 outros dois foram criados em São José do Calçado e Afonso Cláudio, formando ao todo oito dispensários em todo o Estado (NEVES, 2003, p.5).

Esclarecidas as terminologias supracitadas, atentemos as nomenclaturas “Colônia de Itanhenga”, “Hospital Colônia Dr. Pedro Fontes”, “Hospital Dr. Pedro Fontes”, pois, todas elas se referem ao mesmo espaço. Todas as fotografias inclusas nesta dissertação, cuja fonte é o arquivo do Educandário Alzira Bley, são inéditas e foram disponibilizadas pela coordenadora do mesmo.

Os gráficos e tabelas que são analisados nas seções referentes ao número de internações, idade, sexo, cor, estados, municípios e outras características foram criados a partir do banco de dados construído com informações fidedignas aos livros de registros originais do Educandário Alzira Bley. Os dados estão organizados e são analisados para o período compulsório, de 1937 a 1979.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY

4.3.1 Internações Compulsórias no Educandário Alzira Bley (1937 a 1979)

O GRÁFICO 6 apresenta o número de crianças que foram internadas no Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979. A partir da década de 1980 com o tratamento e a cura para a hanseníase, as pessoas infectadas pela doença passaram a conviver em sociedade e o tratamento acontece de forma ambulatorial.

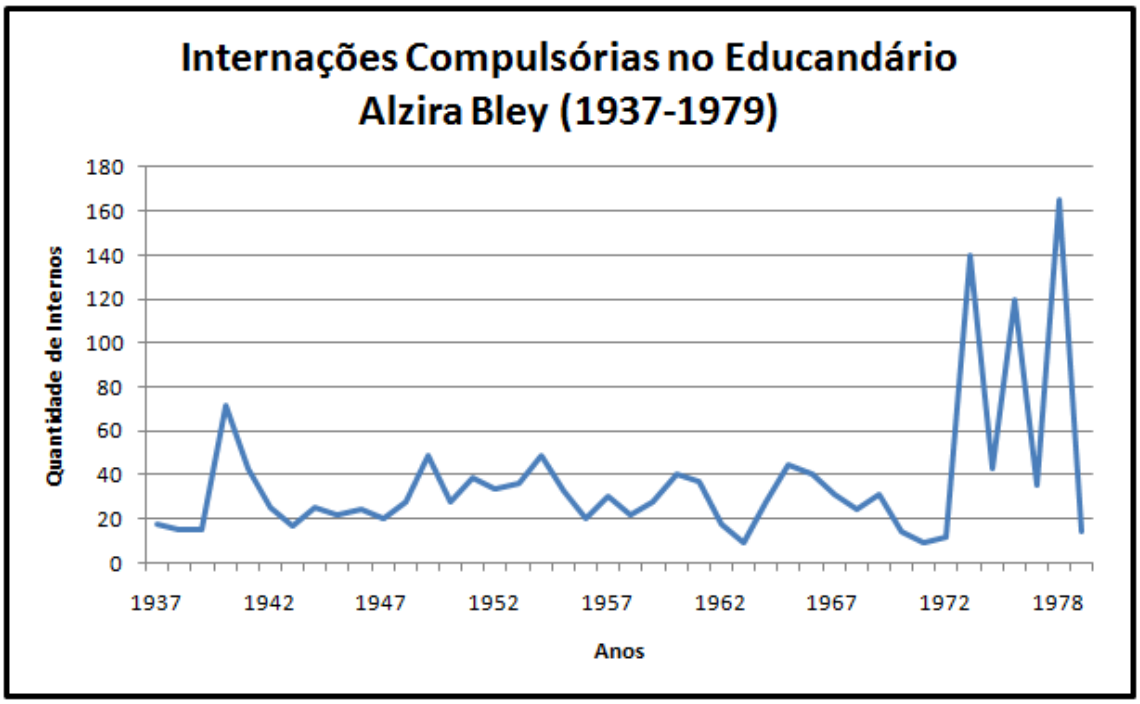


Gráfico 6: Internações compulsórias no Educandário Alzira Bley (1937-1979)
Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

No período apresentado no gráfico, a média de internações anual foi de 36,8 crianças. Os maiores registros de internações ocorreram nos anos de 1978, 1973 e 1975, sempre acima de 100 crianças por ano. Os incrementos nas internações ocorreram neste período em virtude de uma série de demandas sociais que também passaram a ser atendidas pelo Educandário. Eram os chamados “órfãos sociais”, cujos pais estavam internados no Hospital Adalto Botelho (especializado em doenças mentais) e/ou crianças encaminhadas pela FEBEM. A coordenadora do Educandário Alzira Bley relata que

> em 1983, quando iniciei meu trabalho no Educandário, a maioria das crianças ainda eram filhos de hansenianos. Em 1979 o Educandário abriu as portas para atender órfãos sociais, aqueles que os pais estavam internados no Hospital Adalto Botelho, então as crianças não tinham para onde ir, aí vinham pra cá. As crianças do juizado de menores, antiga FEBEM, também eram encaminhadas para cá. Então a gente tinha que fazer todo acompanhamento da família, da vida das crianças, porque talvez não tivessem pai e mãe, mas poderiam ter uma tia, uma avó (Balduina Rodrigues de Souza Farias (Tia Lina), Coordenadora do Educandário, 30/04/2013).

Outros fatores que podem ter contribuído para esses índices são as crianças que saíam e eram reintegradas nos anos seguintes por vários motivos: tentativas de adoção frustradas, maus tratos, filhos que não tinham mais laços com os pais após

longos períodos de internação e preferiam voltar para o Educandário. Isso ocorria, entre outros motivos, porque:

> a criança que foi institucionalizada perde o contato com a família, e a família perde o contato com ela também. As crianças sonham com a família perfeita e os pais sonham com os filhos perfeitos, então eles têm muitas dificuldades de se aceitarem. Isso também aconteceu com os filhos dos hansenianos (Balduina Rodrigues de Souza Farias (Tia Lina), Coordenadora do Educandário, 30/04/2013).

Os anos de 1963 e 1971 apresentam os menores números de registros, com apenas 9 internações anuais. A Tabela A, que apresenta os registros das internações anuais do Educandário no período em estudo, encontra-se no APÊNDICE E.

4.3.2 Idade dos internos no ano de ingresso no Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979

Os hansenianos internados na Colônia de Itanhenga traziam consigo suas famílias, os cônjuges principalmente, realizando assim, uma migração em rede. Os filhos que não eram portadores da doença eram encaminhados para o Educandário Alzira Bley. Os internos cujas famílias não vinham para ficar junto a eles, estabeleciam novos laços e constituiam novos arranjos familiares. A vida seguia seu curso natural dentro da Colônia. Os internos trabalhavam, recebiam o tratamento conhecido/disponível para cada período, jogavam futebol, faziam festas, casavam-se e tinham filhos. Segundo relatos de um filho de interno,

> lá no Hospital Colônia Pedro Fontes meus pais tinham uma casa e um pedaço de terra para eles plantarem. Meu pai tinha uma rocinha. Tem a casinha onde eles moravam lá, hoje mora um pessoal que não tem a doença. Eles tinham uma casinha, plantação de banana e milho. Ele não tinha mão, era só um cotoco, ele enfiava um couro de boi ao redor do braço para prender a enxada e capinava, rastelava, era trabalhador meu pai (Luiz Carlos Farias, ex-interno do Educandário Alzira Bley, 30/04/2013).

Os recém nascidos na maternidade da Colônia eram encaminhados diretamente para o Educandário, nem chegavam a ser amamentados pelas mães, como aconteceu com o Luiz Carlos, que relata,

> eu vim pra cá [Educandário] pequenininho, zero ano, e fui para as mãos da Jandira [ex-interna e enfermeira do Educandário]. Meus pais moravam no Hospital Colônia Pedro Fontes, nasci lá. Tinha uma maternidade aqui e quem era filho de hanseniano vinha pra cá. Quem tinha a doença ficava lá e quem não tinha vinha pra cá. Meus irmãos e eu viemos para o Educandário (Luiz Carlos Farias, ex-interno, 30/04/2013).

A técnica de enfermagem do Educandário conta que:

> Naquela época tinha na creche umas cinquenta e poucas crianças, esse número dependia da quantidade de crianças que vinham de fora e das que vinham do Hospital Colônia Pedro Fontes, que eram filhos de doentes, havia muitos recém- nascidos, eu busquei muita criança lá depois que eu fiz o curso de enfermagem. Eu me dediquei, passava a noite com eles, as meninas de dezessete e dezoito anos ajudavam a cuidar das crianças pequenininhas, às vezes eram oito, doze recém - nascidos e eu orientava aquelas meninas e elas ajudavam a dar banho, dar mamadeira, cuidar do umbigo. Elas nasciam e não podiam nem mamar na mãe, eram trazidas pra cá imediatamente. Tinha um pediatra que orientava, dizia a quantidade de mamadeiras, tinha que fazer uma mamadeira separada da outra, era por número, tinha o número do berço e da mamadeira, tinha uma dieta para cada criança (Jandira Scalzer, técnica de enfermagem do Educandário, 30/04/2013).

Aqueles que cresciam no Educandário só eram apresentados aos pais quando completavam a idade de dois ou três anos. Na maior parte deste período, principalmente até a década de 1960 o Espírito Santo vivenciava a fase da transição demográfica caracterizada por elevados níveis de fecundidade, observados também no segmento formado pelos casais da colônia: um casal de internos teve catorze filhos, dentro da Colônia, e todos foram levados para o Educandário. O processo de transição em curso na época era também caracterizado por mortalidade elevada. Muitos dos recém nascidos não resistiam e eram enterrados no cemitério da Colônia. O GRÁFICO 7 apresenta a idade que os internos tinham no ano em que ingressaram no Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979.

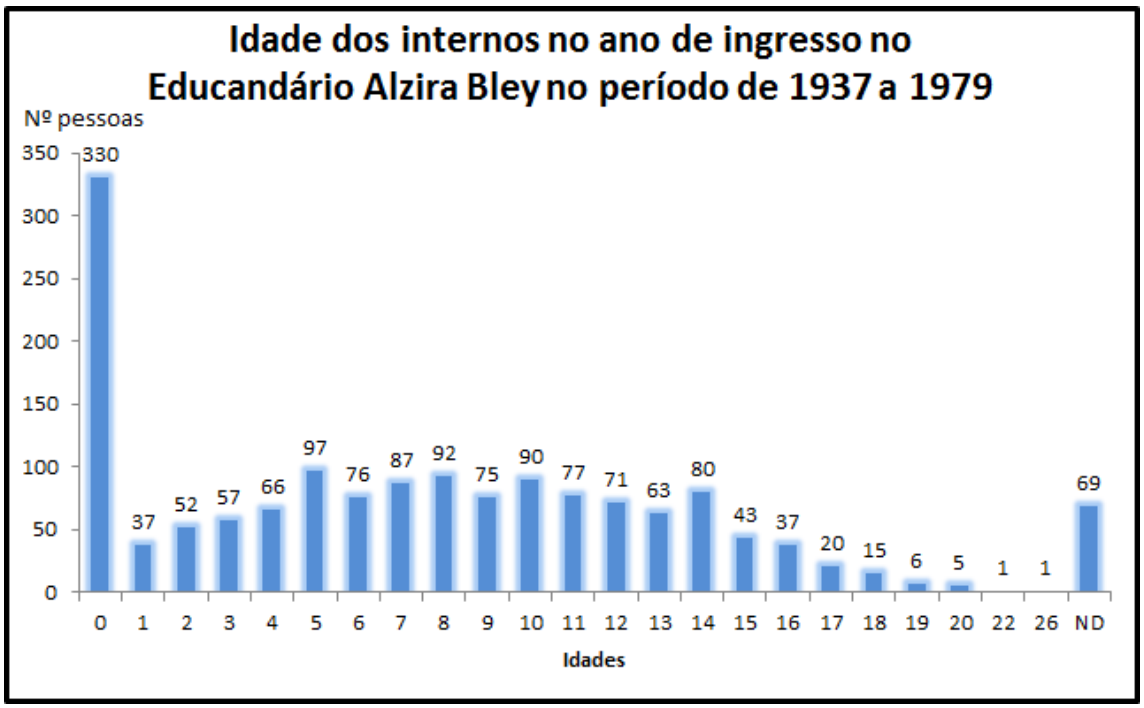


Gráfico 7 - Idade dos internos ao ingressar no Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979.
Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

Devido ao modelo de fecundidade elevada vigente na época, a maior parte das crianças que ingressaram no Educandário neste período eram recém-nascidos trazidos diretamente da Colônia, foram mais de 300 crianças ao longo destas quatro décadas. Depois dos recém-nascidos, o maior número de crianças que foram internadas tinham 5, 8 e 10 anos. Do montante de 1.547 pessoas internadas neste período, 69 não declararam a idade ao ingressar. Os adolescentes maiores de 14 anos eram minoria. A idade limite para permanecer no Educandário era 14 anos, mas eram aceitas exceções em virtude das necessidades.

> A presença destes adolescentes era muito importante para o Educandário, pois eles ajudavam a cuidar das crianças menores e nas demais atividades da instituição. As meninas trabalhavam cuidando dos pequenininhos, dos menores no berçário e os meninos trabalhavam na roça, na produção (Balduina Rodrigues de Souza Farias (Tia Lina), Coordenadora do Educandário, 30/04/2013).

As FOTOS 8 e 9 mostram o cotidiano dos internos do Educandário Alzira Bley, cuidados e atividades com as crianças.

Foto 8 - Os cuidados com as crianças menores de seis anos Educandário Alzira Bley.
Fonte: Acervo do Educandário Alzira Bley.

Foto 9 - Os meninos trabalhavam na horta e na roça, Educandário Alzira Bley.
Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1946, p.208.

O GRÁFICO 8 apresenta a distribuição dos internos por grupos etários segundo o ano de ingresso (1937-1979). Os grupos etários que mais sobressaem ao longo do período são os grupos de 5 aos 9 anos e dos 10 aos 14 anos. Vale ressaltar que as idades se referem ao ano de ingresso dos internos no Educandário.

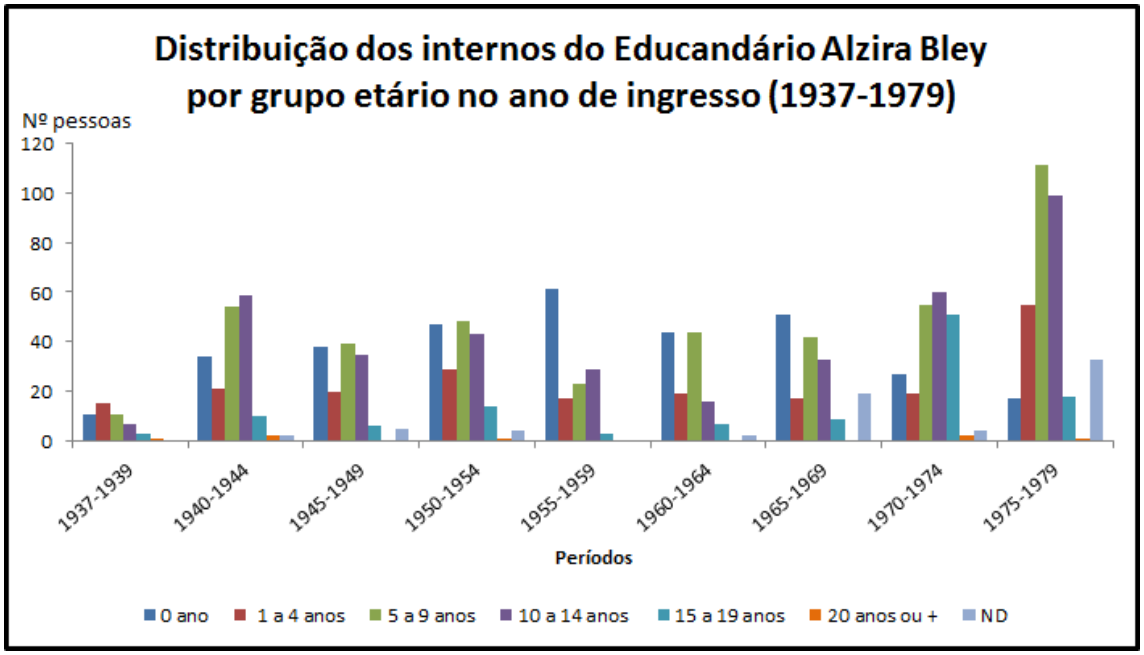


Gráfico 8 - Distribuição dos internos do Educandário Alzira Bley por grupos etários no ano de ingresso (1937-1979).
Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

Muitas destas crianças permaneciam no Educandário até completar a maior idade, algumas eram entregues aos seus familiares que não foram acometidos pela hanseníase e outras eram encaminhadas para adoção. No período em análise foram registradas 31 adoções que apareciam no livro de registros como “saiu em companhia de pessoas autorizadas” ou “saiu em companhia de pessoas competentes”. As adoções geralmente envolviam os recém-nascidos, as crianças maiores dificilmente eram contempladas pela adoção tardia. Outros casos, quando as crianças eram entregues à familiares ou à famílias adotivas e os novos arranjos familiares não davam certo estas crianças e adolescentes voltavam para o Educandário, conforme relata Jandira:

> Na década de 1980, quando os adolescentes foram retirados daqui, foi uma coisa muito brusca, tinham que ter preparado esses adolescentes, porque foram criados aqui desde pequenos e não sabiam como era a vida do lado de fora. É por isso que muitos adolescentes saíram revoltados, eles deveriam ter sido preparados, feito alguma coisa, para depois colocar na

> casa dos parentes (Jandira Scalzer, técnica de enfermagem do Educandário, 30/04/2013).

A maioria os internos saía em companhia dos pais ou de algum parente. No livro de registros do Educandário encontramos ainda a saída dos rapazes para o serviço militar, de moças para se casar, alguns fugiam, outros saíam para se empregar, outros saíam por término do período da vigilância. Segundo a técnica de enfermagem Jandira “as pessoas que viviam no Educandário sofriam preconceito e discriminação. As crianças quando saíam daqui não falavam de onde eram, não falavam que eram do Educandário porque tinham medo que ninguém arrumasse emprego para eles, naquela época era assim” (Jandira Scalzer, técnica de enfermagem do Educandário, 30/04/2013).

O destino registrado destas crianças e adolescentes internados neste período foi bem diversificado: 4 prestaram o serviço militar, 10 foram para preventórios de Belo Horizonte (MG), 22 foram para a Colônia de Itanhenga e 99 morreram. Aqueles que saíram acompanhados por pessoas autorizadas ou por término da vigilância se dirigiram para Vitória (100 pessoas), Rio de Janeiro (37), Colatina (34), Cariacica (30), Santa Teresa (16), Afonso Claudio, Cachoeiro de Itapemirim e São Francisco (14 cada), Distrito Federal (11) e São Paulo (9). Muitos registros de destino não estavam preenchidos no livro e vários outros apontavam para os demais municípios capixabas e estados próximos ao Espírito Santo, com um contingente menor de pessoas.

4.3.3 Distribuição da população do Educandário Alzira Bley por sexo no período de 1937 a 1979

A variável sexo é importante do ponto de vista demográfico, social e cultural. O número de homens e mulheres que compõem uma determinada população influi na

dinâmica demográfica bem como no comportamento do grupo. É o campo mais completo do banco de dados, seguido do nome e da data de entrada na instituição.

Nos 42 anos compreendidos entre o início das internações no Educandário Alzira Bley e o fim das internações compulsórias na Colônia de Itanhenga a distribuição por sexo dos internos do Educandário apresentou inicialmente, nas décadas de 1940 e 1950 uma ligeira predominância feminina, situação que se inverte nas duas décadas seguintes. O GRÁFICO 9 apresenta a distribuição por sexo dos internos do Educandário no período de 1937 a 1979. A distribuição total é majoritariamente masculina: do montante de 1.547 pessoas que foram internadas neste período 738 (47,7%) eram do sexo feminino e 809 (52,3%) do sexo masculino.

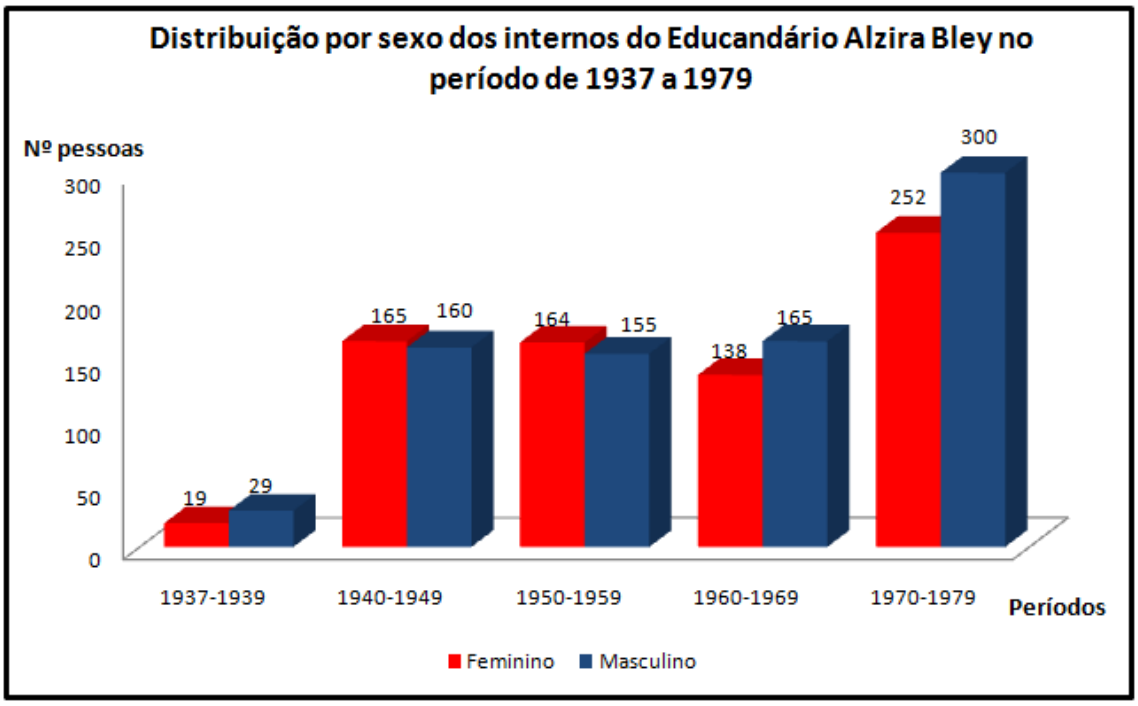


Gráfico 9 - Distribuição por sexo dos internos do Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979
Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

O indicador utilizado para resumir a distribuição segundo o sexo, a Razão de Sexo, é calculado por meio da divisão do número de homens pelo número de mulheres, multiplicada por cem, conforme a fórmula:

$$RS = \frac{\text{Número de Homens}}{\text{Número de Mulheres}} \times 100$$

No período apresentado no gráfico, a razão de sexo do total de internos do Educandário é de 109,6 o que significa predominância masculina, ou seja, são 109,6

homens por 100 mulheres. Este valor é mais elevado que o valor apresentado em geral por uma população e deve refletir em parte a representação importante dos recém-nascidos, uma vez que os nascimentos masculinos são predominantes, e uma possível seletividade da migração forçada de crianças quanto ao sexo. A TABELA 4 apresenta a Razão de Sexo por ano da população do Educandário Alzira Bley nas décadas compreendidas entre 1937 e 1979, mostrando variações no indicador ao longo do período, os valores inferiores a 100 indicam predominância feminina.

Tabela 4 - Razão de Sexo da população do Educandário Alzira Bley entre 1937 e 1979.

Anos	Razão Sexo	Anos	Razão Sexo
1937	260,0	**1958**	83,3
1938	87,5	**1959**	75,0
1939	150,0	**1960**	122,2
1940	118,2	**1961**	76,2
1941	87,0	**1962**	100,0
1942	78,6	**1963**	200,0
1943	70,0	**1964**	115,4
1944	127,3	**1965**	87,5
1945	100,0	**1966**	110,5
1946	118,2	**1967**	210,0
1947	81,8	**1968**	200,0
1948	64,7	**1969**	138,5
1949	104,2	**1970**	100,0
1950	115,4	**1971**	50,0
1951	129,4	**1972**	100,0
1952	88,9	**1973**	141,4
1953	125,0	**1974**	290,9
1954	81,5	**1975**	93,5
1955	65,0	**1976**	75,0
1956	66,7	**1978**	103,7
1957	130,8	**1979**	1300,0
Total: 109,6			

Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

4.3.4 Distribuição da população do Educandário Alzira Bley segundo a cor no período de 1937 a 1979

Segundo o IBGE cor ou raça são características declaradas pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena. As pessoas são livres para se autodeclararem da cor/raça que se consideram. No período compulsório apenas 3% das pessoas não declararam sua cor.

A população do Educandário Alzira Bley durante o período em que a internação dos hansenianos era compulsória no Brasil constituia-se predominantemente por pessoas brancas. O número de negros era mínimo, eram registrados como população “preta” no livro de registros e por este motivo foi mantida essa denominação nos gráficos e tabelas construídos a partir deste livro. A população parda constuiu uma parcela significativa desta população durante todo período em questão. O GRÁFICO 10 apresenta o número de pessoas em cada uma destas categorias, por décadas.

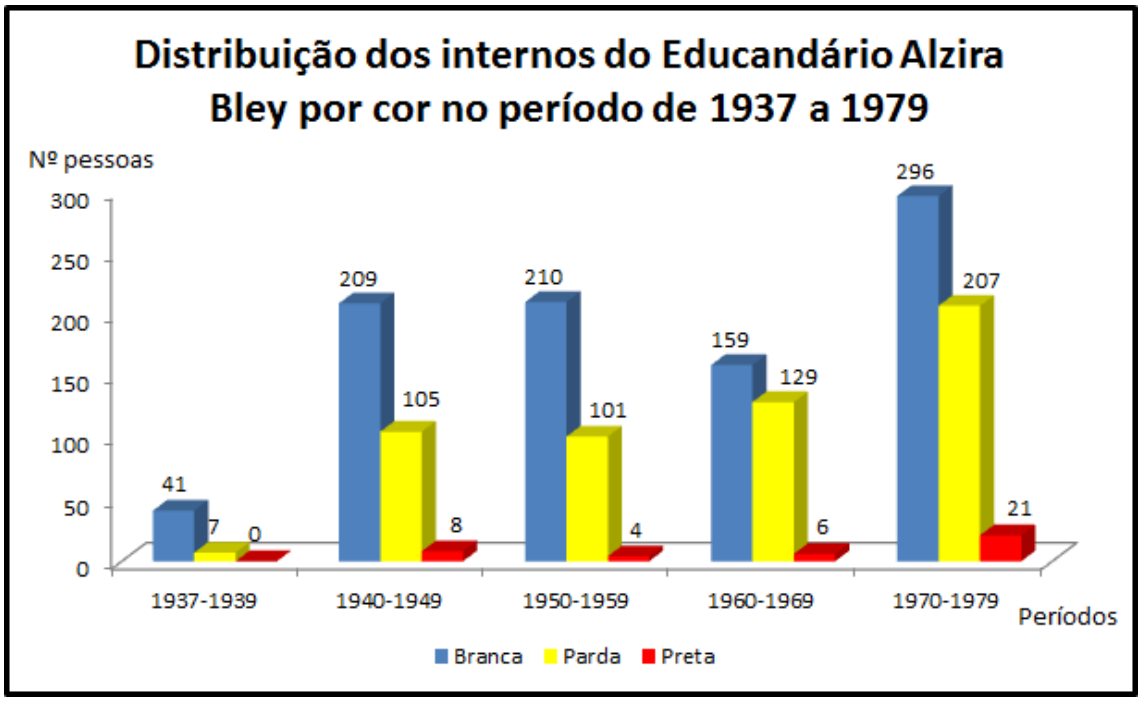


Gráfico 10 - Distribuição dos internos: Educandário Alzira Bley por cor (1937-1979)
Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

Na década de 1970 foram registradas as maiores internações tanto de brancos, como de pardos e negros, em virtude do atendimento de outras crianças e adolescentes provenientes não apenas da Colônia de Itanhenga, mas também de bairros vizinhos em virtude da abertura do Educandário para atendimento de outras causas sociais, não apenas à causa dos filhos dos hansenianos. O GRÁFICO 11 apresenta o percentual de cada cor/raça para o período em estudo. As internações deste período são compostas por 59% de pessoas brancas, 35% de pessoas pardas e apenas 3% de pretas. O número de pessoas que não declararam sua cor/raça corresponde a 3% do total da população deste período que é de 1.547 pessoas.

