

HOSPITAL COLÔNIA CURUPAITI:

DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE.

Nathally de Almeida Rosário



Nathally de Almeida Rosário

Hospital Colonia Curupaiti:

De Cidade-Hospital ao Direito à cidade.

Trabalho Final de Graduação apresentado à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Centro de Letras e Artes da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito obrigatório à obtenção do título de Arquiteta e Urbanista.

Orientadora: Ana Maria Gadelha Albano Amora.

Área de Pesquisa: Planejamento Urbano. Arquitetura Hospitalar.

Palavras-chave: Direito à memória, Requalificação Urbana, Arquitetura Hospitalar, Cidades Hospitalares.

Rio de Janeiro
2021

Nathally de Almeida Rosário

Hospital Colônia Curupaiti: de Cidade-hospital ao Direito à cidade.

Trabalho Final de Graduação apresentado à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Centro de Letras e Artes da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito obrigatório à obtenção do título de Arquiteta e Urbanista.

(Ana Maria Gadelha Albano Amora, PROARQ/UFRJ)

(Cláudio Rezende Ribeiro, PROURB/UFRJ)

(Daniel Nardelli, Universidade de Brasília - UnB)

(Sílvia Scoralich de Carvalho, PROARQ/UFRJ)

Rio de Janeiro
2021



RESUMO

Inaugurado em 1929 na Baixada de Jacarepaguá e inserido no ideário de modernização dos séculos XIX e XX, o antigo Hospital Colônia Curupaiti, objeto de estudo deste trabalho, foi destinado ao isolamento compulsório de pessoas atingidas pela Hanseníase e reproduziu tanto a segregação social, implícita no higienismo, quanto as diretrizes do urbanismo funcionalista, que fundamentaram o que Amora (2009) denominou de "cidade hospital". Durante o período de industrialização mundial, era necessário que a modernidade se estendesse a todas as esferas, entendendo a cidade não só como o locus da produção capitalista, mas como instrumento de controle social (Foucault, 1979). Com o fim do isolamento compulsório na década de 1980 e o abandono estatal das colônias, o Hospital Curupaiti inseriu-se em um gradativo processo de ocupações irregulares por grupos heterogêneos, que atuam de formas distintas sobre o solo, sendo essa uma questão substancial para a leitura do lugar, sobretudo no que se refere ao apagamento da memória e à busca pela reintegração social de sujeitos por quase um século marginalizados. Deste modo, a pesquisa pretende investigar as transformações urbanas e arquitetônicas que refletiram na manutenção da condição de exclusão e as relações existentes entre o objeto, a paisagem, o uso do solo e os grupos atuantes, com o objetivo de subsidiar um projeto de requalificação urbana que incorpore a heterogeneidade através do mapeamento dos interesses e disputas territoriais no Hospital, enquanto lugar de memória urbanística e da saúde, e seu entorno, sob a luz do direito à cidade e do direito à memória.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

01 OS HOSPITAIS-COLÔNIA E A ESPACIALIZAÇÃO DA SAÚDE

- 1.1 Antecedentes históricos: as políticas de urbanização do século XX
- 1.2 Utopia e trabalho nas Colônias de isolamento compulsório

02 CIDADES HOSPITAIS: CURUPAITI (1929-1986)

- 2.1 A cidade dentro da cidade
- 2.2 Arquitetura pavilhonar, ambiências e sociabilidade

03 DO TRATAMENTO DISPENSORIAL À ABERTURA DOS PORTÕES (1950-1986)

- 3.1 Reformas nas políticas de saúde
- 3.2 A década de 1980: fim do isolamento compulsório?
 - 3.2.1 Estigmas e reintegração social
 - 3.2.2 Ações indenizatórias
 - 3.2.3 Desospitalização e desinstitucionalização: interfaces entre hanseníase e

saúde mental

04 DEMANDAS E CONFLITOS SOCIOESPACIAIS

- 4.1 O Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária e os sujeitos do IEDS
- 4.2 O crescimento desordenado da Área de Planejamento 4 (AP4)
- 4.3 A atuação das milícias na Zona Oeste: favelas e grilagem de terras
- 4.4 Cidade murada x cidade informal: memória, planejamento urbano e seus conflitos

05 MÉTODOS E DADOS OBTIDOS

- 5.1 Cartografias da memória
- 5.2 Se a cidade fosse nossa...

06 DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

ANEXOS

INTRODUÇÃO

Construído entre 1922 e 1929 na Baixada de Jacarepaguá, inserido no ideário de modernização dos séculos XIX e XX, o antigo **Hospital Colônia Curupaiti** foi destinado ao isolamento compulsório (obrigatório) de pessoas atingidas pela hanseníase – antes de 1995, denominada lepra – e reproduziu tanto a segregação social, implícita no higienismo da época, quanto as diretrizes do urbanismo funcionalista, que fundamentaram o que Amora (2009) denominou de *cidade hospital* em seu estudo *Utopia ao avesso nas cidades muradas da hanseníase*. Nesse contexto, durante a primeira metade do século XX, pautadas no urbanismo higienista, as colônias de isolamento compulsório foram construídas por todo o país.

Afastadas dos centros, as colônias para hanseníase foram estruturadas como cidades dentro da cidade, com moradias e alguns equipamentos urbanos além da estrutura hospitalar (AMORA, 2009). A princípio, pelo viés médico, tinham valor terapêutico ao ambientar o paciente em melhores condições espaciais de tratamento. Pelo viés econômico, demandavam baixo custo de manutenção, uma vez que os próprios internos a proveriam através da sua força de trabalho, e pelo viés urbano, deveriam ser implantadas em zonas rurais, afastadas das áreas mais populosas, o que justifica a escolha pela Baixada de Jacarepaguá, à época zona rural do então Distrito Federal.

Com os avanços no tratamento da hanseníase, o fim do isolamento compulsório na década de 1980 e o abandono estatal da Colônia, o Curupaiti inseriu-se em um gradativo processo de ocupações por grupos heterogêneos, que atuam de formas distintas sobre o solo público. O processo de desospitalização dos internos, iniciado em 1986, aliado à ausência de uma política de reparação e realocação de egressos, resultou na permanência da maioria dos que foram internados e, conseqüentemente, permitiu a entrada dos filhos que foram separados dos pais e enviados a preventórios. Além disso, o crescimento desordenado da Baixada de Jacarepaguá a partir da década de 90, a conexão imposta com o Morro do Piolho e a falta de políticas habitacionais para a região determinaram o início do processo de ocupação da Colônia por pessoas sem vínculo com a doença.

Atualmente, residem no Curupaiti: a) ex-internos que necessitam de assistência médica diária, **em pavilhões asilares**; b) ex-internos **em pavilhões comuns** e; c) ex-internos, familiares e pessoas sem vínculo com a doença **nas vilas de casas geminadas ou em ocupações** feitas de diferentes formas no Hospital. Neste cenário, a coexistência dos diferentes grupos sobrepõe os interesses territoriais, nos quais os conflitos se manifestam, majoritariamente, através da atribuição do valor de uso¹ (LEFEBVRE, 2001 apud. RIBEIRO e SIMÃO, 2016; e AMORA, 1996) de forma distinta na Colônia, em que os espaços de memória, para uns, são ressignificados por outros, em função das novas demandas sociais. Somadas a isto, tem-se as práticas coercitivas de grupos paramilitares que atuam no território, intensificam os conflitos e aceleram a transformação de um bem (a terra), enquanto valor de uso, para um bem com valor de troca (mercadoria).

¹ Lefebvre (2001) relaciona a cidade, enquanto "obra", ao seu valor de uso, e enquanto "produto", ao seu valor de troca. Esta contradição é abordada na perspectiva de Ouro Preto por Ribeiro e Simão (2016), em *Memória e Direito à Cidade: políticas urbanas contemporâneas de Ouro Preto* e por Amora (1996) em *O lugar do público no Campeche*.

Entendemos tal heterogeneidade como uma questão substancial para a leitura do lugar, sobretudo no que se refere ao direito à cidade e à busca pela reintegração de pessoas por décadas – e ainda – marginalizadas.

Nesse sentido, a luta travada pelos sujeitos acometidos pela hanseníase e o direito à cidade são os propulsores e a motivação deste estudo, que teve ponto de inquietude a investigação das transformações urbanas e arquitetônicas no Curupaiti, ou a ausência delas, que refletiram na manutenção da condição de exclusão há quase um século vigente. Deve-se considerar, também, que o objeto de estudo se caracteriza como um lugar representativo para a memória urbanística e para o patrimônio arquitetônico da saúde, campo que se tem consolidado a partir do Projeto Inventário do Patrimônio Cultural da Saúde, coordenado pela Casa de Oswaldo Cruz (AMORA, 2009), com contribuições do Mestrado Profissional em Preservação e Gestão do Patrimônio Cultural das Ciências e da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Enquanto pesquisadora e residente do antigo Hospital Colônia, acompanhei, em minha trajetória e no desenvolvimento deste trabalho, pessoas que aqui foram internadas durante o isolamento compulsório e aqui permaneceram, sem a possibilidade de se reintegrarem à vida social extramuros ou presenciarem as transformações na cidade, de Distrito Federal do Brasil à atual cidade do Rio de Janeiro. E ainda que a partir da década de 1980 tenha se iniciado o processo de desospitalização, inúmeros foram os casos de dificuldade de reintegração social, relatados no terceiro capítulo.

A terminologia utilizada – reintegração social – dá-se ao fato de que dentro das colônias havia interação entre os internos, pois as cidades hospitalares, ao mimetizarem o espaço urbano, possibilitavam a reprodução das suas relações (AMORA, 2009). Nesse sentido, não se trata de reinserção social, pois os sujeitos per si constituíam grupos sociais, e considerá-los à parte da sociedade, ou seja, não inseridos, significaria desconsiderar as relações por eles criadas. Sendo assim, a reintegração nos sugere uma aproximação da sociedade intramuros e extramuros, reconhecendo a existência de ambas. Em concordância com a terminologia tem-se o MORHAN, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, de abrangência nacional.

Foi possível acompanhar, ainda, a expansão das comunidades adjacentes e das forças paramilitares na Zona Oeste, que emergiram em todo o Rio de Janeiro e que hoje atuam tanto nas favelas quanto nas dependências do Hospital. Estas atuações moldaram parte das dinâmicas do Curupaiti e, portanto, constituem parte da heterogeneidade a ser investigada nesta pesquisa. Além dos grupos mencionados (antigos internos, familiares, pessoas sem vínculo com a doença e milícias), há as entidades internas que integram a investigação, como a Congregação Mariana (CMHC), o Grupo Cultura Urbana e o Centro Espírita Filhos de Deus.

O estudo deste Hospital surge, enfim, da preocupação com: 1. O destino de uma Colônia de 1,3km² de extensão (tamanho aproximado do bairro da Cidade de Deus, de 1,2km²), que possui baixa

taxa de ocupação do solo e, simultaneamente, está implantada em um entorno que carece de moradias adequadas, com intensa grilagem de terras e; 2. A conservação de um lugar representativo para o patrimônio material e imaterial das pessoas atingidas pela hanseníase, que ainda hoje abriga idosos remanescentes do período de isolamento e seus familiares.

Deste modo, pretende-se compreender as relações existentes entre o objeto, a paisagem e os valores de uso atribuídos pelos grupos atuantes, com o objetivo de subsidiar (fornecer dados para) a discussão de um plano de ocupação pelos moradores, a ser desenvolvido em estudos posteriores e que incorpore a heterogeneidade da Colônia, a partir de uma análise crítica dos desejos de ocupação dos grupos atuantes – colhidos durante a pesquisa – e dos conflitos entre estes desejos e a realidade construída. Para isso, tem-se como objetivos específicos:

1. A identificação dos grupos atuantes;
2. O mapeamento do uso do solo e das zonas conflituosas;
3. A investigação das transformações de uso da Colônia;
4. A identificação das demandas territoriais dos grupos (entrevistas – amostra total);
5. Definição, a partir da pesquisa de campo, da existência, ou não, de espaços que congreguem os interesses do conjunto dos grupos (demandas em comum);
6. Apresentação dos resultados da pesquisa à amostra parcial, para construção dos mapas dos desejos (sugestões de implantação das demandas em comum no território da Colônia, representadas graficamente);
7. Análise crítica das propostas manifestadas nos mapas dos desejos;
8. Apontamentos para um plano de ocupação da área da Colônia, a partir da análise crítica dos mapas dos desejos (subsidiar a discussão de um plano de ocupação);

A problemática aqui abordada pretende cumprir uma justificativa social, dada a necessidade de requalificação das dependências do antigo Hospital Colônia, que se constitui, materialmente, como uma estrutura ainda impeditiva do exercício pleno de direitos. Consideramos fundamental neste processo, a articulação dos moradores para defesa de seus interesses. Nesse sentido, objetivamos contribuir, a partir da pesquisa, um posicionamento crítico dos moradores, para que reivindiquem maior participação nos diálogos que já ocorrem entre o Hospital, o MORHAN e o Governo do Estado do Rio de Janeiro, representado pelo Instituto de Terras e Cartografia do Estado do Rio de Janeiro (ITERJ).

Para isso, o objeto de estudo será analisado a partir de uma pesquisa descritiva, com algumas questões abordadas sob a ótica exploratória. Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória compreende levantamentos bibliográficos e documentais, assim como entrevistas não padronizadas, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, enquanto a descritiva descreve um fenômeno (uma situação-problema, por exemplo), estabelece relações entre suas hipóteses e variáveis e compreende as características de um grupo como idade, sexo, nível de escolaridade e renda, índice de criminalidade, condições de habitação etc.

Apesar da abordagem qualitativa, alguns dados serão organizados quantitativamente – o que não impede ou exclui sua análise subjetiva. Vidich e Lyman (2006) destacam que “o emprego de dados quantitativos ou de procedimentos matemáticos não elimina o elemento intersubjetivo que representa a base da pesquisa social”. Os procedimentos técnicos foram detalhados junto à descrição do método, conforme a estruturação do trabalho, que se apresenta em cinco capítulos. No primeiro capítulo tem-se uma análise introdutória da concepção dos hospitais-colônia e a espacialização da saúde, contemplando seus antecedentes históricos e políticas de urbanização da época, a partir de uma revisão bibliográfica à luz de teóricos da Arquitetura e Urbanismo e Filosofia.

No segundo capítulo há uma investigação da cidade hospital, baseada nas análises de Joaquim Motta (1943) e do LabLugares (2016). As ambiências e espaços de sociabilidade foram descritos segundo depoimentos dos residentes e materiais iconográficos cedidos ou coletados em bases de dados.

No terceiro tem-se a trajetória da Colônia, do isolamento compulsório à busca por reintegração, ou seja, de Hospital-colônia Curupaiti ao Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária Curupaiti (IEDS). Para isso, foram analisadas as leis sobre a hanseníase, de 1923 a 1968, que fundamentaram as relações entre o estigma, o preconceito e o direito à cidade, sobretudo a partir de 1950, quando o isolamento compulsório começa a ser questionado. Considera-se, ainda, o marco da década de 1980, que assinalou reformas nas políticas de saúde e a criação do MORHAN. Por último, com base no levantamento das ações indenizatórias existentes, tem-se uma análise crítica sobre o processo de desospitalização das Colônias de hanseníase, em um comparativo com a desinstitucionalização das colônias psiquiátricas, e a forma como este processo [desospitalização], em conjunto com as ações indenizatórias, contribuiu para o abandono estatal do Curupaiti.

No quarto capítulo, são apresentadas características do entorno do Hospital, os grupos atuantes e o território do IEDS, bem como possíveis predecessores da ocupação desordenada do solo e dos conflitos socioespaciais existentes, relacionados ao desenvolvimento da Área de Planejamento 4. Apresentamos, ainda, um projeto defendido pelo MORHAN para requalificação da Colônia como instrumento de introdução à análise crítica do objeto e seu entorno.

A partir da problemática, são feitos apontamentos sobre o direito à cidade que refletem na necessidade de aprofundamento sobre as transformações urbanas da Colônia, do seu entorno, dos valores de uso atribuídos e de um plano de ocupação para o local que inclua o direito ao patrimônio urbano, sem que este reproduza o apagamento de outros grupos. No quinto capítulo, há o detalhamento dos métodos e dados obtidos e no sexto, a análise dos dados e os apontamentos para um plano de ocupação. Por fim, nas considerações finais, são retomados os limites do estudo – também apresentados no capítulo anterior – e as perspectivas de abordagens futuras.

OS HOSPITAIS-COLÔNIA E A ESPACIALIZAÇÃO DA SAÚDE



Capítulo 1

1.1 Antecedentes históricos: as políticas de urbanização do século XX

As doenças infectocontagiosas, como a hanseníase, enquanto questão de saúde pública e social, implicaram na construção de hospitais-colônia por todo o país para o isolamento das pessoas atingidas – uma medida tida como profilática, a fim de evitar sua disseminação. Para que se entenda os fatores que viabilizaram e impulsionaram tais políticas, é necessário debruçar-se, antes, sobre o processo de urbanização produzido no Brasil durante o século XX, à luz das teorias e dos modelos higienistas importados da Europa, tidos como referência de progresso e modernidade a serem seguidos.

O discurso higienista nasceu a partir da necessidade de melhores condições de vida urbana na primeira metade do século XIX, devido as epidemias provocadas pela falta de salubridade, como o contato da população com esgoto, por exemplo. Este discurso foi impulsionado principalmente pelos médicos da época, que passaram a relacionar as enfermidades às condições da cidade. Uma das primeiras manifestações públicas sobre essa relação foi ainda no século XVIII, em Viena, através da publicação *A miséria do povo, mãe das enfermidades*, do médico Johan Peter Frank. Com a pressão dos agentes de saúde, o poder público passou a adotar algumas estratégias de planejamento urbano de cunho higienista.

Em pouco tempo, este movimento estendeu-se da esfera urbana à esfera arquitetônica, com o início da regulamentação de parâmetros construtivos mínimos de ventilação natural e altura mínima. Logo ao final do século XIX, as teorias higienistas chegaram ao Brasil. Inspirada no Plano Haussmann (1853-1870), para a reconstrução de Paris, a primeira incorporação no Brasil do que Foucault (1979) denominou de “medicina social” foi em Belo Horizonte, capital de Minas Gerais. Construída do zero e desenhada pelo engenheiro Aarão Leal de Carvalho Reis, a capital incorporou o modelo parisiense de Haussmann na criação de uma cidade moderna, planejada em seu traçado e funcionalidade (LEME, 1999, apud SANTOS, 2018).

A medicina social, a grosso modo, pode ser reconstruída a partir de três direções: a medicina de Estado, desenvolvida no início do século XVIII, sobretudo na Alemanha; a medicina urbana, ao final do século XVIII, representada pelo exemplo da França; e a medicina da força de trabalho, durante o século XIX, representada pelo exemplo da Inglaterra. Essas três direções indicam que “a medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário, não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último” (FOUCAULT, 1979).

Na medicina de estado alemã, o foco não era o corpo do proletário ou uma força de trabalho disponível e adaptada às necessidades industriais, mas os indivíduos, em conjunto, enquanto Estado. A medicina urbana francesa, em contrapartida, não parecia ter por suporte a estrutura estatal e priorizou o estudo das condições de vida e do meio, como uma medicina não dos “homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas” (FOUCAULT, 1979).

Esta segunda direção da medicina social, ao final do século XVIII, originou grande parte da medicina científica que se desenvolveu no século XIX.

É nesta última medicina social que se inicia, pelo viés médico, o controle da saúde e dos corpos das classes mais pobres para torná-las aptas ao trabalho industrial e menos perigosas às classes mais ricas. Nos séculos anteriores, as classes vulnerabilizadas não foram problematizadas nesse aspecto por serem as responsáveis pela manutenção urbana e pela prestação de serviços para a população. No entanto, no século XIX, com o desenvolvimento industrial e, conseqüentemente, do proletariado, que surge na Inglaterra – país em que este desenvolvimento foi o mais rápido e importante – a medicina da força de trabalho.

Estas fases indicam que, a partir do século XIX, durante o período de industrialização mundial, era necessário que a modernidade se estendesse a todas as esferas, entendendo a cidade não só como o lócus da produção capitalista, mas como um instrumento de controle social, sob a pauta do controle epidêmico.

Foi somente em último lugar, na segunda metade do século XIX, que se colocou o problema do corpo, da saúde e do nível da força produtiva dos indivíduos. (...) Esta forma da medicina social inglesa foi a que teve futuro, diferentemente da medicina urbana e sobretudo da medicina de Estado. O sistema inglês de Simon e seus sucessores possibilitou, por um lado, ligar três coisas: assistência médica ao pobre, controle da saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública (...) E, por outro lado, (...) possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes segundo se tratasse da medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados que permitiram, durante o final do século XIX e primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico bastante completo (FOUCAULT, 1979).

No Rio de Janeiro, a doutrina higienista foi incorporada na gestão do espaço urbano durante todo o século XX e moldou parte significativa da cidade. Em 1903, também inspirado pelo Plano Haussmann, o Prefeito do então Distrito Federal do Brasil, Francisco Pereira Passos, formado em Engenharia pela Escola Politécnica do Rio (hoje pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), em conjunto com o médico higienista e diretor do Serviço de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, deram início a mais emblemática reforma urbanística da cidade, denominada Reforma Pereira Passos (1902-1906).

Através desse discurso, o poder público incorporou, sob a pauta da saúde pública, defendida pelo campo da Medicina, e sob a pauta do saneamento, defendida pelo campo da Engenharia, instrumentos de controle social, camuflados de gestão da cidade. O processo de embelezamento e modernização da capital, no entanto, priorizou a transformação do Centro e da Zona Portuária, com a ocupação de bairros da Zona Sul pelos mais abastados, enquanto os subúrbios, predominantemente rurais, careciam de infraestrutura. O alargamento de vielas, a construção de grandes avenida

(como a Avenida Central, símbolo da Reforma), as obras de saneamento e a eliminação de cortiços provocaram, como conseqüência, um processo de gentrificação na cidade. Os menos abastados mudaram-se para os subúrbios e os mais vulneráveis, na tentativa de permanecerem próximos às oportunidades de trabalho e infraestrutura urbana, construíram assentamentos precários na encosta dos morros, marcando a intensificação do processo de favelização na cidade do Rio de Janeiro.

O modelo de cidade da Reforma Pereira Passos, expressava, simbolicamente, o ideário da recém República Brasileira e da Sociedade Positivista do Rio de Janeiro: ordem e progresso. A elite carioca, àquele momento, aspirava uma conformidade ao capitalismo mundial e este alinhamento implicava no rompimento com seu passado colonial. Dessa forma, foi importado ao Brasil um ideário urbano advindo de cidades europeias cujo principal interesse era o de transformar a cidade em um local adequado para as atividades produtivas e com valorização da saúde pública, não pela garantia do bem-estar de todas as classes, exclusivamente, mas que possibilitasse a aglomeração da força de trabalho.

Com a Reforma Pereira Passos, o incentivo à limpeza da cidade se intensificou, e, conseqüentemente, sua “limpeza social”, que resultou na superlotação de muitos hospitais e instituições psiquiátricas – como o Hospício Nacional de Alienados³ – para onde eram enviadas as pessoas “indesejáveis”, ou seja, toda a população socialmente marginalizada: pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência, homossexuais etc. Quase duas décadas após a Reforma Pereira Passos, as Colônias psiquiátricas começaram a se difundir pelo país, implantadas em zonas rurais, para absorver a superlotação dos hospitais e instituições existentes. Uma delas foi a Colônia Juliano Moreira, próxima ao Hospital Colônia Curupaiti.

As políticas de isolamento em Colônias tiveram início na transição entre os séculos XIX e XX. Segundo registros do Centro Cultural do Ministério da Saúde⁴, muitos dos pacientes internados eram indigentes, encaminhados pelo posto policial local. Com isso, apesar de terem sido idealizadas a partir dos tratamentos de saúde mental tidos como avançados para a época, as Colônias psiquiátricas tiveram sua função inicial usurpada e passaram a funcionar como um depósito legalizado de gente.

Paralelamente, a intensificação das atividades de produção e exportação de café tornava a região portuária vulnerável às doenças epidêmicas e infecciosas, sobretudo a partir da importação de mão de obra. No recorte específico da hanseníase, até então sem reconhecimento epidêmico, as *cidades hospitais* foram construídas a partir de 1920, após a Reforma Pereira Passos. Sua função era, essencialmente, para o controle da doença. Nelas, foram depositadas muitas das ideias utópicas advindas da modernidade – considerando que a maioria das Colônias deste tipo foram construídas a partir da década de 20.

³ Assim eram denominados os hospitais destinados aos transtornos mentais. Somente em 2009, com o Projeto de Lei 6013/01, houve a substituição legal do termo “alienação mental” e similares para o termo “transtorno mental”.

⁴ História do Hospício Pedro II, disponibilizada em <<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/colonias.php>>

A concepção das cidades hospitalares emerge desse contexto indicativo de busca de soluções para as cidades industriais – doentes e sujas – e de proteção das populações sadias, à luz de uma perspectiva utópica. As doenças contagiosas deveriam estar definitivamente isoladas do convívio social em ambientes especialmente desenhados para tal, onde os doentes seriam instalados de forma digna. Cabe-nos perguntar, entretanto, como esta representação dos ideais utópicos pôde estar articulada ao antagonístico efeito da segregação e do isolamento. (AMORA, 2009)

Uma das principais diferenças entre os tipos de Colônias – psiquiátricas e de hanseníase – se manifestou através de sua utilidade. As colônias psiquiátricas se tornaram⁵ o destino de muitas pessoas em situação de vulnerabilidade. Assim, aqueles que oferecessem “risco à ordem da cidade” poderiam ser internados compulsoriamente, ainda que não apresentassem qualquer transtorno mental. A mendicância, por exemplo, poderia ser lida como distúrbio à ordem. Por isso, qualquer ideal utópico que possa ter existido na construção de colônias psiquiátricas, referente ao tratamento e à dignidade das pessoas internadas, foi ofuscado pela possibilidade de burlar os critérios definidos para a internação. Tal fragilidade, reforçada pelos estigmas da época, permitiu uma intensa violação de direitos humanos dentro das instituições psiquiátricas⁶. Nas palavras de Franco Basaglia (1980), médico psiquiatra italiano e um dos símbolos na luta da Reforma Psiquiátrica: “*O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção*”.

Nos hospitais-colônia destinados à hanseníase, as internações também eram sujeitas ao diagnóstico, no entanto, a doença não permitia uma análise subjetiva e dificultava avaliações médicas equivocadas ou fraudulentas, ao contrário das doenças mentais – o que, de certa forma, resguardou as colônias para hanseníase do mesmo destino das [colônias] psiquiátricas. Cabe ressaltar que, apesar dos critérios mais rígidos, os internos não estavam isentos de práticas invasivas, e que mesmo as *cidades hospitalares*, idealizadas a partir de modelos utópicos da modernidade, continham espaços que reproduziam muitos dos tratamentos abusivos das instituições de saúde mental.

As similaridades e diferenças entre as Colônias se estendem, para além do processo de internação, à perspectiva dos processos de desinstitucionalização (psiquiátricas) e desospitalização (hanseníase), apresentados no terceiro capítulo do trabalho – pois é conveniente que esta análise considere as transformações que ocorreram tanto nas instituições quanto nas políticas de saúde – e à perspectiva do trabalho, que moldou, inclusive, seus traçados e divisões funcionais.

1.2 Utopia e trabalho nas Colônias de isolamento compulsório

Os hospitais-colônia para hanseníase começaram a ser construídos na década de 1920 e se

⁵ As colônias não foram intencionalmente desenhadas para esta função.

⁶ O Holocausto Brasileiro (2013), livro da jornalista Daniela Arbex, retrata a violação de direitos humanos dentro do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Estima-se que cerca de 70% dos pacientes não tinham diagnóstico de qualquer tipo de doença mental e que pelo menos 60 mil pessoas tenham morrido no Hospital – o que ultrapassa, em muito, as mortes registradas e ocultadas da ditadura militar brasileira.

e se intensificaram a partir da década de 1930. Este tipo de tratamento foi uma política de Estado difundida principalmente no primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945).

Em seu estudo para a documentação arquitetônica e urbanística das Colônias de hanseníase no Brasil, Amora (2009) faz um paralelo entre as cidades hospitalares e as referências de cidades utópicas do final do século XIX e início do século XX, que remetiam sempre a um espaço isolado do contexto social existente. As utopias foram desenvolvidas destacando-se a questão do trabalho desde o ano de 1900, com a publicação de *A Colonização dos Mopheticos*, do médico José de Magalhães. Esta publicação se refere a um espaço para leproso em confinamento, onde seria possível desenvolver atividades ao ar livre e “aonde viessem a exercer um ofício, já que continuariam produtivos a despeito da enfermidade, e a ociosidade só viria a agravá-la” (SOUZA-ARAÚJO, 1956, apud AMORA, 2009).

Em outros dois documentos analisados pela autora, ambos de Oswaldo Cruz, então Diretor-Geral de Saúde Pública, o trabalho é incentivado explicitamente como benéfico ao tratamento da doença. No primeiro, datado de 1904, Cruz reafirma a capacidade de trabalho dos acometidos e a necessidade de internação em colônias, não em hospitais. No segundo, de 1913 e publicado no periódico *O Imparcial*, Cruz defende o isolamento dos doentes em lugares que lhes possibilitassem uma vida semelhante àquela vivida fora do isolamento, com espaços produtivos, autossuficientes e cuja subsistência seria mantida por atividades agropastoris, pelo próprio labor dos enfermos nas atividades, de forma resolver um problema sanitário sem grandes investimentos.

Assim, no Brasil, a alternativa da construção de cidades hospitalares para isolamento foi uma resposta a um problema ainda sem solução e também como forma de estabelecer convívio social, seguindo padrões estabelecidos para a construção da nacionalidade e incorporando conceitos acerca das cidades desenvolvidas no final do século XIX e início do século XX. Ou seja, implementar algo inteiramente novo apartado da sociedade já existente, incorporando como características dessa espacialidade o crescimento contido, a noção de divisão funcional das atividades e do espaço, a articulação de atividades industriais e agropastoris. (AMORA, 2009).

Sobre a divisão funcional e o trabalho, Amora (2009) faz uma analogia mais direta entre a *cidade hospital* e a cidade-jardim de Ebenezer Howard. A nova espacialidade possibilitaria recriar o ambiente da vida em sociedade, onde

O trabalho, como nas utopias, seria o fio condutor para o funcionamento do empreendimento, seja o labor dos profissionais dedicados ao tratamento dos pacientes, seja aquele dos próprios leproso, dedicados à agricultura, à pecuária e às demais atividades propostas. (AMORA, 2009).

Quanto à concepção de trabalho e divisão funcional, ambas [as colônias] propuseram atividades laborais como forma de diminuir os gastos de manutenção das instalações, mas deve-se

atentar para os tipos de trabalho desenvolvidos em cada uma, reflexo da diferença entre as próprias Colônias: as psiquiátricas foram construídas para o tratamento dos transtornos mentais (embora sua função inicial tenha sido usurpada), enquanto as de hanseníase foram construídas para a profilaxia, para a prevenção do contágio, pois não havia tratamento.

Por isso, nas Colônias psiquiátricas, os internos trabalhavam sobretudo em atividades agrícolas e rurais, consideradas, então, importantes sob o ponto de vista terapêutico, ou seja, o trabalho era visto como parte do tratamento do transtorno mental. Nas Colônias de hanseníase, no entanto, os internos eram responsáveis por quase toda a manutenção do Hospital – pela limpeza das ruas, pela construção de novas instalações (casas, igreja, pavilhões...), pela lavanderia, cozinha e distribuição de alimentos (etapa-crua), pelo tratamento nas enfermarias (ainda que não houvesse formação profissional), pelo serviço social e, inclusive, pela “ordem” do Hospital, pois muitos profissionais de saúde, receosos pela doença infectocontagiosa, se recusavam a trabalhar em “colônias de leprosos” ou leprosários. Conforme o relato de dois ex-internos entrevistados:

— Mas a enfermagem, 90% eram doentes, tudo enfermeiro dali.

— Seu avô trabalhou aqui como enfermeiro por muitos anos, a vida inteira dele, aliás, até morrer. Ele trabalhava lá na ala do curativo, ele fazia curativos, trabalhava como “curativeiro”. Então, porque eles fizeram isso? Voltando lá atrás, sobre o preconceito das pessoas com a gente... Ninguém queria vir trabalhar aqui dentro! Você ia falar que vai trabalhar num leprosário? “Num vou!”. Contam as más línguas, não sei se isso é verdade, que houve uma época em que o Governo dobrava o salário de quem quisesse trabalhar aqui... e ninguém veio. Aliás, um ou dois malucos que “veio” trabalhar aqui, funcionários do Estado. Então, mediante isso (...) uma enfermeira-chefe aqui, na época, veio trabalhar aqui e juntou com as pessoas doentes que executavam tarefa de enfermagem, mas pouco entendiam do assunto. Ela criou um curso de auxiliar de enfermagem aqui dentro, ministrado por ela. Nair Cruz... Foi a primeira. A segunda, sua sucessora, que foi a dona Odila Leite dos Reis, também manteve o curso. Então o que aconteceu? Curupaiti passou a ter a melhor equipe de enfermagem do Governo do Estado do Rio de Janeiro. O Governo do Estado dava uma lâmpada de prata, que era o símbolo da Enfermagem... Todo ano a enfermagem daqui ganhava lâmpada de prata.” (ex-internos entrevistados, 2020).