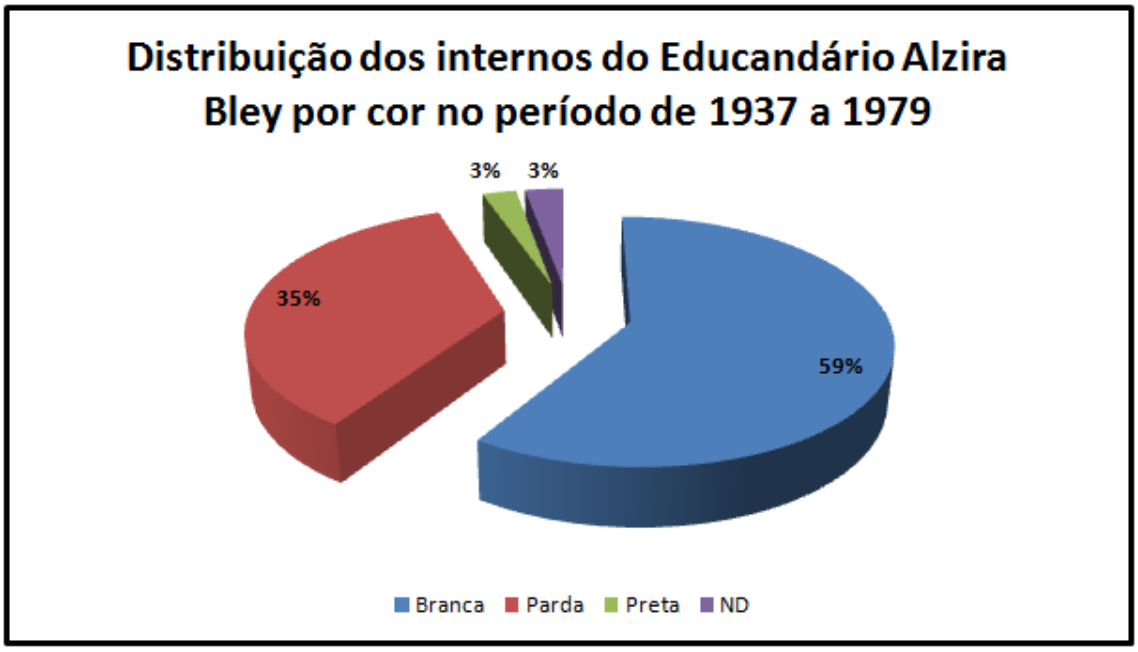


Gráfico 11 - Distribuição dos internos do Educandário Alzira Bley por cor no período de 1937 a 1979.
Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

A TABELA 5 apresenta a população segundo a cor, número de pessoas e percentual.

Tabela 5 - Número de pessoas segundo a cor no período de 1937-1979.

Período 1937-1979		
Cor	**Nº Pessoas**	**%**
Branca	915	59
Parda	549	36
Preta	39	3
ND	44	3
Total	1547	100

Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

O bacilo causador da hanseníase tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, isto é, ele é altamente infectante, no entanto poucos adoecem, tem baixa letalidade e baixa mortalidade, podendo ocorrer em qualquer idade, raça ou gênero, propriedades essas que não são em função apenas de suas características intrínsecas, mas que dependem, sobretudo, da relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio, entre outros aspectos. Isso significa que o elevado número de pessoas brancas infectadas pela hanseníase não indica uma pré-disposição dessa cor/raça para a doença.

De acordo com o censo demográfico do IBGE de 1940, no Brasil, a população branca era de 63,4%, sendo que na região Sudeste este percentual subia para 71,4%. A população destes períodos tinha maior quantidade de brancos e assim este segmento é mais representado por ser maior.

4.3.5 Estado de origem da população do Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979

Durante o período das internações compulsórias no Hospital Colônia Pedro Fontes, os filhos dos hansenianos que ficavam internados no Educandário Alzira Bley, em número de 1.547, originavam-se em sua maioria do Espírito Santo com 1.324 pessoas (85,6%) nascidas neste Estado, vindo em seguida Minas Gerais, com 109 (7%), Rio de Janeiro, com 16 (1%) e São Paulo, com 5 (0,32%). As 10 pessoas originadas dos demais estados vinham da Bahia (5), de Pernambuco (3) e do Rio Grande do Norte (2). Do total de crianças e adolescentes atendidos pelo Educandário neste período 5% não declararam o estado de origem.

O GRÁFICO 12 apresenta o número de pessoas procedentes de cada estado no período compulsório. Os dados sobre o número de pessoas segundo o estado de origem, para este período, encontram-se também na Tabela B do APÊNDICE E.

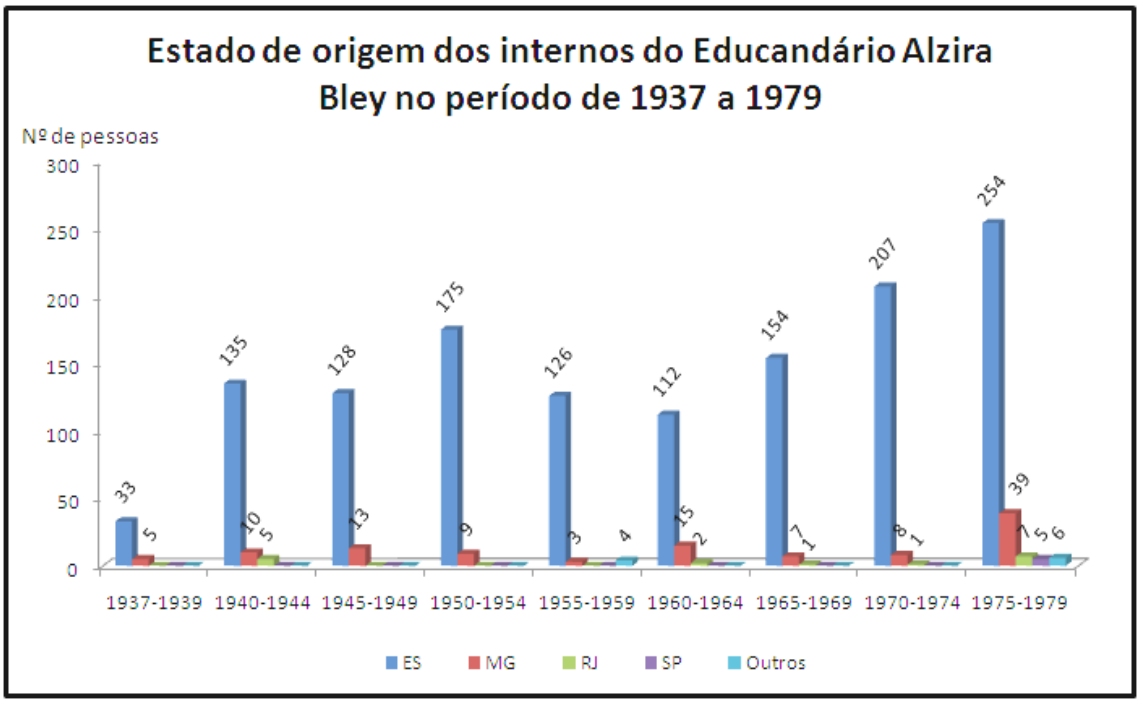


Gráfico 12 - Estados de origem dos internos do Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979.
Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

Uma das explicações para essa situação é que a Colônia de Itanhenga foi criada para cuidar dos doentes da população do Espírito Santo, e que foram criados leprosários, preventórios e dispensários em praticamente todos os estados brasileiros. Alguns remontam os períodos colonial, imperial e monárquico do Brasil, mas em sua grande maioria foram construídos a partir de 1934, durante o Governo Vargas, quando o Ministro da Educação e Saúde Pública Gustavo Capanema lança o “Plano Nacional de Combate à Lepra” que previa a construção de leprosários em todos os estados brasileiros, tendo como premissa os dados do Censo Leprológico de 1933.

Assim como os leprosários, os educandários espalhavam-se por todo país, perfazendo um total de 39 instituições. Os estados limítrofes ao Espírito Santo dispunham do seguinte quantitativo: Bahia 2 (Preventório de Águas Claras e Educandário Eunice Weaver), Minas Gerais 5 (Preventório São Tarcisio, Preventório Aprendizado Técnico Profissional, Educandário Carlos Chagas, Creche de Belo Horizonte e Educandário Olegário Maciel) e Rio de Janeiro 3 (Preventório Recanto Feliz, Educandário Santa Maria e Educandário Vista Alegre). O Espírito Santo possuía apenas o Educandário Alzira Bley. Em 1937 existia um escritório, de mesmo nome, no Parque Moscoso em Vitória, que recebia as crianças e adolescentes e os

encaminhava para Cariacica, mas com o tempo as despesas deste escritório ficaram muito altas e todas as atividades foram concentradas em Cariacica.

As internações de pessoas de outros estados são predominantemente de pessoas procedentes dos estados próximos, de Minas Gerais, da Bahia, de São Paulo e do Rio de Janeiro. A distância, um dos fatores explicativos das migrações, já evocada no trabalho precursor sobre a migração elaborado por Ravenstein, atua igualmente no caso destes deslocamentos forçados.

Foto 10 - Fachada do Educandário Alzira Bley em 24 de Abril de 1940.
Fonte: Acervo do Educandário Alzira Bley.

Foto 11 - Fachada do Educandário Alzira Bley na década de 1970.
Fonte: Acervo do Educandário Alzira Bley.

Foto 12 - Fachada do Educandário Alzira Bley em 12 de julho de 2013.
Fonte: Arquivo da pesquisadora.

4.3.6 Municípios de origem da população do Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979

No período de 1937 a 1979, quando a função do Educandário Alzira Bley era resguardar os filhos dos hansenianos durante o período de internação dos pais, a instituição recebeu crianças e adolescentes de vários municípios do Espírito Santo e também municípios de outros estados brasileiros, como apresentado no item anterior.

Nas quatro décadas referentes ao período compulsório dentre as 1.547 crianças/adolescentes que passaram pelo Educandário Alzira Bley, 1.324 (85,5%) eram provenientes de municípios do Espírito Santo, 140 (9%) de municípios de outros estados e 83 (5,5%) não declaram o município de procedência. O GRÁFICO 13 apresenta os municípios capixabas com maior número de internos no Educandário para este período.

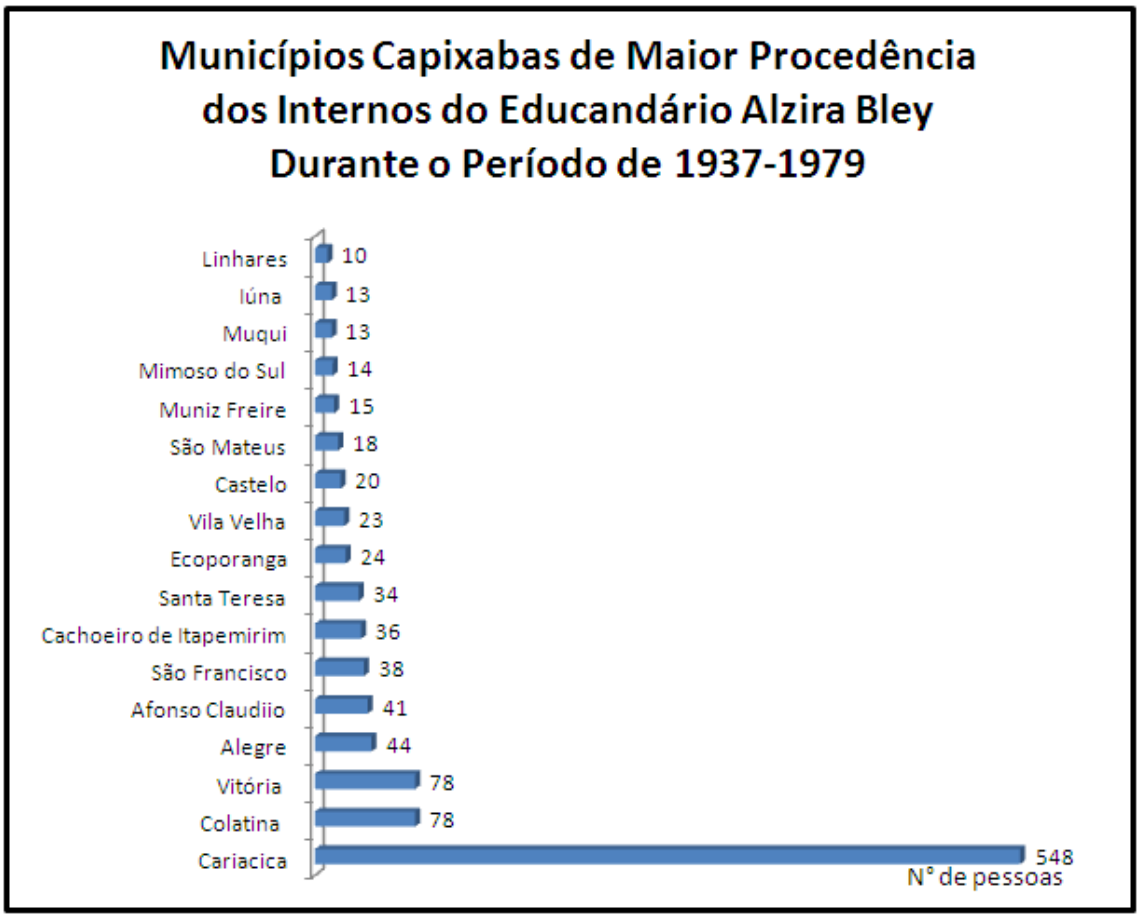


Gráfico 13 - Municípios capixabas de maior procedência de internos no Educandário Alzira Bley durante o período de 1937-1979.
Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

Mais da metade dos internos procedentes do Espírito Santo provém de municípios da Região da Capital (649). O município de Cariacica, onde se localizam o Hospital Colônia Pedro Fontes e o Educandário é a origem do maior número de internos. O município passou a receber um grande número de migrantes na segunda metade do século XX em virtude de sua situação periférica em relação às áreas industriais da Região da Capital, suas terras/lotes urbanos eram menos valorizados e a população carente conseguia se instalar mais facilmente em áreas inadequadas (encostas de morros, manguezais, próximo à linha férrea, dentre outros) devido à insuficiência na fiscalização. Sabe-se que,

> as áreas melhor localizadas e, portanto, com maior valor, são ocupadas pela população de maior renda, restando a parcela de menor poder aquisitivo a ocupação das áreas de menor valor, com restrita acessibilidade a bens e serviços urbanos. Tal processo se expressa na segregação social do espaço (PEREIRA, 2001, p.38).

Muitas famílias migravam para “capital/Vitória” em busca de tratamento médico para a hanseníase e acabavam por se instalar em Cariacica em decorrência da situação econômica. Pode ser que os doentes tenham vindo para Cariacica, objetivando o tratamento de suas enfermidades e tenham declarado este local de moradia mais recente, como sua procedência.

Em segundo lugar aparece a capital, Vitória, com 78 internos. Vila Velha que também faz parte da Região da Capital aparece com 23 internos. Os demais municípios apresentados no gráfico compõem o interior do estado e dentre eles destaca-se Colatina com 78 internos. Os outros 277 internos são provenientes dos demais 61 municípios capixabas não apresentados no gráfico, todos eles participam com menos de 10 internos. A TABELA 6 apresenta o número de pessoas provenientes de municípios de outros estados.

Tabela 6 - Municípios de procedência de outros Estados para internação no Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979

Municípios de procedência de outros Estados para internação no Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979		
Estados	**Municípios**	**Número de pessoas**
Minas Gerais	Aimorés, Belo Horizonte, Bonfim, Campanha Sul de Minas, Carangola, Caratinga, Caravelas, Conselheiro Pena, Córrego do Rio Pardo, Durandé, Espera Feliz, Ferruginha, Galiléia, Governador Valadares, Guarani, Itapina, Itueta, Laginha, Lajão, Manhumirim, Medeiros Neto, Mutum, Nanuque, Resplendor, São João do Manteninha, Santa Rita de Itueta, Tambacuri.	109
Rio de Janeiro	Campos, Caxias, Guanabara, Itamboraí, Itaperuna, Marechal Hermes, Figueiredo Magalhães, Miracema, Nova Iguaçu, Pau Gigante, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti.	16
São Paulo	Crenac, São Paulo.	5
Bahia	São José dos Montinhos, Caravelas.	5
Pernambuco	Floresta, Recife.	3
Rio Grande do Norte	Januário.	2
Total		140

Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

O maior número de internos vindos de outros estados é originário dos municípios de Minas Gerais, são 109 pessoas provenientes de municípios mineiros. Vale ressaltar que Minas Gerais possuía 5 educandários e 8 leprosários em seu território, mas doentes e suas famílias buscavam os estabelecimentos de Cariacica provavelmente devido à menor distância, como indicam os municípios da tabela situados nas

proximidades das fronteiras entre os estados. Em seguida aparecem os municípios cariocas com 16 pessoas. Dos estados da Bahia e São Paulo vieram 5 pessoas de cada. Os estado do Rio de Janeiro e de São Paulo contavam com 3 educandários cada e a Bahia com 2 educandários em seu território, um em Águas Claras e outro na capital. As crianças vindas dos demais municípios são pouco representados com menos de 5 pessoas por estado, dentre os quais Rio Grande do Norte (2) e Pernambuco (3).

4.3.7 Análises de características peculiares da população do Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979

Com as informações contidas nos livros de registros (nome, sexo, idade, cor, nacionalidade, estado, município, distrito, procedência, pai, mãe, entrada, saída, destino, data de nascimento, registro civil e observações) e inseridas no banco de dados foi possível estabelecer relações de parentesco, acompanhar a vida e morte de algumas crianças, saber sua origem e destino.

Algumas situações adversas não permitiram uma análise mais completa das informações, como: a) ausência de preenchimento de muitos campos do livro de registros; b) os registros eram realizados por pessoas diferentes a cada ano e a caligrafia de algumas às vezes não era clara; c) no livro de registros, referente ao período de 1937 a 1979, as páginas de 53 a 59 e a 84 estavam em branco e faltavam as páginas 69, 70, 71, 82, 83, 89, 94 e 95.

São apresentadas a seguir informações contidas no livro de registros do período de internação compulsória que ilustram a história construída no educandário pela população que aí viveu. Na análise das informações especiais sobre os internos, não foram revelados os sobrenomes para preservar a privacidade das pessoas.

A partir da década de 1930 quando o Serviço Nacional de Profilaxia passou a internar compulsoriamente os hansenianos em Hospitais Colônias, quando uma pessoa manifestava algum sintoma da doença era encaminhada para uma destas instituições e ficava em observação para comprovação ou não da enfermidade. Caso o diagnóstico fosse negativo a pessoa poderia voltar para o convívio em sociedade.

Enquanto os pais ficavam em observação no prédio próprio para esta finalidade (dentro do Hospital Colônia Pedro Fontes) os filhos eram internados no Educandário Alzira Bley. Para algumas destas crianças a estadia nesta instituição foi mais curta e para outras durou longos anos. Os 6 filhos de José e Helena D., com idades entre 6 e 16 anos permaneceram apenas 12 dias no mês de junho de 1940, retornando para Alfredo Chaves com seus pais após o diagnóstico negativo da doença. O mesmo ocorreu com os 4 filhos de Milton e Maria Adelaide E., com idades entre 2 e 9 anos que retornaram para Vitória após 3 meses de internação, de março a junho de 1947.

Os 5 filhos de Olindo e Perina C. M., com idades entre 5 e 13 anos, retornaram para Cachoeiro de Itapemirim apenas com o pai após 3 meses de internação de agosto a novembro de 1952. No caso dos 5 filhos de Geraldo José de S. e Delina P. de J., as crianças com idades entre 2 e 16 anos retornaram para Colatina apenas com a mãe, após 10 meses de internação entre os anos de 1954 e 1955.

Outras crianças permaneceram mais tempo no Educandário. Os 4 filhos de José M. e Silvina C., com idades entre 2 e 14 anos, voltaram para Cachoeiro de Itapemirim com a mãe após 5 anos de internação (1940-1945). Permaneceram também 5 anos no Educandário os 4 filhos de Gustavo José P. e Ismênia G. de O., que tinham entre 5 e 13 anos em 1940, quando entraram na instituição. A mais velha se casou em 1946 e levou os 3 irmãos para morar com ela em Paul (Vila Velha/ES). As 4 filhas de Joaquim F. M. e Jacira R. M., com idades entre 1 e 9 anos, voltaram para Cachoeiro de Itapemirim apenas com a mãe após 9 anos de internação que ocorreu no período de 1948 a 1957.

A maior parte destas crianças institucionalizadas perdeu a referência familiar e nunca mais voltou a morar com suas famílias. Do Educandário tomaram os rumos de suas próprias vidas.

Os registros indicam o destino dos 4 filhos de Domingos M. e de Rosa B. M., internados em 1940: uma se tornou professora e passou a lecionar na escola Souza Araújo que funcionava dentro do Educandário, uma foi internada na Colônia após manifestar a doença, um dos rapazes foi para o serviço militar e o outro saiu para trabalhar em Vitória. Dos 4 filhos de José F. e de Maria Cristina S., internados em 1948, dois foram para a Colônia, um foi para o Rio de Janeiro e o outro saiu para empregar-se em Vitória.

A Marinha foi o destino de um dos sete filhos de José L. da S. e de Sebastiana O. da S. que foram internados em novembro de 1961 e de um dos 5 filhos de Sebastião José G. e de Maria G. de C., internados em 1967, que foi para a Marinha em Vila Velha-ES em agosto de 1980.

O casamento era outro motivo que levava principalmente as meninas a deixarem a instituição. Dos 4 filhos de Alserino Augusto de A. e Alzira A. de A., ele internado em 1958, com idades entre 4 e 11 anos, uma foi para a Colônia de Itanhenga em 1958, uma se casou e os outros dois foram retirados pela mãe e retornaram para Afonso Claudio. Uma das filhas de Pasquina F. e Sebastião de A., internada em 1950 com 20 anos, casou-se dois anos depois e deixou o Educandário. As FOTOS 13 e 14 mostram alguns dos casamentos que aconteceram na capela do Educandário.

O Educandário Alzira Bely recebia também os filhos de pais desconhecidos, cujas mães estivessem internadas na Colônia de Itanhenga. Foram para a Instituição, em 1949, os 4 filhos de Nair P. com idades entre 0 e 11 anos. No mesmo ano, chegaram os 5 filhos de Arminda Maria de S., com idades entre 2 e 14 anos, uma delas saiu casada. Em 1950 foram internados os 2 filhos de Maria G. de A., com 8 e 13 anos respectivamente. Cinco anos depois eles saíram do Educandário com destino a São Paulo.

Foto 13 - Casamento de ex-internos realizados na capela do Educandário Alzira Bley.
Fonte: Arquivo do Educandário Alzira Bley.

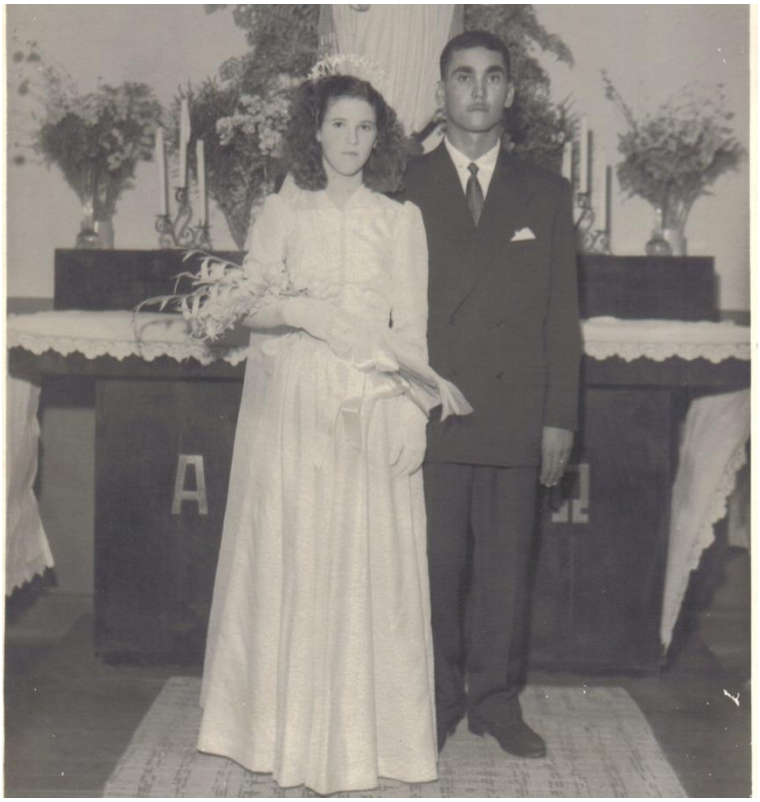


Foto 14 - Casamento de ex-internos realizados na capela do Educandário Alzira Bley.
Fonte: Arquivo do Educandário Alzira Bley.

Conforme o Decreto Federal N°. 16.300 de 31 de dezembro de 1923, quando os pais estavam internados na Colônia, os filhos, inclusive os recém-nascidos eram internados compulsoriamente nos preventórios e estes não podiam ser amamentados pelas mães antes de serem levados para os educandários. Privados do leite materno e muitas vezes sem a atenção e os cuidados necessários, muitos não resistiam e faleciam antes do primeiro ano de vida. Os registros da prole de Francisco C. e Maria Luiza G. C., internos na Colônia, são ilustrativos da fecundidade e das condições de mortalidade da época e do local (TABELA 7).

Tabela 7 - Prole do casal Francisco C. e Maria Luiza G. C. internos da Colônia de Itanhenga: nascimentos e óbitos dos filhos.

Filhos	Data do Nascimento	Data do óbito	Idade ao óbito	Observação
Gêmeos: Pedro Maria	07/09/1941	21/10/1941	1 mês e 13 dias	Adotada em 17/11/1957
Maria Luiza	22/01/1943	15/02/1943	24 dias	
Gêmeas: Marilena Marluce	18/03/1945	23/03/1945 24/03/1945	5 dias 6 dias	
Jurací	09/04/1946	20/05/1946	1 mês e 11 dias	
Gêmeos: José Josefina	20/06/1947	26/06/1948 21/09/1950	1 ano e 6 dias 3 anos, 3 meses e 1 dia	

Fonte: Arquivo do Educandário Alzira Bley.

A fecundidade era elevada na época, o intervalo intergenético neste caso era de 1,4 anos. O curto intervalo entre os nascimentos e a propensão do casal a ter gêmeos devem ter influenciado no peso ao nascer e nas condições de saúde das crianças: 5 dentre os 8 filhos do casal morreram antes de completar 2 meses de vida, 1 morreu com pouco mais de 1 ano e outro com pouco mais de 3 anos. Não há informações sobre a sobrevivência da criança adotada.

Maria Luiza G. C., em uma nova união com Pedro C. continuou a ter filhos. O menino que nasceu no dia 23/07/1953 sobreviveu. Em 04/11/1956 nasceu uma

menina que saiu em 07/03/58 com pessoa autorizada. Em 06/03/61 nasceu um menino que também sobreviveu.

Os gêmeos que nasciam na Colônia dificilmente sobreviviam. As filhas gêmeas de José T. J.e de Aurora A. J., Maria da Penha e Maria das Graças, nasceram em 23/07/1947, uma morreu em 09/08/1947 e a outra foi levada para São Paulo por um primo em 19/07/1967, mas não se sabe por qual motivo, ele a reinternou em 01/08/1967. Oracio Candido dos S. e Maria F. tiveram os gêmeos Nelson e Nilsa em 20/01/1959, a menina faleceu em 14/12/1959 e o menino saiu com o pai para Maruípe, em 19/09/1960. Dos gêmeos Rita e Francisco que nasceram em 18/07/1960, filhos de Odrefides G. e Rita R. G., apenas o menino sobreviveu, a menina faleceu em 05/05/1962.

No ano de 1974, aparecem nos registros do Educandário, os trigêmeos Rodrigo, Rachel e Renata I. das N., mas só constam seus nomes e a Maternidade Pró-Matre localizada em Vitória/ES como o local de procedência, mais nada.

A fecundidade elevada é observada em vários casais internos da Colônia. Wantuil A. da S. teve um total de 13 filhos. Deste total, os 8 filhos tidos com Alzenira D. da S. foram levados logo após o parto para o Educandário, nos anos de 1951, 1952, 1953, 1955 (a criança faleceu), 1956, 1958 e 1961 gêmeos (um deles faleceu). O Senhor Wantuil A. da S. teve mais 5 filhos com Rosa G. nos anos de 1963, 1964, 1965 (a criança faleceu), 1967 (faleceu) e 1971.

Os internos da Colônia Eurico Farias Neto e Maria Rosa Aquino, pais de Luiz Carlos, entrevistado neste estudo, tiveram 10 filhos que foram levados logo após o parto para o Educandário, nos anos de 1955, 1956, 1957 (faleceu), 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1964 e 1965. Luiz Carlos se casou na capela do Educandário, teve duas filhas e presta serviços à Instituição até os dias atuais, ele fez do Educandário a sua casa, a sua vida.

> Meu pai se chamava Eurico Farias Neto e minha mãe Maria Rosa Aquino. Eles vieram de Minas, São Manoel do Mutum. Eles estavam com essa doença que não era das boas não, os doentes perdiam o dedo.
>
> Meus pais moraram na colônia até falecer, não eram muito velhos não, tudo infartado, primeiro a mãe e depois o pai, ele bebia e fumava. Depois que minha mãe morreu tinha um enfermeiro que cuidava dele, o finado Antônio.
>
> Para mim foi uma maravilha ficar aqui no Educandário, meu pai me colocou aqui e felizmente eu aprendi muita coisa boa e dediquei a minha profissão

> as crianças. Eu gosto muito de crianças, de velhos, de todo mundo e de ajudar as pessoas que necessitam. Isso aqui é a minha vida, a minha família, foi tudo muito bom (Trechos da entrevista do ex-interno do Educandário Alzira Bley Luiz Carlos Farias, 30/04/2013).