Além disso, os espaços de lazer também eram distintos. Os projetos das Colônias de hanseníase previam pavilhões de diversões, campos de futebol, cassinos, jardins, praças e os internos possuíam “liberdade” para construir novos espaços (como salões de festas e clubes) ou intervirem nos espaços existentes para criarem outras opções de lazer e festividades, como o Festival de Música anual e os blocos de Carnaval. Esta característica dos hospitais-colônia tinha por objetivo a boa ambientação do paciente, pelo seu bem estar e para que as fugas – e contaminação das pessoas sadias – fossem evitadas.

Os projetos das Colônias psiquiátricas, por outro lado, não demonstravam preocupação com o lazer das pessoas isoladas, embora existissem espaços para intervenções não medicamentosas, como oficinas de arte terapia. Em um comparativo entre os espaços ao ar livre do Hospital Colônia Curupaiti e da Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, é possível notar o contraste entre as ambiências.



Imagem 1: Campeonato esportivo, organizado por internos na Praça Principal (Hospital Colônia Curupaiti, de hanseníase). Fonte: cedida por Alex LaGuardia. **Imagem 2:** Único pátio externo para os internos (Colônia de Barbacena, psiquiátrica). Fonte: O Holocausto Daniela Arbex.

Este trabalho não tem por objetivo o estudo aprofundado das variadas Colônias de isolamento, seus modelos e particularidades, mas considera necessários alguns apontamentos sobre as características gerais das Colônias de hanseníase, reproduzidas pelo Hospital Curupaiti, que as diferenciam dos demais espaços destinados ao isolamento compulsório. Apesar da vida *intramuros*, a reprodução de uma “cidade dentro da cidade”, edificada pelo labor dos internos e transformada conforme suas necessidades e interesses, possibilitou a construção de um *lugar* e, conseqüentemente, de sua identidade e memória, que constituem parte da problemática a ser abordada.

CIDADES HOSPITAIS: CURUPAITI (1929-1986)



Capítulo 2

2.1 A cidade dentro da cidade

O isolamento de pessoas atingidas pela hanseníase, no âmbito médico, foi discutido a partir da I Conferência Internacional da Lepra, em 1987. Sem perspectivas de tratamento, foram debatidas diferentes formas de diminuir o contágio da doença, todas a partir da separação entre pessoas “doentes e sadias”. Segundo Oliveira (2012), os modelos de profilaxia propostos pela Noruega e pela Alemanha foram destacados na Conferência.

O modelo alemão propunha um leprosário autossustentável que deveria considerar a diversidade sociocultural dos internos, baseado nos leprosários do continente africano, em que as pessoas eram agrupadas conforme sexo e etnia, o que reduziu – e em alguns casos, anulou – as tentativas de fuga. As visitas de mães e/ou cônjuges também era permitida, ainda que com restrições, para garantir a permanência do interno nas dependências do leprosário. No modelo norueguês, os pacientes poderiam escolher entre o isolamento em domicílio ou em leprosários. Este modelo baseava-se em um sistema voluntário de isolamento e uma série de medidas sanitárias de caráter educativo, para que fossem compartilhadas com diversos setores da sociedade as medidas de combate à lepra (OLIVEIRA, 2012).

Na segunda Conferência Internacional de Lepra (1909), começaram a ser discutidas medidas mais sólidas para o isolamento social, como o exame periódico dos médicos e familiares que tiveram contato íntimo e/ou prolongado com a pessoa atingida, além da separação imediata dos filhos sadios nascidos em leprosários. Foi a partir desta Conferência que começou a ser consolidado o tripé de combate à doença: leprosários, dispensários e preventórios, que fora implantado no Brasil anos depois. O leprosário era responsável pelo isolamento dos leprosos; o dispensário pelo controle de familiares e médicos em contato com os doentes, para que fossem mapeados possíveis diagnósticos precoces; e o preventório pelo abrigo de filhos sadios.

Na terceira Conferência Internacional de Lepra (1923), o Hospital Curupaiti já havia começado a ser construído e apesar dos modelos apresentados nas Conferências anteriores, sua estrutura foi livremente inspirada no Leprosário Modelo de Caiuby e nos pavilhões de Carville, Louisiana, nos Estados Unidos (SOUZA-ARAÚJO, 1929, apud AMORA, 2016). Em sua inauguração, 1º de janeiro de 1929, já estava em vigor o Decreto nº 16.300, de 1923, que aprovou o regulamento para a “profilaxia especial da lepra” do Departamento Nacional de Saúde Pública. Nele, constava que a profilaxia empregada para a hanseníase se daria por meio do isolamento, domiciliar ou nosocomial (colônias, sanatórios ou hospitais e asilos).

Apesar da possibilidade de isolamento domiciliar, este previa uma série de restrições que dificultavam sua prática, fazendo com que a maioria das pessoas atingidas – ainda em condições de trabalhar – fossem enviadas para as colônias agrícolas de forma compulsória (obrigatória, contra a sua vontade). A “preferência” para o isolamento em colônias tinha como critério a capacidade para

“pequenos trabalhos”, conforme descrito no Art. 140 do Decreto. No entanto, como já mencionado, os internos foram responsáveis pela construção de quase todas as edificações das Colônias, como explicita um dos ex-internos entrevistados:

“Tirando o ambulatório, que agora a gente chama de “dinda” (...) e tirando o bloco hospitalar, tudo tudo neste Hospital foi construído por hansenianos. Tudo o que você possa ver: A Caixa [Beneficente] (antigo pavilhão de diversões), o Cine, por internos, a Igreja, por internos, as enfermarias, por internos, e vai por aí... (...) A gente recebia [o salário] de 8 em 8 meses..., mas recebia, e, digamos, era 1/3 (um terço) do salário-mínimo [da época]. (...) Eles falavam que nós recebíamos um “pro labore”. (...) Eu devo ter guardado alguma coisa, se eu puder, vou te mostrar, um envelopezinho do meu ordenado, de 1950 e pouco...”. (Ex-interno e residente do Curupaiti, 2020)

O Decreto apontava, também, alguns critérios para a implantação e espacialidade das Colônias. Sempre preferíveis, deveriam ter bastante amplitude para que fosse possível estabelecer uma “vila de leprosos”, hospitais, creche, orfanato e asilos para “os incapazes”. As outras formas de isolamento (sanatórios, hospitais e outros asilos) só seriam admissíveis se as condições locais permitissem sua instalação ou quando fosse reduzido o número de pessoas atingidas para dispensar a construção de uma colônia. Os sanatórios, hospitais e asilos serviram para multiplicar as casas de isolamento nos locais de maior foco da doença, afim de facilitar a segregação dos leprosos. Ainda assim, deveriam ser implantados em “amplos logradouros para os isolados”. Em todos os nosocômios (espaços destinados ao isolamento, de qualquer natureza), deveriam ter acomodações “para contribuintes”, conforme fosse determinado no regimento interno de cada estabelecimento.

As acomodações “para contribuintes”, dispostas no Art. 141, § 1º, não foram identificadas no Curupaiti, no entanto, Joaquim Motta (1943), médico e professor, em seu estudo “A situação atual do problema da Lepra no Distrito Federal”, publicado na Revista Brasileira de Leprologia, relata a existência de tais acomodações em terrenos anexos à Colônia:

Está também projetada a construção, em terrenos anexos à Colônia, de um pequeno sanatório com 100 leitos para doentes contribuintes, não se tendo cogitado de colocá-lo alhures porque o número reduzido de enfermos em condições de suportar as despesas do internamento não aconselhava a criação de um estabelecimento autônomo. Assim dar-se-á ao problema uma solução mais econômica, pois será aproveitado o pessoal técnico e administrativo da Colônia, os doentes desta em condições de prestar serviços mediante remuneração, e utilizados em comum o pavilhão de diversões, e a igreja, onde existem compartimentos separados, e bem assim os campos de esporte, e a policlínica, já existentes. (MOTTA, 1943)

A existência de terrenos anexos destinados aos contribuintes não isentou o interior da Colônia de reproduzir algumas hierarquias sociais. Formalmente, existiram dois clubes de futebol formados por internos: Elite e Henriete, cada um com sua própria sede. Informalmente, os depoimentos de

alguns entrevistados apontam para a existência de um terceiro clube: o Grêmio, para internos que se consideravam “de elite”:

“— Elite e Henriete. Elite Futebol Clube e Henriete Futebol Clube. Dizem que já houve aqui um terceiro clube chamado Grêmio. As más línguas dizem que esse Grêmio foi criado por algumas pessoas doentes da Colônia que se consideravam de elite e não queriam se misturar com a ralé, então eles criaram um clube só de-les, né? Eles entravam de terno e gravata... Mas também pelo que eu soube não teve uma duração muito longa não. Não tenho ideia da localização desse Grê-mio, você tem, [outro entrevistado]? Um clube que foi fundado aqui dentro, um Grêmio, que foi fundado pela dona Anita, seu Silva...

— O Grêmio foi criado pelo seu Garrido, seu Garridinho...

— Isso, seu Garridinho. Porque esse clube só era frequentado por pessoas daqui de um nível cultural melhor do que outros, entendeu? Assim... mais elevado. Então eles achavam que tinha que ter um clube para eles, para conversar, bater papo e tal, porque se a pessoa não estiver no mesmo nível, não se entendem di-reito, né? Eu acho que era isso que eles pensavam...” (ex-internos entrevistados, 2020).

As diferenças sociais, ainda conforme os relatos, se estendiam para os critérios de ocupação das casas nas vilas para casais. Os solteiros deveriam morar nos pavilhões (masculino ou feminino), enquanto os casais formados dentro da Colônia poderiam solicitar uma casa nas vilas de casais, que foram construídas aos poucos. Apesar disso, alguns solteiros “mais abastados”, insatisfeitos com as residências coletivas (pavilhões), passaram a residir nas casas que, originalmente, foram projetadas para casais.

“— A primeira vila construída foi aquela de lá [lado direito da vila 1], porque ti-nha os armários embutidos para solteiros, entendeu? [armários embutidos após a reforma para solteiros]. Aquela parte de lá [lado direito].

— Então foi assim! Novamente vou voltar ao assunto preconceito... Segundo me informaram, esse lado aqui da vila você pode ver que é diferente [lado es-querdo]. Ela foi feita para casal... Havia aqui dentro pessoas com dinheiro mais elevado. Quer dizer, eram pessoas que tinham nível superior, que não queriam viver no meio da ralé [nos pavilhões]. Aí o que fizeram... em vez de entregar as casas para os casais, começaram a colocar eles pra morar aqui nas casas, duas pessoas solteiras dividiam a casa, um quarto para cada um e a sala no meio pa-ra os dois.” (Ex-internos entrevistados, 2020).

Resumidamente, as acomodações (pavilhões, casas e asilos) eram ocupadas a partir de três critérios: gênero, estado civil e saúde ou idade. Os pavilhões, residências coletivas, eram separados por gênero (masculino e feminino), as casas eram destinadas aos casais e os asilos aos internos que necessitavam de maior assistência médica, seja em função da idade ou da doença em si. As pessoas em isolamento poderiam se casar no civil e/ou religioso, na Igreja construída ao lado do Pavilhão de Diversões. Para solicitar uma das moradias nas vilas para casais, não havia necessidade de comprovação do matrimônio e ambos deveriam ser internos.

Quanto à implantação, em julho de 1937, meses antes da liberação de recursos para o Serviço de Obras no Curupaiti, foi aprovado um Código de Obras (Anexo 2) que, em sua seção VI, do artigo 397 ao 426, dispunha de diretrizes para construções hospitalares. As Colônias deveriam estar localizadas em regiões periféricas aos núcleos urbanos ou em zonas rurais (como a então Baixada de Jacarepaguá), de forma a preservar as vegetações e o clima fresco e possibilitar o bem estar dos pacientes. O terreno deveria ser, preferencialmente, plano, para facilitar a locomoção dos internos. Os limites das Colônias poderiam ser por barreiras naturais, como rios, córregos ou acidentes geográficos, a fim de evitar uma característica prisional – por muros.

Para a implantação, sugeria-se a divisão em três zonas: sadia, neutra e doente. Na zona sadia, estariam as habitações dos médicos residentes da Colônia e demais funcionários. A zona neutra comportaria os serviços de manutenção do complexo, bem como os edifícios administrativos; e na zona doente, para os pacientes, estaria “a cidade propriamente dita, em que estariam implantadas habitações e serviços para suprir as demandas da vida cidadina” (AMORA, COSTA, QUARESMA E CASALI, 2016). Em sua segunda visita ao Curupaiti, Motta (1943) faz alguns apontamentos sobre as transformações do local desde a sua primeira visita, em 1928, antes da inauguração da Colônia:

Em fins de 1928 (...) consegui adaptar em poucas semanas a fazenda de Curupaití (...) Em curto lapso de tempo foi construída uma grande fossa séptica, foi instalada uma cozinha de emergência, foi feita uma instalação elétrica provisória e mais algumas sumárias adaptações, removendo-se para lá os primeiros doentes. Estava assim lançada a semente do atual Hospital-Colônia de Curupaiti (...) com o correr dos tempos, novos pavilhões foram sendo construídos, em substituição a vários dos antigos edifícios demolidos; casas bigeminadas foram surgindo; edificou-se uma policlínica, um pavilhão de diversões, um manicômio, etc., ampliando-se a área da Colônia pela aquisição de terrenos vizinhos, de modo que a primitiva fazenda foi progressivamente se amoldando a seu novo destino. A capacidade do hospital aumentou consideravelmente, as condições de vida dos doentes melhoraram, mas a falta de um plano previamente estabelecido e a construção de novas edificações um pouco ao acaso, à medida que era possível conseguir verbas parceladas deram como resultado graves defeitos, que só agora vão sendo corrigidos. (MOTTA, 1943).

A partir de suas observações em campo, Motta desenhou dois organogramas sobre a transformação espacial da Colônia, antes e após a reforma (Imagens 6 e 7).

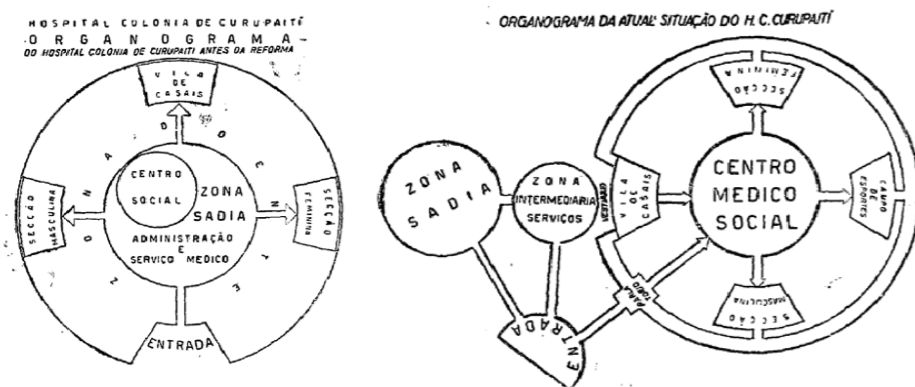


Imagem 6: Organograma sobre a distribuição espacial do Curupaiti antes da reforma. **Imagem 7:** Organograma sobre a distribuição espacial do Curupaiti após a reforma. Fonte (ambas): Joaquim Motta.

Os dois organogramas (1928) e (1943) mostram que a Colônia, após a reforma, foi reestruturada em três zonas: sadia, intermediária e mista (sobretudo, doente), conforme recomendação do Código de Obras de 1937 (Anexo 2). Em posse dos organogramas e algumas descrições detalhadas de Motta, pesquisadores do LabLugares, para o estudo *El Hospital Colonia de Curupaiti: su historia, su trazado urbanístico y sus edificaciones* (2016), fizeram uma comparação entre a configuração anterior à 1943 (correspondente ao organograma 1) e a configuração atual (2016), na tentativa de entender como as zonas (sadia, intermediária e doente) foram modificadas com o tempo (Imagens 8 e 9).

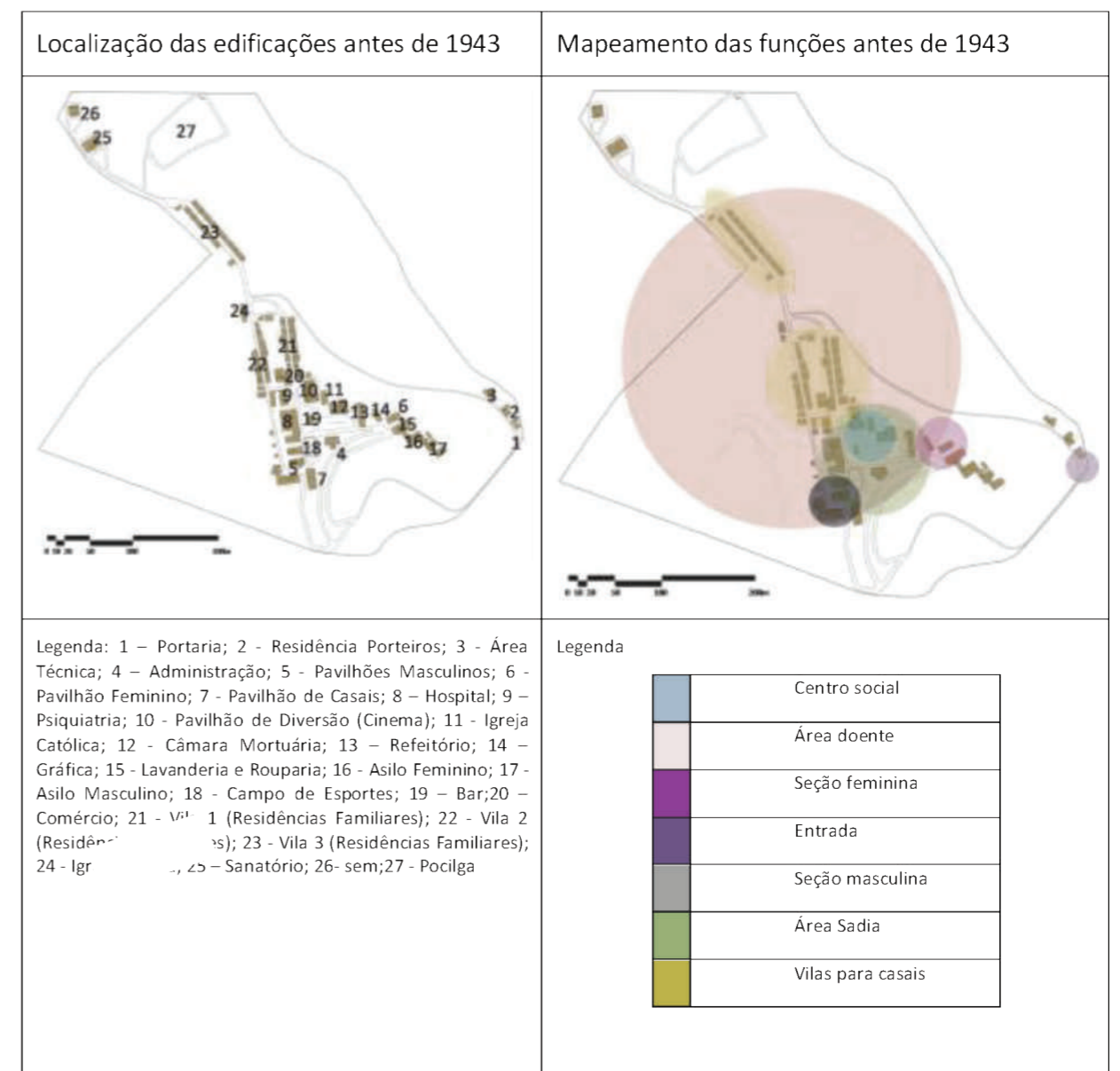
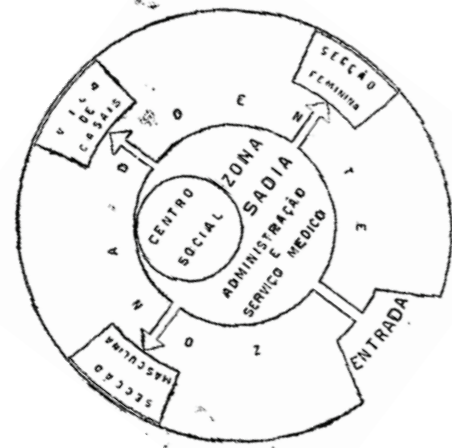
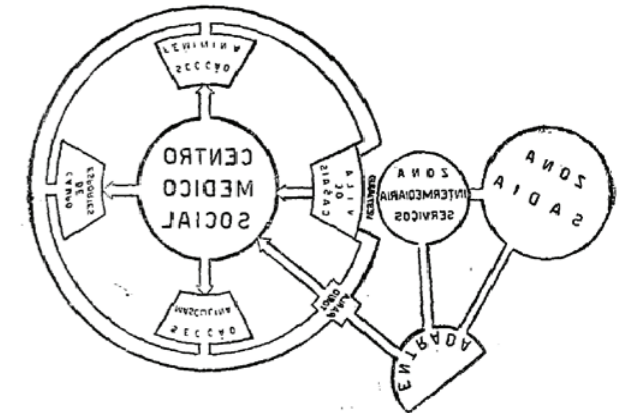


Imagem 8: Localização das edificações antes de 1943 (Organograma 1 de Motta). Fonte: Amora, Costa, e Casali (2016).



Havia ali dois problemas a reclamar pronta solução: corrigir o defeito fundamental que resultava da má distribuição das edificações, **não tendo sido prevista a divisão da colônia em zonas, sadia, intermediária e mixta**, e sua ampliação até atingir o número de leitos mínimo necessário para isolamento dos casos lepromatosos. (MOTTA, 1943) Os serviços administrativos do hospital estavam **encravados dentro da zona doente**, funcionando no mesmo prédio em que está instalada a policlínica; o refeitório dos médicos e do pessoal burocrático assim como a cozinha colocavam-se **ao lado de pavilhões ocupados por doentes**, e um novo edifício, destinado à diretoria e os médicos, foi situado a jusante da zona doente e bem próximo a ela. **Não existia um parlatório, de modo que os parentes, nos dias de visita, espalhavam-se com os doentes por toda a área da Colônia**. Não havia também um vestiário para os médicos e pessoal sadio, com as necessárias instalações sanitárias. Todos Esses pontos foram estudados e encontrada a necessária correção, neste momento já quasi completamente terminada. (MOTTA, 1943)

Para chegar a esse resultado foi necessário **construir uma nova estrada de acesso à Colônia**, a qual, contornando o núcleo hospitalar, leva à parte mais alta do terreno, onde, a montante da zona doente, foi creada a zona sã, nela edificando-se o pavilhão da administração, com biblioteca, residência dos médicos, com cozinha e refeitório para o pessoal sadio. **Creou-se uma zona intermediária logo abaixo**, na qual foi construído o pavilhão vestiário, destinado aos médicos e demais pessoal são em serviço junto aos doentes, estando o mesmo provido de instalações sanitárias, banheiros etc. e tendo acesso por uma e outra zona. Junto a esse edifício será construída a grande cozinha em substituição à atual, mal colocada e já insuficiente. **O parlatório foi edificado próximo à entrada da Colônia, de modo a evitar o acesso dos visitantes à zona doente**, sem obrigá-los a uma longa caminhada, obedecendo sua planta aos modelos adotados em São Paulo. Ao pavilhão recentemente construído e que era destinado aos serviços administrativos, implantado na vertente da colina e abaixo do hospital, será dado novo destino e aproveitado provavelmente para doentes em observação e candidatos a alta. (MOTTA, 1943).



Localização das edificações (atual)	Mapeamento das funções (atual)																
<p>Legenda:</p> <p>1 – Portaria; 2 - Residência Porteiros; 3 – Parlatório; 4 - Pavilhão de Manutenção; 5 – Vestiário; 6 – Administração; 7 - Pavilhões Masculinos; 8 - Pavilhão Feminino; 9 - Pavilhão de Casais; 10 - Antigo Hospital (Moradia atualmente); 11 - Antiga Psiquiatria (Moradia atualmente); 12 - Pavilhão de Diversão (Cinema); 13 - Igreja Católica; 14 - Câmara Mortuária; 15 – Refeitório; 16 – Gráfica; 17 - Lavanderia e Rouparia; 18 - Asilo Feminino; 19 - Asilo Masculino; 20 - Hospital Novo ; 21 - Campo de Esportes; 22 – Bar; 23 – Comércio; 24 - Vila 1 (Residências Familiares); 25 - Vila 2 (Residências Familiares); 26 - Vila 3 (Residências Familiares); 27 - Vila 4 (Residências Familiares); 28 - Vila 5 (Residências Familiares); 29 - Igreja Batista; 30 - Campo Esportes; 31 – Vestiários; 32 – Sanatório; 33 – sem especificação; 34 – Pociлга; 35 - Residência Médicos/Funcionários; 36 - Entrada Serviço; 37 - Área Técnica</p>	<p>Legenda:</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Centro social</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Zona doente</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Seção feminina</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Entrada</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Seção masculina</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Zona Sadia</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Vilas para casais</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Zona Intermediária</td> </tr> </table>		Centro social		Zona doente		Seção feminina		Entrada		Seção masculina		Zona Sadia		Vilas para casais		Zona Intermediária
	Centro social																
	Zona doente																
	Seção feminina																
	Entrada																
	Seção masculina																
	Zona Sadia																
	Vilas para casais																
	Zona Intermediária																

Imagem 3: Localização atual (2016) das edificações. Fonte: Amora, Costa e Casali (2016).

Comparando os diagramas de Motta com os mapeamentos das funções do LabLugares, é possível notar que, de fato, antes da reforma da Colônia não havia divisão entre as zonas sadia, intermediária e mista (ou doente) e que em ambas representações gráficas, as zonas estão sobrepostas. Cabe ressaltar que os diagramas feitos por Motta foram a partir da sua percepção do lugar, ou seja, não possuem escala e proporções fidedignas entre as zonas, o que justifica as eventuais diferenças entre os dois estudos.

Após a reforma, com a mudança de entrada da Colônia, a construção do parlatório para familiares, a criação de uma zona intermediária etc., nota-se, em ambos os estudos, a tentativa de organização espacial seguindo os critérios sanitaristas. No entanto, nem todas as mudanças citadas por Motta foram identificadas pelo LabLugares, como a antiga administração (que funcionava dentro da policlínica), o refeitório, a cozinha e a biblioteca. Ao compararmos os dois mapeamentos do LabLugares (antes de 1943 e 2016), a localização da administração, do refeitório e da lavanderia não foram alteradas conforme descrito por Motta, o que demonstra algumas limitações na investigação, que podem ter sido ocasionadas pela insuficiência de registros que permitissem uma análise completa, visto que não houve conservação de muitos documentos após o fim do isolamento compulsório.

2.2 Arquitetura pavilhonar, ambiências e sociabilidade

Em arquitetura pavilhonar, ambiências e sociabilidade, buscamos retratar as construções da Colônia e os espaços de convívio e sociabilidade, a partir de registros fotográficos de diferentes décadas. Esta comparação tem por objetivo demonstrar, por um lado, as consequências do abandono estatal (como a apropriação de antigas construções por moradores) e por outro, o abandono social. Acreditamos que este último seja, sobretudo, resultado da mudança de perfil dos residentes:

atualmente, segundo estimativas da administração do Hospital, há 2.500 a 2.800 pessoas que residem dentro dos limites da Colônia, mas apenas 180 a 220 são atingidas pela hanseníase.

Para isso, foram selecionadas fotos entre 1929 a 1986 do acervo da Fiocruz, dos residentes, de relatórios, reportagens e vídeos que mostrem a arquitetura e a paisagem da Colônia durante e após o período de isolamento compulsório.

2.2.1 Pavilhão de Diversões, Cineteatro Dr. Faget ou Caixa Beneficente (atual Cultura Urbana)

O Pavilhão de Diversões, conhecido por Cineteatro Dr. Faget ou Caixa Beneficente, segundo entrevistas, foi o primeiro cineteatro da Baixada de Jacarepaguá a ser construído e o único que ainda não foi demolido. Nessa construção funcionava o pavilhão de lazer da Colônia, onde aconteciam bailes e eram comemoradas as datas festivas, como o Carnaval, o Festival de Música anual e o aniversário do Curupaiti, em 15 de outubro e o Cineteatro Dr. Faget, simultaneamente. Estima-se que até pouco antes de 1960, o salão central não havia sido descaracterizado e funcionava exclusivamente como cinema e teatro – as festividades, então, aconteciam no salão pequeno do pavimento superior, que continha também um cassino, permitido na época.

Em 1965, através de depoimentos de ex-internos, sabe-se que as festividades já aconteciam no salão do cinema. As cadeiras de madeira eram retiradas para que o salão fosse liberado, marcando o início do processo de descaracterização do Pavilhão de Diversões. A Caixa Beneficente, fundada e mantida por pessoas atingidas pela hanseníase, também funcionou em uma das salas térreas do Pavilhão, para receber e distribuir as doações de campanhas da doença, além de promover ações em prol dos internos. A seguir, alguns trechos retirados das entrevistas que retratam a importância da Caixa Beneficente:

“— A Caixa utilizava uns dois cômodos. Na verdade, ali era o Cineteatro Dr. Faget. Ali é um cinema, um teatro, só que não sei porque cargas d'água cismaram de implantar ali a sede da Caixa Beneficente, que não deveria ser ali, mas... ali foi, até acabar, mas não fazia parte do teatro, a Caixa, tá? Ela ficava ali naquela parte da frente. Entrou, à direita... a sala do Cultura Urbana, funcionava o salão da Caixa Beneficente ali. A Caixa Beneficente era um órgão para receber doações em prol dos pacientes e reverter as doações para os pacientes, porque assim, a sociedade mandava muita coisa para cá pra dentro para os doentes, a sociedade tinha muita pena dos pacientes, então eles mandavam para cá muita, muita coisa, e a direção não queria se envolver nisso, então os próprios internos se organizaram e criaram a Caixa Beneficente, que não foi criada aqui né. Segundo me informaram, a Caixa Beneficente foi criada lá em São Paulo, no Hospital de Bauru. Aí o sistema foi implantado em várias não, em todas! Todas as Colônias têm uma Caixa Beneficente, mas a primeira surgiu em Bauru, criada por um senhor chamado Jésus Gonçalves. Segundo falam, foi um orientador espírita, né? (Entrevistado 25, ex-interno, 2020).

“— Ó, aqui nós tivemos sala de costura... corte e costura, tivemos datilografia, tivemos de música, tivemos diversos cursos aqui, gratuitos, no salão da Caixa, da Caixa Beneficente! Depois nós tivemos desse negócio de

Internet, que agora está ultrapassado aí... computador, tivemos sala de computador. Havia um órgão aí que nos dava os cursos. (...) A Caixa Beneficente tinha uma biblioteca hospitalar fora de série.” (Entrevistado 2, ex-interno, 2020).

“— A Caixa Beneficente, também conta a história, que tudo foi feito pelo doente. Até o engenheiro daquilo ali era um doente. (...) Ela tinha um acervo... enorme! “Tinha” um dia, eu cheguei no porão da Caixa e tinha muita foto já... “turrificada”, que iam colocar no fogo, embaixo do palco, né, é... com fotos... Queimaram tudo! Eles queimaram tudo, poxa! Então, o que aconteceu, eles queimaram a história do Hospital. Na hora que eu e esse aqui [entrevistado 2] morrermos, acabou, não tem mais... Quem vai contar a história mais?” (Entrevistado 25, ex-interno, 2020).

Atualmente, as salas da antiga Caixa Beneficente são ocupadas pelo Grupo Cultura Urbana, que reformou a fachada principal, três salas térreas e o salão de festas do segundo pavimento, agora com salas de estudos e de Informática. Além do Cineteatro (abandonado) e da ONG, o térreo também é ocupado por uma gráfica, onde, há quase 20 anos, também existiu um bar. A rampa na fachada (Imagem 19) foi construída por esta gráfica – a primeira intervenção na fachada original.

No entorno do Cineteatro há o centro comercial do Curupaiti, com bares, armarinho e bazar. Na fachada lateral, foram construídas mesas de dama de concreto, com bancos fixos e cobertura (Imagens 18 e 20), que até hoje simbolizam um ponto de encontro da comunidade. Este caráter de permanência do local, somado à necessidade de trabalho dos filhos e netos de ex-internos, transformaram a lateral do Cineteatro em um espaço de comércio informal, com trailers de metal e concreto (Imagens 18 e 20), construídos como anexos do pavilhão.



Imagem 12: Interior do salão principal do cineteatro (ano desconhecido). **Imagem 13:** Interior do salão principal do cineteatro, já descaracterizado e utilizado como salão de festas da comunidade (2015).

Fonte (ambas): Nivaldo Farias, ex-interno.