Outra ex-interna que dedicou a sua vida ao Educandário foi a técnica de enfermagem Jandira Scalzer, filha de agricultores, natural de Santa Teresa. Seu pai, Paulo Scalzer era hanseniano e ficou internado na Colônia de Itanhenga até os últimos dias de sua vida; a esposa Maria Nicoletti Scalzer ficou no Educandário junto com seus seis filhos, pois o caçula, de apenas oito meses, ainda era amamentado. Jandira foi internada quando tinha 12 anos, estudou, se formou enfermeira e trabalha no Educandário até hoje. Um de seus irmãos morreu aos seis anos, de grangrena e o mais novo morreu afogado em um passeio na praia organizado pelo Educandário (FOTOS 15 e 16 passeio na praia em 1949).

Fotos 15 e 16 - Passeio na praia realizado com os internos do Educandário no ano de 1949.
Fonte: Arquivo do Educandário Alzira Bley.

Sobre este triste episódio, Jandira relata:

> A professora Olga Martinelli, foi criada aqui, era a primeira vez que ela ia à praia, foi explicando para as crianças o que era ilha, o que era isso, o que era aquilo, chegando lá foi com as crianças para o mar e se afogou também, a professora e sete crianças. Meu irmão só foi achado no outro dia, todo picado de peixe. Eles foram enterrados em Cariacica, e esperaram achar todos para enterrar todos juntos (Trecho da entrevista de Jandira Scalzer, ex-interna e técnica de enfermagem do Educandário Alzira Bley, 30/04/2013).

As crianças internadas no Educandário formavam uma grande família, os mais velhos cuidavam dos mais novos e todos se respeitavam. A perda destas pessoas foi muito triste para todos.

Os laços familiares se mantinham dentro do Educandário, onde havia muitos irmãos e primos. A presença destas “redes familiares” é ilustrada com vários casos.

Uma destas redes era formada por dois irmãos casados com duas irmãs que foram internados na Colônia e cujos filhos foram para o Educandário em novembro de 1940 e aí viveram por algum tempo. José L. de S. casado com Vicentina M., teve seus 4 filhos, com idades entre 7 e 14 anos internados e estes não voltaram mais ao convívio familiar, 2 foram para o Rio de Janeiro, 1 para Alegre/ES e o outro foi internado na Colônia. João W. de S. casado com Rosa M., teve seus 5 filhos, com idades entre 7 e 14 anos internados. Os jovens saíram para trabalhar no Distrito Federal, a mais velha em 1946, outros dois em 1947 e os 2 últimos em 1948.

Os irmãos Guilherme B. e Arthur B. tiveram seus filhos internados no Educandário Alzira Bley em janeiro de 1952. Os 2 filhos de Guilherme saíram com a mãe, Bertha H. B., de volta para Santa Teresa, em maio de 1952 e, nesta mesma ocasião foram seguidos pelos 2 filhos de Arthur, que saíram em companhia da mãe Ana B. B. também para Santa Teresa.

Os irmãos Olindo B. de S. e Francisco B. de S. eram naturais de Cachoeiro de Itapemirim. O primeiro era casado com Adalgiza P. de S. e seus 9 filhos, com idades entre 0 e 10 anos, foram internados no Educandário em novembro de 1951. Destes, 7 saíram com a mãe em maio de 1957, a recém-nascida morreu e 1 foi internado na Colônia em novembro de 1951. O segundo era casado com Isautina Maria de S., seus 4 filhos, com idades entre 4 e 12 anos, foram internados no Educandário em março de 1952. Sete meses depois, todos saíram com a mãe de volta para Cachoeiro de Itapemirim.

Uma rede envolvendo várias famílias era formada pelos 9 primos da família O., internados em 1965, filhos dos irmãos Orci, Alterina, Geraldo e Sebastião. O primeiro era casado com Luiza de L., com quem tinha 3 filhos; a segunda era casada com Naum F. e tinha apenas uma moça de 17 anos; o terceiro era casado com Olívia de O.com quem tinha 3 filhos e Sebastião era casado com Geni A. O. e tinha um casal de filhos, que saíram do Educandário um mês após serem internados.

Durante o período das internações compulsórias, é notório que a taxa de fecundidade entre as mulheres era alta, os métodos contraceptivos eram praticamente inexistentes e pouco divulgados. As famílias eram numerosas e a representação de jovens na população era muito elevada.

Entre os anos de 1974 e 1975 foi realizada uma espécie de “recenseamento” dos internos do Educandário. Todas as crianças e adolescentes que já estavam na instituição foram relacionadas no livro de registros por ordem cronológica decrescente de idade. Foram incluídas 21 entradas no ano de 1974 e 18 no ano de 1975.

O Senhor Joviano G. e a esposa Angelina B. G. tiveram seus 5 filhos, com idades entre 3 e 14 anos, internados no Educandário em março de 1976. Com o fim do regime de internação compulsória em 1979, eles buscaram seus filhos para morar com eles na Vila Cajueiro. A partir da publicação da portaria ministerial 165/76 que preconizava o tratamento ambulatorial para todos os portadores de hanseníase, o então Diretor Geral do Hospital Dr. Pedro Fontes, Paulo Valdetaro Gomes e o Diretor Administrativo, Hércules Silveira, se empenharam no processo de abertura do hospital, liberando lotes de terrenos para a construção de casas em áreas mais afastadas do centro da colônia, destinadas aos internos que manifestavam o desejo de aí residirem com suas famílias. Foi nesse momento que muitos deles retiraram seus filhos do Educandário Alzira Bley. Essas áreas, mais tarde, foram transformadas em pequenos bairros denominados Pica-Pau e Cajueiro (VIEIRA; CYPRESTE, 2007, p.18).

Não existe nenhuma entrada no Educandário registrada no ano de 1977. No ano seguinte foi realizado um novo “recenseamento” das crianças e adolescentes que estavam internos, mas, desta vez, além da listagem ser realizada por idade em ordem cronológica decrescente, também estavam separados por sexo. Primeiro as meninas de 0 a 17 anos, depois os meninos de 0 a 20 anos. Em 1978 foram registradas10 crianças que entraram no ano de 1977, mas que ainda não constavam nos registros. Neste mesmo ano o Educandário começou a receber as crianças em risco social, a primeira foi uma menina de 3 anos encaminhada pelo Instituto Estadual de Bem Estar do Menor (IESBEM).

Em 1979 entraram 10 crianças conduzidas pelo IESBEM. Contudo, o Educandário ainda recebia recém-nascidos do Hospital Colônia Pedro Fontes, em 1980 receberam 2 bebês e nos dois anos seguintes 1 bebê por ano.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase é uma doença que aflige a humanidade desde os tempos mais antigos como descrito na Bíblia. As pessoas acometidas por esta doença já passaram por muita estigmatização e preconceito, ficando muitas vezes, à margem da sociedade.

A ausência de conhecimento sobre as causas da doença e sua transmissão transformaram muitas inverdades em tratamento, discriminação e isolamento. A dura realidade nos hospitais colônias e nos educandários é retratada em diversos trabalhos científicos por todo país.

No Brasil, em 2010, o coeficiente de prevalência da hanseníase foi de 1,56 casos por 10 mil habitantes. É a situação mais desfavorável do continente americano e a segunda em maior quantidade de casos do mundo, só superada pela Índia. A hanseníase entre os brasileiros é um problema de Saúde Pública cujo programa de eliminação está entre as ações prioritárias do Ministério da Saúde. Ainda hoje a notificação é compulsória e a investigação obrigatória em todo território nacional.

As regiões mais endêmicas do Brasil são a Norte, Nordeste e Centro Oeste. Dentro da Região Sudeste o Espírito Santo é classificado como o mais endêmico. No cenário Nacional, encontra-se entre os 10 estados classificados como hiperendêmicos, com 40 novos casos por 100 mil habitantes/ano.

Com a realização desta investigação passamos a ter conhecimento sobre a forma como a hanseníase e os hansenianos foram tratados no Brasil desde a detecção dos primeiros casos até os dias atuais. E chegamos às seguintes conclusões: a) cada geração é vítima do conhecimento científico do seu tempo; b) a transição demográfica encontrava-se em sua primeira fase nos meados do século XX, e os índices elevados de mortalidade e de fecundidade eram observados na população estudada; c) a transição epidemiológica, também em curso no Espírito Santo era caracterizada por elevada incidência das doenças infectocontagiosas, dentre as quais a hanseníase era ainda uma doença sem cura. d) o isolamento dos hansenianos em hospitais colônias, bem como seus filhos em preventórios foram

movimentos de migração forçada; e) a internação compulsória dos hansenianos em hospitais colônias desencadeava uma migração em rede de familiares e demais parentes e amigos que pudessem estar com a doença.

O resgate da composição da população do Educandário só foi possível com a colaboração da coordenadora Tia Lina e dos ex-internos Luiz Carlos e Jandira, que além de contarem suas histórias de vida auxiliaram na disponibilização das fotografias e dos livros de registros com as características (nome, sexo, idade, cor, nacionalidade, estado e município de origem, nome dos pais, datas de entrada e saída, destino, data de nascimento, registro civil e observações) de 3.432 pessoas que passaram pelo Educandário ao longo de mais de 70 anos.

Nas primeiras 4 décadas do período estudado, a migração forçada de centenas de hansenianos para Colônia de Itanhenga, trouxe também crianças sadias que preenchiam de vida o Educandário. No período de 1937 a 1979 a média de internações era de 36,8 crianças por ano. Nos anos 1973, 1975 e 1979 esses números se elevaram para mais de 100 crianças por ano. Os recém-nascidos eram maioria, mais de 300 para este período. Havia predominância masculina na maior parte do período traduzida pela razão de sexo de 109,6, o que significa a existência de 109,6 homens para cada 100 mulheres. Assim como a população do Estado, o segmento internado na colônia era predominantemente de cor branca (59%). Nas décadas referentes ao período compulsório 1.547 crianças/adolescentes passaram pelo Educandário Alzira Bley, destas, 1.324 (85,5%) eram provenientes de municípios do Espírito Santo, 140 (9%) de municípios de outros estados (principalmente Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo) e 83 (5,5%) não declararam o município de procedência.

Após o fim do período compulsório, os atendimentos no Educandário Alzira Bley passaram a ser decorrentes da vulnerabilidade social das crianças/adolescentes que precisavam ser resguardadas da violência, das drogas e da criminalidade. O perfil da população do Educandário mudou bastante. Nenhuma criança mora nas dependências da instituição. A idade no ano ingresso se dá a partir dos 4 anos de idade, pois compreende a faixa etária em que as crianças são aceitas no Centro de Educação Infantil Maria Jardelina. São atendidas em média 100 crianças por ano.

Na década de 1990 as demandas sociais dos bairros adjacentes passaram a ser encaminhadas diretamente para o Educandário e a instituição recebia auxílio econômico por meio de convênios com a Legião Brasileira de Assistência (LBA); o Fundo para Infância e Adolescência (FIA); o Banco Criança (BC) e o Amparo ao Menor Carente (AMENCAR). Nessa época o Educandário chegou a ter 42 funcionários. Mas a situação mudou muito, como relata a atual Coordenadora do Educandário:

> Os recursos para manter o Educandário sempre vieram de doações de pessoas civis. Houve um período em que tivemos uma presidenta, a Carmem Lúcia, que era muito ligada ao Estado e conseguiu muitos convênios com o Estado. Então o Estado ajudou bastante naquele período. Mas, depois de 1990, depois do Estatuto da Criança e do Adolescente a assistência social é obrigação das prefeituras, das secretarias de Ação Social e não mais das entidades. As entidades entram para ajudar as prefeituras; então o governo e as prefeituras deixaram de repassar recursos para a gente, nem convênio nós não conseguimos agora porque nós estamos com problemas de documentação, nós temos dívidas com o Ministério do Trabalho (Balduina Rodrigues de Souza Farias (Tia Lina), Coordenadora do Educandário, 30/04/2013).

A Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente *e* após essa data os governos estadual e municipal passaram as demandas referentes à crianças e aos adolescentes para as Secretarias de Ação Social, deixando de contribuir com a manutenção do Educandário. Desde o ano de 1995, quando a instituição contraiu uma dívida junto ao Ministério do Trabalho, eles não conseguem mais apoio das grandes empresas capixabas, pois não tem a certidão negativa junto ao Ministério do Trabalho.

Desde meados da década de 1990 a instituição começou a apresentar sinais de decadência e nos últimos anos vem passando por dificuldades financeiras para manter o atendimento básico a um reduzido número de crianças. As doações são cada vez mais escassas. O único veículo que a instituição possui é uma Kombi muito velha que recolhe as poucas doações recebidas. As instalações do prédio precisam de reforma, muitas lâmpadas estão queimadas, existem rachaduras nas paredes, pinturas descascadas, entre outros problemas no forro, no telhado e nas instalações hidrossanitárias. Hoje o aluguel de um espaço para a Prefeitura de Cariacica, onde funciona o Centro de Educação Infantil Maria Jardelina com água e luz inclusos é de quatro mil reais, e garante apenas a folha de pagamento com seis

funcionários: a Jandira que é técnica de enfermagem, a coordenadora (Tia Lina), uma cozinheira, duas monitoras e um caseiro que trabalha na roça.

Desde a década de 1990 os ex-internos do Educandário se reúnem anualmente para relembrar as histórias compartilhadas, a memória coletiva que está sempre se redefinindo, se transformando, lembranças de um espaço que foi compartilhado por uma coletividade durante certo tempo. E quando essas lembranças são eternizadas, registradas, de alguma forma, elas se tornam memória histórica dos lugares. Não há memória coletiva que não se desenvolva em um quadro espacial. Segundo Abreu (1998, p.86), “o que faz com que surja uma memória grupal ou social, referida a um lugar, é o fato de que aquele grupo ou classe social estabeleceu ali relações sociais”.

Foto 17 - Primeiro encontro, no ano de 2010, dos ex-internos do Educandário Alzira Bley.
Fonte: Arquivo do presidente da Associação dos Ex-internos do Educandário Alzira Bley.

Um grupo de representantes da Associação dos Ex-internos do Educandário Alzira Bley participa dos encontros nacionais em outros estados como Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília e busca auxílio nos representantes políticos para conseguir reparação indenizatória aos ex-internos do Educandário (FOTOS 18 e 19).

Foto 18 - Gabinete da Senadora Ana Rita (Brasília, 2012). Da esquerda para direita: o presidente do MORHAM Nacional Arthur Custódio; Assistente Social, Senadora Capixaba Ana Rita, Presidente da Associação dos Ex-internos do Educandário Alzira Bley Heraldo José Pereira e o Vice-presidente da Associação Venilton Pereira.
Fonte: Arquivo do presidente da Associação dos Ex-internos do Educandário Alzira Bley.

Foto 19 - Segundo encontro, no ano de 2010, dos ex-internos do Educandário Alzira Bley, com a participação do atual Governador do Estado do Espírito Santo Renato Gasagrande.
Fonte: Arquivo do presidente da Associação dos Ex-internos do Educandário Alzira Bley.

Análises mais detalhadas dos dados referentes à população do Educandário permitiram a reconstrução da identidade do lugar. Quando integramos espaço e tempo, as histórias de vidas registradas nos livros do Educandário revelaram parentescos, casamentos, escolarização, formação profissional e óbitos. Resgatar a memória e a identidade coletiva dos ex-internos do Educandário Alzira Bley representou uma busca das raízes dessa população, uma volta ao passado.

Atualmente, no Educandário Alzira Bley, que ocupa uma área de 552.349,05 m², são desenvolvidas atividades educativas e sociais. A educação infantil se dá por meio da locação de parte do prédio do Educandário para a Prefeitura Municipal de Cariacica, onde funciona um Centro de Educação Infantil Maria Jardelina. O Ensino Fundamental – séries iniciais - é ofertado às crianças por meio da Escola Estadual de Ensino Fundamental Doutor Souza Araújo. As crianças que estudam nestas instituições de ensino têm a oportunidade de serem atendidas no contra turno por atividades sociais ofertadas pelo Educandário Alzira Bley, dentro das condições do estabelecimento.

No entanto é preciso ressaltar que as estruturas físicas encontram-se atualmente em precárias condições. Mas, nem sempre foi assim, o Educandário em seu período áureo já chegou a ter mais de 40 funcionários, centenas de internos, produção agrícola e padaria.

A área de estudo é de grande importância social, arquitetônica e patrimonial e deve receber mais atenção da administração pública nos âmbitos estadual e municipal para que sua dinamização econômica traga avanços também nas áreas sociais, culturais e ambientais.

A prefeitura municipal de Cariacica vê nesta área um potencial para instalação de um polo moveleiro, em virtude de sua extensão e localização logística às margens da BR 101, também conhecida como Rodovia do Contorno estabelecendo a ligação entre os municípios de Cariacica e Serra. Mas, não oferece nenhuma contrapartida para a instituição.

Outra proposta para a área vem da SOAMI – Sociedade de Amparo a Melhor Idade – cujo fundador é o Senhor Wanderlino Evilásio Siqueira, cuja avó foi ex-interna da Colônia. O projeto prevê a revitalização e ampliação do complexo hospitalar Pedro

Fontes. Tal proposta está em discussão na Assembleia Legislativa do Espírito Santo, acompanham a sua tramitação o MORHAN Capixaba que representa os pacientes da Colônia e seus filhos, a Associação dos Moradores do bairro Padre Matias, que compreende também as vilas Pica Pau e Cajueiro formadas a partir das terras da ex-colônia.

Esta proposta prevê que o Hospital Dr. Pedro Fontes seja reformado para atender aos idosos nas áreas de saúde física (geriatria e gerontologia), saúde bucal (odontogeriatria), fisioterapia, além da construção de um museu. A vila funcionaria como um asilo para os hansenianos e as áreas de preservação seriam utilizadas para o ecoturismo, a capela e o cemitério seriam reformados e incorporados ao projeto, bem como as áreas pertencentes à Sociedade Eunice Weaver do Espírito Santo.

A área do Educandário não deve ser incorporada ao projeto, uma vez que esta não faz mais parte do complexo da Colônia desde 1993. Neste ano o então Governador do Estado Albuino Cunha Azeredo assinou a Lei nº 4.741 (ANEXO H), transferindo a área onde está localizado o Educandário Alzira Bley e seu entorno (compreendendo 552.349,05 m²), que pertencia anteriormente ao Hospital Colônia Dr. Pedro Fontes, para a Sociedade Eunice Weaver do Espírito Santo. A Lei prevê que a área seja utilizada única e exclusivamente para fins assistenciais-filantrópicos, o descumprimento da mesma acarreta a devolução da área para o Estado, conforme o artigo 3º.

> **Art. 1°** - Fica o Poder Executivo autorizado a doar à Sociedade Eunice Weaver do Espírito Santo sociedade civil de fins assistenciais-filantrópicos com sede nesta Capital, uma área de terra medindo 552.349,05 m^2 (quinhentos e cinquenta e dois mil trezentos e quarenta e nove metros quadrados e cinco decímetros quadrados), situada no lugar denominado Itanhenga, Município de Cariacica, neste Estado, desmembrada de maior porção de propriedade do Estado.
>
> **Art. 2°** - A área de que trata o artigo anterior destinar-se-á, exclusivamente, às atividade assistenciais- filantrópicas a cargo da donatária e tem as seguintes confrontações ao Norte, faixa de domínio da BR) 101 (contorno); ao Sul, mangue (terreno de Marinha); a Leste, o hospital Pedro Fontes; a oeste, faixa de domínio da BR 101 (contorno).
>
> **Art.3° -** O imóvel objeto da doação reverterá ao patrimônio estadual, independente de qualquer indenização, se lhe for dado, no todo ou em parte, outra destinação que não a indicada no artigo anterior.

Outra proposta, da Associação dos Ex-internos do Educandário Alzira Bley, visa desenvolver, por meio de convênios com entidades públicas e privadas, atividades educativas e profissionalizantes, a fim de aproveitar o espaço dos prédios e áreas rurais existentes na área para beneficiar as comunidades locais.

O prédio da Granja e seu entorno, que estão em estado de abandono, seriam utilizados para fazer um asilo para os ex-internos do Educandário, pois, muitos não constituíram família e não dispõem de um local para se abrigar na velhice. Na parte rural com o aproveitamento de sua extensa área seria possível desenvolver projetos agrícolas, sociais e lazer. Na extensão dos prédios internos, os convênios com entidades nas áreas da educação e esportes promoveriam cursos técnicos profissionalizantes. Antigamente existiam cursos diversos, com oficinas instaladas com equipamentos caros, mas aos poucos, alguns foram roubados e outros se deterioraram. As oficinas iam desde marcenaria, carpintaria, artesanato, pinturas, padarias até costuras e bordados (Heraldo José Pereira, Presidente da Associação dos Ex-Internos do Educandário Alzira Bley, 02/08/2013).

Após conhecer a realidade do Educandário Alzira Bley em diferentes momentos históricos e atendendo a diferentes populações, compreendemos as proposições anteriores como tentativas de grupos distintos em reacender as funções deste espaço, que atualmente, encontra-se subutilizado. Mas, para tanto é necessário vontade política, estabelecimento de parcerias e investimentos financeiros e de recursos humanos.

Nesse sentido, propomos a criação/implantação de um Centro de Educação Ambiental Integrado à Qualidade de Vida, para atender às crianças e adolescentes dos bairros do entorno em caráter integral e promover uma educação formativa desde o ensino fundamental até a profissionalização no ensino médio integrado. O que se propõe para a implantação na área em questão é uma educação integral, com uma prática pedagógica e currículo próprio ao desenvolvimento das atividades socioeducativas e ambientais que recuperem a área degradada e a autoestima da população dos bairros do entorno.

O Centro de Educação Ambiental Integrado à Qualidade de Vida ofereceria atividades nas seguintes áreas:

Educação: Ensino Fundamental; Ensino Médio; Ensino Médio Integrado à Educação Profissionalizante: Técnico em Meio Ambiente e Técnico Agrícola; Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Profissionalizante para EJA.

Cultura: oficinas de congo, capoeira, musicalização na escola; canto; coral; composição; instrumentos; teatro e fantoches.

Atendimento à Sociedade: cursos modulares de finais de semana para a comunidade por meio do Programa Escola Aberta com oficinas de biscuit, bordado em chinelo, bijuterias, cozinha; cursos de informática e línguas estrangeiras (Inglês e Espanhol).

Meio Ambiente: oficinas de brinquedos com materiais recicláveis e de brinquedos de madeira, curso de formação de empreendedores da reciclagem do lixo; cursos interativos/práticos como o de produção de mudas (viveiro), minhocário, compostagem, borboletário, orquidário, agricultura orgânica (horta escolar), piscicultura, horta de plantas medicinais, plantios em consórcios; formação de educadores ambientais: fiscal ambiental, trilheiros, guias de caminhadas, brigada ecológica e recuperação da área degradada de Mata Atlântica; pesquisa contra dengue, lixo e reciclagem, genética vegetal. Estas atividades seriam desenvolvidas na área rural do Educandário pelos estudantes dos cursos técnicos (Agrícola e Meio ambiente) em suas disciplinas práticas, uma vez que os cursos funcionariam em período integral.

As demandas são muitas, há interesse por parte de diversos órgãos para a reestruturação da área, propostas e boa vontade por parte de funcionários e associações. Mas é necessário um olhar político que façam os investimentos necessários para a realização daquelas que melhor atendam à comunidade dos bairros do entorno.

Existem muitas possibilidades de pesquisa para a área em estudo, como a continuidade de caracterização da população que passou pelo Educandário no período de 1980 a 2012, que compõe o banco de dados; As pesquisas futuras podem contemplar ainda a arquitetura dos prédios; estudo da área como patrimônio histórico e cultural; os moradores que hoje ocupam as casas que pertencem ao Estado e eram ocupadas pelos hansenianos; o estigma e o preconceito que paira sobre a área e as pessoas que vivem nela; analisar o destino das 1.547 pessoas

que foram internadas compulsoriamente no Educandário Alzira Bley de 1937 a1979 para traçar um perfil das vidas marcadas pela permanência nesta instituição.

6 REFERÊNCIAS

ABREU, Maurício de Almeida. Sobre a Memória das Cidades. **Revista da Faculdade de Letras – Geografia I**, Porto Alegre, Volume XIV, p. 77-97, 1998.

AGB Paulista - **Boletim Paulista de Geografia**. São Paulo, nº 84, p. 7-24, 2006. Disponível em: <http://agbsaopaulo.org.br/node/156>. Acesso em 14 out. 2012.

ALVES, Juliana Araújo; OLIVEIRA, José Aldemir de. A política de isolamento para hanseníase e a saúde pública: a Geografia do isolamento em Manaus/AM. Brasil. **Revista Geográfica da América Central**. Costa Rica. Número Especial. EGAL, p. 1-16, 2011. ISSN: 2115-2563.

ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 36 (3):373-382, mai-jun, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf>. Acesso em 16 set. 2013.

AS GRANDES EPIDEMIAS AO LONGO DA HISTÓRIA. **Super Interessante**. São Paulo: Abril, setembro de 2004. Disponível em: <http://super.abril.com.br/saude/grandes-epidemias-ao-longo-historia-445155.shtml>. Acesso em 9 agos. 2013.

BEAUJEU-GARNIER, Jacqueline. **Geografia de população.** Tradução de Leônidas Gontijo de Carvalho. 2ª Ed. Revisada e atualizada. São Paulo: Ed. Nacional, 1980. P. 3-14.

BECKER, Olga Maria Schild. Mobilidade Espacial da População: conceitos, tipologia, contextos. In: CASTRO, I.E.; GOMES, PCC; CORRÊA, Roberto Lobato. **Explorações Geográficas: percursos no fim do século.** 2ª Ed. - Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. P. 319-367.

BRASIL. **Decreto Nº 16.300, de 31 de Dezembro de 1923.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D16300.htm>. Acesso em 10 jun. 2013.

_____. **Decreto Nº 968, de 07 de Maio de 1962**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decmin/19601969/decretodoconselhodeministros-968-7-maio-1962-352366-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 10 jun. 2013.

BRASIL. **Lei Nº 610, de 13 de Janeiro de 1949**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1940-1949/lei-610-13-janeiro-1949-366190-norma-pl.html>. Acesso em 10 jun. 2013.

_____. **Lei Nº 9.010, de 29 de Março de 1995.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9010.htm>. Acesso em 02 mai. 2013.

_____. **Lei Nº 11.520, de 18 de Setembro de 2007.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11520.htm>. Acesso em 02 mai. 2013.

BRASIL. **Portaria Nº. 3, de 28 de Fevereiro de 1947**. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/revistas/1947/PDF/v15n1/v15n1snl.pdf>. Acesso em 02 maio 2013.

_____. **Portaria Nº. 165/Bsb, de 14 de Maio de 1976.** Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../portaria165_11_%20julho_1976>. Acesso em 02 mai. 2013.

BRASIL: mortalidade proporcional por grupos de causas definidas entre 1930 e 2004. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=24&arquivo=ver_conteudo_2>. Acesso em: 12 ago. 2013.

CABRAL, Dilma. **A lepra no Brasil: construção social e políticas de controle. 2010**. Disponível em: <http://www.rj.anpuh.org>. Acesso em: 12 jun. 2012.

CASTIGLIONI, Aurélia H. A Revolução Grisalha. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros – Seção Niterói**. Ano 2 – Jul/Dez de 2006. ISSN 1980-9018. 17 P. Disponível em: <http://www.agbniteroi.org.br/Revista4/rfg4_texto3.htm> Acesso em: 14 ago. 2012.

_____. Migração: Abordagens teóricas. ARAGÓN, Luis E. (org.) **Migração Internacional na Pan Amazônica**, 2009, Belém: UFPA, NHEA, P.39-57.

_____. Mudanças na estrutura demográfica do Espírito Santo ocorridas durante a segunda metade do século XX. **Revista Geografares**, n.7, 2009, p. 93 - 110. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/geografares/issue/view/22>. Acesso em: 14 ago. 2012.

_____. **Inter-relações entre os processos de transição demográfica, de envelhecimento populacional e de transição epidemiológica no Brasil.** Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latino americana de Población, 2012, Montevideo, Uruguay. 30 p.

CASTRO, Elizabeth Amorim de. **O Leprosário São Roque e a Modernidade:** uma abordagem da hanseníase na perspectiva espaço-tempo. 2005. 146 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2005.

COMBATE À HANSENÍASE REDUZ EM 31,5% NOTIFICAÇÕES DA DOENÇA EM TODO O PAÍS. **ISAUDE.NET** publicado em 03/11/2011 às 13h20m. Disponível em: <http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/22390/geral/combate-a-hanseniase-reduz-em-315-notificacoes-da-doenca-em-todo-o-pais>. Acesso em: 17 set. 2013.

CORRÊA, Roberto Lobato. Interações Espaciais. In: CASTRO, I.E.; GOMES, PCC; CORRÊA, R. L.. **Explorações Geográficas: percursos no fim do século.** 2ª Ed. - Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. P. 279-318.

CUNHA, Ana Zoé Schilling da. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**. 7 (2):235-242, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10243.pdf>. Acesso em 16 set. 2013.

CUNHA, Vivian da Silva. **O Isolamento Compulsório em Questão**. Políticas de Combate à Lepra no Brasil (1920-1941). 2005. 151 f. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005.

DAMIANI, Amélia Luisa. **Geografia e população**. 7ª Ed. São Paulo: Contexto, 2002. P. 61-66.

DICIONARIO ONLINE**:** **dispensário**. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/dispensario>. Acesso em: 14 jul. 2013.