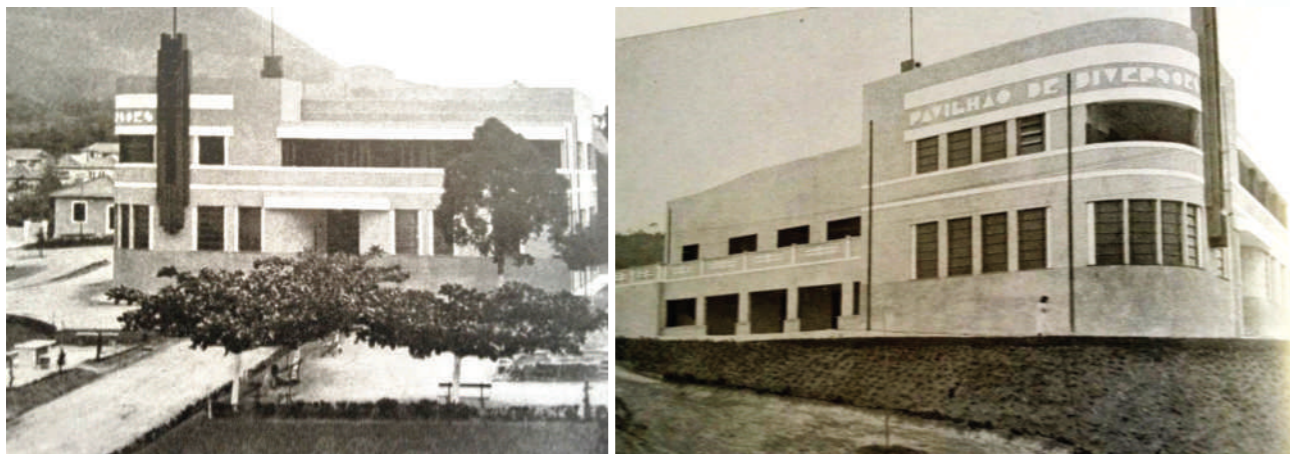


Imagem 14: Fachada principal do Cineteatro (ano desconhecido). **Imagem 15:** Perspectiva da fachada lateral do Cineteatro (ano desconhecido). Fonte (ambas): Nivaldo Farias, ex-interno.

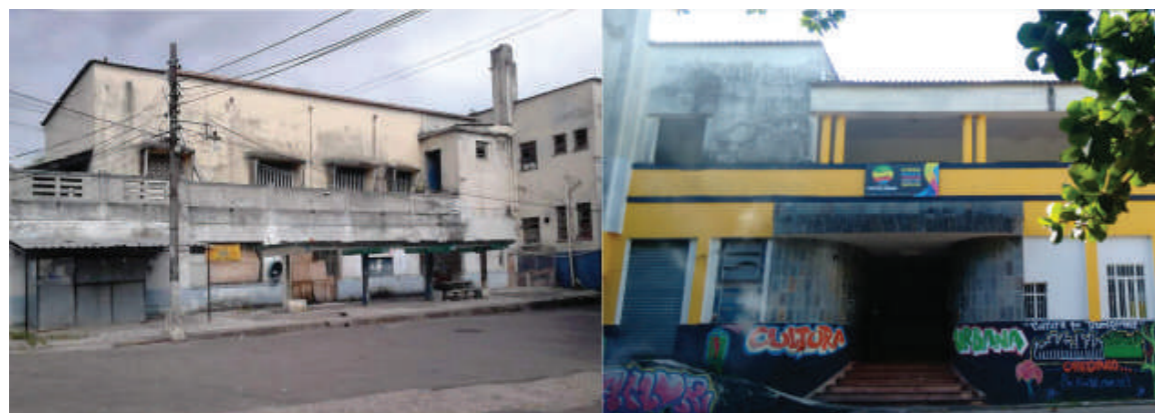


Imagem 18: Fachada lateral do Pavilhão de Diversões (2015). Fonte: Nivaldo Farias, ex-interno. **Imagem 19:** Fachada principal do Pavilhão de Diversões (2017). Fonte: Acervo pessoal.



Imagem 20: Fachada lateral do Pavilhão de Diversões (2020). Fonte: Acervo pessoal.

As imagens refletem a falta de manutenção da construção e o início do processo de descaracterização da arquitetura do Cineteatro. Na imagem 18 é possível notar a entrada do cinema, já desativado, coberta por papelão e um trailer metálico fixo (onde já funcionou venda de lanches, cabeleireiro e conserto de celulares). A fachada principal foi reformada pelo Grupo Cultura Urbana (Imagem 19), que modificou apenas as cores originais do Pavilhão (branco e azul) e atualmente ocupa as salas do lado direito da entrada, onde foi sediada por décadas a Caixa Beneficente. Ao lado esquerdo, há uma gráfica. A rampa não é original do Cineteatro - foi construída há mais de 15 anos pelo ocupante da gráfica.

Com a intensificação da demanda por trabalho, em novembro de 2020, durante a pesquisa, foi iniciada a construção de um anexo irregular (pois não há autorização formal do Estado) por moradores (Imagem 20).

2.2.2 Praça do Coração ou Praça dos Namorados

A Praça do Coração, "Coração" ou Praça dos Namorados - que leva esse nome por ter tido, no centro, o contorno de um coração com um lago ao redor - foi uma praça construída para os casais da Colônia e apontada como o principal ponto de fuga dos internos. No Centro comercial, conforme depoimentos, havia uma charrete que levava os casais gratuitamente até a praça. O lago foi aterrado na década de 90.

"E25: - E a Praça do Coração... a Praça do Coração é linda! Ela era equipada com chafariz, com luzes. O [E2], meu parceiro lembra, até bem melhor do que eu. Era muito bonita! Aqui, nessa praça aqui [praça principal], ficavam um ou dois senhores, com charrete, cavalos, e levavam pessoas, casais, namorados até lá para namorar lá. Pagavam, né, [E2]?"

E2: - Não, era gratuito. Gratuito.

E25: - Levavam e traziam, levavam as pessoas para lá, daqui até lá e havia essas coisas. Era muito bonito, bem romântico [risos]."
(Entrevistados 2 e 25, ex-internos, 2020).



Imagem 21: Praça dos Corações/Namorados (ano desconhecido). Fonte: Alex LaGuardia, filho de ex-interno.



Imagens 21 e 22: Praça dos Corações/Namorados (1969). Fonte: Nivaldo Farias, ex-interno e residente do Curupaiti.



Imagens 23 e 24: Praça do Coração (2013). Os bancos e mesas de concreto ainda não haviam sido construídos. Fonte: Nivaldo Farias, ex-interno.



Imagens 25 e 26: Praça do Coração (2020). Entre 2014 e 2020 (sem data exata), os bancos de cimento onde os casais costumavam sentar (Imagens 14, 15 e 20) foi depredado. Fonte: Acervo pessoal.

2.2.3 Jardim principal (atual praça com academia, semidesativada)

O Jardim principal, nas primeiras décadas, foi o coração do Curupaiti. Nos anos iniciais da Colônia, quando ainda não havia a igreja e o Cineteatro (Imagem 27). O jardim - conectado à uma praça com um lago no centro (anos após, a "Praça da Igreja") - era o único espaço de permanência e lazer para convívio dos internos.

Nas décadas seguintes, com o aumento no número de pacientes e a construção do Cineteatro, o local tornou-se o principal ponto de encontro da Colônia, sendo palco, inclusive, das Olimpíadas do Curupaiti, organizada pelos próprios internos. O conjunto do Cineteatro, da Igreja católica, da praça e do jardim constituiu-se como uma grande centralidade. O espaço contou, ainda, com um viveiro para araras (sem registros fotográficos). Entretanto, com a abertura dos portões em 1986 e o gradativo abandono do Cineteatro, o entorno passou a ter pontos de encontro em locais específicos - bares (atrás do Cineteatro) e Igreja. O Jardim tornou-se praça, que aos poucos foi sendo abandonada. Atualmente, está semidesativada.

Em 2016 foi instalada uma academia da terceira idade (Imagens 35 e 36), hoje pouco utilizada e com equipamentos mal conservados. Além disso, os equipamentos foram instalados de forma isolada, sem que a Praça tivesse qualquer manutenção - como na Praça do Coração, em que houve apenas a instalação dos mobiliários sem qualquer outro tipo de tratamento - capinagem, pintura etc.



Imagem 27: Jardim principal (a Igreja e o Pavilhão de Diversões não haviam sido construídos). Fonte: Acervo Fiocruz.



Imagens 28, 29, 30, 31, 32, 33 e 34: Olimpíadas do Curupaiti na praça principal/jardim principal (ano desconhecido). Fonte: Alex LaGuardia, filho de ex-interno e residente do Hospital.



Imagens 35, 36, 37 e 38: Praça/Jardim principal atualmente (2020). Fonte: Acervo pessoal.

2.2.4 Praça Maria Junqueira (complexo asilar)

A Praça Maria Junqueira é o único espaço de convívio ao ar livre entre os pavilhões asilares feminino e masculino, que foram construídos para abrigar os internos acometidos mais gravemente pela doença – com atrofia e amputações, por exemplo, e que necessitam de acompanhamento médico. Os asilados vivem, quase todos os dias, confinados nessas estruturas, pois necessitam de assistência para passear pelo Curupaiti, sobretudo pela acentuada inclinação do terreno. Neste cenário, a Praça Maria Junqueira configura-se como um espaço que consegue conciliar a locomoção autônoma dos idosos a um espaço de lazer, ainda que interno. Apesar da sua relevância – um espaço privativo e calmo –, o local carece de manutenção e mobiliários que configurem espaços de permanência (Imagem 40).



Imagens 35, 36, 37 e 38: Praça/Jardim principal atualmente (2020). Fonte: Acervo pessoal.

2.2.5 Pavilhões masculinos para solteiros.

Os jardins em frente aos pavilhões masculinos (Imagem 41) foram substituídos por uma quadra poliesportiva coberta, bastante utilizada pelas crianças do Curupaiti e do Morro do Piolho. A quadra é utilizada, também, em algumas festividades da Colônia (aniversário do Hospital, festas juninas, Carnaval etc.), em substituição ao salão de festas desativado no espaço do antigo Cineteatro.



Imagens 41, 42 e 43: Pavilhões masculinos (1929 (estimado), 2012 e 2017, respectivamente). Fonte: Acervo Fiocruz, Artur Custódio e acervo pessoal.

2.2.6 Vilas residenciais para famílias constituídas no Hospital.



Imagens 44 e 45: Vila 1 - Hospital Curupaiti. Fonte: Acervo Fiocruz e acervo pessoal.

2.2.7 Antiga cozinha e refeitório do Hospital.



Imagens 46 e 47: Antiga cozinha e refeitório do Hospital (atual manutenção), 1928 e 2017, respectivamente. Fonte: Acervo Fiocruz e acervo pessoal.

2.2.8 Demais construções





DO TRATAMENTO DISPENSORIAL À ABERTURA DOS PORTÕES



Capítulo 3

3.1 Reformas nas políticas de saúde

Dentro das reformas nas políticas de saúde, estão dispostas as Leis, Decretos e Portarias que instituíram a construção das Colônias para hanseníase e o histórico do tratamento da doença, desde a abertura dos portões ao fim do isolamento compulsório. Através destas políticas, é possível notar que, até a década de 1960, os estigmas sobre a doença foram reforçados e a sociedade sadia aprendeu que o lugar do leproso era isolado da cidade. Somente após o “fim” do isolamento compulsório (por Decreto) foi problematizada a condição social do doente e sua reinserção na cidade formal.

A seguir, os principais marcos na história da doença (e do Curupaiti), que contribuíram para a construção e desconstrução do estigma da lepra:

1904 – Decreto 5.156 – Reformada a Saúde Pública Federal, por Oswaldo Cruz. **A notificação de pessoas atingidas pela Hanseníase passa a ser obrigatória.**

1915 – Foi instituída a “Comissão de Profilaxia da Lepra” no Rio de Janeiro (1915 a 1919).

1918 – Decreto 13.001 (chamado ‘decreto de ouro’) – Cria o Serviço de Profilaxia.

1922 – **Início da Construção do Hospital Colônia Curupaiti.**

1923 – Decreto 16.300 – Instituiu o novo Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. **O isolamento passa a ser obrigatório para os casos tidos como contagioso. Tem-se o início da construção, em todo o país, de Hospitais-Colônia destinados ao isolamento desses doentes.**

1927 – Fundada a Cruz Branca Nacional, no Rio de Janeiro, com a finalidade de estudar a lepra, fundar leprosários para indigentes e abastados e proteger e educar filhos de leproso.

1928 – Fundada a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, do Rio de Janeiro, por Alice Tibiriçá, com sede na Cruz Vermelha Brasileira.

1929 – **Inauguração do Hospital Colônia Curupaiti**

1933 – Realização da Primeira Conferência Nacional de Leprologia, reunida no Rio de Janeiro, por iniciativa da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra.

1936 – Getúlio Vargas, então Presidente do Brasil, mandou executar um plano de profilaxia da lepra. **Cabe ressaltar que a maioria dos Hospitais-colônia foram construídos durante a Era Vargas.**

1943 – **Marca-se o início do tratamento por sulfonas.**

1946 – II Conferência Pan-Americana de Lepra, Rio de Janeiro, 1946. Nela, através dos resultados obtidos com as sulfonas em Carville, Estados Unidos e São Paulo, **passou a ser adotada uma nova classificação da doença: Lepromatosa (L), Indeterminada (I) e Tuberculóide (T)**, que norteavam diretamente as medidas de profilaxia – necessidade de isolamento, ou não.

1947 – Portaria nº 03, que aprovou instruções para regular a **concessão de altas aos doentes internados em leprosários e aos tratados em dispensários.**

1947 – Portaria nº 05, que aprovou instruções reguladoras da disciplina interna dos leprosários.

1948 – Foi criada a Associação Brasileira de Leprologia, a primeira entidade de âmbito nacional especializada na lepra.

1949 – Lei nº 610. **Fixa normas para a profilaxia da lepra**, uniformizando a Campanha contra a doença no Brasil.

Art. 7º **É 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 desses, poderão também ser internados em leprosários, a juízo da autoridade sanitária, quaisquer casos quando os doentes não puderem obter os recursos necessários à própria subsistência, **ou forem portadores de estigmas impressionantes de lepra.**

Parágrafo único. **Nesses estabelecimentos poderá haver alojamentos especiais para doentes contribuintes**, que ficarão, entretanto, sujeitos à disciplina e ao regime nêles em vigor.

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 leproso e todos os menores que convivam com leproso serão assistidos em meio familiar adequado ou em **preventórios especiais.**

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.** (BRASIL, 1949).

1950 – Lei nº 1045, que dispõe sobre a **concessão de alta aos doentes de lepra.**

Esta lei seguia as indicações das Portaria nº 05, ratificando os dois tipos de alta: **a provisória (para os doentes em dispensários) e a definitiva (para os que é estivessem de alta provisória)**. Para as pessoas isoladas em leprosários ou Hospitais-colônia, havia a “transferência para dispensário”, onde seria dada a continuidade do tratamento sob vigilância. Até 1947, o paciente com **alta provisória deveria esperar por 06 anos para receber a alta definitiva.**

1953 – Criação do Ministério da Saúde, pela lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953.

1954 – Lei nº 2.312 – institui o Código Nacional de Saúde.

1955 – Decreto nº 36.771 – Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Lepra, do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

1959 – Lei nº 3.542 – Institui a Campanha Nacional contra a Lepra e dá outras Providências.

1962 – Decreto nº 968 – Baixa normas especiais para o combate à lepra no país. **Marca-se o fim da obrigatoriedade do isolamento compulsório.**

1975 – **Substituição oficial do termo “Lepra” por “Hanseníase”** através do Decreto n. 76.078.

1986 – **Fim do isolamento compulsório no Hospital-Colônia Curupaiti.**

1991 – **O antigo Hospital-Colônia Curupaiti torna-se o Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária (IEDS Curupaiti).**

3.2 Da sulfona à década de 1980: fim do isolamento compulsório?

O fim do isolamento compulsório, legalmente, ocorreu na década de 1962, com a revogação de artigos do Decreto 16.300, de 1923, que instauraram sua obrigatoriedade como forma de profilaxia. Na prática, os hospitais-colônia foram desativados aos poucos – os últimos registros de internação do Hospital Curupaiti, por exemplo, datam de 1986, vinte e quatro anos depois.

Após a década de 80, a expectativa era de que, com o processo de desativação da Colônia (mantendo apenas o Hospital), os antigos internos se tornassem egressos, para que só os que ainda necessitassem de tratamento dermatológico permanecessem no Hospital, e aos poucos, não houvesse mais população residente. Sem esta população, as terras da Colônia poderiam ser destinadas a outro fim. Contudo, a movimentação foi inversa: não só a maioria dos antigos internos permaneceu nas dependências da Colônia, como seus familiares e novos residentes, sem vínculo com a doença, ocuparam este espaço. Então, para entendermos os fenômenos que resultaram nesta permanência, foram levantadas algumas hipóteses quanto aos estigmas e às dificuldades de reintegração social. Após anos de isolamento compulsório, houveram políticas (sociais, econômicas, de habitação, etc.) para a reinserção de egressos na cidade formal de forma digna?

Ao investigarmos tais condições, fez-se necessário retornar à década de 1950. Se antes o isolamento era a principal forma de contenção (profilaxia) da doença, a partir desta década ele começa a ser questionado. Tal forma de profilaxia dificultou a notificação de novos casos, em decorrência do medo da vida nas colônias que muitas pessoas tinham. As tentativas de fugas para visitar familiares e os casos omissos (não notificados) eram recorrentes. Quanto mais tentava se isolar, mais casos de pessoas não registradas apareciam. Além disso, o custo de manutenção dos hospitais era alto, ainda que reduzido pelo trabalho dos internos.