DICIONARIO ONLINE**:** **educandário**. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/educandario>. Acesso em: 14 jul. 2013.

DICIONARIO ONLINE**:** **preventório**. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/dispensario>. Acesso em: 14 jul. 2013.

EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY: celeiro de talentos. **Revista Mensageiro**. Outubro de 2011. Cariacica/ES. P.12-14.

EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY. **Projeto Político Pedagógico**. 2010. 30 p.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Nº 4.741, de 07 de janeiro de 1993**. Disponível em: <http://www.al.es.gov.br/antigo_portal_ales/images/leis/html/LEI4741.html>. Acesso em 09 ago. 2013.

FOSS, Norma Tiraboschi. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. **Anais Brasileiros de Dermatologia.** Rio de Janeiro, 74 (2): 113-119, março/abril, 1999. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br>. Acesso em 16 set. 2013.

FREITAS, Raquel. Construção e Desconstrução da Relação entre Migrações Forçadas e Desafios de Segurança em África. **Cadernos de Estudos Africanos***.*

2011, posto online no dia 31 Janeiro 2012. Disponível em: <http://cea.revues.org/444>. Acesso em: 8 Jul. 2013.

GALINKIN, Ana Lúcia. Estigma, território e organização social. **Revista Espaço e Geografia**. Vol.6, nº 2 (2003), P. 151-179. ISSN: 1516-9375.

GEOGRAFIA DA POPULAÇÃO. In: **Infopédia**. Porto: Porto Editora, 2003-2012. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/$geografia-da-populacao>. Acesso em: 07 ago. 2012.

GEORGE, Pierre. **Geografia da População**. Tradução: Miguel Urbano Rodrigues. 7ª Ed. Atualizada de acordo com a 4ª Ed. Francesa de 1973 por Rolando Roque da Silva. São Paulo: DIFEL. 1986. P.80-112.

HAKKERT, Ralph. **Fontes de dados demográficos**. Belo Horizonte: ABEP, 1996. 72 p.

IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**, 1988.

IBGE. (1950). **Recenseamento geral de 1940**, Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE. (2006), IBGE/DPE/Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeto UNFPA/BRASIL (BRA/02/P02)**

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: < http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 mar. 2012.

IGNOTTI, Eliane; PAULA, Regina Cardoso. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise dos indicadores selecionados no período de 2001 a 2010. In: **Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília – DF, 2010. Cap. 9, p. 183-202. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_9_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em 07 jun. 2012.

LAPA, Tiago Maria; ALBUQUERQUE, Maria de Fátima P.M. de; CARVALHO, Marília Sá; JUNIOR, José Constantino Silveira. **Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial.** 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/07.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2012.

LEE, Everett S. **Uma Teoria sobre a Migração**. Migração interna. Textos selecionados. Tomo 1 – Ministério do Interior. Banco do Nordeste S/A. Coordenado e traduzido por Hélio A. de Moura. Fortaleza, 1980. P. 89-114.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. Capítulo 3, p. 25-44.

MACIEL, Laurinda. **A hanseníase ao longo da história**. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=368&sid=12>. Acesso em: 24 jul. 2013.

MAGALHÃES, Maria da Conceição Cavalvanti; ROJAS, Luisa Iñiguez. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, abr/jun 2007; volume 16, n.2, p. 75 – 84.

MARZLIAK, Mary Lise Carvalho; SILVA, Regina Célia Pinheiro; NOGUEIRA, Wagner; GUISARD, Carmem Luiza; FERREIRA, Maria Emilia; METELLO, Heleida Nobrega; LAFRATTA, Tanya Eloise; MOHALLEM, Dalila Filomena; CLEMENTE, Tânia Maria Guelpa; MACEDO, Helena R. Breve histórico sobre os rumos do controle da Hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo. **Hansen Int.** 2008 33(2). Suppl. 1 p. 39 44.

MELO, Claudia Moura de; SANTOS, José Aislan Correia; SANTOS, Laura Angélica Gomes. Dinâmica espaço-temporal da hanseníase no Estado de Sergipe (2004-2010). **Revista Scire Salutis. Aquidabã**. V. 1, nº 2, setembro de 2011. ISSN: 2236-9600.

MENEZES, Ana Maria Baptista. **Epidemiologia das doenças respiratórias**. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. 184p. (Série Pneumologia Brasileira, v. 1). Disponível em: <http://www.mpto.mp.br/static/caops/patrimonio-publico/files/files/nocoes-de-epidemiologia.pdf>. Acesso em: 01 out. 2012.

MERLIN, Pierre. Géographie humaine. Paris: PUF, 1997. **Deuxième partie: Géographie de la population.** P. 119-201.

Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Guia para controle da Hanseníase**. Brasília (DF): 2002, p.12-13.

Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília (DF): 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase CID 10:A30. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª Ed. Brasília: Ministério da saúde, 2005. P. 364-394. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em 07 jun. 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010.** Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Brasília, 2006. 31p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase e direitos humanos : direitos e deveres dos usuários do SUS** – Brasília – DF, 2008. 72 p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em 07 jun. 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. – 3. ed., rev. e ampl. – Brasília – DF, 2008. P. 8-11. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 07 jun. 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados.** Brasília, 2009. P 23-24. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=39239>. Acesso em: 05 jul. 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso.** 8ª ed. rev._ Brasília-DF. 2010. P. 206-216. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 07 jul. 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação: Espírito Santo**. 5ª Ed. Série C Projetos, Programas e Relatórios – Brasília/DF: 2011. 36 p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação Epidemiológica Hanseníase no Brasil em 2011**. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – 2011, 10 p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase Estados e regiões, Brasil, 2001 a 2012**. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 07 jun. 2012.

MONTEIRO, Yara Nogueira. **Violência e profilaxia: os preventórios paulistas para filhos de portadores de hanseníase.** 1998 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n1/02.pdf>. Acesso em: 23 out. 2012.

MOREIRA, Marilda Vieira; WALDMAN, Eliseu Alves; MARTINS, Cleide Lavieri. Hanseníase no Estado do Espírito Santo, Brasil: uma endemia em ascensão? **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 24 (7):1619-1630, jul, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/17.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2012.

NEVES, Maria Clara Medeiros Santos. Além das aparências — Memória da Dermatologia no Espírito Santo. **LVIII Congresso Brasileiro de Dermatologia**, 2003, Vitória, ES.

OLIVEIRA, Maria Leide W. de; PENNA, Gerson. **Manual de prevenção de incapacidades.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3. ed., rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. P. 7. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>. Acesso em 06 abr. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015** / Organização Pan Americana da Saúde. Brasília: 2010. 44 p.

PATARRA, Neide L.; FERREIRA, Carlos Eugênio C. Repensando a transição demográfica: formulações, críticas e perspectivas de análise. **Núcleo de Estudos de População.** Campinas/São Paulo: NEPO: UNICAMP, 1986. 37 p.

PENNA, Gerson. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe Epidemiológico 2008**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>. Acesso em 06 abr. 2012.

PEREIRA, Paulo Cesar Xavier. São Paulo: A construção da cidade 1872-1914. São Paulo: Rima e FAPESP. 2004.

Plano Diretor Municipal de Caricica (PDM).Volume 1. Fundação Ceciliano Abel de Almeida. 2006. 249 p.

POLLAK, Michael. Memória e identidade social. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 10, 1992, p. 200-212.

PRATA, Pedro Reginaldo. A Transição Epidemiológica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 8 (2): 168-175, abril/junho, 1992.

PRB - Population Reference Bureau**. GUIA RÁPIDA DE POBLACIÓN**. 2ª Ed. PRB, 1991

PRB- Population Reference Bureau. 2012. **World Population Data Sheet**. Disponível em: <http://www.prb.org>. Acesso em: 29 jul.2013.

RAMOS, ARS; FERREIRA, SMB; IGNOTTI, E. Óbitos Atribuídos à Hanseníase no Brasil (2000 a 2007). Resumos: 12. **Congresso Brasileiro de Hansenologia / Congresso Regional da ILA – Americas.** 23 a 26 de novembro de 2011. Maceió - Alagoas – Brasil. ***Hansen Int****. 2011; 36(1) : 154.* Disponível em: <http://154hansenologiainternationalis>. Acesso em: 16 mai. 2012. ISSN: 1982516.

RIBEIRO, Maria de Nazaré de Souza. **De Leprosário a bairro:** reprodução social em espaços de segregação na Colônia Antônio Aleixo _ Manaus/AM. 2011.283 f Tese de Doutorado em Geografia Humana. USP: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. São Paulo, 2011.

ROTBERG, A.; BECHELLI, L. M. **O dispensário na profilaxia da lepra; sua importância crescente e sua modernização** 1949. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/revistas/1951/PDF/v19n2a02.pdf>. Acesso em 24 jul. 2013.

SAMPAIO, Poliane Barbosa. **Análise Espacial dos casos novos de hanseníase e a correlação com os indicadores socioeconômicos no Município de Vitória, ES no período de 2005 a 2009.** 2012, 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, 2012.

SANGI, Kelly Cristina Cateringer; MIRANDA, Luciana Farias de; SPINDOLA, Thelma; LEÃO, Ana Maria Machado. Hanseníase e estado reacional: história de vida de pessoas acometidas. **Revista Enfermagem.** UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):209-14.

SANTANA, Alliny Reis Machado; VARELA, Caio Araújo; DAMASCO, Fernando Souza; RAMOS, Mônica Costa da Silva; PAIVA, Renan; SANTOS, Silvana dos. Dinâmica populacional e organização espacial dos doentes de hanseníase do Hospital Colônia de Itaboraí/RJ: das origens à ameaça de extinção**. Revista Geo-Demo**. Volume 2. 2011. Disponível em: <http://www.geodemo.uff.br/?p=882>. Acesso em 12 jun 2012.

SANTOS, Jair L. F. et al. (org.). Natureza e fontes dos dados demográficos. In: **Dinâmica da População**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1980. Cap.4, p.87-102.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil. **História, Ciências, Saúde** . Manguinhos, vol. 10: (suplemento 1): 415-26, 2003.

SILVA, José Bittencourt da. A ex-colônia de hansenianos de Marituba: perspectivas histórica, sociológica e etnográfica. **Paper NAEA 234**, maio de 2009. 41p.

SILVA, Lígia Maria Tavares da. Trajetórias pela Geografia Histórica. IN: BEZERRA, Amélia Cristina Alves *et al* (orgs) **Itinerários Geográficos**. Niterói: Eduff, 2007. P. 71-84.

SILVA, Marcelo Werner da. A Geografia e o estudo do passado. **Terra Brasilis** *(Nova Série)*, 2012, posto online no dia 05 Novembro 2012. Disponível em: <http://terrabrasilis.revues.org/246>. Acesso em:01 out. 2013.

SIQUEIRA, Wanderlino Evilasio. **Sociedade de Amparo à Melhor Idade (SOAMI).** 2011. 26 p.

SOUZA-ARAUJO, Heraclides Cesar de. **História da Lepra no Brasil: períodos colonial e monárquico (1500-1889).** Volume I. Ministério da Saúde: Imprensa Nacional. Rio de Janeiro 1946. 612p.

_____. **História da Lepra no Brasil: período republicano (1889-1946).** Volume II. Ministério da Saúde: Imprensa Nacional. Rio de Janeiro 1948. 425 p.

_____. **História da Lepra no Brasil: período republicano (1890-1952).** Volume III. Ministério da Saúde: Imprensa Nacional. Rio de Janeiro 1956. 722 p.

TREWARTHA, Glenn T. **Geografia da População: padrão mundial**. Tradução: Veneranda Barreto Hellmeister. São Paulo: Atlas S.A. 1969. P. 170-180.

VALLIN, J. **La démographie**. Paris: Éditions La Découverte, 1992.

VIEIRA, Alda; CYPRESTE, Dora Martins. **Evolução Histórica da Hanseníase no Brasil e no Espírito Santo:** da internação compulsória à atenção básica. 2007.127 f Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação com ênfase em Saúde da Família – Faculdades Integradas São Pedro (FAESA). Vitória, 2007.

ZELINSKY, Wilbur. **Introdução à Geografia da População**. 2ª Ed. Rio de janeiro: Zahar Editores, 1969. Tradução de Fausto Guimarães. P. 17-86.

APÊNDICE A - RELAÇÃO DOS LEPROSÁRIOS, EDUCANDÁRIOS E DISPENSÁRIOS EXISTENTES NO BRASIL.

Anos	Estados/Território	Leprosários	Preventórios	Dispensários
1744	Distrito Federal – Rio de Janeiro	Hospital dos Lázaros, em São Cristóvão, fundado em 1744, próximo à Santa Casa de Misericórdia e instalado em São Cristóvão em 1766. Hospital Colônia de Curupaiti, em Jacarepaguá, inaugurado em outubro de 1928. Hospital Frei Antônio.	Preventório Recanto Feliz, inaugurado em maio de 1936. Educandário Santa Maria.	Doze dispensários anexos aos 12 centros de saúde.
1787	Bahia	Leprosário D. Rodrigo de Menezes.	–	–
1789	Pernambuco	Hospital dos Lázaros de Recife.	–	–
1816	Mato Grosso	Leprosário São João dos Lázaros, próximo de Cuiabá.	–	–
1816	Pará	Hospital de Tocunduba, em Belém.	–	–
1883	Minas Gerais	Hospital dos Lázaros de Sabará, inaugurado em 1883. Colônia São Francisco de Assis. Sanatório Roça Grande. Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei. Colônia Santa Isabel, próxima de Belo	Preventório São Tarcisio próximo de Belo Horizonte. Preventório Aprendizado Técnico Profissional em Belo Horizonte. Educandário Carlos Chagas em Juiz de Fora. Creche de Belo Horizonte. Educandário Olegário Maciel em Varginha.	Dispensário em Belo Horizonte.

		Horizonte, inaugurado em dezembro de 1931. Colônia de Bambuhy, início da construção em 1936. Colônia Padre Damião em Ubá. Colônia Santa Fé em, Três Corações.		
1924	Pará	Lazarópolis do Prata, em João Pessoa, a 150 km de Belém, inaugurado em junho de 1924.	–	–
1926	Paraná	Leprosário São Roque próximo de Curitiba.	Educandário Curitiba. Escola Abrigo São Roque (Inaugurada em 1927).	–
1927	Santa Catarina	Colônia Santa Teresa, em São José, próximo a Florianópolis.	Preventório Santa Catarina, em Florianópolis.	–
1927	São Paulo	Asilo Santa Teresinha, em Carapicuíba.	Preventório Santa Teresinha, em Carapicuíba.	–
1928	São Paulo	Sanatório Padre Bento, em Guarulhos. Asilo Colônia Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes. Asilo Colônia Pirapitingui, próximo a Itu e Sorocaba. Asilo Colônia Cocais, próximo de Casa Branca. Asilo Colônia Aimorés, próximo a Bauru.	Preventório do Jacareí. Creche Santa Teresinha, em São Paulo.	Dispensário do Braz. Dispensário de Bom Retiro. Dispensário de Jaçanã. Dispensário da Lapa. Dispensário de Santo Ângelo. Dispensário de Campinas. Dispensário de Presidente Prudente.

		Asilo do Guapira.		Dispensário de Rancharia.
1928	Ceará	Leprosário Antônio Diogo, em Cannafistula.	–	–
1929	Rio Grande do Norte	Leprosário Vila São Francisco de Assis, próximo à Natal, inaugurado em janeiro de 1929.	Educandário Oswaldo Cruz, em Natal.	–
1930	Amazonas	Leprosário Belisário Penna, em Manaus, inaugurado em julho de 1930. Asilo em Paricatuba, inaugurado em julho de 1930. Colônia Antônio Aleixo. Leprosário do Umirisal.	Abrigo Menino Jesus (Preventório Alice Salles), em Manaus, inaugurado em 1929. Educandário Gustavo Capanema, em Manaus.	Dispensário Oswaldo Cruz, em Manaus.
1931	Piauí	Hospital de São Lázaro, em Parnaíba. Colônia Carpina.	Preventório de Teresina. Educandário Padre Damião.	–
1931	Pará	Asilo Santa Teresinha, em Belém. Inaugurado em janeiro de 1931.	–	–
1936	Rio Grande do Sul	Leprosário em Itapoã, próximo de Porto Alegre. Leprosário junto ao Hospital de Isolamento em São José em Porto Alegre.	Preventório Amparo Santa Cruz em Porto Alegre	–
1936	Rio de Janeiro	Colônia de Iguá em Itaboraí. Colônia Tavares Macedo.	Educandário Vista Alegre, em Niterói.	Dispensário em Niterói. Lazareto da Ilha Grande. Dispensário em Campos.
1936	Pernambuco	Leprosário da Mirueira, próximo de Recife.	Preventório São Francisco de Assis, em Recife.	Dispensário em Recife.

			Instituto Guararapes, em Recife.	
1937	Goiás	Colônia Santa Maria, próximo de Goiânia.	Educandário Afrânio Azevedo, em Goiânia.	Abrigo Helena Bernard, em Catalão. Abrigo na Ilha do Bananal. Abrigo em Anápolis. Dispensário Rio Verde.
1937	Espírito Santo	Leprosário de Itanhenga / Hospital Colônia Pedro Fontes, em Cariacica.	Preventório Alzira Bley, em Vitória. Educandário Alzira Bley em Cariacica.	Dispensários em São José do Calçado, Mimoso do Sul, Muqui, Cachoeiro de Itapemirim, Alegre, Afonso Claudio, Colatina e Vitória.
1937	Mato Grosso	Leprosário em Botas, próximo de Campo Grande. Colônia São Julião.	Preventório de Cuiabá. Educandário Getúlio Vargas, em Campo Grande.	–
1937	Bahia	Leprosário de Águas Claras, próximo de Salvador.	Preventório de Águas Claras, em Salvador. Educandário Eunice Weaver, em Salvador.	–
1937	Sergipe	Colônia Lourenço Magalhães, em Aracaju.	Educandário São José, em Aracaju.	–
1937	Alagoas	Colônia Eduardo Rabelo, em Maceió.	Educandário Eunice Weaver, em Maceió.	Dispensário de Maceió.
1937	Paraíba	Colônia Getúlio Vargas, em Rio do Meio, próximo a João Pessoa.	Educandário Eunice Weaver, em João Pessoa, início da construção em 1938.	–

1937	Ceará	Colônia São Bento, próximo a Fortaleza. Colônia Antônio Justo.	Educandário Eunice Weaver, em Maranguape. Preventório Silva Araújo, em Cannafistula.	Dispensário Gustavo Capanema, em Fortaleza.
1937	Maranhão	Hospital dos Lázaros de Gavião, em São Luís. Colônia do Bonfim, próximo de São Luís.	Educandário Eunice Weaver. Educandário Santo Antônio, em São Luís.	Dispensário em São Luís.
1937	Pará	Colônia de Marituba, próximo de Belém.	–	–
1938	Pará	Leprosário do Tocantins. Leprosário do Baixo Amazonas. Asilo Frei Gil Vila Nova.	Educandário Eunice Weaver, em Belém.	Dispensário em Belém.
1938	Acre (território)	Leprosário Souza Araújo, próximo de Rio Branco. Leprosário em Sena Madureira. Leprosário de Cruzeiro do Sul.	Educandário Santa Margarida, em Rio Branco.	–
1941	Mato Grosso	Colônia São Julião, próximo de Campo Grande.	–	–

Fontes: SOUZA-ARAUJO (1948); SANTOS (2003); SANTANA et al. (2011).

APÊNDICE B – ENTREVISTA DE LUIZ CARLOS FARIAS

Educandário Alzira Bley, 30 de Abril de 2013.

Entrevista: Luiz Carlos Farias

Eu vim pra cá pequenininho, zero ano, e fui para as mãos da Jandira. Meus pais moravam no Hospital Colônia Pedro Fontes, nasci lá. Tinha uma maternidade aqui e quem era filho de hanseniano vinha pra cá. Quem tinha a doença ficava lá e quem não tinha vinha pra cá. Meus irmãos e eu viemos para o Educandário.

Meu pai se chamava Eurico Farias e minha mãe Maria Rosa Aquino. Eles vieram de Minas, São Manoel do Mutum. Eles estavam com essa doença que não era das boas não, os doentes perdiam o dedo. Minha mãe era perfeita, mas tinha um problema que não sentia dor, tinha problema de cabeça e vieram para o Hospital Colônia Pedro Fontes, mas eu não sei em que ano não, eu nasci em 1960 e eles já estavam ali.

Nós éramos dez irmãos, cinco homens e cinco mulheres, morreu um homem e depois uma mulher e agora somos oito. Vieram todos para o Educandário. Lá no Hospital Colônia Pedro Fontes meus pais tinham uma casa e um pedaço de terra para eles plantarem. Meu pai tinha uma rocinha. Tem a casinha onde eles moravam lá, hoje mora um pessoal que não tem a doença. Eles tinham uma casinha, plantação de banana e milho.

Ele não tinha mão, era só um cotoco, ele enfiava um couro de boi ao redor do braço para prender a enxada e capinava, rastelava, era trabalhador meu pai. Para nós irmos visitá-lo, na época do dia dos pais ou das mães, é a Jandira que levava a gente. Ia uma turma que era criada aqui. Nós íamos devagarzinho, passo a passo até chegar lá na Colônia.

Lá era fechado, não podia ter acesso lá dentro não, quando chegava lá tinha a numeração, falava o nome dos filhos e cada um ia para o lado dos pais, na hora da benção, nós pedíamos a benção dentro de uma tela, tinha uma tela que eles encostavam a mão de um lado e os filhos de outro, e pedia a benção. Só que nós não convivíamos com eles não.

Eu adoro o Educandário, isso aqui é minha vida (risos). Tinha época que tinha bastante crianças aqui. Depois eu saí daqui, fui embora, com 22 anos, saí assim pro mundo, me jogaram como se eu fosse sem destino. Eu fui para casa de um, para casa de outro, mas morei sempre por aqui por perto, Porto Belo, passava necessidade, passava fome, não tinha comida. Ajudava o pessoal onde eu morava com eles.

Primeiro quando eu saí daqui, me tocaram daqui na época da dona Deia, que me botou pra fora. Aí, a Jandira ficou com pena de mim e arrumou um ex-motorista que dirigia aqui que é o Celso, Celsinho, que me levou para Colatina, para trabalhar com parte elétrica. Depois não deu certo e ele me arrumou outro emprego lá em Jacaraípe, aí eu fiquei lá trabalhando; deu tudo certinho, mas aí a firma faliu e eu fiquei pelo mundo perambulando. Eu lembro um dia que alguém falou bem assim: Tia Lina você está ficando muito doida pra casar com esse homem. Aí ela virou e falou bem assim: deixa curtir a minha doideira.

Um dia, eu vim pra cá ajudar, eu dava dia de serviço de graça para o Educandário. A Jandira me arrumou um trabalho de carteira assinada em Jacaraípe, meu primeiro emprego. O cara tinha um galpão, sabia que eu era filho de hanseniano e estava com receio, ele conhecia essa doença. Passei a morar em Jacaraípe. Ele achou que eu era ladrão, fazia teste comigo, no primeiro dia de emprego ele jogava uma caneta de ouro no chão, aí eu cheguei pra ele e falei: “vem cá, você está fazendo teste comigo? Porque você está jogando a caneta no chão toda hora?”. Depois que eu falei isso com ele, ele nunca mais jogou a caneta no chão. Porque eu não sou ladrão, era meu primeiro emprego. Depois ele passou a ter confiança em mim, fiquei tomando conta uns quinze dias do escritório. Eu dormia lá na firma mesmo. Trabalhava em Jacaraípe, trabalhava na Aracruz Celulose quando pegava serviço, ficava lá. Mas, infelizmente não deu certo porque eram dois irmãos, dois sócios, e um estava dando desfalque no outro. Teve que dividir a firma, eu fui mandado embora e fiquei outro tempo passando necessidade, não tinha lugar pra ficar.

Um dia reunimos todos os irmãos e decidimos alugar uma casa e morar todo mundo junto. A mais velha que organizou e o Vicente, nós fomos morar juntos e eu fui catar papel e materiais recicláveis que eram separados num galpão em Vila Velha. Eu os ajudava no aluguel e na comida, dava o dinheiro. Depois separamos um do outro, cada um foi para o seu canto e eu fiquei perambulando.

Eu vinha para o Educandário e a Lina estava trabalhando aqui, tomando conta das crianças. Antigamente eles a chamavam de irmã e eu a respeitava. Mas ela estava gostando de mim (risos). Ela foi dando conselho para que eu arrumasse um serviço, comprasse uma casa, e eu fui na conversa dela. Pegando o dinheiro e dando para ela, trabalhando na CEISA, indústria que mexe com metalurgia, perto da Coca-Cola, hoje ela existe ainda. Eu dava o dinheiro pra ela, que foi juntando até comprar uma casa em Nova Rosa da Penha. Eu vinha aqui para vê-la. Eu estava desempregado e ela me mandava ir lá para os lados da creche arrancar colonião (capim) pra limpar a área (terapia ocupacional).

Depois que eu comprei a casa eu ficava mais aqui do que lá em casa (risos). Um dia eu estava no pé de caju, a Lina veio e falou que queria ter uma conversa séria comigo, ela falou bem assim, só que você é mais velho do que eu, ela disse que estava gostando de mim e eu estava gostando dela, ai nós ficamos namorando, mas, nós sempre respeitamos os meninos, não ficávamos namorando na frente de todo mundo. Eu vinha do trabalho, passava por aqui, namorava um pouco, depois ia para minha casa. Lá, eu mesmo fazia a minha comida, lavava a minha roupa. Depois de um ano de namoro, nós fomos à casa dos pais dela em Iúna, que gente fina.

O pai dela estava doente, mas ele falava. Eu fui pedir a mão dela em casamento e o pai falou bem assim, eu não esqueço até hoje, quando ele falou pra mim: “Você não vai bater na minha filha não, né!”. Eu disse que não ia bater nela: “Se eu vim aqui é para casar e não para judiar da sua filha”. Aí ele liberou. Depois eu pedi para mãe dela que também liberou, Dona Ireni. Nós namoramos e depois casamos na capela do Educandário, no dia 03 de julho de 1989. Todo mundo do Educandário participou, o pessoal de Nova Rosa da Penha encheu isso aqui de gente. Teve festa, foram três padres que casaram a gente: Germano, Alessandro e Joaquim. Todos três fizeram meu casamento e eu danei a chorar porque eu estava cheio de cachaça (risos). Nós casamos e tivemos filhos, primeiro a Daniele. A Lina ficou os nove meses

trabalhando aqui, mas eu sempre dava carinho para ela. Eu fui no hospital, mas não vi nascer. A Dalila nasceu em 1994, eu também não a vi nascer, eu fui lá depois que ela nasceu. No Hospital das Clínicas só podia entrar uma pessoa de cada vez, mas nós éramos espertos e jogávamos o crachá de visitante da janela e tinha um monte de parente querendo entrar, quando foram ver o quarto estava cheio.

Nós saímos de casa às cinco e meia da manhã, seis horas a gente já está aqui e a Tia Lina faz o café das crianças. Mudamo-nos para o bairro André Carlone (Serra/ES) definitivamente em 2007. Nós moramos aqui desde que nós casamos, as meninas nasceram aqui.

Eu parei de beber e de fumar, eu ganhei um presente de uma doutora que trabalhou aqui, a doutora Regina. Ela veio no dia do meu aniversário, estava conversando com a Lina e a minha filha, quando eu entrei e a doutora Regina falou: Tia Lina eu vou dar um presente para o seu marido, eu vou fazer ele parar de fumar. Tia Lina ficou alegre. A doutora Regina falou assim: Para de ficar alegre, você não pode fazer assim não, você tem que deixa-lo ir pela vontade dele, não pode incentivar não. Eu agradeci, saí e na sexta-feira eu pedi para minha esposa ligar para doutora Regina que eu ia fazer esse tratamento para parar de fumar, ela ligou e marcou numa segunda-feira às oito horas. Cheguei ao consultório da doutora, ela me fez tanta pergunta e eu disse que queria parar de fumar. Ela pediu para que eu assinasse um termo de responsabilidade. Na hora eu não falei nada com ela não, só falei assim, doutora no dia que você estava me dando esse presente para eu parar de fumar era o dia do meu aniversário. Ela fez o tratamento e eu fiquei setenta e cinco dias sem fumar, aí deu vontade de fumar e eu voltei lá, ela fez outra sessão de laser e foi tiro e queda, não deu mais vontade de fumar.

Quando acabou a internação compulsória, nós podíamos ir à colônia visita-los. Quando era dia dos Pais ou das Mães nós almoçávamos com eles, mas eu e meus irmãos gostávamos muito de jogar bola, todos os cinco. Meu pai falava assim: “Oh, meus filhos, vem almoçar aqui que é dia dos Pais ou das Mães, vocês têm que vir almoçar conosco”. Mas, não botávamos na cabeça de obedecer ao papai, nós jogávamos bola e passava das 11 horas e o papai esperando, a mãe ficou nervosa trancou a porta da casa, nós vínhamos todo mundo para almoçar, já era uma hora da tarde, ela escondeu atrás da porta com um cabo de vassoura e foi deixando todo mundo entrar, na hora que entrou todo mundo, ela pegou o cabo de vassoura e

partiu pra cima da gente dizendo seus vagabundos eu não falei que vocês tinham que estar aqui às 11 horas pra almoçar e saiu metendo a vassoura em nós, e nós pocamos fora, fugimos para o Educandário e a galera começou a curtir com a nossa cara porque nós apanhamos do nosso pai e da nossa mãe.