No exterior, a partir de 1943, a lepra passa a ser tratada com sulfonas. Em 1950, foram instituídas as primeiras movimentações para a alta médica. Com o tratamento em Colônias cada vez mais questionado, em 1962, no Brasil, tem-se o fim do isolamento compulsório por Decreto, que representou o fim da construção de novos abrigos para casos de lepra. Ainda assim, as construções já existentes, como o Curupaiti, continuariam autorizadas a receber novas internações, com a justificativa de que um decreto federal não poderia revogar uma lei.

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.** (BRASIL, 1962).

O Decreto nº 968 revogou, também, os artigos 133 e 183 do Decreto de 16.300, de 1923, em que o isolamento passa a ser obrigatório para os casos tidos como contagioso.

Em apenas uma década (da concessão de altas ao fim do isolamento), houveram mudanças significativas na perspectiva de vida da pessoa atingida pela hanseníase. Como, então, convencer a sociedade, após quatro décadas de recomendações sobre a obrigatoriedade do isolamento, que as pessoas atingidas pela doença poderiam conviver entre os sãos? Para Oliveira (2012), tornou-se urgente estimular um novo olhar para a lepra. Somente o **combate ao estigma** poderia garantir a presença dos leprosos nas cidades. Dessa forma, em 1975, “cria-se” a hanseníase, para que os estigmas da lepra fiquem no passado.

A partir da década de 1960, médicos e doentes iniciam uma campanha de desestigmatização do doente de lepra, tendo como ponto de partida, a mudança do nome da doença. Defendia-se a ideia de que parte do estigma estava associada a tais termos. Estes fariam referência a uma doença que extrapolava os sintomas físicos da “real” lepra. Para médicos e pacientes, o controle da doença passava, primeiramente, pela erradicação desses termos. Era preciso criar uma nova doença, que associasse apenas os sintomas fisiológicos da antiga “lepra”. Tornava-se urgente transformar a “lepra” em uma doença “como outra qualquer”. (OLIVEIRA, 2012).

A possibilidade de convivência entre doentes e sãos obrigou as autoridades e profissionais de saúde a pensarem na **condição social do doente**. As ações indenizatórias foram conquistadas a partir deste reconhecimento, apoiadas na discussão sobre os estigmas e a busca por reintegração.

3.2.1 Estigmas e reintegração social

A hanseníase foi “criada” em 1975, mas desde 1950 vêm sendo discutida a condição social do doente. No Decreto nº 968/1962, citado anteriormente, o Estado já reconhecia a necessidade de assistência social dos internos e seus dependentes.

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 emprego. d) os que apenas precisam de auxílio para encontrar trabalhos, não constituindo estorvo os estigmas da doença.

Com o desenvolvimento da PQT (multidrogaterapia), na década de 1980, marcou-se o início da alta médica por cura. Os pacientes poderiam, então, retornar à cidade formal. Mas, pelos mais variados motivos, muitos dos ex-internos optaram por permanecer nas Colônias. Além dos estigmas, crenças religiosas e barreiras culturais que rondavam a doença desde os tempos bíblicos, a **sociedade sadia aprendeu que o lugar dos leprosos era isolado das pessoas sãs**, em hospitais-colônias e leprosários.

O processo de “desinstitucionalização” das Colônias de hanseníase (aqui entendida como desospitalização, conforme subcapítulo 3.2.3) deu-se se forma desumanizada. Por não encontrarem

meios de sobreviver na cidade formal, seja por abandono familiar, dificuldade de reinserção no mercado de trabalho ou preconceito, muitos internos desospitalizados nunca se tornaram, de fato, egressos e “optaram” por permanecer no Hospital. Com o tratamento por cura, o esperado era que as barreiras deixassem de existir, mas após quase um século de isolamento, a segregação já estava enraizada na mentalidade de pessoas sadias. O isolamento, defendido em função do desconhecimento das formas de transmissão na época, fez com que os problemas sociais fossem mais graves do que a condição médica em si, pois a realidade de exclusão não atingia somente a pessoa doente, mas também seus familiares.

Em verdade, em muitas instâncias o isolamento supera os incômodos da doença em si. Esta pode se desenvolver discretamente, quase em silêncio clínico, trazendo aos pacientes pouco ou nenhum transtorno orgânico, enquanto o isolamento interfere fundamentalmente com suas vidas, fraturando laços afetivos e instituindo desajustamentos e discriminações que podem se tornar intoleráveis. (DINIZ, 1960)

O estigma da hanseníase foi tanto que, na Portaria nº 11, de 8 de março de 1950 – mesmo ano da Lei 1.405, que regulamenta as altas para leprosos –, os doentes internados em leprosários e hospitais-colônia não poderiam solicitar a “transferência para dispensário” caso apresentassem alguma das seguintes condições:

Art. 4º - Não deverão ser incluídos na relação de candidatos a “transferência para dispensários” os doentes internados em leprosários que apresentarem as seguintes condições: a) **Impossibilidade de obter recursos necessários à própria subsistência** e de ser submetido à vigilância regular pelo órgão competente. b) **Alienação mental**. c) Privação da liberdade **por detenção** ou cumprimento de sentença judiciária. d) **Presença de estigmas impressionantes de lepra**. (BRASIL, 1950).

Pelo Art. 4º, nota-se que nenhuma das condições refere-se ao contágio em si, mas sim a questões econômicas, de saúde mental, de descumprimento das regras do leprosário e questões estéticas. Ou seja, as pessoas atingidas pela Lepra Tuberculóide (conforme tópico 3.1, ano 1946), considerada não contagiante, continuariam **privadas de seu direito à cidade por não serem “visualmente bem-vindas”**, restando-lhes, apenas, as *cidades hospitalais*.

Um aspecto importante a ser destacado é a não especificação dos “estigmas impressionantes” na Portaria, o que indica que ficaria a critério do médico responsável decidir quem teria, ou não, “condições estéticas de convívio social”. Nesse contexto, foram incluídas nas entrevistas com os antigos internos e seus familiares, perguntas sobre os motivos que os fizeram permanecer no Hospital, na tentativa de validar a hipótese de que estes estejam associados às dificuldades de reintegração social e aos estigmas sofridos, a fim de entender como o rapto ideológico das cidades hospitalais, fundamentado por Leis, Portarias e Decretos, violou⁸ uma série de direitos humanos.

⁸ As cidades hospitalais foram construídas a partir de modelos utópicos, idealizadores de um ambiente agradável para os internos, que os permitisse usufruir de uma vida que mimetizasse a cidade extramuros. Por isso, consideramos que as violações de direitos humanos não ocorreram em função do desenho ou planejamento das cidades hospitalais, mas sim por aspectos sociais. Se, em um primeiro momento, as cidades hospitalais foram planejadas como lugares de abrigo e tratamento, em um segundo momento, foram apropriadas para invisibilizar pessoas indesejadas nas cidades formais.

Os trechos a seguir foram retirados de algumas das entrevistas com ex-internos, realizadas durante o desenvolvimento deste trabalho:

— Motivos... Eu gostaria de nunca ter vindo aqui, acredita? Porque a minha família tinha um plano para todos nós... netos, bisnetos, já para caminhar... onde eu nasci... e vim parar aqui doente, me isolei de tudo. Quer dizer, para mim não foi um benefício não. (...) Nós tínhamos que pedir licença à administração, e muitas pessoas, não eu, mas muitas pessoas morreram sem nunca mais ver a família (...) **Eu não tentei voltar para a minha família porque cada um da minha família prosseguiu, e eu fiquei aqui trabalhando, construí família** (...) Não tínhamos mais a família, então nós formamos uma família. A história feliz que eu tenho aqui foi minha família, meus netos, bisnetos, todos eles vêm aqui. (...) Então quer dizer, a pessoa poderia se sentir infeliz por um lado, mas no outro lado ela era feliz. Não tem nada melhor do que o amor da família, né? (Entrevistado 2, 73 anos, ex-interno, 2020)

— Tanto que quando foi em 1957, eu cheguei perto de minha mãe e disse "Mãe, agora eu vou me internar" (...) "Mãe, agora eu vou me internar definitivamente e não vou sair mais de lá... só vou sair de lá agora morto". **E depois de 1986 eu não saí porque não tinha mais condições de morar lá fora. Primeiro porque eu não tenho mais a família.** Eu praticamente só tenho uma irmã, em condições... essa que tá sendo uma irmã e uma mãe pra mim, está com o marido com Alzheimer, está lutando... a outra está lá em Minas, com Alzheimer, então... vou fazer o que? Parece que eu já estava adivinhando até! Eu disse para a minha mãe em 57 "Eu vou e só saio daqui morto!". Eu mesmo disse pra Adriene [diretora]: "E se não tiver recursos? [para minha permanência] Deixa eu morrer aqui!" ... Porque lá fora você é discriminado se souberem que você é do Curupaiti, como eu sei que já aconteceu com vários colegas meus, eu não sou melhor do que ninguém, nem me julgo melhor do que ninguém... então com pouco ou muito recurso, seja lá o que for, eu quero morrer aqui (...) Só não queria que fosse citado o meu nome porque sabe como que é, as pessoas como que são... porque eu sofri muito aqui, minha filha, não só com a doença, o problema é a discriminação que existe até hoje. (Entrevistado 19, 92 anos, ex-interno e residente).

— Eu não tive mais coragem de ir embora daqui e deixar esse meio aqui, esse ambiente. Por que? Vou te explicar o porquê: eu hoje poderia ser um advogado formado, que eu sempre gostei de Direito, **mas eu vi casos aqui de denúncias de pessoas daqui doentes que tentaram ir lá para fora estudar e foram denunciadas para a Saúde Pública**, e o diretor daqui foi chamado em faculdade, em colégio, porque "ah, tem um leproso estudando aqui na minha faculdade"... Era por isso que eles nos mantinham aqui dentro nos dando do bom e do melhor! Até hoje, isso causa... é traumatizante para nós que estamos aqui, antigos, é bastante traumatizante (Entrevistado 25, 75 anos, ex-interno e residente).

No contexto de busca por reintegração social, foi fundado, em 1981, o MORHAN (Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase), entidade sem fins lucrativos que luta pela garantia e respeito aos Direitos Humanos das pessoas atingidas pela hanseníase e seus familiares. O MORHAN atua dentro de várias Colônias de hanseníase pelo país e articula as principais lideranças comunitárias para a conquista efetiva de ações indenizatórias.

3.2.2 Ações indenizatórias

Atualmente, há quatro ações indenizatórias referentes à política de isolamento da hanseníase que abrangem o IEDS Curupaiti, sendo três aprovadas e uma em tramitação. Estas indenizações (sobretudo a pensão vitalícia), **transformaram a ocupação do território das Colônias**, conforme contribuíram para a ausência de manutenção das dependências do Hospital, seu abandono e consequente invasão pela milícia. O Estado, com a justificativa de aprovação das pensões vitalícias, deixou de implementar um processo de desinstitucionalização humanizado, transformando-o em desospitalização parcial (discutido no subcapítulo 3.2.3).

São ações indenizatórias:

- i. **Lei nº 11.520/2007**, que dispõe sobre a concessão de pensão especial (1,5 salário mínimo) às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. (Anexo 3 – Processo de requerimento da pensão vitalícia, cedido por ex-interno);
- ii. **Lei nº 6.165/2012**, que concede indenização de dois tipos às pessoas que constem na folha interna do IEDS Curupaiti ou do Hospital Estadual Tavares Macedo: pensão vitalícia, para os que comprovem incapacidade de trabalho externo, e indenização de dez anos (até maio de 2022) para os que ainda possuem capacidade de trabalho externo;
- iii. Em tramitação: indenização para os filhos e filhas das pessoas atingidas pela hanseníase que foram separados dos pais e encaminhados à educandários, creches e preventórios ou que tenham permanecido nas colônias, separados dos pais ou do convívio social;
- iv. **A regularização fundiária que prevê a concessão de títulos de uso por 99 anos**, prorrogáveis por igual período (Anexo 4 – Documentação de promessa de concessão de uso, cedido por ex-interno).

As duas primeiras ações indenizatórias (Leis 11.520 e 6.165), embora beneficiem ex-internos, possuem prerrogativas diferentes. A primeira refere-se à indenização, em âmbito nacional, de todas as pessoas internadas compulsoriamente nas Colônias para hanseníase (no Curupaiti, até 1986), por terem sido vítimas de uma intensa violação de direitos humanos durante o isolamento compulsório. A segunda refere-se a uma Lei trabalhista estadual (RJ), para aposentar os funcionários do IEDS Curupaiti e da ex-Colônia Tavares Macedo, em Itaboraí. A aposentadoria pretendia abranger pessoas atingidas pela hanseníase que trabalhavam na **folha interna do Hospital**. Embora a Lei não cite, explicitamente, a palavra hanseníase, nela constam 2 anexos (um para pensão vitalícia e outro para indenização por 10 anos) com os nomes das pessoas qualificadas à aposentadoria (ex-internos). Além disso, a Lei só abrangeu pessoas que, no ano da aprovação da Lei (2012), constavam na folha interna do Hospital, desconsiderando os anos anteriores.

A terceira indenização, em tramitação desde 2011, pela PL 2.104, busca estender a pensão vitalícia aos filhos e filhas que foram separados dos pais com hanseníase. A legislação da época permitia separar dos pais, os filhos nascidos dentro de hospitais-colônia ou leprosários. Ainda bebês, eram enviados à educandários e preventórios – creches para “filhos órfãos de pais vivos”. No entanto, a Justiça decidiu, em 1ª instância, pela prescrição dos processos – posicionamento também defendido pela Advocacia Geral da União. Por isso, em outubro de 2020, a Defensoria Pública acionou o STF contra a prescrição da indenização, pois trata-se de casos cujas “repercussões são sentidas nas vidas das vítimas até hoje”.

Não se está a cuidar de uma violação de direitos qualquer, mas de uma violação sistemática, estrutural, que se confunde com a própria política segregacionista do Estado imposta a pessoas com hanseníase (...) Trata-se de milhares de pessoas, separadas dos pais à força em uma das maiores campanhas higienistas promovidas pelo Estado brasileiro. Isso é crime contra a dignidade e não pode prescrever” (DPU, 2020).

O Projeto de Lei é uma tentativa de obrigar o Estado a reparar as vítimas não só com indenização, mas com outras políticas, como memória e assistência social. Pedro Peruzzo e Carlos Nicodemos, advogados voluntários do MORHAN, consideram que as violações sofridas por filhos(as) de internos(as) geraram danos de difícil reparação.

(...) Desaparecimentos forçados (pais que, ainda hoje, não sabem o paradeiro dos filhos e filhos que não sabem o paradeiro dos pais), tortura de todo o tipo e com todo tipo de consequência, como lesões permanentes que, em interação com as barreiras sociais, configuram deficiência; traumas decorrentes de abusos sexuais; maus tratos (pessoas que carregam cicatrizes pelo corpo, crânio com lesões); traumas psicológicos, além do preconceito e estigma que ainda hoje permanecem arraigados na sociedade. (Pedro Peruzzo, Portal Justificando, 2020).

(...) Ou seja, o que está em questão é uma política pública do Estado brasileiro que torturou, estuprou, desapareceu e, muito possivelmente, matou crianças que nasceram de mães e pais atingidos pela hanseníase. (...) A declaração de prescrição nesses processos individuais desconsidera que estivemos diante de uma política de Estado e que o estado de vulnerabilidade das vítimas, ou seja, a dificuldade de acessar a Justiça, precisa ser considerado no momento de definir a questão da prescrição. (Carlos Nicodemos, 2020)

Cabe esclarecer que este trabalho não tem por objetivo o mapeamento das violações sofridas por filhos(as) de internos(as) em educandários, preventórios e dentro das Colônias, mas busca identificar as diferentes relações com o espaço, para além dos ex-internos, que podem ser ponderadas nos apontamentos para um plano de ocupação futuro.

O roteiro das entrevistas foi estruturado de forma a possibilitar o(a) entrevistado(a) a compartilhar, sem obrigatoriedade, um pouco da vivência durante as políticas de isolamento da hanseníase, o que poderia incluir, também, situações de violência sob a tutela do Estado.