Meus pais moraram na colônia até falecer, não eram muito velhos não, tudo infartado, primeiro a mãe e depois o pai, ele bebia e fumava. Depois que minha mãe morreu tinha um enfermeiro que cuidava dele, o finado Antônio. Minha irmã mais velha e eu íamos sempre visitá-lo. Ele não chegou a conhecer as minhas filhas. Só conheceu uma neta a filha da Creuzinha. Nós não tínhamos filhos ainda não, ele morreu e foi enterrado ali mesmo. Todos que morriam na colônia eram enterrados nesse cemitério que fica dentro da Colônia.

Se eu tivesse estudado! Eu não estudei porque eu era muito bagunceiro, eu vou te falar a verdade, eu estudava aqui no Souza Araújo e não prestava atenção nas coisas direito, na professora. Se eu fosse um cara que gostasse de estudo eu queria ser juiz, não ia ficar um ladrão na minha reta, matador, eu ia fazer igual ao Alexandre, entendeu. Quem tivesse errado eu ia mandar para cadeia, eu não ia dar colher de chá não, mas infelizmente eu fui bagunceiro e hoje eu tenho arrependimento, estou vendo como faz falta.

Para mim foi uma maravilha ficar aqui, meu pai me colocou aqui e felizmente eu aprendi muita coisa boa e dediquei a minha profissão as crianças. Eu gosto muito de crianças, de velhos, de todo mundo e de ajudar as pessoas que necessitam. Isso aqui é a minha vida, a minha família, foi muito bom.

APÊNDICE C – ENTREVISTA DE BAUDUINA RODRIGUES DE SOUZA FARIAS

Educandário Alzira Bley, 30 de Abril de 2013.

Entrevista: Balduina Rodrigues de Souza Farias (Tia Lina)

Eu saí de Iúna em 1972, fui para a Congregação das irmãs Missionárias Combonianas em Curitiba. Eu tinha 19 anos, fiz o divorciado, o postulado e o noviciado. Lá me formei, trabalhei bastante e fiquei por nove anos. Quando eu vim pra cá, eu já vim sabendo que não podia continuar na Congregação das Irmãs por causa de uma infecção no fundo dos olhos, foi uma bactéria que eu peguei em um campo de missão, em Linhares, numa carvoaria. Fui fazer um trabalho apostólico, quando fui contaminada por uma bactéria nos olhos. Nessa época, não tinha ninguém para decidir por mim, então, eu mesmo decidi e pedi para fazer a cirurgia, a raspagem, todo o tratamento, mas não sarou, minhas vistas não melhoraram e os médicos não davam uma garantia que voltaria ao normal. Fiquei com aquela infecção uns quatro ou cinco anos tendo febre sempre.

Como a Congregação não aceita pessoas que tenham doenças para fazer os votos perpétuos eu tive que sair da Congregação. E para que eu não sofresse muito a Madre arrumou um trabalho pra mim aqui, que também era um campo de missão, era um internato, tinha as regras bem parecidas com as do convento. Eu morava no convento, mas estudava e trabalhava fora, quase não ficava no convento.

Eu vim pra cá em 1983, no dia 13 de Julho. Aqui eu comecei um trabalho com as crianças, as famílias das crianças e o pessoal que vinha; quando eu cheguei aqui a situação era muito precária.

Uma presidenta do Educandário não gostava dos meninos que tinham sido criados aqui, aqueles que já tinham saído, mas que por vezes voltavam. Havia também um grupo de rapazes e moças que tinham mais de dezesseis anos, já tinham passado da idade de sair do Educandário e não tinham saído porque não conseguiam emprego, nem destinação, os pais estavam doentes na colônia e não podiam ir pra lá e os parentes não os aceitavam. Então, eu comecei a ouvir essa turma de ex-alunos que vinham pra cá escondidos, porque eles não podiam entrar e também aqueles que ainda estavam aqui.

Comecei a conversar com eles do lado de fora mesmo, porque eles não podiam entrar no Educandário. Conversava com um e com outro, encontrava-me com eles para saber como estava a vida deles, a maioria estava passando muita necessidade. Para não deixá-los cair nas ruas envolvendo-se com coisas erradas, porque alguns fizeram isso, a gente começou a conversar e a orientar esses meninos. Depois com o aval da presidenta da época eu consegui que eles viessem almoçar aos domingos. O Educandário ficava cheio de ex-alunos, eles almoçavam, conversavam e a gente ficava a par da vida deles. Uns se deram bem, outros não se deram, a gente apoiava aqueles que estavam em dificuldades. Foi nessa época que começamos a estudar a situação dos ex-alunos e dos alunos. Nessa mesma época nós nos informávamos sobre a família dos que estavam aqui para ver se eles podiam ficar ou não com as famílias. Eu conheci o Luiz Carlos e a família dele no dia da morte de seu pai, quando ele, os irmãos e um grupo de ex-alunos foram ao enterro. Morava em Jacaraípe, depois ele veio para casa da dona Isaura que trabalhou como cozinheira no Educandário e do seu Áquila que trabalhava na horta do Educandário.

Isso ocorreu nessa situação de conhecimento das famílias e dos ex-alunos para tentar resolver uma situação que estava muito difícil aqui dentro também, porque tinham pais que não gostavam dos meninos, não aceitavam os filhos porque não foram criados com eles, então tudo que eles faziam estava errado. Procurávamos conversar, explicar e aproximar as crianças que estavam aqui dentro das famílias, que eles tinham praticamente esquecido e também apoiar os meninos que não estavam se dando bem fora do educandário. O Luiz Carlos estava desempregado e eu falei para ele vir trabalhar aqui até conseguir um emprego. Aí a gente foi se envolvendo nesse trabalho social com os alunos e ex-alunos.

Enquanto estava nesse trabalho de conhecer as famílias, conhecer os ex-alunos, eu esperava que a Congregação decidisse alguma coisa sobre mim, porque eu era irmã nova, chamada juniorista, não tinha os votos perpétuos, fiz o pedido para fazer os votos só que não foi aceito por causa da doença que eu tinha nas vistas. Usei uns óculos muito fortes, passei um período sem enxergar das duas vistas, fiz um tratamento clínico, mas o médico me explicou que a vida no Educandário, onde eu me preocupava mais com os outros do que comigo, foi uma forma de recuperar minha visão. Aos poucos eu fui me recuperando.

Quando eu comecei a namorar o Luiz, o pessoal do Educandário não era a favor, ninguém queria por causa da posição social. Porque eu tinha feito duas faculdades, Filosofia e Teologia e ele tinha pouco estudo. Cursei Filosofia em São Paulo na FAE, quando morei uns quatro ou cinco anos em São Paulo e fiz Teologia em Curitiba. Participei de missões em Rondônia e no Acre. Na divulgação da *Revista Brasil Sem Fronteiras*. Conheci o Brasil quase todo divulgando a revista e indo até nas paróquias. Foi um trabalho muito bom, sofri muito, mas viajei muito. Estudava e trabalhava e nos finais de semana fazia a divulgação da revista.

Enquanto cursava Filosofia, trabalhei na paróquia de Santo Antônio, no bairro do Morumbi, onde morei. Trabalhava com um grupo de adolescentes, os nipos, filhos de japoneses, famílias de japoneses que estavam sendo prejudicadas, porque tinha todo um tabu em cima deles. Os nipos tinham dificuldade de se entrosar com os brasileiros e os brasileiros com eles.

Em 1983, quando iniciei meu trabalho no Educandário, a maioria das crianças ainda eram filhos de hansenianos. Em 1979 o Educandário abriu as portas para atender órfãos sociais, aqueles que os pais estavam internados no Hospital Adalto Botelho, então as crianças não tinham para onde ir, vinham para cá. As crianças do juizado de menores, antiga FEBEM, também eram encaminhadas pra cá. Então a gente tinha que fazer todo acompanhamento da família e da vida das crianças, porque talvez não tivessem pai e mãe, mas tinha uma tia, uma avó. O trabalho que eu fiz aqui foi resgatar as histórias de todos os meninos que estavam aqui quando eu cheguei, eram noventa e oito crianças e adolescentes. Mas, havia uns cento e cinquenta que tinham saído e não estavam bem, estavam desestruturados. Foi preciso fazer um trabalho para os de dentro e outro para os de fora para uni-los. Todas as noventa e oito crianças ficavam alojadas no Educandário, os que tinham

saído estavam na casa de parentes, ou tinham formado repúblicas. Nós formamos muitas repúblicas de meninos que não davam certo com a família, já estavam na idade de saírem do Educandário, então a gente alugava uma casinha para três ou quatro morarem juntos e arrumava trabalho para eles e orientava.

Na década de 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente e um programa chamado Pro Menor, começamos a encaminhar os adolescentes para fazerem estágios e com o salário deles a gente abria uma caderneta de poupança para que eles pudessem comprar sua casa, seu lugarzinho quando chegasse a idade deles saírem daqui. Eu era a responsável por abrir as cadernetas e depositar o dinheiro. Fui orientando os adolescentes, para que não acontecesse com eles o que aconteceu com o Luiz Carlos e muitos outros que ficaram sem lugar para morar depois que saíram daqui. Alguns saíram para um trabalho, mas não deu certo naquele trabalho e tiveram que se virar.

Nós casamos aqui, enfrentamos uma barra, depois ele começou a beber, começou a fazer coisas que não devia, a gente sofreu muito, mas muito mesmo, eu e as minhas filhas, minhas meninas eram pequenas. Agora já tem dois anos que ele não fuma, bebe só de vez em quando, tem quatro meses que passou a beber menos.

Eu morava aqui no Educandário, não tinha casa, mas tinha parentes por aqui. Eu e a Jandira éramos funcionárias internas. No dia da minha folga eu não tinha pra onde ir, a não ser na casa dos meus parentes. Eu queria um lugar para descansar, então comprei um apartamento no bairro André Carlone (Serra/ES).

Depois que a gente se casou, o Luiz veio morar no Educandário comigo. Nós sempre tivemos um quarto aqui, as meninas foram geradas e criadas aqui dentro, junto comigo. Daqui elas saíam para estudar e voltavam pra cá, mesmo naqueles períodos difíceis em que eu fui trabalhar na roça, porque as pessoas que estavam administrando isso aqui queriam que eu saísse, mas não me mandavam embora. Aqui tem um pouquinho disso, fica chateado, mas não manda embora, fica pressionando para pessoa sair. Então elas iam para escola, eu ia buscá-las do outro lado.

Depois de um tempo o Luiz Carlos não pode continuar aqui. Ele foi morar no nosso apartamento no bairro André Carlone e a gente continuou aqui porque tinham internatos ainda. Havia crianças internas aqui ainda até 1995, quando saíram as

duas últimas crianças com oito e dez anos, respectivamente. Eles foram para uma casa, um abrigo da prefeitura de Vitória, que ficava perto da casa de uma tia deles que morava em Jardim Camburi, para facilitar o convívio deles com a família. Eles tinham vindo pelo SOS Criança. A mãe tinha perdido o poder pátrio sobre eles.

A criança que foi institucionalizada perde o contato com a família, e a família perde o contato com ela também. As crianças sonham com a família perfeita e os pais sonham com os filhos perfeitos, então eles têm muitas dificuldades de se aceitarem. Isso também aconteceu com os filhos dos hansenianos. Nós temos um caso de um pai que tinha dois filhos que foram criados aqui, e ele sempre quis ficar com os filhos. A gente começou a mandar eles para passar o final de semana, o pai era hanseniano, a mãe morreu. O pai disse assim: “agora eles vão morar aqui comigo”. Mas ele batia muito nos meninos, escravizava os meninos. Agora eles cresceram e o pai não os aceita mais dentro de casa, tanto que um deles foi morar em Campo Grande [bairro do município de Cariacica/ES] e o outro alugou um quarto dentro do hospital e tá morando lá. Ele não deixava os meninos retornarem ao Educandário, os meninos sofreram muito. O pai dizia assim: “são meus filhos e eu vou educar do meu jeito, vocês os educaram muito mal”. Ele ainda é vivo e mora lá, o menino que alugou um quarto no hospital sempre foi uma criança muito difícil, uma criança com problemas mentais, problemas seríssimos.

Os recursos para manter o Educandário sempre vieram de doações de pessoas civis. Houve um período em que tivemos uma presidenta, a Carmem Lúcia, que era muito ligada ao Estado e conseguiu muitos convênios. Então o Estado ajudou bastante naquele período. Mas, depois de 1990, depois do Estatuto da Criança e do Adolescente a assistência social é obrigação das prefeituras, das secretarias de Ação Social e não mais das entidades. As entidades entram para ajudar as prefeituras; então o governo e as prefeituras deixaram de repassar recursos para a gente, nem convênio nós não conseguimos agora porque nós estamos com problemas de documentação, nós temos dívidas com o Ministério do Trabalho.

A Prefeitura Municipal de Cariacica e o Governo do Estado não ajudam em nada. O que nós temos hoje é o aluguel de um espaço para a Prefeitura de Cariacica, onde funciona o Centro de Educação Infantil Maria Jardelina. Com água e luz, eles pagam quatro mil reais, é muito pouco, só dá para pagar a folha com seis funcionários: a

Jandira que é auxiliar de enfermagem, uma coordenadora (Tia Lina), uma cozinheira, duas monitoras e um caseiro que trabalha na roça.

Na roça, tem períodos que são produzidas algumas coisas, outros não. Agora, por exemplo, está numa época muito difícil. O diretor é o Geraldo Varejão. Nós demos como parceria uma roça à meia para uma família, mas eles não estão fazendo nada, vamos ver como fica essa situação, porque isso não depende de mim, passa pela diretoria. Quando eu vim para cá em 1983, tinha uma pessoa na roça tentando fazer uma hortinha, mas era muito pouco. Aqui era tudo muito feio, o mato estava entrando em casa.

Os meninos já grandinhos, todos aqui dentro sem um trabalho, a gente teve que organizar as atividades na área agrícola, incentivar os meninos a trabalharem. Nós fizemos uma cooperativa com os meninos e meninas adolescentes. As meninas trabalhavam cuidando dos pequenininhos, dos menores no berçário e os meninos trabalhavam na roça, na produção. Quando começou a produzir e a vender, do dinheiro das vendas tirava-se o das sementes e o que sobrava era dividido entre os meninos e eles passaram a ter uma caderneta de poupança. Antigamente era o Bamerindus, hoje é o HSBC. O pessoal do Bamerindus veio aqui e conversou com eles, abriu uma caderneta de poupança para cada um, então todo mês, quando eles recebiam um dinheirinho, podia ser pouquinho, mas eles iam lá e depositavam. Todos eles ficaram com uma caderneta de poupança para eles aprenderem também a valorizar o trabalho e a juntar o dinheiro.

Foi um trabalho muito bonito que a gente fez, mas como sempre, quando está dando tudo certo a diretoria sempre quer tomar a frente. Quando passou para as mãos da diretoria, o dinheiro não foi mais repassado para os meninos, caiu outra vez. De 1980 para cá foram cinco diretores, alguns bons outros não.

Quando o Educandário completou cinquenta anos, fizemos uma grande festa. A pessoa que estava aqui no serviço social achou por bem expor as fotografias em álbuns e painéis para que todos pudessem ver. Ela retirou as fotos dos quadros, porque estavam velhos e cheios de cupins. Era para refazer, colocar tudo novo, mas não deu tempo. Então ela colocou num álbum grande e deixou nas mãos dos ex-alunos durante a festa, porque foi uma festa grande, não só para os alunos daqui, mas também para os ex-alunos. Havia painéis de fotografias, nesta ocasião sumiram

muitas fotografias, os ex-alunos pegavam e levavam e a gente acabou nem sabendo com quem ficaram. Anos mais tarde descobrimos que tal fotografia estava com fulano e outra com beltrano. Muitas fotografias ficaram espalhadas com os ex-alunos, não foram jogadas fora. Teve períodos que eu estava na direção e outros que eu não estava, trabalhava com as crianças ou na roça, aí a parte do serviço social ficou com outras pessoas.

Nesse ano faz trinta anos que eu trabalho aqui e o Educandário fez setenta e três anos no dia 24 de abril. Hoje estamos atendendo cem crianças, mas não está completinho ainda não, porque eu estou chamando aos poucos algumas famílias para pegar aquelas crianças que precisam mais, estão faltando uns sete dos maiores e uns quatro dos pequenos. Os grandes ficam aqui num horário e no Doutor Souza Araújo no outro e os pequenos ficam aqui num horário e no CEMEI Maria Jardelina, no outro. A gente faz um contraturno para que as crianças fiquem por aqui mesmo. Elas saem de casa cedo e voltam só à tarde.

Nós temos o laboratório de informática, a biblioteca uma hora e meia por semana com leitura para os grandes e contação de histórias para os pequenos, temos esporte também, uma vez por semana na quadra ou no campo, fazem os piqueniques com eles. Um dia por semana tem atividades de artesanato, artes, dobradura, depende de quem está aplicando a oficina e a gente vai ajudando. Um dia da semana para reforço escolar, deveres, para ver quem está com dificuldades. Além disso, todos os dias têm uma hora para dever de casa. Por exemplo, das dez às onze eles estão tomando banho e quando saírem vão fazer dever de casa.

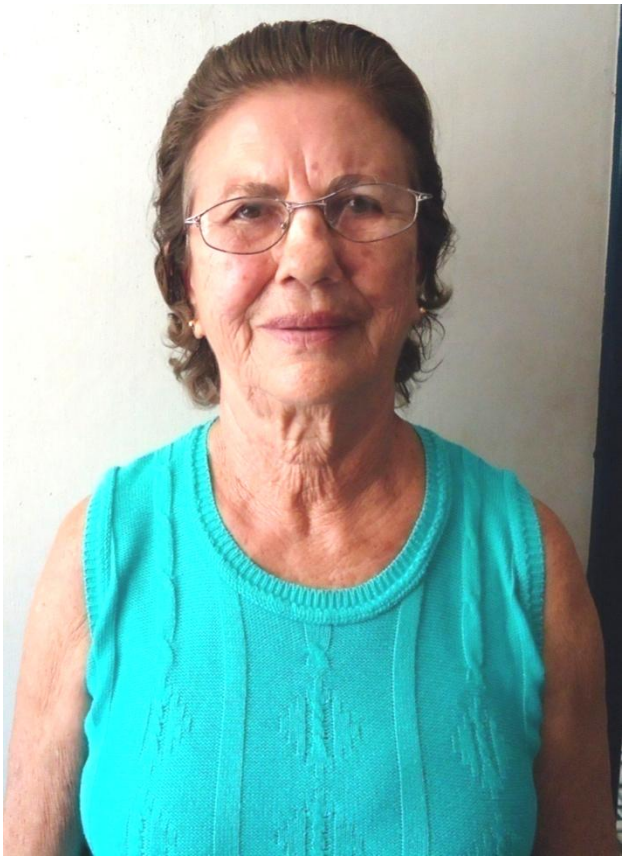
A rotina deles começa às sete horas quando eles chegam de ônibus escolar e tomam o desjejum, depois entre sete e oito horas é guardar as mochilas, conversar com os colegas e às oito horas começam as atividades até às nove horas (oficinas e atividades em sala). Depois tem a merenda e das dez às onze horas banho e dever de casa. Depois das merendas eles sempre escapolem para brincar. Às onze horas é servido o almoço e depois das onze e meia até meio dia e meia são brinquedos e jogos mais calmos, eles ficam comigo até ir para a escola, à uma hora da tarde. Nesse horário as monitoras almoçam. Os pequenininhos que ficam a tarde chegam às onze e meia e almoçam, descansam meia hora, brincam e tomam banho. Depois do banho, eles vão para as atividades em sala de aula e depois vão para casa. É bem puxado pra gente que trabalha aqui.

A Daniele gosta daqui, ela trabalhou dois anos como monitora, saiu porque passou na Prefeitura de Vitória, está estagiando como pedagoga. Dalila terminou o Ensino Médio no ano passado, fez o vestibular na UFES, mas não passou. Como ela está trabalhando não tem muito tempo para estudar, ela trabalha numa empresa de transporte, no setor administrativo, gosta muito de lá, então, não está muito ligada nos estudos e isso não é bom. A Daniele sempre foi mais ligada aos estudos, entrou num estágio e conseguiu um trabalho, ela ficou um ano só estudando, isso ajuda muito a pessoa a ficar mais ligada aos estudos, já a Dalila não. Antes de terminar o terceiro ano, ela já estava trabalhando de carteira assinada, período integral e terminou o estágio numa sexta-feira e na terça-feira, eles foram buscá-la lá em casa, porque na empresa conseguiu fazer um trabalho que ninguém tinha conseguido aprender e fez com perfeição. Um dos donos da empresa tinha visto e falou pra ir lá e buscá-la porque estava fazendo falta na empresa. Ela está bem, gosta de trabalhar lá, só que isso está atrapalhando os estudos, para tirá-la de lá agora vai ser difícil. Depois que completar um ano de empresa eles vão pagar a metade da mensalidade da faculdade. Então é por isso também que ela não está correndo atrás. Agora mesmo ofereceram pra ela uma oportunidade na FAESA, mas só que os cursos que tinham lá não são da área. Só que ela tem que parar de trabalhar, porque precisa estudar muito, ou fazer administração que está dentro do ramo que ela trabalha.

O Educandário pra mim foi uma realização muito grande como missão e também como ser humano, como mãe, como esposa e como missão, aqui é um lugar de situação missionária. Eu vim para cá por causa disso, eu estava deixando uma congregação e não queria deixar o carisma e aqui era um lugar que a gente pode fazer o bem para quem você sabe que não vai fazer o bem para você. Você não pode esperar nada em troca daquela pessoa, você está ajudando porque você gosta e acha que pode. Então, resumindo é isso, foi uma realização tanto vocacional quanto pessoal.

Aqui é uma grande família porque quando tem alguns ex-alunos que estão passando por momentos de dificuldade eles batem aqui e chamam a Jandira de mãe.

APÊNDICE D – ENTREVISTA DE JANDIRA SCALZER



Educandário Alzira Bley, 30 de Abril de 2013.

Entrevista:Jandira Scalzer

Eu nasci em Santa Teresa, em 18 de abril de 1934. Morei lá até os 12 anos. Dessa data em diante eu vim para o Educandário Alzira Bley. O meu pai era hanseniano, ele veio antes que a gente, depois trouxe toda família. Minha mãe ficou aqui por uns tempos, porque ela estava amamentando meu irmãozinho que era pequeno.

Nós ficamos aqui muito tempo e a mamãe não se conformava com a separação da gente, com o menino pequeno que ela queria amamentar; entrou em depressão. A mamãe ficou aqui no Educandário porque ela não tinha hanseníase e para ficar no interior sozinha também não dava certo. Antigamente ficava a mãe ou alguém da família aqui com as crianças, mas houve a separação da gente, a mamãe ficava num lugar e a gente no outro, aqui mesmo nos pavilhões do Educandário. Meu irmão, José Elias, tinha uns oito a dez meses e ficava na creche, a mamãe não se conformava com isso porque era acostumada a viver junto com os filhos, por isso, entrou em depressão, ficou uns tempos assim, depois ela não sabia o que fazer e o que fazia. Um dia ela não queria tomar banho e o pessoal já queria maltratá-la. Eu não gosto da minha história, porque é uma história muito triste. Ela não queria tomar banho e as meninas mais velhas que não tinham juízo também queriam dar banho nela no tanque, foi uma confusão. Um dia, veio um tio aqui, e o papai ficou sabendo lá na Colônia do que estava acontecendo.

O irmão da mamãe veio aqui e nós explicamos a ele o que estava acontecendo, então ele pegou a mamãe e levou para a Ilha da Pólvora, onde ficavam as pessoas que tinham problemas mentais. Ela ficou uns tempos lá e a gente aqui. Depois de algum tempo a mamãe retornou e apresentou manchas, o papai arrumou um jeito de

ela ficar lá com ele, aí ela ficou bem, nós ficamos aqui no Educandário e os dois na Colônia. Íamos visitá-los três vezes por ano e assim mesmo era por meio de um vidro chamado parlatório, os pais ficavam do lado de lá e a gente do lado de cá. As visitas aconteciam no Natal, no dia dos Pais e no dia das Mães, assim mesmo a gente não podia ter contato com eles, só por meio do vidro grande, e tudo que a gente recebia deles, porque às vezes eles queriam mandar alguma coisa, tinha que passar por uma estufa para esterilizar.

Tinham muitos pais que não conheciam os filhos, porque vinham pequenininhos para o Educandário, então a gente que era maiorzinho dizia quem eram aquelas crianças para os pais ficarem sabendo, porque eles vinham recém-nascidos, pequenininhos. A gente explicava quem era filho de fulano, quem era fulano, todo ano era assim.

A doença do papai era a menos contagiante, mas começou a atrofiar os dedos. Depois que a mamãe foi morar com ele, ficou tudo bem, eles tinham uma casinha lá. Depois de uma época, mudou em vez de a gente ir lá nesse vidro, já podíamos passar por um portão mais aberto, no mesmo sistema, três vezes por ano, mas a gente ia à colônia, visitava e voltava. Nunca mais voltamos a morar com eles. Meu pai faleceu lá. Meus irmãos ficaram aqui, juntos. Depois passou um período e meu irmão mais velho começou a trabalhar na oficina lá fora, ele ia trabalhar e voltava para o Educandário, porque ele não tinha uma casa para morar. O Educandário aceitava que os internos trabalhassem e morassem aqui. Meu irmão mais velho levou o mais novo para trabalhar com ele na oficina e eu fiz um curso de enfermagem.

Eu saía para estudar e voltava para o Educandário. Cursei enfermagem e fui trabalhar no Educandário do Rio de Janeiro, em Jacarepaguá. Eram muitos educandários, trinta e dois no Brasil todo. A diretora veio aqui e perguntou se eu poderia passar uns tempos lá, porque aqui tinha duas enfermeiras, eu e a Creuza. A Creuza tinha feito o curso de enfermagem dela em Petrópolis no Rio de Janeiro e eu fiz aqui em Vitória em 1954.

Fui para o Rio de Janeiro e fiquei lá por oito meses, quase um ano, eles não queriam que eu viesse embora, mas meus pais estavam aqui. Quando a Creuza casou, a Eunice me perguntou se eu queria voltar pra cá e eu voltei e estou até hoje

trabalhando aqui. Depois que meu pai faleceu a mamãe ficou sozinha, então, meu irmão levou a mamãe para morar com ele em Campo Grande.

Em 1958 eu perdi um irmão com seis anos, por gangrena, ele era da creche. Quando ele faleceu, eu senti muito, porque eu ficava com ele, eu cuidava das crianças da creche. Eram os maiores que cuidavam dos menores. Tinha uns que maltratavam as crianças, menina moça não tinha juízo também, eram todas criadas aqui, com problemas de família. Meu pai ficou muito sentido, meus pais eram muito apegados à família, sabe como é família do interior, lá de Santa Teresa. Nós trabalhávamos na roça, no patrimônio de Santo Hilário, perto de São Sebastião, tinha um cafezal, tinham as coisas da gente, quando papai ficou doente a gente precisou vir para Vitória.

Quando foi um determinado tempo, acho que foi em 1959 nós fomos fazer um passeio na praia, onde o rio Doce desemboca no mar, onde dá aquele choque da água doce com a salgada, mas nós não sabíamos e não tinha nenhuma placa avisando perigo, e aí o que aconteceu, faleceram sete crianças afogadas, inclusive o meu irmão mais novo; foi a pior coisa do mundo, ver aquelas crianças se afogando e a gente não tinha nada nas mãos para socorrer, foi a maior luta, o maior sacrifício. Eu estava dando comida para as crianças pequenas da creche. Larguei tudo, o rapaz que estava comigo falou assim, eu estou desconfiado que as crianças estejam se afogando, eu fui correndo ver. Veio um bote pra ajudar, mas o bote queria virar também, foi uma coisa horrível. A professora Olga Martinelli foi criada aqui e era a primeira vez que ela ia à praia, foi explicando para as crianças o que era ilha, o que era isso, o que era aquilo, chegando lá foi com as crianças para o mar e se afogou também, a professora e as sete crianças.

Meu irmão só foi achado no outro dia, todo picado de peixe. Eles foram enterrados em Cariacica, esperaram achar todos para enterrar todos juntos. Esperaram achar o corpo do José Elias, que era muito levado. Depois que ele foi enterrado, vim embora, não quis ficar aqui, não estava me sentindo bem. Fui para o Rio de Janeiro com a esposa do médico. Fiquei um mês lá e depois voltei, mas a gente nunca esquece. Não me casei, fiquei a minha vida toda aqui ajudando as crianças. Fazendo uma coisa, fazendo outra, exercendo a enfermagem.

Eu vim pra cá em 1946, fiquei adolescente uns tempos, depois comecei a fazer o curso técnico de enfermagem, passei a trabalhar. Mas, chegando aqui a gente já trabalhava, varria, limpava, fazia uma coisa e outra. Não é como hoje em dia que as crianças ficam mais a vontade, tem tempo para brincar, antigamente não, tinha limpeza, tinha que fazer tudo, tinha horário de oração, horário de refeição, todos os horários certinhos, hora de recreação, tinha hora de dormir. Antes de ir para o dormitório tinha que fazer uma oração, os pavilhões eram separados um de meninos e outro de meninas. Naquela época tinha a creche com cinquenta e poucas crianças, esse número dependia da quantidade de crianças que vinham de fora e das que vinham do Hospital Colônia Pedro Fontes, que eram filhos de doentes, havia muitos recém-nascidos, eu busquei muita criança lá depois que eu fiz o curso de enfermagem.

Eu me dediquei, passava a noite com eles, as meninas de dezessete e dezoito anos ajudavam a cuidar das crianças pequenininhas, às vezes eram oito, doze recém-nascidos e eu orientava aquelas meninas e elas ajudavam a dar banho, dar mamadeira, cuidar do umbigo. Elas nasciam e não podiam nem mamar na mãe, eram trazidas pra cá imediatamente. Tinha um pediatra que orientava, dizia a quantidade de mamadeiras, tinha que fazer uma mamadeira separada da outra, era por número, tinha o número do berço e da mamadeira, tinha uma dieta para cada criança. Na creche tinha duas cozinhas, uma para os maiores que a alimentação era uma sopinha e outras coisas e a dos recém-nascidos que era só mamadeira. Tinha neném que mamava de duas em duas horas, tinha neném que mamava de três em três horas. Quantas crianças que às vezes passavam mal e eu enchia meu quarto com aquelas crianças à noite para olhar e cuidar, as meninas também ajudavam. Tinha uma criancinha que passou mal, era pequenininha, veio quase morta, ela mamava com um conta gotas. Uma vez ela passou tanto mal que eu saí com ela desesperada, entrei em um consultório médico particular, sem saber por que, eu estava tão desatinada com a criança que estava ruim, o médico queria interná-la. Então, eu pedi: “não, internar não, que eu cuido dela”. Eles deram toda medicação e eu vim embora com ela, a menina sobreviveu e está muito bem.

Esses meninos maiores que estão aí já passaram todos por mim. Vinha diretora, essas coisas assim pra ficar, mas não ficava, era difícil porque era muito isolado, muito fora da cidade, era uma vida só aqui dentro, a pessoa não aguentava, saía e

ia embora. Para não ficar sem ninguém, eu ficava substituindo aquela pessoa que não estava no momento. Tinha uma criançada que ficava aqui em cima, outras lá no pavilhão e aqui na creche. De noite a gente sentava aqui nessa varanda com a criançada todinha, na hora da mamadeira eu e as meninas íamos lá e dávamos as mamadeiras. Graças a Deus vencemos a batalha, faz uns três ou quatro anos que eu saí daqui, eu dormia aqui em cima, era muita luta. A mamãe faleceu faz muito tempo, uns dezoito anos, de vez em quanto eu passo lá na colônia e todo ano eu vou ao cemitério visitar meu pai e minha mãe.

Minha mãe morreu em Campo Grande na casa do meu irmão, mas pediu para ser enterrada junto com o marido dela. Nós éramos seis irmãos, agora só tem três, um morreu de gangrena, um morreu afogado e o outro bebia muito, não aguentou e morreu de câncer, mas ele já era casado, tinha filhos, genros e uma casa boa.

Hoje eu moro em André Carlone (bairro do município de Serra/ES) a Tia Lina mora no segundo andar e eu moro no primeiro. A gente vem juntas para trabalhar, vamos embora juntas, somos como irmãs, como família mesmo. A filha dela dorme comigo, a Dalila. A Daniele, só de vez em quando. Eu as vi nascerem e crescerem aqui. Elas ajudaram a tomar conta das crianças. Naquela época, para eu ficar aqui era uma coisa triste porque me separei da família, mas depois com o tempo a gente foi se acostumando. Temos muito que agradecer ao Educandário porque nós fomos acolhidos por ele (lágrimas). Eu não fiz muito não, devia ter feito mais, nossa vida é assim mesmo. Até hoje eu trabalho aqui como enfermeira, mas enfermagem mesmo não tem muito mais. Eu ajudo a cuidar das crianças, faço uma coisa e faço outra, ajudo no refeitório, na escovação dos dentes, quando falta alguém para olhar as crianças eu vou lá e ajudo, colaboro, agora enfermagem quase não tem, tem curativo, um remedinho, mas quando tinha médico era diferente.

Tinha muito médico aqui, teve uma época que tinham doze estudantes, eram alunos do sexto ano que vinham com a doutora Glorinha, assistir as crianças, onde funciona a computação hoje, eram os consultórios. Eles faziam pequenas cirurgias, tudo aqui dentro, ela vinha aqui para ensinar os alunos e eu ajudava a doutora Glorinha aplicando injeção, fazendo os curativos, era muito bom. Depois a doutora Glorinha saiu e veio outro médico especialista. Tinha um clínico geral, tinha o dentista da prefeitura, hoje só tem um dentista aqui que é voluntário. Ele vem uma vez por

semana cuidar dos dentes das crianças, vem no carro dele, traz os remédios e é uma pessoa muito boa, passa a tarde toda aqui cuidando das crianças.

Na década de 1980, quando os adolescentes foram retirados daqui, foi uma coisa muito brusca, tinham que ter preparado esses adolescentes, porque foram criados aqui desde pequenos e não sabiam como era a vida do lado de fora. É por isso que muitos adolescentes saíram revoltados, eles deveriam ter sido preparados, feito alguma coisa, para depois colocar na casa dos parentes. Uns foram não sei pra onde, Luiz Carlos foi um, que eu falei assim: “o Luiz Carlos não pode sair daqui porque ele não está preparado para isso”. Eu prendi o Luiz Carlos aqui, depois de uns tempos, arrumei um emprego para ele na Serra. Depois ele morou na casa de um ex-funcionário, a gente mandava comida para ele. O Luiz Carlos nunca esqueceu o Educandário, o Educandário está no coração dele, ele já brigou, já lutou, já perturbou, já fez de tudo que é coisa.

Ele é voluntário, é pobre e voluntário, vem e faz o que precisa para o Educandário. Mas foi bom ele fazer isso porque se não ele ia ficar louco, se não deixasse ele vir pra cá ele ficava doido, agora ele está bem, ele é uma pessoa muito boa de coração. Doutor Albertino gosta muito dele. Esse menino era para ter sido aproveitado aqui, mas isso deu uma confusão tão grande, Nossa Senhora da Penha, ele brigou, gritou, derrubou essa mesa aqui, revoltado, quando mandaram ele embora, a gente não gosta de falar sobre certas coisas, são coisas que já passaram, mas você vê que a vida foi muito difícil. Ele ficou revoltado, falou, falou, brigou e a Lina com paciência com ele. Ela foi uma heroína com esse menino. Varejão, atual diretor de Educandário, gosta dele e tem calma com ele, deixa ele trabalhar, ele vem o dia que ele quer, a Lina não força ele não, o dia que ele quer ele vem e o dia que ele não quer ele fica em casa.

O Luiz Carlos era magrinho não era gordo assim, mas ele parou de fumar e engordou, agora ele está bem. Ele e os oito irmãos dele foram criados aqui. Teve um morador da colônia que teve quatorze filhos, o Wantuil, ele perdeu duas filhas afogadas. Depois que acabou a internação compulsória o povo ficou mais à vontade. Antigamente o povo tinha medo de vir aqui. As pessoas que viviam aqui sofriam preconceito, discriminação. As crianças quando saíam daqui não falavam de onde eram, não falavam que eram do Educandário porque tinham medo que ninguém arrumasse emprego para eles, naquela época era assim.

Eu não, quando fiz o curso de enfermagem, abri o verbo. As outras duas meninas que foram comigo disseram assim: “não fala não Jandira”. Eu disse assim: “eu vou falar, não vou ficar com esse negócio preso dentro de mim, não vou não”. Chamei a diretora e contei tudo pra ela. Ela falou assim: “Jandira, ótimo, foi bom você ter desabafado, você trabalha livre, não fica com aquele medo e isso é normal, não é bicho de sete cabeças não”.

Aqui também já fez muito tratamento de manchas, tubérculos, tinha muitos meninos com manchas nas nádegas e eu via desaparecendo devagarzinho, eu dava o remédio, o médico dermatologista vinha de três em três meses e passava os remédios. Se ele tinha alguma suspeita ele separava e passava os remédios direitinho. Com um ano, um ano e pouco já não tinha mais nada, sumia, não pode deixar avançar, porque senão vai distrofiando, é horrível quando chega nesse ponto.

Agora até gente sadia tem no Hospital Pedro Fontes, está tudo misturado, hoje em dia não tem mais aquele preconceito, tem que ter alguns cuidados é lógico. O período de encubação da doença é de cinco anos para começar a aparecer os sintomas nas pessoas. Meus irmãos, nenhum deles ficou doente e conviviam com meu pai lá na roça, a gente nem sabia, ele mesmo sentiu que as mãos estavam dormentes e veio logo para se tratar, não saiu mais, faleceu e foi enterrado ali. Os recém-nascidos que vinham pra cá e morriam também eram enterrados na Colônia.

A creche não era assim, por dentro tinha um corredor, um berçário, o quarto das crianças de dois aninhos, três e quatro anos, tudo assim, cada pessoa era responsável por uma turma de crianças, tinha uma enfermaria e um consultório, o local das dietas e a cozinha, tinham os quartos do lado de lá. Eu brincava com as crianças no balanço, tinha uma menina aqui, a gente não podia gostar mais de fulano, mas tinha uma menina que eu era louca por ela, mas eu não dava demonstração porque as outras crianças sentiam ciúmes, ela foi embora e está bem. Às vezes vem gente lá do Rio aqui, e eles ficam doidos. Uma que foi enfermeira e trabalhou comigo e a gente se dava muito bem, era que nem irmã, a Creuza. Eu já fiz parto aqui, vários partos, lá no meio do mato, uma vez uma mulher teve neném, eu tinha os aparelhos todos certinhos. Eu já fiz naquela casa lá embaixo, que é perigoso é. A Creuza não ajudava bem, ela começava a fazer vômito e dizia: “Ah, Jandira não faz essas coisas não pelo amor de Deus”. Eu falava: “Vou socorrer, não posso deixar de socorrer”, porque era longe, não tinha carro, não tinha nada e

aqueles que nasceram aqui são meus afilhados, eu tenho uns cinquenta e poucos afilhados. Houve vários casamentos aqui na capela. O primeiro casamento aqui na capela foi do Teodorício que morava aqui embaixo, ele faleceu tem pouco tempo, depois foi o da Lourdes, teve o da Maria de Assis também, tinha até fotos deles ai. A primeira comunhão aqui era muito bonita, tinha sempre missa. A escola Doutor Souza Araújo pertencia ao Educandário, antes de se chamar Souza Araújo, a escola funcionava aqui nesse pavilhão.

Eu gosto muito daqui. Qualquer pessoa faz o que a gente faz.

APÊNCIDE E – TABELAS

Tabela A - Registro da quantidade de crianças internadas no Educandário Alzira Bley no período entre 1937 e 1979.

Ano de Registro	Total de Atendimentos	Ano de Registro	Total de Atendimentos
1937	18	**1958**	22
1938	15	**1959**	28
1939	15	**1960**	40
1940	72	**1961**	37
1941	43	**1962**	18
1942	25	**1963**	9
1943	17	**1964**	28
1944	25	**1965**	45
1945	22	**1966**	40
1946	24	**1967**	31
1947	20	**1968**	24
1948	28	**1969**	31
1949	49	**1970**	14
1950	28	**1971**	9
1951	39	**1972**	12
1952	34	**1973**	140
1953	36	**1974**	43
1954	49	**1975**	120
1955	33	**1976**	35
1956	20	**1978**	165
1957	30	**1979**	14
Total de Atendimentos (1937-1979)			1547

Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

A tabela B apresenta o quantitativo de pessoas por estados de origem para cada um dos períodos da internação compulsória.

Períodos	**ES**	**MG**	**RJ**	**SP**	**Outros**	**ND**	Total
1937-1939	33	5	0	0	0	10	48
1940-1944	135	10	5	0	0	32	182
1945-1949	128	13	0	0	0	2	143
1950-1954	175	9	0	0	0	2	186
1955-1959	126	3	0	0	4	0	133
1960-1964	112	15	2	0	0	3	132
1965-1969	154	7	1	0	0	9	171
1970-1974	207	8	1	0	0	2	218
1975-1979	254	39	7	5	6	23	334
Total	1324	109	16	5	10	83	1547

Fonte: Dados do Livro de Registros do Educandário Alzira Bley.

ANEXO A - LEI N° 11.520, DE 18 DE SETEMBRO DE 2007.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.520, DE 18 DE SETEMBRO DE 2007.

Conversão da Medida Provisória nº 373, de 2007

Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios.

Faço saber que o **PRESIDENTE DA REPÚBLICA** adotou a Medida Provisória nº 373, de 2007, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Renan Calheiros, Presidente da Mesa do Congresso Nacional, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a conceder pensão especial, mensal, vitalícia e intransferível, às pessoas atingidas pela hanseníase e que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônia, até 31 de dezembro de 1986, que a requererem, a título de indenização especial, correspondente a R$ 750,00 (setecentos e cinqüenta reais).

§ 1º A pensão especial de que trata o **caput** é personalíssima, não sendo transmissível a dependentes e herdeiros, e será devida a partir da entrada em vigor desta Lei.

§ 2º O valor da pensão especial será reajustado anualmente, conforme os índices concedidos aos benefícios de valor superior ao piso do Regime Geral de Previdência Social.

§ 3º O requerimento referido no **caput** será endereçado ao Secretário Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, nos termos do regulamento.

§ 4º Caberá ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS o processamento, a manutenção e o pagamento da pensão, observado o art. 6º.

Art. 2º A pensão de que trata o art. 1º será concedida por meio de ato do Secretário Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, após parecer da Comissão referida no § 1º.

§ 1º Fica criada a Comissão Interministerial de Avaliação, com a atribuição de emitir parecer prévio sobre os requerimentos formulados com base no art. 1º, cuja composição, organização e funcionamento serão definidos em regulamento.

§ 2º Para a comprovação da situação do requerente, será admitida a ampla produção de prova documental e testemunhal, e, caso necessário, prova pericial.

§ 3º Na realização de suas atividades, a Comissão poderá promover as diligências que julgar convenientes, inclusive solicitar apoio técnico, documentos, pareceres e informações de órgãos da administração pública, assim como colher depoimentos de terceiros.

§ 4º As despesas referentes a diárias e passagens dos membros da Comissão correrão à conta das dotações orçamentárias dos órgãos a que pertencerem.

Art. 3º A pensão especial de que trata esta Lei, ressalvado o direito à opção, não é acumulável com indenizações que a União venha a pagar decorrentes de responsabilização civil sobre os mesmos fatos.

Parágrafo único. O recebimento da pensão especial não impede a fruição de qualquer benefício previdenciário.

Art. 4º O Ministério da Saúde, em articulação com os sistemas de saúde dos Estados e Municípios, implementará ações específicas em favor dos beneficiários da pensão especial de que trata esta Lei, voltadas à garantia de fornecimento de órteses, próteses e demais ajudas técnicas, bem como na realização de intervenções cirúrgicas e assistência à saúde por meio do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 5º O Ministério da Saúde, o INSS e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República poderão celebrar convênios, acordos, ajustes ou outros instrumentos que objetivem a cooperação com órgãos da administração pública e entidades privadas sem fins lucrativos, a fim de dar cumprimento ao disposto nesta Lei.

Art. 6º As despesas decorrentes desta Lei correrão à conta do Tesouro Nacional e constarão de programação orçamentária específica no orçamento do Ministério da Previdência Social.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Congresso Nacional, em 18 de setembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

Senador RENAN CALHEIROS

Presidente da Mesa do Congresso Nacional

ANEXO B – PORTARIA N° 165, DE 14 DE MAIO DE 1976

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTÉRIO

Extraído do Diário Oficial (Seção I – Parte I) de 11 de julho de 1976.

PORTARIA Nº. 165/Bsb, DE 14 DE MAIO DE 1976.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 2º. do Decreto nº.77.513, de 29 de abril de 1976 e tendo em vista o disposto na alínea “b” do item I do artigo 2º. da Lei nº.6.229, de 17 de julho de 1975.

R E S O L V E:

I – A Política de Controle da Hanseníase passará a obedecer às seguintes normas:

1. O Controle da Hanseníase terá por objetivo reduzir a morbidade, prevenir as incapacidades, preservar a unidade familiar e estimular a integração social dos doentes, conforme as características de cada caso.

2. Para reduzir a morbidade é recomendado:

   2.1. Estimular a apresentação voluntária de doentes suspeitos e contatos, através de ações persistentes de educação para a saúde e de uma atenção médica de boa qualidade.

   2.2. Enquanto não se consegue a implantação da educação continuada para a saúde, promover a busca ativa dos casos e eventuais exames da coletividade.

   2.3. Promover cursos de atualização em hanseniologia para médicos e enfermeiros, principalmente daqueles que atuam em contato com a coletividade.

2.4. Capacitar agentes de saúde em atividades básicas de educação sanitária, reconhecimento dos casos suspeitos e execução de tarefas de prevenção de incapacidades.

2.5. Estimular a assiduidade do doente, mediante uma atenção eficiente e cordial, tornando-lhe agradável a revisão médica e proporcionando-lhe uma atenção realmente individualizada.

2.6. Integrar as ações de controle da hanseníase aos serviços gerais de saúde.

2.7. Fornecer medicação especifica a médicos dermatologistas para o atendimento de doentes e contatos em seus consultórios particulares, desde que sejam obedecidas as normas do item 3.

2.8. Estimular pesquisas em hanseníase.

3. Para receber a medicação especifica para utilização em sua clínica privada, o médico deverá:

3.1. Ser credenciado pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) do Ministério da Saúde.

3.2. Comprometer-se a fazer à autoridade sanitária competente a notificação de casos de hanseníase e a investigação epidemiológica pertinente.

3.3. Comprometer-se a, pelo menos uma vez por ano, fazer a revisão neuro-dermatológica dos casos.

3.4. Comunicar à autoridade sanitária competente o abandono do tratamento, as mudanças de endereço do doente e de seus contatos que se transferirem para outra cidade.

3.5. Distribuir gratuitamente os medicamentos que lhe forem confiados pela autoridade sanitária competente, preenchendo um boletim anual demonstrativo de utilização dos medicamentos.

3.6. Fazer a revisão anual dos doentes Mitsuda positivo (++) ou (+++) e a revisão dos doentes Mitsuda negativos a intervalos, a critério do médico, desde que não superior a 6 meses.

3.7. Esclarecer e informar doentes e contatos, fazendo educação para a saúde.

3.8. Encaminhar aos serviços de prevenção de incapacidades os casos que necessitam de tais cuidados.

3.9. O fornecimento de medicação específica poderá ser suspenso a qualquer tempo uma vez comprovado o não cumprimento de qualquer condição acima.

4. A Prevenção de Incapacidades será atividade de rotina em todos os hospitais e serviços especializados, recomendando-se a sua adoção nos serviços gerais de saúde:

4.1. A prevenção de incapacidades será executada inclusive por pessoal auxiliar devidamente treinado e sob supervisão médica.

4.2. A prevenção de incapacidades deverá ser organizada conforme projetos específicos, devendo a DNDS apóia-los, técnica e financeiramente.

4.3. Deverá ser mantido um inquérito permanente sobre a freqüência e tipo de deformidades, utilizando-se a classificação internacional e modelos padronizados pela DNDS.

4.4. Recomenda-se que os trabalhos de prevenção de incapacidades sejam acompanhados de treinamento para readaptação profissional em atividades consentâneas com as condições físicas do doente.

5. A preservação da unidade familiar será um objetivo permanente, exercitado através dos seguintes procedimentos:

5.1. Abolição da prática do afastamento dos filhos de seus pais enfermos.

5.2. As crianças nascidas em hospitais especializados, quando indicado, poderão ser afastados da genitora e colocadas de preferência no meio familiar ou instituições públicas de assistência à infância.

5.3. Instruções e recursos para planejamento familiar às doentes de hanseníase que necessitem de medicamentos de efeitos teratogênicos.

5.4. Estímulo ao comparecimento à revisão de todo o grupo familiar, possibilitando-lhe um atendimento cordial e encorajador, afastando o receio do isolamento compulsório.

5.5. A hospitalização de doentes deverá ser feita, de preferência, em hospitais gerais, reservando-se os hospitais especializados para os casos de indicação especifica, sempre buscando a limitação do tempo de permanência.

5.6. Os atuais asilos-colônias existentes, de acordo com as peculiaridades locais, serão progressivamente desdobrados em:

- Asilos para a assistência social aos grandes mutilados, sem condições para a reintegração na sociedade.

- Colônias organização sob forma de cooperativas, mantidas pelos próprios cooperados com assistência técnica e eventualmente financeira da DNDS e de outras fontes.

- Hospitais para a assistência médico-hospitalar a doentes de hanseníase e de outras dermatoses por período limitado.

5.7. Deverá ser estimulada a instalação e funcionamento de uma unidade sanitária nas vizinhanças de cada colônia, vinculada à rede de saúde local, para atendimento da população em geral.

5.8. A DNDS celebrará convênios com as diferentes Unidades da federação a fim de estimular a adoção do aparelhamento institucional previsto nos subitens 5.6 e 5.7.

6. Visando à reintegração social do doente, passam a vigorar as seguintes normas:

6.1. O termo “lepra” e derivados ficam proscritos da linguagem utilizada nos documentos oficiais do Ministério da saúde.

6.2. Todas as ações do Ministério da Saúde com órgãos e entidades que desejem manter convênio com o Ministério serão norteados pelo respeito à dignidade da pessoa humana, preservação da unidade familiar e pelo empenho em desenvolver as potencialidades do doente ou ex-doente, procurando torná-lo economicamente capaz e auto-suficiente.

6.3. A readaptação profissional, a prevenção de incapacidade e a reabilitação corretiva devem merecer a mesma atenção que a busca sistemática de casos e as medidas profiláticas tradicionais.

6.4. Recomenda-se que, sem prejuízo das atuais aposentadorias e pensões, sejam desenvolvidos estudos para que se estabeleçam novos critérios de benefícios financeiros aos novos e ex-doentes, com duração limitada.

6.5. A DNDS deverá elaborar lista das profissões e ocupações compatíveis com as diferentes fases da doença.

6.6. As Cooperativas a que se refere o subitem 5.6. deverão ser tecnicamente organizadas, assegurando-se a sua administração pelos interessados e a efetiva participação dos cooperados nos resultados da atividade cooperada.

6.7. A DNDS deverá estudar incentivos a serem oferecidos aos hospitais gerais que recebam doentes de hanseníase.

7. Para a consecução dos objetivos preconizados nesta Portaria deverá a DNDS, através das Coordenadorias de Saúde, estimular o fortalecimento técnico-operacional das Secretárias de Saúde, órgãos executores da nova Política de Controle da Hanseníase:

7.1. Com vistas ao aprimoramento técnico e operacional das medidas a cargo das Secretárias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, deverá a DNDS diligenciar a fim de simplificar as rotinas de coleta de dados, promover cursos de treinamento e atualização, colaborar na preparação de projetos suscetíveis de captar recursos financeiros, e promover seminários objetivando a avaliação do desempenho.

7.2. A partir de 1º. de janeiro de 1977, só serão celebrados convênios com as diferentes Unidades da Federação para desenvolvimento de atividades relacionadas com o controle da hanseníase que visem apoio, técnico financeiro, de projetos específicos, compatíveis com a Política definida nesta Portaria, com detalhamento de metas a serem atingidas e cronograma de execução .

8. Deverão ser estimuladas pesquisas visando à análise das barreiras culturais que dificultem a integração do doente na sociedade e a adoção de instrumentos adequados para a redução progressiva das barreiras segregacionistas.

9. A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária elaborará instruções para a execução das normas baixadas por esta Portaria. *Paulo da Almeida Machado*

ANEXO C – DECRETO N ° 16.300, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1923.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 16.300, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1923.

Revogado pelo Decreto de 5 de setembro de 1991.

Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Publica.

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil resolve, de acordo com a autorização constante do n. III do art. 3º da lei n. 4.632, de 6 de janeiro de 1923, aprovar o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Publica, que a este acompanha, assinado pelo ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores.

Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 1923, 102º da Independência e 35º da Republica.

ARTHUR DA SILVA BERNARDES
João Luiz Alves.
Este texto não substitui o publicado na CLBR de 1923
Regulamento do Departamento Nacional de Saude Publica a que se refere o decreto n. 16.300 desta data

(...)

CAPITULO II

PROPHYLAXIA ESPECIAL DA LEPRA

Art. 133. Quando fôr notificado um caso suspeito do lepra, como tal considerado pela autoridade sanitaria, ficará o enfermo sob vigilancia, devendo o medico assistente confirmar a notificação logo que tenha positivado o diagnostico.

Art. 134. A notificação poderá ter caracter confidencial, desde que a isso não se opponham interesses maiores da saude collectiva e que o enfermo assim o queira. Nesse caso será guardado, em registro especial, o norne por extenso, indicando-se o mesmo pelas iniciaes nos demais documentos.

Art. 135. No Districto Federal a notificação será feita á Inspectoria de Prophylaxia da Lepra ou ás delegacias de saude da zona em que residir a pessoa notificada, competindo a estas communicar logo o facto áquella Inspectoria. Fóra do Districto Federal será feita ao respectivo chefe de serviço de prophylaxia rural ou á autoridade sanitaria designada pelo Governo Federal.

Art. 136. O medico, que examinar individuo doente ou suspeito de lepra, deverá scientificar-lhe, para os objectivos de prophylaxia, do caracter contagioso da doença, com a necessaria prudencia, de modo a não lhe abater o moral, devendo ainda, quando julgar preciso, levar o facto ao conhecimento da familia. Além das recommendações que julgar convenientes, relativas aos meios de evitar a transmissão, fornecerá ao cliente os conselhos impressos, para tal fim organizados pela Inspectoria de Prophylaxia da Lepra.

Art. 137. O medico, sempre que puder, informará á repartição sanitaria si o caso presente já fôra notificado em qualquer época ou em qualquer logar do territorio nacional. Isso mesmo verificará a repartição antes, de consideral-o caso novo para os effeitos da estatistica.

Art. 138. O isolamento nosocomial será feito, conforme indicação, em estabelecimentos fundados pelo Governo Federal, pelos governos estaduaes ou municipaes ou por pessoas e associações privadas, de accôrdo com instrucções expedidas pelo inspector de Prophylaxia da Lepra.

Paragrapho unico. O isolamento nosocomial terá sempre em vista as preferencias do doente por determinado local e as vantagens medicas e hygienicas, julgadas em cada caso pela autoridade sanitaria.

Art. 139. Os estabelecimentos nosocomiaes serão os seguintes:

a) colonias agricolas;

b) sanatorios ou hospitaes;

c) asylos.

§ 1º. As colonias agricolas, sempre preferiveis, deverão ter bastante amplitude para nellas se poder estabelecer uma verdadeira villa de leprosos, e, além das condições que assegurem do melhor modo os seus fins, deverão ter hospitaes para os que necessitarem cura de doenças e affecções intercurrentes, crèche, orphanato e asylo para os incapazes.

§ 2º. Os sanatorios, hospitaes e asylos, só admissiveis quando as condições locaes e outras o permittirem, ou o reduzido numero de doentes dispensar o estabelecimento de uma colonia, terão por fim principal multiplicar as casas de isolamento na medida do possivel, junto dos fócos, afim de facilitar a segregação dos leprosos. Deverão ser estabalecidos em logares onde, a par das melhores condições hygienicas, existam amplos logradouros para os isolados.

Art. 140. Para os estabelecimentos da lettra a do artigo anterior, serão de preferencia enviados, além dos que o desejarem, os que forem ainda capazes de pequenos trabalhos, regulados segundo prescripção medica; para os da lettra b, aquelles que residam nas proximidades, tendo-se tambem em vista as vantagens ou desvantagens que lhes possa trazer o tratamento de sanatorio ou de hospital; para os da lettra c, os doentes que se invalidarem, levando-se tambem em conta sua visinhança do local.

Art. 141. A installação de estabelecimentos destinados a leprosos obedecerá ás condições de conforto e aprazibilidade para os doentes e de protecção para as populações visinhas, ficando subordinado o funccionamento delles a instrucções expedidas pelo Director Geral, depois de approvadas pelo ministro da Justiça e Negocios Interiores.

Art. 142. O isolamento nosocomial dos leprosos, inclusive o transporte para o estabelecimento, será feito a expensas dos poderes publicos, tendo-se em vista as condições sociaes do doente.

§ 1º. Haverá, nos nosocomios, accommodações para do entes contribuintes, que pagarão as despesas de isolamento e de transporte, conforme fôr determinado no regimento interno do estabelecimento.

§ 2º. Aos funccionarios publicos poderão ser concedidas, quando solicitadas, a juizo do Governo, as necessarias facilidades para que se isolem de accôrdo com as suas condições sociaes.

Art. 143. Nenhum doente de lepra poderá ser isolado em nosocomio, ou domicilio, sem prévia verificação do diagnostico pela Inspectoria de Prophylaxia da Lepra.

§ 1º. Notificado o caso, confirmado ou suspeito, a autoridade sanitaria que receber a denuncia communicará o facto á Inspectoria de Prophylaxia da Lepra, que fara seguir um inspector sanitario para o domicilio do doente afim de examina-lo. Quando a denuncia fôr dada ao chefe de prophylaxia rural, serão por elle tomadas as necessarias providencias. Quando não fôr encontrado o domicilio ou

o doente, será o caso levado ao conhecimento da autoridade sanitaria, que providenciará, para sua descoberta e verificará qual o responsavel pelo facto.