O depoimento a seguir foi selecionado por retratar alguns dos traumas físicos e psicológicos sofridos por crianças separadas dos pais e enviadas a educandários e preventórios até os 16 anos e em como a condição social de filhos(as) também foi afetada:

— Lá no educandário, tomava conta de umas sessenta crianças. Não eu sozinha, logicamente (...) Então minha mãe soube que eu levei uma surra nos meus 15 anos. Eles me prenderam num quarto com rato, barata, morcego, fiquei trancada. E aí quando ela soube disso, ela tentou me tirar, só que eles não me tiraram logo porque eu fiquei muito marcada! Fiquei toda cheia de hematoma (...) As crianças faziam buraco para me dar comida pelo buraco. Conhece mamona? Eu tomei muita água na mamona. Aqueles canudinhos, né? Enchiam a garrafa e colocavam o canudo ali dentro para eu poder matar a minha sede, porque ninguém podia me ver. Então as crianças, os meus irmãos do educandário, matavam a minha fome desse jeito. Esse período todinho que eu apanhei, fiquei trancada no quarto. Quando aparecia visita, eu chutava a porta, gritava, e as visitas diziam “tem gente batendo ali!” e as elas diziam “não, não é nada não”. Depois que as visitas iam embora, a diretora ia lá... “o couro comia de novo” e eu ficava marcada de novo. Então eu ficava nessa agonia, entendeu? Aí jogavam sal grosso no meu corpo. (...) Então quer dizer, aí eu fiquei nisso até os meus 16 anos. Quando eu fiz 16 anos, minha mãe conseguiu me tirar e me trouxe pra cá [Curupaiti]. Só que aqui eu ficava escondida, ficava dentro do armário, porque não podia na época, então tinha um guarda que ficava aqui, vigiando, seu Joaquim. Seu Joaquim era um ex-interno que era segurança. Às vezes eu esquecia... “Mãe, tô com fome!”, e os vizinhos “caguetavam”: “Olha, tem criança ali ó!”. Aí mandavam [ele] entrar e ele queria revistar. Minha mãe mandava eu entrar dentro do guarda-roupa e eu ficava trancada com as roupas em cima. Tinha só um buraquinho para eu respirar (...) E ficou assim até a minha mãe arrumar um lugar pra eu trabalhar. Quando a minha mãe arrumava um lugar, meu pagamento... eu não tinha pagamento. (...) “Você é filha de leproso, seu pagamento vai ser você visitar a sua mãe, mas você está vendo esses 3 litros de álcool, não está?” “Sim, senhora” “Então quando você chegar aqui, você vai jogar no seu corpo”, e eu jogava o álcool no meu corpo para poder ficar com as crianças. Nessa época eu trabalhava lá fora, em casa de família, entendeu? E eu vivia essa agonia... Falava pra minha mãe: “Se a senhora não me tirar daqui [da casa de família], eu vou fazer besteira”, porque você vive com aquela pressão: “Leproso, leproso, você é filha de leproso”. Aí, quer dizer, fiquei com a minha mãe com muito custo, e quando fiz 26 anos, me perguntaram se eu queria trabalhar aqui [no Curupaiti], que eu iria receber. (...) Aí sim foi onde eu mudei a minha vida, que eu morei com a minha mãe. Meu maior sonho era morar com a minha mãe, porque no educandário, quando eu abraçava minha mãe, eu apanhava, porque não podia abraçar. “Você é filha de leprosa! Você não sabe que sua mãe mora num Hospital de leproso? Então você não pode agarrar nela!”. Mas uma criança de 6, 7 anos, vai entender isso? Não vai entender, né? Então eu agarrava, e toda vez que eu agarrava, eu apanhava. (...) Quando eu queria mesmo morar lá fora, que eu queria estudar, fazer uma faculdade, fazer tudo, eu fui privada de estudar. “Você não pode estudar porque você é filha de leprosa”. Dava o número, Godofredo Viana [endereço]... “Você não pode estudar porque você é filha de leprosa”. Eu tive a oportunidade de estudar aqui dentro, aqui que eu tive a oportunidade! Até estudei lá fora, e quando souberam que eu estava trabalhando aqui dentro, os próprios colegas começaram a se afastar. Aí eu disse “Ah, não vou dar continuidade não, pra eu ter essa discriminação de novo, repetir tudo de novo, aquilo que eu passei. Não...”. Aí parei de estudar. (Entrevistada 41, filha de ex-interna, 63 anos, 2020).

Apesar de não serem relatados todos os depoimentos de violações colhidos, consideramos primário o entendimento da relação lugar-identidade entre as Colônias, os que nela foram internados e seus familiares, pois tratam-se de espaços de memória urbanística complexos e contraditórios. Nenhuma pessoa atingida pela hanseníase demonstrou contentamento ao ser internada compulsoriamente e afastada do convívio familiar. Mas o espaço, **à medida em que foi construído pelos próprios internos, foi sendo, por eles, ressignificado**. Após a abertura dos portões, em 1986, tornou-se também o lugar que possibilitou o reencontro de pais e filhos separados e o **refúgio da sociedade sadia, ainda repleta de estigma**. As consequências do estigma perpassaram a própria pessoa atingida e tiveram reflexos nos familiares sadios, por também enfrentarem barreiras sociais.

Por estes apontamentos, pretendemos demonstrar que, pensar no destino do território das Colônias requer, sobretudo, o diálogo com as pessoas que nelas viveram e ainda vivem e que qualquer intervenção ou projeto idealizado deve incluir políticas de reparação de sujeitos que tiveram seu direito à cidade cerceado, em função do isolamento e segregação impostos pelas cidades muradas da hanseníase. As políticas de reparação afetam diretamente a produção do espaço, pois, se tais violações ultrapassaram os muros da Colônia, estendendo-se aos familiares e, ao contrário de evasão, a ocupação foi intensificada após 1986, cabe-nos problematizar o porquê o processo de desospitalização da Colônia não incluiu políticas habitacionais (como a construção de novas moradias para filhos(as), enquanto vítimas da segregação), de assistência social, de inserção no mercado de trabalho e de garantia de acesso à direitos básicos.

Quanto às regularização fundiária, segundo a atual diretora do IEDS Curupaiti, o processo é de promessa de concessão de uso – e não de titularidade – por uma questão jurídica:

— As casas são cerca de 250. As titularidades ficam em torno de 246. Mas, aqui não tem titularidade, é promessa de concessão de uso, por uma questão jurídica. A terra ainda é Federal com processo para desmembrar e doar para o Estado. O Federal doou a terra para o Estado quando a capital foi para Brasília e deixou de ser uma Colônia que era Federal... e aí ela doou para o Estado [a terra]. Só que isso não “fundou” dentro de um processo jurídico, porque tem diferenciação de demarcação de terreno, aí não fecharam esse processo de doação, por isso o Estado teve que fazer uma promessa de concessão de uso. É o mesmo questionamento quando a gente faz com relação à Secretaria quando diz assim “eu não tenho que pagar nem água nem luz para essa pessoa”, aí a gente diz “mas você também não deu a casa para essa pessoa, você só deixou ela morar, a casa continua sendo sua, então quem paga a água e a luz?”. Ou o Estado abre mão do que ele quer de fato e faz a doação, a titularidade e tal, uma escritura, uma posse para essa pessoa, isso vira dela e ela vai ter os ônus, porque é seu, ou ela [Secretaria] vai sempre ficar com essa coisa de dizer que está sobrecarregada porque está gastando muito porque “eu pago a água e a luz dessa comunidade”, entendeu? Então o Estado também tem que se posicionar e dizer o que ele quer. Isso não cabe à gestão da unidade. (Adriene, diretora do IEDS Curupaiti, 2020).

O Curupaiti foi a primeira Colônia a “regularizar” a situação dos moradores. A regularização fundiária foi uma parceria entre a Secretaria Estadual de Habitação (SEH), do ITERJ e do Rio Solidário

durante o governo de Sérgio Cabral e do secretário da SEH, Leonardo Picciani, e foi apoiada pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC) e pelo MORHAN. Para a ex-diretora do IEDS, Ana Krivochein, a regularização fundiária representa uma questão de justiça social:

— É um ganho em direitos humanos e em cidadania já que essas pessoas estão resgatando os direitos que tiveram violados por uma política de saúde de uma época em que se excluía esses pacientes da sociedade. Restituir o que perderam ao longo de mais de 40 anos é uma questão de justiça social. (Ana Krivochein, ex-diretora do IEDS, 2010).

Em síntese, as ações indenizatórias são uma forma de garantir a permanência dos moradores em um contexto de incertezas sobre o destino da Colônia, principalmente quando não houverem mais pacientes nos pavilhões e asilos, vinculados ao IEDS. No Hospital Estadual Pedro Fontes, da antiga Colônia de Intanhenga, no Espírito Santo, o governo estadual indicou o fechamento da unidade, com ordens de despejo. Em oposição, o MORHAN pontuou a necessidade de repensar o espaço em respeito aos direitos das pessoas atingidas pela hanseníase que foram segregadas, pois as adequações sanitárias não podem ser usadas como desculpas para o fechamento da unidade.

Nas entrevistas realizadas, não foram incluídas perguntas sobre formas de organização para garantir a permanência dos antigos internos e familiares na Colônia, nem sobre as expectativas do futuro do Hospital, no entanto, algumas sugestões emergiram espontaneamente nas falas de pessoas entrevistadas:

— O meu maior sonho é fazer um mutirão aqui dentro, pegar os filhos, a gente, sei lá, capinar, pintar, cada um fazer a sua habilidade, né? Isso eu tenho vontade de fazer, mas é aquilo, né, uns dão valor, outros não dão valor, tem pais e mães que não ensinam as crianças a ter educação, a valorizar o espaço. **Esse lugar é muito bom, eu gosto muito desse lugar, não saio daqui pra morar lá fora**, porque a minha vida toda foi aqui. (Entrevistada 41, filha de ex-interna, 63 anos, 2020).

— (...) **Se não são os moradores do Curupaiti se unir pra colocar pra frente**, a direção não ajuda, não ajuda em nada. E abrir mais vagas para as mães que querem trabalhar, não só as mães, mas tem homens que precisam muito trabalhar. (Entrevistada 9, filha de ex-interna, 24 anos, 2020).

— **Aqui poderia ter um centro social ou uma associação de moradores para tentar melhorar alguma coisa aqui dentro**, que aqui está meio bagunçado. (Entrevistado 13, familiar de pessoa atingida, 50 anos, 2020).

— Existia esse setor que eu comentei com você, o DACOM, era uma administração que controlava o Hospital, administração interna [dos próprios doentes], né? Que controlava os internos. (...) Então existia essa disciplina pela administração interna, entendeu? Então eles zelavam pela nossa segurança, pelo nosso bem estar de forma geral. **A ideia era que isso aqui, a princípio, a ideia era que isso aqui... alguém criasse uma associação, entendeu?** (Entrevistado 23, ex-interno, 62 anos, 2020).

Esse contexto [de incertezas] intensifica a urgência de articulação dos moradores para que se pense, conjuntamente, as demandas da comunidade e formas de gestão frente o abandono estatal e a crescente atuação miliciana – como a autogestão de parte do território e intervenções autônomas, propostas por alguns entrevistados.

3.2.3 Desospitalização e desinstitucionalização: interfaces entre hanseníase e saúde mental

A reintegração social, abordada nos tópicos anteriores, era esperada através do processo de “desinstitucionalização” das Colônias de hanseníase, o qual podemos comparar com o das colônias psiquiátricas. Como descrito no primeiro capítulo, as colônias de hanseníase e psiquiátricas possuem diferenças e similaridades quanto a formas de tratamento, função, traçado, dinâmica interna, inclusive quanto ao processo de desinstitucionalização, que teve início na década de 1980, com as reformas nas políticas de saúde, como a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial.

A “loucura” e a hanseníase, dois quadros patológicos muito diferentes, apresentam em suas histórias diversas semelhanças e complementações no que diz respeito às práticas e políticas públicas de saúde (GARCIA, 2001), desde à implementação do tratamento em isolamento à abertura das Colônias.

Entre as principais semelhanças verificou-se todo um contexto de isolamento social, segregação, estigma e, em muitos momentos, descaso com as políticas de Saúde Mental e de Dermatologia Sanitária. Nos dias atuais, em especial no contexto brasileiro, onde presenciamos ainda um considerável índice epidemiológico da hanseníase e há mais de uma década o movimento antimanicomial, que busca garantia de direitos básicos de cidadania às pessoas com transtorno mental, vemos que estas duas realidades mantêm traços de seus processos históricos. As incapacitações físicas e dores da hanseníase e o sofrimento mental, não são as únicas dificuldades enfrentadas por seus portadores. Estes continuam à margem da sociedade, ainda incompreendidos por um contexto social que segrega o diferente. (GARCIA, 2001)

No caso da hanseníase, CLARO (1995) e MACIEL (2007) apontam a identificação e o sentimento de pertencimento como fatores relevantes para a permanência de egressos nas Colônias, visto que muitos dos ex-internos viveram parte considerável de suas vidas asilados e ali constituíram novas relações afetivas e configurações familiares, como mães e pais adotivos e irmãos adotivos.

— Eu vim pra cá garoto, aí comecei a trabalhar aqui, ainda menor, com 10 anos de idade e tinha a minha mãe de criação aqui, tinha meus irmãos de criação aqui, aí fiquei com a minha vida aqui, morava aqui, construí minha vida aqui. Foram 16 anos aqui [nessa casa], eu com a minha mãe e meus dois irmãos de criação. (Entrevistado 23, 62 anos, ex-interno, 2020)

Rotelli et al. (1990), no entanto, chama a atenção para o fato de que o processo de desinstitucionalização [das colônias psiquiátricas] exige vigilância constante acerca de seus rumos, pois algumas propostas de esquerda podem ser apropriadas pelo ideário neoliberal, resultando na desresponsabilização do Estado com a proteção social, quadro este que pode ser estendido ao caso da hanseníase.

Apesar da assistência à saúde mental ser responsabilidade do Estado, nas últimas décadas, a Medicina se apossou da “loucura” e instaurou tratamentos que geraram lucro à iniciativa privada. Desde a década de 60 há um movimento de privatização dos serviços psiquiátricos que colidem com a luta antimanicomial, demonstrando-se favorável aos procedimentos de internações. A loucura, enquanto mercadoria, colabora para o isolamento e segregação das pessoas com transtornos mentais, afastando-os cada vez mais de seus direitos.

Por isso, deve-se pensar criticamente as responsabilidades do Estado no processo de desinstitucionalização das colônias, pois

Com o avanço do ideário neoliberal, acompanhando as tendências nas demais políticas sociais, o Estado vem transferindo suas responsabilidades a organizações voluntárias e caritativas, setor privado, mercado e para a família, apostando num discurso de emancipação social e minimização de um Estado concentrador e burocrático, quando, na verdade, este mesmo Estado, agora mínimo para suprir as necessidades sociais dos que vivem exclusivamente da venda de sua força de trabalho, mostra-se um Estado aliado à acumulação capitalista, como bem propõe os ideários neoliberais (ROTIELLI et. al, 1990, apud ANTUNES, 2003).

O mesmo ocorre com o processo de “desinstitucionalização” do tratamento da hanseníase, pois após a década de 1980, o abandono das dependências de todas as Colônias do país foi intensificado. Sem a necessidade de isolamento, as *idades hospitais* se tornaram muito onerosas para o Estado, sobretudo a partir do crescimento desordenado da Área de Planejamento 4 – a ser bordado no capítulo seguinte – e do aumento no número de residentes. Atualmente, residem cerca de 2.500 a 2.800 pessoas no Curupaiti, e dessa amostra, há menos de 300 ex-internos, ou seja, o Estado passou a custear os filhos, netos e pessoas sem vínculo com a doença que residem na Colônia. Este alto custo de manutenção **fez com que o maior ônus recaísse sobre os egressos**, com o abandono gradativo do Hospital.

Tal abandono se intensificou com a aprovação de duas ações indenizatórias (a pensão vitalícia às pessoas atingidas pela hanseníase e a promessa de concessão de uso das casas). Com a pensão vitalícia, o Estado se eximiu da **oferta de medicamentos e da manutenção dos pavilhões**, onde moram “egressos” que ainda fazem acompanhamento hospitalar, com o argumento de que **“o egresso, agora indenizado, pode subsidiar o próprio custo de vida”**. Ou seja, a pessoa atingida pela hanseníase que

viveu, por décadas, em isolamento, não tem seu tratamento inteiramente ofertado pelo Estado por ter sido indenizada pelas violações as quais foi submetida.

— Curupaiti está entregue às baratas! Não há segurança! Temos cerca de 150 pacientes com idade acima dos 50 anos! A Colônia foi invadida por pessoas "sadias" de maneira desordenada! A Colônia do Ceará ainda possui um Centro de Convivência, aqui nem pensar! Ontem mesmo estive conversando com a Diretora e sabe o que me disse? "**A área residencial não é mais problema nosso, nossa responsabilidade é com a área hospitalar**". Pelo o que me consta, a Colônia ainda existe, pois não há nenhuma publicação em DO [Diário Oficial] afirmando que a Colônia acabou. Portanto, os pacientes que ainda vivem na Colônia são TUTELADOS DO GOVERNO! O prédio hospitalar do Curupaiti atualmente não serve pra nada. Qualquer tipo de tratamento temos que buscar fora da Colônia. Toda vez que algum de nós reclama, eles dizem que nós temos a pensão 11.520 e que podemos custear nosso tratamento. Pelo que sei, nada a ver. **É uma pensão indenizatória. O Estado ainda tem o dever de cuidar da nossa saúde! Essa pensão nos trouxe mais perdas do que benefícios!**" (Entrevistado 25, 75 anos, ex-interno e residente).