§ 2º. O doente que residir em habitação particular, uma vez que a casa offereça condições exigidas e que os outros moradores se conformem com a resolução da autoridade sanitaria, poderá nella aguardar, sob vigilancia, a verificação do diagnostico.

§ 3º. Fóra deste caso a transferencia se fará desde logo para local de isolamento provisorio.

§ 4º. Si a pessoa notificada negar-se ao exame, será requisitado auxilio da policia para execução dessa providencia e para o respectivo isolamento, uma vez o diagnostico confirmado.

§ 5º. Será permittida a presença de medico da confiança da pessoa, doente ou suspeita, ao exame destinado a verificar o diagnostico da lepra.

§ 6º. O exame deverá ser tão completo quanto possivel, empregados todos os meios de pesquisa clinica, microscopica e sorologica acaso indicados, organizando-se uma ficha onde serão declarados quaes os principaes symptomas presentes ou ausentes e que sirvam, conforme o caso, para affirmar, infirmar ou suspeitar da existencia da lepra. Sempre que fôr possivel, serão conservadas, convenientemente archivadas, as provas dos exames de laboratorio ou outras a que se houver procedido. Uma cópia da ficha, com a documentação experimental possivel, obtida do laboratorio, deverá sempre ser enviada para esse fim á Inspectoria da Lepra, onde quer que tenha sido feito o exame, e bem assim ao estabelecimento nosocomial para onde fôr o doente enviado.

§ 7º. Si o diagnostico apresentar difficuldades e si, a juizo da autoridade sanitaria que examinar o doente, não se puderem tirar conclusões positivas, serão pedidas providencias ao inspector de Prophylaxia da Lepra. Si este julgar conveniente, poderá commetter o esclarecimento do diagnostico a especialista estranho á repartição.

§ 8º. Fóra do Districto Federal os exames serão feitos pelo inspector de Saneamento Rural especialmente incumbido desse serviço, podendo o chefe do serviço de saneamento mandar ouvir especialista estranho á repartição, nas condições do paragrapho anterior.

§ 9º. Todos os exames de laboratorio serão requisitados aos laboratorios bacteriologicos do Departamento Nacional de Saude Publica, que deverão fornecer os documentos experimentaes possiveis, afim de serem enviados á Inspectoria e ao estabelecimento nosocomial para onde fôr o doente enviado.

§ 10. Na hypothese de serem negativos os exames de laboratorio, poderá ser o diagnostico esclarecido pelo exame clinico. Nesse caso observar-se-ão as instrucções especiaes expedidas pelo inspector de Prophylaxia da Lepra, nas quaes serão indicados os signaes que autorizem a considerar o caso confirmado ou a declaral-o suspeito.

Art. 144. Da conclusão do exame poderá haver, sem effeito suspensivo, recurso para o Director Geral do Departamento.

Paragrapho unico. Nesse caso, será nomeada, pelo Director Geral, uma commissão composta de dois medicos dos hospitaes de isolamento ou de dois inspectores sanitarios, que não tenham servido no exame, e de dois outros especialistas de reconhecida competencia, estranhos á repartição. Si o resultado do exame fôr negativo, cessarão quaesquer providencias sanitarias tomadas em relação ao caso notificado; si, porém, elle autorizar a suspeita ou confirmar o diagnostico, executar-se-ão as determinações regulamentares em vigor.

Art. 145. Desde que a autoridade sanitaria tenha concluido pelo diagnostico positivo da lepra, levará o facto ao conhecimento do doente ou de quem por elle responder, notificando-lhes tambem a obrigatoriedade do isolamento e a liberdade que fica ao doente de leval-o a effeito em seu proprio domicilio ou no estabelecimento nosocomial que lhe convier.

Paragrapho unico. Salvo accôrdo que regule especialmente o assumpto, terão preferencia, para isolamento nas leprosarias, os doentes domiciliados, nos termos da lei, no Estado ou municipio onde forem situados aquelles estabelecimentos. Os doentes vindos de outros Estados ou municipios só serão recebidos após prévia annuencia das autoridades sanitarias do local para onde se destinem, cumprindo-se, nesse caso, as determinações do art. 11 do decreto n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Caso não tenha sido obtida annuencia prévia, serão os doentes reenviados ao local de sua residencia.

Art. 146. Nas colonias de leprosos permittir-se-á a internação á sua custa de pessoa adulta que queira acompanhar o doente; si, porém, a pessoa que acompanhar o leproso fôr o outro conjuge e não tiver recursos, o Governo poderá conceder a internação gratuita.

Paragrapho unico. Si a pessoa sã, internada, resolver em qualquer tempo retirar-se, deverá submetter-se a exame medico e á vigilancia durante o tempo que fôr julgado conveniente, a juizo da autoridade sanitaria.

Art. 147. Haverá nos estabelecimentos nosocomiaes um pavilhão de observação para os doentes que, a juizo medico, devam ser submettidos a novo e rigoroso exame antes do internamento definitivo. Em caso de discordancia de diagnostico, resolverá o inspector, podendo mandar proceder a novo exame.

Art. 148. Nos estabelecimentos de leprosos, além das disposições já determinadas e das que forem prescriptas em seus regimentos internos, serão observadas mais as seguintes:

a) os doentes manterão rigoroso asseio corporal e os portadores de lesões abertas deverão tel-as sempre tratadas e occlusas. Deverá haver o maior cuidado na desinfecção dos excretos, tendo-se em vista todas as vias de emissão de bacillo;

b) os doentes que apresentarem accidentes febris frequentes, e os habitualmente apyreticos durante as phases de reacção febril, serão isolados em pavilhão especial, rigorosamente protegidos contra os mosquitos;

c) os domicilios dos leprosos, de qualquer categoria, serão protegidos contra os mosquitos e moscas e soffrerão expurgos periodicos, afim de corrigir as falhas possiveis da protecção mecanica;

d) haverá em todo o estabelecimento o maior cuidado em evitar-se a procreação de insectos hematophagos, na área em sua volta. Até cerca de 1.000 metros de raio, a juizo da autoridade sanitaria, será tanto quanto possivel evitada a procreação de culicidios e moscas;

e) não deverá ser opposto obstaculo á vida commum dos esposos que nisso consintam, sujeitando-se o conjuge são á mais restricta vigilancia medica. Nestas condições, ou quando ambos forem doentes, poderão cohabitar em departamentos especiaes do estabelecimento;

f) os filhos de leprosos, embora um só dos progenitores seja doente, serão mantidos em secções especiaes, annexas ás áreas de pessoas sãs do estabelecimento, para onde serão transportados logo depois de nascidos;

g) essas mesmas creanças não deverão ser nutridas ao seio de uma ama e não serão amamentadas pela propria mãe si esta fôr loprosa;

h) os empregados do estabelecimento que mais directamente tratarem com os leprosos, serão, quanto possivel, tirados dentre os leprosos validos, de modo a ser utilizado o minimo de pessoas indemnes;

i) os utensilios e objectos manuseados pelos leprosos serão destinados ao seu uso exclusivo, e, em hypothese alguma, serão objecto de venda, troca ou dadiva a pessoa sã;

j) os detentos leprosos serão recolhidos a local adequado nas colonias.

Art. 149. Só é permittido o isolamento de leprosos em hospitaes communs ou casas de saude, nos termos do art. 469.

Neste caso, taes estabelecimentos deverão subordinar-se ás determinações especiaes da Inspectoria de Prophylaxia da Lepra, importando a infracção dellas na retirada da concessão, que será sempre a titulo precario.

Art. 150. Será permittida a fundação e manutenção, por pessoas ou associações privadas, de estabelecimentos nosocomiaes para leprosos. Taes estabelecimentos, porém, só poderão funccionar mediante licença da Inspectoria de Prophylaxia da Lepra, sujeitos á sua vigilancia e obrigados a executar as medidas sanitarias julgadas necessarias.

Paragrapho unico. Para a fundação e manutenção dos estabelecimentos de isolamento poderá, a juizo do Governo, ser feito accôrdo entre a Inspectoria e associações privadas idoneas, ouvido o Director Geral, que assignará o accôrdo, ficando os estabelecimentos sob fiscalização da Inspectoria.

Art. 151. Os doentes isolados em nosocomios poderão tratar-se, sob condições determinadas no regimento interno do estabelecimento, com clinico de sua confiança, correndo as despesas por sua conta.

Art. 152. Os doentes internados poderão passar de um a outro estabelecimento nosocomial ou isolar-se em domicilio, desde que o seu estado o permitta, a juizo da autoridade sanitaria.

Paragrapho unico. Aos que já tenham sido transferidos do domicilio para o nosocomio, por insubmissão, não será mais permittido o isolamento domiciliar.

Art. 153. Em casos excepcionaes, a juizo do director do estabelecimento, e quando as condições de contagio sejam de pouca monta, se permittirá ao leproso a sahida do estabelecimento por numero limitado de dias, afim de visitar a familia ou tratar de interesses privados. Correrão as despesas por sua conta, e deverá ser seguido por um guarda ou enfermeiro afim de se garantir o cumprimento das medidas de prevenção que lhes forem prescriptas. O director do nosocomio julgará; em cada caso, si não ha perigo maior para a saude collectiva, limitará com precisão o prazo da sahida e dará ao doente uma nota eccripta relativa ás medidas de prevenção a que, fica obrigado. A concessão só será feita depois que autoridade sanitaria do local do destino informar ser possivel o isolamento temporario, a que será submettido o doente.

Art. 154. O isolamento do leproso, tratando-se do chefe da familia ou pessoa responsavel pela sua propria manutenção, será communicado ás autoridades administrativas ou judiciarias, para os fins de direito.

Art. 155. Em caso de grande escassez de recursos, as autoridades sanitarias procurarão auxiliar o leproso recolhido á leprosaria ou dar assistencia temporaria á sua familia.

Art. 156. O isolamento domiciliario só será permittido quando possivel assidua vigilancia, e si o domicilio não fôr casa de habitação collectiva ou de commercio.

Paragrapho unico. Será mais facilmente concedido o isolamento domiciliario, a juizo da autoridade sanitaria, aos doentes da fórma nervosa ou anesthesica pura.

Art. 157. Combinado o isolamento domiciliario, a autoridade sanitaria facultará prazo razoavel afim de que o doente se prepare para a sua execução, ficando, porém, desde logo sujeito á vigilancia sanitaria. Ser-lhe-á fornecida uma nota escripta com as condições do dito isolamento.

Paragrapho unico. As despesas do isolamento domiciliario correrão sempre por conta do doente.

Art. 158. No domicilio do leproso e principalmente nos seus aposentos, se observará o mais escrupuloso asseio, evitando-se nestes ultimos, tanto quanto possivel, o accesso de outras pessoas. Os doentes deverão ter, pelo menos, um quarto de dormir pessoal. Suas roupas de uso serão lavadas na propria casa, á parte das de outrem, e préviamente desinfectadas ou fervidas. Todos os recipientes que receberem excretos deverão conter soluções antisepticas. Deverá haver particular cuidado com os lenços.

Art. 159. Os aposentos do enfermo serão, si possivel, quotidianamente desinfectados e expurgados de moscas, mosquitos e outros insectos, e suas portas, janellas e aberturas revestidas de telas de protecção. Em áreas visinhas do predio, a juizo da autoridade sanitaria, será, tanto quanto possivel, evitada a procreação de culicideos e moscas.

Art. 160. Os doentes serão mantidos rigorosamente isolados em seu aposento, protegidos contra os mosquitos, quando tiverem accidentes febris frequentes, sempre que houver surto febril ou em qualquer outra condição em que fôr presumivel a bacillemia.

Art. 161. O doente isolado em domicilio, além das recommendações que em cada caso serão feitas pela autoridade sanitaria, deverá cumprir as seguintes determinações:

a) observar escrupulosamente tudo o que lhe fôr recommendado pelas autoridades sanitarias;

b) conservar-se, tanto quanto possivel, afastado dos outros moradores, evitando todo o contacto corporal e convivencia intima prolongada;

c) dispôr de utensilios proprios e só se utilizar delles;

d) conservar sempre suas roupas, maxime si contaminadas pelos excretos, em local proprio e protegido;

c) ter sempre occlusas as lesões abertas e desinfectadas com pensos antisepticos;

f) conservar-se, sempre que puder, em seu proprio aposento e delle não sahir quando se ache isolado de rigor;

g) servir-se sempre da privada e banheiro que lhe forem indicados, fazendo desinfectar logo os excretos e as aguas servidas;

h) afastar-se sempre das creanças que residam ou permaneçam no domicilio.

Art. 162. As pessoas da familia, os domesticas e todos os que residirem ou permanecerem no domicilio, deverão cumprir o seguinte:

a) acatar as recommendações da autoridade sanitaria;

b) prestar-se aos exames necessarios para verificar se estão contaminadas, principalmente si se tratar de conjuge são ou de creanças;

c) não se utilisar de qualquer objecto ou utensilio que tenha servido ao doente e não permanecer, salvo motivo de força maior, nos aposentos que lhe forem destinados;

d) não guardar suas roupas limpas ou servidas juntas ás do enfermo;

e) desinfectar-se sempre que tocar em lesões abertas dos doentes e antes e depois de tratar dessas lesões;

f) manter o domicilio, tanto quanto possivel, livre de mosquitos e outros insectos;

g) não permittir que o doente receba visitas que se não conformem com as medidas de prevenção aconselhadas;

h) evitar contacto frequente do doente com os domesticos e mais empregados, e dar-lhe, sempre que fôr possivel, criado ou enfermeiro privativo;

i) fazer desinfectar, antes da lavagem, todas as roupas servidas da cama e do corpo do doente e incinerar as peças de curativos delle retiradas.

Art. 163. O doente isolado em domicilio, conforme o gráo de infectuosidade, poderá sahir em casos excepcionaes, sob vigilancia, mediante permissão e a juizo da autoridade sanitaria. Si não cumprir as prescripções que lhe forem feitas, jámais poderá gosar dessa regalia.

Art. 164. A creança, filha de paes leprosos, isolados em domicilio, não deverá ser nutrida ao seio de uma ama e não será amamentada pela propria mãe, se esta fôr leprosa.

Art. 165. O domicilio donde sair um leproso ou um cadaver de leproso, será desinfectado e expurgado, antes de servir para outrem, assim como as roupas o objetos de uso do doente que não puderem ser incinerados.

Art. 166. O enterro dos que fallecerem de lepra está sujeito ás mesmas regras prophylacticas adoptadas para os casos de doença infectuosa.

Art. 167. O doente isolado em domicilio não poderá ter por occupação nenhum officio ou profissão em que sejam manipulados objectos ou substancias por outrem usados ou consumidos.

Art. 168. Se o doente, isolado em domicilio, mudar-se de um municipio ou de um Estado para outro, deverá ser acompanhado de uma guia, dirigida á autoridade sanitaria do local da nova residencia, dizendo qual a especie de isolamento a que se achava obrigado.

Paragrapho unico. Os doentes não poderão ser transferidos ou se transferir de um municipio ou de um Estado para outro, sem prévia annuencia da autoridade sanitaria do local para onde se destinem; caso não tenha sido obtida annuencia prévia, serão reenviados para o local de sua residencia.

Art. 169. Para a prophylaxia da lepra será executada vigilancia sobre as seguintes classes de individuos:

a) os leprosos isolados em domicilio;

b) os suspeitos de infecção leprosa, sendo como taes considerados:

I. As pessoas que, sem apresentar symptomas da doença, sejam portadoras de germens, por partilharem ou terem partilhado o domicilio do leproso;

II. As pessoas que, examinadas pela autoridade sanitaria, apresentarem symptoma attribuivel á infecção leprosa.

Art. 170. A vigilancia dos suspeitos como portadores de germens se prolongará, a juizo da autoridade sanitaria, até o prazo de cinco annos após desapparecerem os motivos de suspeição; a das pessoas que apresentarem symptoma attribuivel á lepra só cessará se esse symptoma desapparecer ou deixar de ser suspeito.

§ 1º. As creanças que cohabitarem com leproso só poderão frequentar escolas e collegios sob vigilancia muito rigorosa. Desde que apresentem symptoma suspeito não poderão mais permanecer entre outras creanças sãs.

§ 2º. Do mesmo modo que os individuos leprosos, os portadores de symptoma suspeito não poderão desempenhar qualquer funcção, emprego ou profissão que os ponha em relação com o publico ou em contacto directo com outras pessoas, principalmente creanças; não poderão particularmente servir em estabelecimento, onde se vendam ou manipulem substancias comestiveis ou objectos para serem usados por outrem. O patrão, chefe ou proprietario de casa ou estabelecimento, uma vez intimado pela autoridade sanitaria, deverá, dispensar o empregado.

Art. 171. A vigilancia - que poderá ser tambem executada por enfermeiras, sob a superintendencia dos inspectores sanitarios - terá por fim verificar por meio de visitas frequentes se são cumpridas as determinações regulamentares, devendo ser feito pelo medico, sempre que fôr preciso, o exame clinico e bacteriologico do doente.

Paragrapho unico. As condições da vigilancia serão fixadas em cada caso, de modo a assegurar a defesa collectiva, e escripturadas em folha especial ou na propria ficha do doente. A frequencia das visitas para os doentes isolados em domicilio será estabelecida de accôrdo com o gráo de infectuosidade do paciente, as condições do meio em que viver e a exactidão com que forem cumpridas as determinações da autoridade sanitaria. As visitas a pessoas suspeitas serão feitas com intervallos de tres a seis mezes, a juizo da autoridade sanitaria, que poderá fixar prazos, dentro dos quaes deverão aquellas pessoas comparecer á séde dos serviços, afim de ser reexaminadas.

Art. 172. A Inspectoria de Prophylaxia da Lepra fará um cadastro de todas as pessoas sob a vigilancia sanitaria, com ficha de cada uma, de modo a se estabelecer reservadamente um inquerito sobre a doença e suas condições epidemiologicas.

Art. 173. A Inspectoria de Prophylaxia da Lepra promoverá larga propaganda de educação hygienica popular no sentido de tornar conhecidas as condições de contagio da doença, o perigo do charlatanismo medico e pharmaceutico a ella referentes e os meios de prevenção aconselhados. Essa propaganda será feita segundo instrucções minuciosas expedidas pelo inspector do serviço.

Art. 174. Nos processos de licenças para medicamentos antileprosos será sempre ouvida a Inspectoria de Prophylaxia da Lepra e das Doenças Venereas.

Art. 175. Nenhum leproso estrangeiro poderá penetrar em territorio nacional, devendo ser repatriado o que lograr fazel-o.

Art. 176. A Inspectoria de Prophylaxia da Lepra organizará o censo de todos os leprosos existentes no Brasil, particularmente nas zonas de sua jurisdicção. Utilizará para tanto os dados que lhe forem ministrados pela notificação nessas mesmas zonas e os que forem obtidos dos Estados que fizerem por conta propria a prophylaxia daquella doença.

Art. 177. O inspector de Prophylaxia da Lepra indicará ao director do Departamento o numero, local e especie de estabelecimento nosocomial que deva ser desde logo installado e bem assim quaes os que mais tarde se tornem necessarios depois de mais conhecido o censo dos leprosos.

Art. 178. O Governo poderá auxiliar, mediante accôrdo, as sociedades philantropicas idoneas que tiverem por fim prestar assistencia aos leprosos pobres, de modo a permittir-lhes o isolamento domiciliario ou nosocomial.

Art. 179. A Inspectoria providenciará para que sejam vistoriados os actuaes estabelecimentos de leprosos, que ficarão sob vigilancia afim de verificar se preenchem seus fins prophylacticos e se salvaguardam os interesses da saude collectiva.

Paragrapho unico. Caso não sejam executadas as determinações da autoridade sanitaria e existam inconvenientes sob o ponto de vista prophylactico, promoverá a mesma autoridade o fechamento daquelles estabelecimentos.

Art. 180. O inspector de Prophylaxia da Lepra poderá representar ao director geral do Departamento sobre a conveniencia de serem encarregados profissionaes ou institutos idoneos de fazer pesquizas relativas á prophylaxia e tratamento daquella doença.

Paragrapho unico. A Inspectoria tratará de promover o fabrico dos agentes therapeuticos mais activos contra a lepra, podendo para isso o Governo entrar em accôrdo com o Instituto Oswaldo Cruz ou com associações ou estabelecimentos idoneos. Este accôrdo, depois de approvado pelo Ministro da Justiça e Negocios lnteriores, será assignado pelo director geral, e fiscalizado pela Inspectoria.

Art. 181. Emquanto não forem fundados os estabelecimentos nosocomiaes de que trata este regulamento, poderão desde logo ser executadas as disposições que delles não dependerem e mais as seguintes:

a) o Departamento Nacional de Saude Publica providenciará para que todos os leprosos indigentes ou ambulantes sejam recolhidos a local provisorio de isolamento, se fôr necessario e possivel mediante accôrdo com as leprosarias já existentes;

b) os leprosos de outras categorias que tambem não puderem ser hospitalizados, serão provisoriamente postos sob vigilancia ou isolados em domicilio, a juizo da autoridade sanitaria.

Art. 182. As desinfecções, expurgos e remoções de enfermos no Districto Federal sarão feitos pela Inspectoria dos Serviços de Prophylaxia, mediante requisição da Inspectoria de Prophylaxia da Lepra.

Art. 183. O Departamento Nacional de Saude Publica, por intermedio da respectiva Inspectoria, promoverá a extensão da prophylaxia da lepra aos Estados da União, mediante accôrdo e segundo as normas estabelecidas neste regulamento.

(...)

Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 1923. - João Luiz Alves.

ANEXO D – LEI Nº 610, DE 13 DE JANEIRO DE 1949

Lei nº 610, de 13 de Janeiro de 1949

Fixa normas para a profilaxia da lepra.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,
Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A profilaxia da lepra será executada por meio das seguintes medidas gerais:

I - Descobrimento de doentes por intermédio de:

a) censo;
b) exame obrigatório de todos os "contatos"; ou comunicantes e dos suspeitos ou "observandos";
c) notificação compulsória;
d) exame das pessoas que procuraram espontâneamente os serviços de lepra;
II - Investigação epidemiológica de todos os casos de lepra;
III - Isolamento compulsório dos doentes contagiantes;
IV - Afastamento obrigatório dos menores "contatos" de casos de lepra da fonte de infecção;
V - Vigilância Sanitária;
VI - Tratamento obrigatório de todos os doentes de lepra;
VII - Educação sanitária;
VIII - Assistência Social aos doentes e suas famílias;
IX - Preparo do pessoal técnico;
X - Estudos e pesquisas relativas à letra:

§ 1º - O Serviço de Profilaxia da Lepra manterá sigilo sôbre a internação do doente e a executará com a maior discrição possível.

§ 2º No assento de nascimento do filho do doente, quando nascido no leprosário, figurará como local do nascimento o nome do Município onde estiver situado o leprosário.

Art. 2º O censo dos leprosos e dos seus comunicantes deverá ser levado a efeito, periòdicamente, pelos serviços de profilaxia da lepra, com intervalos não maiores de 5 anos.

Parágrafo único. Todo e qualquer censo ou atualização censitária será devidamente documentado, devendo constar dos modelos apropriados as informações referentes aos doentes, suspeitos e "contatos".

Art. 3º Todo "contato" ou comunicante é obrigado, duas vêzes, pelo menos, em cada ano, a submeter-se a exame dos técnicos nos serviços oficiais de lepra.

§ 1º Os reexames semestrais dos comunicantes de casos contagiantes serão feitas, nos dispensários ou nos domicílios, durante período não inferior a 6 anos, contados da data em que os mesmos se tiverem afastado da fonte de infecção.

§ 2º Poderá ser menor, a juízo da autoridade sanitária, o período por que se deverão estender os reexames semestrais dos comunicantes de casos não contagiantes.

§ 3º O intervalo entre os reexames das comunicantes lepromino-positivos poderá ser maior, desde que nisto não haja inconveniente, a juízo da, autoridade sanitária, observado o Regulamento que discipline a matéria.

§ 4º O examinando terá direito de ser assistido por médico da sua confiança, durante os exames ou reexames a que fôr submetido.

Art. 4º Todo caso "suspeito" de lepra, até completa elucidação diagnóstica, deverá submeter-se a exames periódicos, de preferência nos dispensários do serviço oficial de profilaxia da lepra, e com os intervalos fixados pela autoridade sanitária, sendo extensivos a êsses exames o disposto no

§ 4º do artigo anterior.

Art. 5º E' obrigatória a notificação dos casos confirmados ou suspeitos de lepra,

§ 1º A notificação deverá ser feita diretamente ao serviço local de profilaxia da lepra, ou, na falta dêle, a qualquer autoridade federal, estadual ou municipal mais próxima, que por sua vez a levará imediatamente ao conhecimento da repartição competente.

§ 2º Para maior incremento da prática de notificações, os serviços de profilaxia da lepra deverão promover, por todos os meios adequados, a cooperação dos médicos particulares e dos médicos encarregados das inspeções de saúde nas organizações públicas e privadas, corporações armadas, escolas, associações de classe, institutos e órgãos de previdência, associações esportivas, estabelecimentos industriais e comerciais.

§ 3º Será sempre conservado em sigilo o nome do notificante.

Art. 6º E' obrigatória a completa investigação epidemiológica de todos os casos de lepra.

Parágrafo único. A investigação epidemiológica consistirá, essencialmente na colheita de tôdas as possíveis informações de valor epidemiológico referentes ao doente e aos seus comunicantes, no registro delas, fichas adequadas e na verificação posterior.

Art. 7º E' obrigatório o isolamento dos casos contagiantes de lepra, compreendidos .

a) todos os de lepra lepromatose;

b) todos os não lepromatosos, que, em virtude dos exames clínicos e de laboratório e a juízo da autoridade sanitária, tornem provável a hipótese do contágio.

Art. 8º E' também obrigatório o isolamento dos casos não lepromatosos, que, pelas condições e hábitos de vida do doente ou pela sua insubmissão às medidas sanitárias, constituam ameaça, a critério da autoridade sanitária, para a saúde da coletividade.

Art. 9º Além dêsses, poderão também ser internados em leprosários, a juízo da autoridade sanitária, quaisquer casos quando os doentes não puderem obter os recursos necessários á própria subsistência, ou forem portadores de estigmas impressionantes de lepra.

Art. 10. O isolamento será feito:

c) em leprosário;

b) em domicílio.

Art. 11. O isolamento leprocomial será, por via de regra, feito em estabelecimentos oficiais dos tipos colônia ou sanitário, ou em estabelecimentos particulares de tipo sanatorial.

§ 1º Os sanatórios mantidos pôr particulares ficarão subordinados à fiscalização dos serviços oficiais de profilaxia da lepra.

§ 2º O nome do leprosário ou preventório, nos carimbos destinados a inutilizar os selos na correspondência dos internados e fixar a data da sua expedição, será substituído pelo nome do município.

Art. 12. Serão inteiramente gratuitos o tratamento e a manutenção dos doentes internados nos estabelecimentos oficiais.

Parágrafo único. Nesses estabelecimentos poderá haver alojamentos especiais para doentes contribuintes, que ficarão, entretanto, sujeitos à disciplina e ao regime nêles em vigor.

Art. 13. O isolamenta domiciliário só será, permitido pela autoridade competente, a título precário e no caso de haver inteira segurança sôbre o cumprimento das medidas sanitárias exigidas.

Art. 14. Não será permitido a isolamento domiciliário em prédio de habitação coletiva, de comércio ou de indústria.

Art. 15. Todo recém-nascido, filho de doente de lepra, será compulsória e imediatamente afastado da convivência dos Pais.

Art. 16. Os filhos de pais leprosos e todos os menores que convivam com leprosos serão assistidos em meio familiar adequado ou em preventórios especiais.

Art. 17. Será exercida rigorosa vigilância sanitária sôbre os doentes isolados em leprosários, os suspeitos e os que estiverem em observação, de modo que se torne fácil promover e fiscalizar o cumprimento das leis e regulamentas sanitários no tocante à lepra.

Art. 18. A vigilância sanitária sôbre o doente não internado em leprocômios será efetuada mediante :

a) visitas periódicas aos seus domicílios, de médicos, enfermeiras, visitadoras e guardas sanitários;

b) reexames clínicos e laboratoriais;

c) verificação das suas ocupações para que não sejam exercidas as que forem vedadas.

Art. 19. O tratamento dos doentes isolados em leprocômios será regular, obrigatório e gratuito, e terá por fim anular-lhes a contagiosidade, evitar o desenvolvimento da infecção ou obter a cura das lesões e o desaparecimento dos sintomas.

Art. 20. O tratamento dos doentes não isolados será regular e obrigatório, e também gratuito, quando feito em dispensários oficiais.

Art. 21. Os hospitais, sanatórios, casas de saúde, policlínicas e consultórios médicos particulares só poderão tratar doentes de lepra quando êstes não forem contagiantes, a juízo da autoridade competente, e sob o imediato contrôle desta ficar o tratamento.

Art. 22. Nos processos de licença para o comércio de especialidades farmacêuticas, indicadas para o tratamento da lepra, será sempre ouvido o Serviço Nacional de Lepra.

Art. 23. A educação sanitária terá em vista os doentes de lepra e os seus comunicantes, devendo ser extensiva a tôdas as camadas da população, solicitada, para isso, a cooperação de todos os intelectuais, especialmente o professorado e o clero, as instituições, sociedades, clubes e demais associações que possam, de algum modo, concorrer para maior difusão dos conhecimentos sôbre a doença.

Art. 24. O Estado prestará ampla assistência social aos doentes de lepra e às suas famílias, compreendendo-se nela :

a) os doentes que, pelas suas condições, não necessitem de isolamento leprocomial;

b) os egressos de leprosários;

c) as crianças comunicantes de doentes de lepra e os demais membros das familias dos doentes isolados;

d) os doentes isolados em leprosários.

Art. 25. Aos doentes não isolados, inclusive os egressos de leprosários, a assistência social deverá visar, fundamentalmente, ao seu reajustamento ocupacional de modo que êles fiquem, por si mesmos, providos dos recursos para sua subsistência.

Art. 26. As crianças comunicantes de doentes de lepra, internadas em preventórios ou recebidas em lares, será proporcionada assistência social, principalmente sob a forma de instrução primária e profissional, de educação moral e cívica, e de prática de recreações apropriadas.

Art. 27. O Estado prestará obrigatòriamente assistência judiciária e extra-judiciária gratuita aos doentes de lepra e às suas famílias, de modo que lhes resguardem os interêsses patrimoniais e familiares perante as autoridades e os particulares.

Art. 28. A assistência social aos doentes isolados em leprosários terá por fim criar, nesses estabelecimentos, condições de vida digna e confortável, tanto quanto possível aproximada do convívio na sociedade.

Parágrafo único. As associações de assistência social, organizadas, dentro dos leprosários, pelos doentes nela internados, só poderão funcionar mediante prévia autorização do Diretor do estabelecimento.

Art. 29. O Govêrno poderá atribuir a entidades particulares, quando integradas na campanha contra a lepra, a responsabilidade de prestação total ou parcial da assistência social aos doentes e suas famílias, ficando, porém, elas submetidas à orientação e fiscalização da autoridade sanitária.

Art. 30. Cabe ao Govêrno promover a realização de cursos e estágios leprológicos para médicos e enfermeiros, laboratoristas e guardas, com o fim de preparar, técnica e administrativamente, na forma do Regulamento, o pessoal destinado às atividades de profilaxia da lepra.

Parágrafo único. Os que forem diplomados por êsses cursos terão preferência absoluta no preenchimento dos cargos e funções relacionados com o problema.

Art. 31. O Govêrno deverá manter e auxiliar o funcionamento de institutos de leprologia que tenham por fim a realização de pesquisas científicas sôbre epidemiologia, a patologia e terapêutica da lepra, ou a formação e aperfeiçoamento de técnicos.

Art. 32. As medidas de combate à lepra serão postas em prática através de serviços centrais de direção, orientação e fiscalização aos quais ficarão subordinados os órgãos executivos, a fim de garantir a homogeneidade, continuidade e eficiência dos trabalhos.

Art. 33. Aos Estados, ao Distrito Federal e aos Territórios será facultado entregar ao Serviço Nacional da Lepra, mediante acôrdo bilateral, a execução parcial ou total nas respectivas zonas, da campanha contra a lepra.

Art. 34. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 1949, 128º da Independência e 61º da República.

EURICO G. DUTRA.
Clemente Mariani.
Adroaldo Mesguita da Costa.
Sylvio de Noronha.
Canrobert p. da Costa.
Raul Fernandes.
Corrêa e Castro.
Clovis Pestana.
Daniel de Carvalho.
Honório Monteiro.
Armando Trompowsky.

Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial da União - Seção 1 de 02/02/1949

Publicação:

- Diário Oficial da União - Seção 1 - 2/2/1949, Página 1513 (Publicação Original)
- Coleção de Leis do Brasil - 1949, Página 10 Vol. 1 (Publicação Original)

ANEXO E – DECRETO DO CONSELHO DE MINISTROS N° 968, DE 7 DE MAIO DE 1962.

Decreto do Conselho de Ministros nº 968, de 7 de Maio de 1962

Baixa Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País, e dá outras providências

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE MINISTROS, usando das atribuições que lhe confere o artigo 18, Inciso III do Ato Adicional,

Resolve baixar as seguintes Normas Técnicas Especiais relativas ao Combate à Lepra no País, de acôrdo com os artigos 24 e seus parágrafos e 131 do Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961 e obedecendo o dispositivo do artigo 8º do mesmo,

DECRETA:

Art. 1º A profilaxia da lepra será realizada:

1 - Estudos e pesquisas

2 - Preparo de pessoal técnico

3 - Inquéritos epidemiológicos

4 - Procura sistemática de doentes

5 - Tratamento

6 - Educação sanitária

7 - Assistência social

8 - Limitação dos movimentos das fontes de contágio

9 - Vigilância sanitária

I - Mediante a execução das seguintes tarefas, de responsabilidade dos serviços especializados:

II - Através de medidas gerais preventivas de caráter sanitário ou extra-sanitário executadas pela administração pública, visando a elevação do nível de saúde das populações.

Parágrafo único. No combate à endemia a leprótica será, sempre que possível, evitada a aplicação de medidas que impliquem na quebra da unidade familiar, no desajustamento ocupacional e na criação de outros problemas sociais.

Art. 2º O Govêrno, incentivará, auxiliará e manterá o funcionamento de centros de estudos e pesquisas sôbre a lepra, objetivando preferencialmente armas específicas contra a referida doença.

Art. 3º Caberá ao Govêrno a realização de cursos e estágios leprológicos para médicos, enfermeiros, laboratoristas e outras auxiliares, com o fim de prepará-los e aperfeiçoá-los técnica e administrativamente.

§ 1º De acôrdo com o presente artigo, os que forem diplomados por êsses curso terão preferência no preenchimento de cargos e funções relacionados com o problema.

§ 2º O preparo do pessoal técnico o administrativo será feito sem colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública e as a ela equiparadas ou a as reconhecidas.

§ 3º Os serviços de lepra estimularão a inclusão do ensino da leprologia nas disciplinas em que a matéria deva ser estudada.

Art. 4º A procura sistemática dos doentes de lepra será realizada, principalmente, mediante:

a) Vigilância sanitária dos contatos e suspeitos
b) Verificação de denúncias e notificações
c) Exames em coletividades
d) Investigação de focos

§ 1º Os contatos de lepra serão obrigatòriamente submetidos a exames leprológicos, periódicos, com intervalos máximos de um ano.

§ 2º Os exames dos comunicantes se estenderão por um prazo não inferior a 6 anos, contados a partir da data do último contato com a fonte de infecção.

§ 3º A juízo da autoridade sanitária, poderão ser dispensados dos exames os contatos de doentes com bacteriscopia reiteradamente negativa, bem como os lepromino-positivos (++ e +++).

§ 4º A prática de notificações será incentivada por meios adequados, junto à classe médica, sendo conservado em sigilo o nome do notificante.

§ 5º Todos os casos de denúncias ou notificações serão obrigatòriamente examinados e investigados.

§ 6º Os exames em coletividades serão realizados em grupos populacionais do interêsse epidemiológico.

§ 7º A autoridade sanitária procurará, com o fim de descobrir casos novos de lepra, interessar tôdas as organizações oficiais, autárquicas para-estatais e particulares que possam vir a ter conhecimento de doença do mal de Hansen.

§ 8º O hábito dos exames periódicos de saúde deverá ser estimulado pelos Serviços de Lepra.

§ 9º Os serviços de lepra deverão realizar completa investigação epidemiológica de todos os casos de lepra a qual consistirá essencialmente na colheita de todos os dados e informações

possíveis de valor epidemiológico referentes ao doente, aos seus comunicantes e à fonte de contágio, no registro delas em fichas adequadas, e na verificação e providências posteriores.

Art. 5º É obrigatório o tratamento específico dos doentes de lepra, tendo também em vista a aplicação das seguintes medidas:

a) prevenção das deformidades pelos métodos não cirúrgicos.
b) correção cirúrgica das deformidades permanentes.

§ 1º O tratamento será feito em domicilio, em dispensário ou em sanatório para doentes de lepra e gratuitamente quando realizado por entidades oficiais.

§ 2º Para efeito de contrôle de tratamento os doentes de lepra serão obrigados a se submeter a exames pelo menos, de três (3) em três (3) meses.

§ 3º Será incentivado o tratamento em clínicas universitárias e em instituições oficiais e particulares com o fornecimento de medicamentos específicos, com orientação técnica e fiscalização do Serviço de Lepra, mediante o que fôr ajustado.

§ 4º O Serviço Nacional de Lepra expendirá instruções sôbre a metodologia dos ensaios terapêuticos com relação à lepra.

Art. 6º A educação sanitária será exercida junto aos doentes, suas famílias, comunicantes e, principalmente por intermédio dos líderes declarasse, à população em geral.

Art. 7º O Estado prestará a devida assistência social aos doentes de lepra e aos seus dependentes.

§ 1º Aos doentes internados ou não, quando necessário, será promovida a sua recuperação ocupacional, sua readaptação e sua reintegração social.

§ 2º Os doentes de lepra serão divididos em quatro categorias do ponto de vista de seus estigmas:

a) os incapacitados seriamente para tomar parte ativa na vida.
b) os que sofrendo deformidades possam produzir trabalhos de valor econômico sob condições especiais.
c) os que são forçados a abandonar sua antiga ocupação e necessitam habilitar-se para novo emprêgo.
d) os que apenas precisam de auxílio para encontrar trabalhos, não constituindo estôrvo os estígmas da doença.

§ 3º A assistência social aos doentes isolados em leprocômios terá por fim criar, nesses estabelecimentos, condições de vida digna e confortável e que se aproxime, tanto quanto possível do convívio na sociedade.

§ 4º O Estado sòmente prestará assistência judiciária e extra-judiciária, gratuita, aos

doentes de lepra internados em leprocômios e aos seus dependentes, de modo a lhes resguardar os interêsses patrimoniais e familiares perante as autoridades e particulares.

Art. 8º Será assegurado aos enfêrmos de lepra, portadores de formas clínicas contagiantes, o direito de movimentação, que poderá, entretanto, sofrer limitações nas eventualidades:

a) de não possuir o enfêrmo condições econômicas que garantam sua subsistência na forma requerida pelo seu estado de saúde.

b) de não possuir o enfêrmo domicílio que satisfaça os requisitos minomos de proteção aos demais conviventes.

c) de o enfêrmo, embora satisfazendo os itens anteriores não acatar as determinações relativas ao seu tratamento regular e as recomendações que visem a eliminar os riscos da disseminação.

§ 1º Os estabelecimentos mantidos por particulares serão registrados nos serviços de lepra e ficarão subordinados à sua fiscalização.

§ 2º Em circunstâncias especiais, a juízo da autoridade sanitária competente, os casos de lepra, passíveis de se tornarem rapidamente não baciliferos, poderão ser internados em hospitais gerais ou em casas de saúde, desde que alojados em acomodações adequadas e observadas as instruções baixadas pelo Serviço Nacional de Lepra.

§ 3º A manutenção dos doentes em leprocômios oficiais será gratuita; nesses estabelecimentos poderá haver alojamentos especiais para doentes contribuições, que ficarão, entretanto, sujeitos à disciplina e ao regime nêles em vigor.

§ 4º A limitação dos movimentos a que se refere o presente artigo será praticada mediante internação em leprocômios oficiais ou particulares.

§ 5º Os doentes de lepra contagiantes e os passíveis de se tornarem infectantes não poderão desempenhar qualquer emprêgo ou profissão que os ponham em contato direto com o público, nem residir em habitações coletivas.

§ 6º A proibição constante do parágrafo anterior só será aplicada após o estudo detalhado de cada caso e sòmente em situações que possam concorrer para a disseminação da moléstia.

Art. 10. As crianças nascidas em leprocômios serão imediatamente afastadas da genitora e colocadas de preferência em meio familiar em pupileiras comuns e na sua falta em estabelecimentos especializados.

Parágrafo Único. As crianças nascidas em focos da lepra serão afastadas de acôrdo com a situação de cada caso e a critério da autoridade sanitária competente.

Art. 11. A prática dos testes lepromínicos e de recursos que possam provocar a resistência nos indivíduos face à infecção leprosa e ao desenvolvimento da doença será estabelecida em instruções expedidas pelo Serviço Nacional de Lepra.

Art. 12. A vigilância sanitária sôbre os doentes de lepra não internados será efetuada principalmente mediante:

a) visitas periódicas nos seus domicílios por médicos, enfermeiros, visitadores, guardas sanitários e outros servidores, com o fim de verificar se são cumpridas as determinações da autoridade sanitária com relação ao tratamento e à condições em que vivem os doentes e dos que com eles residem;

b) reexames clínicos e laboratoriais;

c) verificação de suas ocupações para que não sejam exercidas as que forem vedadas.

Art. 13. O Govêrno poderá atribuir a entidades particulares, quando integradas na luta contra a lepra, a responsabilidade da prestação total ou parcial de assistência social aos doentes e seus dependentes, quando as referidas entidades submetidas à orientação e fiscalização da autoridade sanitária.

Art. 14. As Leis sociais com respeito à lepra deverão ser revistas e adaptadas aos novos conceitos da leprologia, pelo menos, de cinco em cinco anos.

Parágrafo único. Não deverão constituir motivo para aposentadoria ou reforma os casos de lepra tuberculóide tórpida e os indeterminados lepromino-positivo (++ e +++), mediante parecer da autoridade sanitária especializada.

Art. 15. Aos doentes internados em leprocômios deverão ser proporcionados meios para aprendizagem profissional necessária à sua readaptação, bem como aos não hospitalizados que dela careçam.

§ 1º A readaptação deve ser processada desde o internamento do doente, seguindo-se durante o tratamento e terminando com o estabelecimento do indivíduo em uma atividade estável e apropriada a seu estado. Do mesmo modo quanto ao doente não internado, desde o início do seu tratamento.

§ 2º Todo processo de readaptação do doente deve ficar, no curso de sua execução, sob o contrôle médico com o fim de evitar ou desaconselhar atividade física ou intelectual incompatível com seu estado de saúde.

§ 3º O doente internado, desde que lavrado o laudo de "Transferência para Dispensário", não poderá permanecer no leprocômio, devendo o serviço de assistência social prestar tôda a cooperação para sua reintegração na comunidade.

Art. 16. É atribuição das Unidades Federativas e execução de luta contra a endemia leprótica.

§ 1º As medidas de combate à lepra poderão ser realizadas através de unidades não especializadas de saúde pública, orientadas e fiscalizadas, para garantir a homogeneidade, continuidade e eficiência dos trabalhos, por serviços especializados.

§ 2º Às Unidades Federativas será facultado entregar ao Serviço Nacional de Lepra, mediante acôrdo bilateral, a execução, parcial ou total, das tarefas de profilaxia de lepra.

Art. 17. Para execução de atividade visando o combate à lepra, o Serviço Nacional de Lepra expedirá instruções para a suspensão, parcial ou total, temporária ou definitiva, das medidas sanitárias a que estão sujeitos os pacientes de lepra.

Art. 18. O Serviço Nacional de Lepra elaborará as instruções necessárias à perfeita aplicação destas Normas.

Art. 19. Ficam revogados os artigos 133 e 183 do Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923.

Art. 20. Êste decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília, D.F, em 7 de maio de 1962; 141º da Independência e 74º da República.

TANCREDO NEVES
Souto Maior

Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial da União - Seção 1 de 09/05/1962

Publicação:

- Diário Oficial da União - Seção 1 - 9/5/1962, Página 5113 (Publicação Original)
- Coleção de Leis do Brasil - 1962, Página 109 Vol. 4 (Publicação Original)

ANEXO F - EUNICE SOUSA GABI WEAVER

Eunice Sousa Gabi Weaver nasceu em 19 de setembro de 1902 e faleceu em 9 de dezembro de 1969, foi uma brasileira que se dedicou aos cuidados aos hansenianos.

Nasceu em uma fazenda de café no interior do estado de São Paulo, filha de Henrique Gabbi, um carpinteiro natural de Reggio Emilia (Itália) e de Leopoldina Gabbi, natural de Piracicaba, mas descendente de imigrantes suíços, tendo recebido educação austera. Sendo sua mãe portadora de hanseníase, quando Eunice tinha três anos de idade, a sua família mudou-se para Uruguaiana, no Rio Grande do Sul. Ali fez os seus estudos primários, no Colégio União.

Tendo prosseguido os seus estudos em São Paulo, formou-se na Escola Normal e fez o curso de Educação Sanitária. Certo dia de 1927, em visita a uma família amiga, reencontrou o seu antigo professor e diretor do Colégio União - Charles Anderson Weaver. Viúvo, casaram-se seis meses depois, tendo ido residir em Juiz de Fora (MG). Embora o casal não tenha tido filhos, Eunice cuidou dos quatro filhos do primeiro casamento do marido.

Um ano mais tarde, o seu marido foi convidado pela Universidade de Nova Iorque, a dirigir a Universidade Flutuante da América do Norte, instalada num transatlântico, que faria uma viagem ao redor do mundo para melhor formação de seus alunos. Charles aceitou o convite e partiu do Rio de Janeiro acompanhado pela esposa, que aproveitou para estudar Jornalismo, Sociologia, Serviço Social e Filosofias Orientais, em visita a 42 países. Durante essa viagem, viveu por um dia num templo budista, foi até ao Himalaia no lombo de um jumento e entrevistou durante quatro horas o Mahatma Gandhi, de quem recordava: "*Foi o homem mais próximo de Jesus Cristo que conheci*". Por onde passou, interessou-se pelo problema da hanseníase - nomeadamente nas ilhas Sandwich, no Japão, na China, na Índia e no Egito.

De volta ao Brasil, fundou em Juiz de Fora a Sociedade de Assistência aos Lázaros. De madrugada, quando passava o trem para Belo Horizonte, dirigia-se à estação ferroviária a fim de prestar assistência aos hansenianos que eram transportados no vagão da segunda classe, ao leprosário Santa Isabel naquela cidade. Ela lhes oferecia roupas, cobertores e refeições.

Fundou o Educandário Carlos Chagas em Juiz de Fora (1932), e o Educandário Santa Maria, no Rio de Janeiro.

Em 1935, obteve do então presidente da República, Getúlio Vargas a promessa de auxílio oficial para as obras, no montante do dobro do que ela conseguisse arrecadar junto à sociedade civil. Com esse acordo, Eunice dedicou-se a viajar por todo o país, divulgando a campanha da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra.

Foi à primeira mulher a receber, no país, a Ordem Nacional do Mérito, no grau de Comendador (Novembro de 1950), e a primeira pessoa, na América do Sul, a

receber o troféu Damien-Dutton. Publicou a "Vida de Florence Nightingale", "A Enfermeira" e "A História Maravilhosa da Vida". Representou o Brasil em inúmeros congressos internacionais sobre a hanseníase, tendo organizado serviços assistenciais no Paraguai, em Cuba, no México, na Guatemala, na Costa Rica e na Venezuela.

Foi homenageada com o título de "Cidadã Carioca" ao completar 25 anos na direção da Federação (1960) e com o título de "Cidadã Honorária de Juiz de Fora" (11 de Setembro de 1965). Foi à delegada brasileira no 12º Congresso Mundial da Organização das Nações Unidas (Outubro de 1967). Em diversos estados do Brasil, instituições de assistência aos hansenianos levam o nome de "Sociedade Eunice Weaver". Inclusive no Espírito Santo. De acordo com os documentos históricos do Educandário Alzira Bley seu nome original era Sociedade Eunice Weaver do Espírito Santo, os funcionários mais antigos da instituição chegaram a conhecê-la pessoalmente e tinham grande respeito e admiração por seu trabalho. Foram cerca de trinta e dois educandários construídos próximos às colônias de hansenianos, distribuídos por todos os estados da federação.

Faleceu subitamente em viagem de retorno do Rio Grande do Sul. O seu corpo encontra-se sepultado, ao lado do corpo do marido, no Cemitério dos Ingleses, no Rio de Janeiro.

Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Eunice_Weaver
Acesso em 12/08/2012.

ANEXO G – LEI N° 9.010, DE 29 DE MARÇO DE 1995.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.010, DE 29 DE MARÇO DE 1995.

Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O termo "Lepra" e seus derivados não poderão ser utilizados na linguagem empregada nos documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros.

Art. 2º Na designação da doença e de seus derivados, far-se-á uso da terminologia oficial constante da relação abaixo:

Terminologia Oficial Terminologia Substituída
Hanseníase Lepra
Doente de Hanseníase Leproso, Doente de Lepra
Hansenologia Leprologia
Hansenologista Leprologista
Hansênico Leprótico
Hansenóide Lepróide
Hansênide Lépride
Hansenoma Leproma
Hanseníase Virchoviana Lepra Lepromotosa
Hanseníase Tuberculóide Lepra Tuberculóide
Hanseníase Dimorfa Lepra Dimorfa
Hanseníase Indeterminada Lepra Indeterminada
Antígeno de Mitsuda Lepromina
Hospital de Dermatologia Leprosário, Leprocômio
Sanitária, de Patologia
Tropical ou Similares

Art. 3º Não terão curso nas repartições dos Governos, da União e dos Estados, quaisquer papéis que não observem a terminologia oficial ora estabelecida, os quais serão imediatamente arquivados, notificando-se a parte.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 29 de março de 1995; 174º da Independência e 107º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Adib Jatene

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 30.3.1995

ANEXO H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento visa solicitar sua participação, na Pesquisa **CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY/CARIACICA-ES: UMA ABORDAGEM HISTÓRICO-DEMOGRÁFICA DE 1937 A 2012.**

O **OBJETIVO** deste trabalho é caracterizar e discutir a existência do Educandário Alzira Bley em Cariacica/ES, bem como descrever as principais características demográficas de sua população. A sua participação é muito importante e se daria da seguinte forma: por meio de uma ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA, A DISPONIBILIZAÇÃO DE FOTOS E DOS LIVROS DE REGISTROS DO EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY.

Os **BENEFÍCIOS** esperados são contribuir de forma significativa para o reconhecimento dos direitos dos filhos dos hansenianos que também foram segregados em virtude do isolamento dos pais. Mostrar a realidade que enfrentam as pessoas que ainda trabalham e as crianças e seus familiares que dependem desta instituição. Contribuir com o registro histórico desta instituição que a mais de setenta anos atende a crianças e adolescentes, primeiramente os filhos dos hansenianos e posteriormente aquelas que estão em risco social.

Esclarecemos que sua participação é totalmente **VOLUNTÁRIA** e que por intermédio deste Termo são-lhes garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, datas de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da Pesquisa.

DECLARO O MEU CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA

"Eu declaro estar ciente das informações constantes neste 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido', e entendo que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o Pesquisador da Universidade Federal do Espírito Santo responsável por esta Pesquisa."

Cariacica, ES, 12 de Julho de 2013

Participante: Luiz Carlos Farias

Endereço: R. S. Terezinha, Ed. Paraguai Apº 202 B - Andre Carloni - Serra ES

- Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimento pode nos contactar:

Pesquisador: Elaine Cristina Rossi
Endereço: Rua Rondônia, nº 151, Campina Grande. Cariacica-ES.
Telefone: (27) 9822 - 8594
E-mail: elainecristinarossi@hotmail.com
Ou ainda, poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo.
Assinatura do colaborador: x Luiz Carlos Farias
Endereço: _____
Assinatura do Pesquisador: Elaine Cristina Rossi

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento visa solicitar sua participação, na Pesquisa **CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY/CARIACICA-ES: UMA ABORDAGEM HISTÓRICO-DEMOGRÁFICA DE 1937 A 2012.**

O **OBJETIVO** deste trabalho é caracterizar e discutir a existência do Educandário Alzira Bley em Cariacica/ES, bem como descrever as principais características demográficas de sua população. A sua participação é muito importante e se daria da seguinte forma: por meio de uma ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA, A DISPONIBILIZAÇÃO DE FOTOS E DOS LIVROS DE REGISTROS DO EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY.

Os **BENEFÍCIOS** esperados são contribuir de forma significativa para o reconhecimento dos direitos dos filhos dos hansenianos que também foram segregados em virtude do isolamento dos pais. Mostrar a realidade que enfrentam as pessoas que ainda trabalham e as crianças e seus familiares que dependem desta instituição. Contribuir com o registro histórico desta instituição que a mais de setenta anos atende a crianças e adolescentes, primeiramente os filhos dos hansenianos e posteriormente aquelas que estão em risco social.

Esclarecemos que sua participação é totalmente **VOLUNTÁRIA** e que por intermédio deste Termo são-lhes garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, datas de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da Pesquisa.

DECLARO O MEU CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA

"Eu declaro estar ciente das informações constantes neste 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido', e entendo que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o Pesquisador da Universidade Federal do Espírito Santo responsável por esta Pesquisa."

Cariacica, ES, 12 de julho de 2013

Participante: BALDUINA RODRIGUES DE SOUZA FARIAS

Endereço: R. S. Terezinha, Ed. Paraguai Aptº 202 B Andrade Carlone - Serra - ES

- Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimento pode nos contactar:

Pesquisador: Elaine Cristina Rossi
Endereço: Rua Rondônia, nº 151, Campina Grande. Cariacica-ES.
Telefone: (27) 9822 - 8594
E-mail: elainecristinarossi@hotmail.com

Ou ainda, poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo.

Assinatura do colaborador: Balduina Rodrigues de Souza Farias

Endereço: _____

Assinatura do Pesquisador: Elaine Cristina Rossi

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento visa solicitar sua participação, na Pesquisa **CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY/CARIACICA-ES: UMA ABORDAGEM HISTÓRICO-DEMOGRÁFICA DE 1937 A 2012.**

O **OBJETIVO** deste trabalho é caracterizar e discutir a existência do Educandário Alzira Bley em Cariacica/ES, bem como descrever as principais características demográficas de sua população. A sua participação é muito importante e se daria da seguinte forma: por meio de uma ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA, A DISPONIBILIZAÇÃO DE FOTOS E DOS LIVROS DE REGISTROS DO EDUCANDÁRIO ALZIRA BLEY.

Os **BENEFÍCIOS** esperados são contribuir de forma significativa para o reconhecimento dos direitos dos filhos dos hansenianos que também foram segregados em virtude do isolamento dos pais. Mostrar a realidade que enfrentam as pessoas que ainda trabalham e as crianças e seus familiares que dependem desta instituição. Contribuir com o registro histórico desta instituição que a mais de setenta anos atende a crianças e adolescentes, primeiramente os filhos dos hansenianos e posteriormente aquelas que estão em risco social.

Esclarecemos que sua participação é totalmente **VOLUNTÁRIA** e que por intermédio deste Termo são-lhes garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, datas de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da Pesquisa.

DECLARO O MEU CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA

"Eu declaro estar ciente das informações constantes neste 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido', e entendo que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o Pesquisador da Universidade Federal do Espírito Santo responsável por esta Pesquisa."

Cariacica, ES, 12 de Julho de 2013

Participante: Jandira Scalzer

Endereço: R. S. Terezinha, Ed. Paraguai Apto 401 B André Carlou - Serra

- Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimento pode nos contactar:

Pesquisador: Elaine Cristina Rossi
Endereço: Rua Rondônia, nº 151, Campina Grande. Cariacica-ES.
Telefone: (27) 9822 - 8594
E-mail: elainecristinarossi@hotmail.com
Ou ainda, poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo.
Assinatura do colaborador: Jandira Scalzer
Endereço: _____
Assinatura do Pesquisador: Elaine Cristina Rossi

ANEXO I – LEI Nº 4.741, DE 07 DE JANEIRO DE 1993

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

LEI Nº 4.741, DE 07 DE JANEIRO DE 1993

O GOVERNADOR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Faço saber que a Assembléia Legislativa decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1° - Fica o Poder Executivo autorizado a doar á Sociedade Eunice Weaver do Espírito Santo sociedade civil de fins assistenciais-filantrópicos com sede nesta Capital, uma área de terra medindo 552 349,05m2 (quinhentos e cinquenta e dois mil trezentos e quarenta e nove metros quadrados e cinco decímetros quadrados), situada no lugar denominado Itanhenga, Município de Cariacica, neste Estado, desmembrada de maior porção de propriedade do Estado.

Art. 2° - A área de que trata o artigo anterior destinar-se-á, exclusivamente, às atividade assistenciais-filantrópicas a cargo da donatária e tem as seguintes confrontações ao Norte, faixa de domínio da BR) 101 (contorno); ao Sul, mangue (terreno de Marinha); a Leste, o hospital Pedro Fontes; a oeste, faixa de domínio da BR 101 (contorno).

Art.3° - O imóvel objeto da doação reverterá ao patrimônio estadual, independente de qualquer indenização, se lhe for dado, no todo ou em parte, outra destinação que não a indicada no artigo anterior.

Art. 4° - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

Art. 5° - Revogam-se as disposições em contrário.

Ordeno, portanto, a todas as autoridades que a cumpram e a façam cumprir como nela se contém.

O Secretário de Estado da Justiça e da Cidadania faça publicá-1a, imprimir e correr.

Palácio Anchieta, em Vitória, 07 de Janeiro de 1993.

ALBUÍNO CUNHA DE AZEREDO
Governador do Estado

RENATO VIANA SOARES
Secretário de Estado da Justiça
e da Cidadania

(Este texto não substitui o publicado no D.O.E. de 08.01.1993)