Aqueles que viveram isolados em *idades hospitais*, entre 1929 à 1986, hoje veem a única cidade que conheceram e construíram ruir e, junto dela, o seu patrimônio material e imaterial. Em outras palavras, se antes tiveram seu direito à cidade usurpado, o processo de "desinstitucionalização", da forma como foi implantado, os privou, décadas após, do direito à memória, o que nos leva a concluir que não houve um processo de desinstitucionalização como nas colônias psiquiátricas, pois não existiram iniciativas de desligamento de egressos, de reintegração social e de preservação da história das Colônias. Na prática, houve um processo de desospitalização parcial, em que os "egressos" que não mais necessitassem de atendimento hospitalar para hanseníase, poderiam continuar residindo nas vilas com o dinheiro da indenização (pensão vitalícia) e os que necessitassem de tratamento contínuo (de hanseníase ou não), continuariam residindo nos pavilhões coletivos ou asilares.

— Havia aqui um médico que se chamava Dr. Arnaldo Zéu. Ele já profetizava isso, ele dizia: "Olha..." - porque a gente reclamava muito... do portão trancado, que tinha que tirar licença pra sair... - "Vocês tão reclamando que está trancado, o dia que abrir esse portão, vocês vão ver, isso aqui vai virar uma favela! Se vocês bobear, os sadios vão expulsar vocês da casa de vocês"... E hoje está faltando pouco para isso... Agora, depois eu fui saber que não era previsão nenhuma que ele estava fazendo, ele simplesmente começou a vida dele como médico trabalhando em leprosário. Ele já tinha visto a desativação de várias Colônias, como eu te falei, **Curupaiti foi a última a ser desativada**. A desativação das Colônias começou na década de 50, aqui foi a última! Aqui foi resistente... Resistiu até quando pôde. (...) Então, com esses 150, 160, Nathally, o Governo tem obrigação. Nós somos tutelados ainda do Governo. Ele é nosso provedor. O que acontece, nesse caso aí, eu acho que há muito tempo o Estado deveria ter providenciado o nosso desligamento daqui, uma vez que eles já não conseguiram mais frear a entrada das pessoas, ele tinha que tirar os pacientes daqui e arrumar um novo local para eles e colocar, não deixar assim... no meio do povoado, porque muita gente não tem condições de viver assim... **A violência é muito grande, a maioria são todos idosos**. (Entrevistado 25, 75 anos, ex-interno e residente).

Os diferentes perfis de moradores após o processo de desospitalização parcial nos ajudam a compreender, em parte, as transformações na ocupação do solo e a ausência da conservação de muitas ambiências, e sendo o direito à memória um lugar também de disputa, a construção da memória da Colônia não deve desconsiderar os valores de uso atribuídos à algumas construções, de forma a compreender a heterogeneidade, a apropriação autônoma e os novos significados dados aos objetos e à paisagem do Curupaiti, pois ainda que se trate, inicialmente, da memória de sujeitos marginalizados, desconsiderar as relações construídas por outros grupos, ou ainda, outras gerações, seria reproduzir o mesmo apagamento ao qual foram submetidos.

[...] o mesmo objeto, ao longo do tempo, varia de significação. Se as suas proporções internas podem ser as mesmas, **as relações externas estão sempre mudando. Há uma alteração no valor do objeto**, ainda que materialmente seja o mesmo, porque a teia de relações em que está inserido opera a sua metamorfose, fazendo com que seja substancialmente outro. (SANTOS, 1999, p.78, apud RIBEIRO, 2009).

Destacamos, por último, a recomendação 46 do I Seminário Nacional de antigos Hospitais-Colônia de Hanseníase, quanto à memória da Colônia e de seus habitantes, para que se "recupere o conjunto de edificações e complexos arquitetônicos, autênticos sítios históricos, e que **o destino desse patrimônio seja decidido juntamente com os moradores de acordo com suas necessidades e expectativas.**"

DEMANDAS E CONFLITOS SOCIOESPACIAIS



Capítulo 4

4.1 O Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária e os sujeitos do IEDS

De forma a dar continuidade à análise, foram mapeados os sujeitos que atuam no IEDS, para que sejam identificadas as diferentes formas de ocupação do solo e os locais de maior interesse territorial por parte dos grupos.

Em 1991, cinco anos após a abertura dos portões, o antigo Hospital Colônia Curupaiti foi transformado em Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária (IEDS), vinculado ao Governo do Estado do Rio de Janeiro. Segundo o próprio Instituto, sua missão é “oferecer uma assistência médica, social e psicológica aos cidadãos portadores e ex-portadores de hanseníase, em risco social (...) com tratamento adequado e ainda manter a dignidade e resgatar a cidadania”. As especialidades ambulatoriais do IEDS podem ser usufruídas por qualquer usuário do SUS (Sistema Único de Saúde), adulto e com encaminhamento clínico. As exceções são as consultas de dermatologia e hanseníase, extensíveis a qualquer idade. Já as internações, de baixa e média complexidade, são somente para pacientes atingidos pela hanseníase.

No mapeamento realizado por Quaresma (2017), nota-se que o entorno imediato do Curupaiti é ocupado, majoritariamente, por habitações, tanto regulares quanto irregulares. São poucos os equipamentos de grande ou médio porte para a quantidade de habitantes e há grande incidência de comércios informais, articulados às moradias, desde pequenas vendas à variados serviços, nos quais a escala não permite sinalizar. Além da Vila Olímpica (subutilizada), o IEDS Curupaiti e o Grêmio Recreativo da Escola de Samba (G.R.E.S) Renascer de Jacarepaguá são os equipamentos de maior porte do bairro.



Imagem 61: Assentamentos formais, informais e áreas subutilizadas. Imagem 62: Atratores. Fonte (ambas): Quaresma (2017), adaptado pela autora.

4.1.2 Dados demográficos, fluxos e conectores urbanos

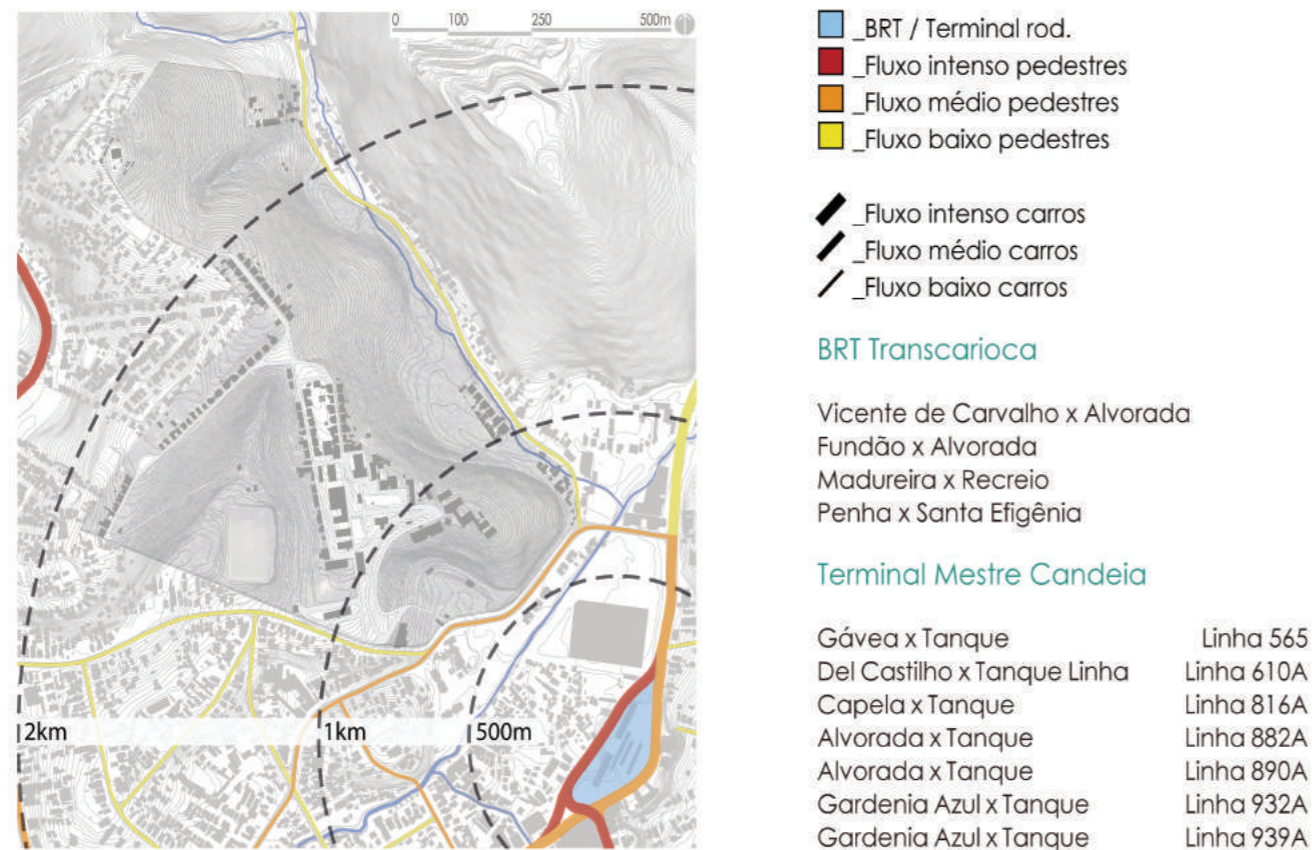


Imagem 63: Fluxos e conectores urbanos. Fonte: Quaresma (2017)

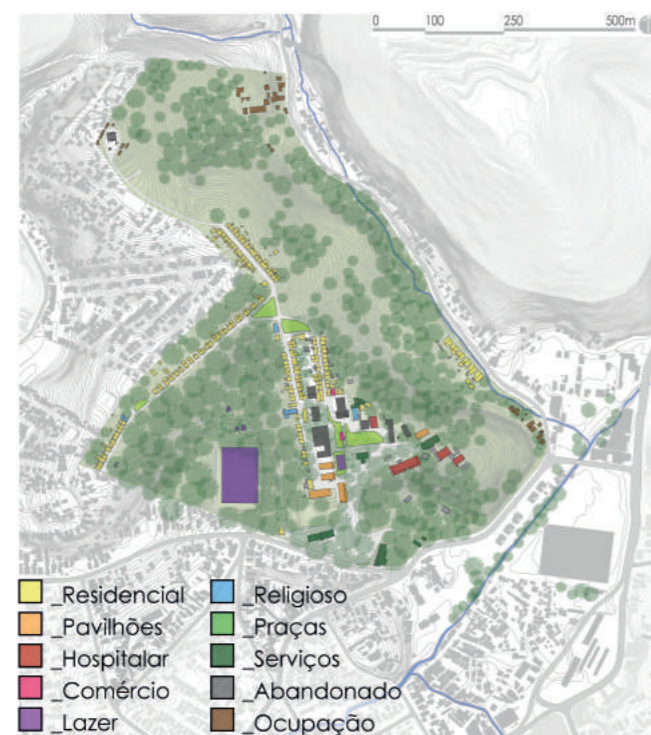


Imagem 64: Usos (Curupaiti). Fonte: Quaresma (2017), adaptado pela autora.

A configuração atual da Colônia ainda é predominantemente residencial, com algumas construções hospitalares em funcionamento e outras abandonadas, os pavilhões coletivos e asilares, comércio, algumas áreas de lazer, praças, igrejas e ocupações próximas à favela da Chacrinha e ao Morro do Jordão.

Já os sujeitos do IEDS, foram categorizados em cinco grandes grupos, com as seguintes subdivisões:

1. Pessoas atingidas pela hanseníase e familiares;

1.1 Pessoas atingidas pela Hanseníase residentes das vilas

1.2 Pessoas atingidas pela Hanseníase residentes dos pavilhões e asilos

1.3 Familiares de pessoas atingidas

2. Profissionais do IEDS Curupaiti;

3. Entidades com função social;

3.1 Congregação Mariana

3.2 Grupo Cultura Urbana

3.3 Centro Espírita Filhos de Deus

4. Comunidade externa;

4.1 Pessoas que residem no Curupaiti, sem vínculo com a doença

4.2 Pessoas que residem no Morro do São Jorge/Piolho, que utilizam o espaço da antiga Colônia para diversas atividades

5. Milícia.

Como mencionado na Introdução deste trabalho, o Hospital Curupaiti tem sofrido uma intensa sobreposição de narrativas, onde os interesses de uso do solo se sobrepõem e resultam em conflitos socioespaciais. Com isso, procuramos mapear tais conflitos, bem como pontos de convergência, através de entrevistas semiestruturadas, com perguntas específicas para os grupos, que possam fornecer indicativos de **identificação com o lugar** (memória, patrimônio, vivências) e de **transformação** (a partir de necessidades e/ou conflitos).

A intenção da pesquisa de campo, em conjunto com a pesquisa documental (de registros iconográficos, documentos etc.) é de registrar e analisar a heterogeneidade das atividades sobre o solo público para que os dados sejam utilizados em uma futura proposta de ocupação pelos moradores, que considere como premissas projetuais o modelo biopsicossocial (dimensões da inclusão das pessoas com deficiência).

A heterogeneidade é em parte justificada pelos estigmas da doença e dificuldades de reintegração social, apontados no capítulo anterior, que deram continuidade ao caráter residencial da Colônia. A abertura dos portões e a ausência do controle de ocupação, segundo entrevistados(as), facilitou a entrada de pessoas sem vínculo familiar com ex-internos, mas que foram trazidas por estes:

— Aí quando foi pedido pelo próprio interno, que trouxessem seus filhos... olha bem, [ênfase] filhos e netos ao seu convívio, o que aconteceu? O fulano tinha um amigo que não via há 10 anos, não tinha nada a ver com o grau de parentesco, entendeu? "Ah, vamos pra lá, que agora está podendo, você diz que é meu primo", e assim se tornou o que você está vendo aqui. Foi assim que foi criado isso. A abertura foi feita quando a diretora do Hospital pediu à Secretaria de Saúde, ao Estado, que liberasse a abertura de pessoas para conviver com o hanseniano, entendeu? Foi pedido para filhos e netos, entendeu? Aí algumas pessoas se aproveitaram e foram fazendo... Primos, colegas dizendo que eram primos, e aquele negócio todo... (Entrevistado 23, ex-interno, 62 anos, 2020).

— Aqui tem muitas pessoas que não tem nada a ver, sem vínculo nenhum com o doente e está aqui e mora aqui, manda mais do que os... entendeu? Infelizmente a gente está nessa situação. (Entrevistada 24, familiar de ex-interno, 63 anos, 2020).

Os poucos em condições de retornar à cidade formal venderam ou alugaram suas casas nas vilas para pessoas sadias, mesmo que esta prática seja proibida por Lei, por se tratar de uma residência ainda do Estado. Além disso, a partir da década de 1990, a ocupação do Morro do Piolho se intensificou. Com a quebra parcial do muro que o divide do Curupaiti, as relações sociais também foram intensificadas e novas famílias construídas, entre ex-internos, seus descendentes e a comunidade externa.

A ampliação da heterogeneidade dos residentes e do uso do solo da Colônia também não pode ser descontextualizada das **transformações na Baixada de Jacarepaguá**, onde está localizada. Para isso, dialogamos com o estudo feito por Quaresma (2017), que analisa os atratores e dispersores do bairro, seus equipamentos e conectores urbanos e o relacionamos com o crescimento desordenado da

Área de Planejamento 4 (AP4) a partir dos indicativos dos últimos Censos. Os apontamentos para um plano de ocupação devem incluir os conflitos decorrentes da heterogeneidade, suas diferentes causas e as questões iminentes da Baixada de Jacarepaguá, como o direito à moradia e a **atuação das milícias na Zona Oeste**. Este é o contexto em que nos debruçaremos para refletirmos sobre o direito à cidade sob a perspectiva da memória, identidade e patrimônio urbano.

4.2 O crescimento desordenado da Área de Planejamento 4 (AP4)

O Hospital Colônia Curupaiti, localizado na Baixada de Jacarepaguá (Tanque), está inserido na Área de Planejamento 4 (AP4), Zona Oeste do Rio de Janeiro, em conjunto com os bairros da AP4.1: Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Curicica, Freguesia, Pechincha, Praça Seca, Vila Valqueire e Cidade de Deus (que possui Região Administrativa própria). conforme divisões do Instituto Pereira Passos (2012, atualizada em 2019) na Imagem 68, onde o bairro do Tanque está destacado.

Durante os séculos XVII e XVIII, a Baixada de Jacarepaguá era uma região predominantemente rural, ocupada por engenhos de café e cana-de-açúcar, que perdurou até meados do século XX. A área é circundada pelo Maciço da Pedra Branca e pelo Maciço da Tijuca – cadeias montanhosas –, além de duas restingas. Tais características geográficas, somadas ao caráter rural e afastamento do centro urbano da época (Zona Portuária e Região Central), foram determinantes para a escolha da Baixada para a implantação das principais colônias de isolamento do Rio de Janeiro: o Hospital Colônia Curupaiti (para hanseníase) e a Colônia Juliano Moreira (psiquiátrica).

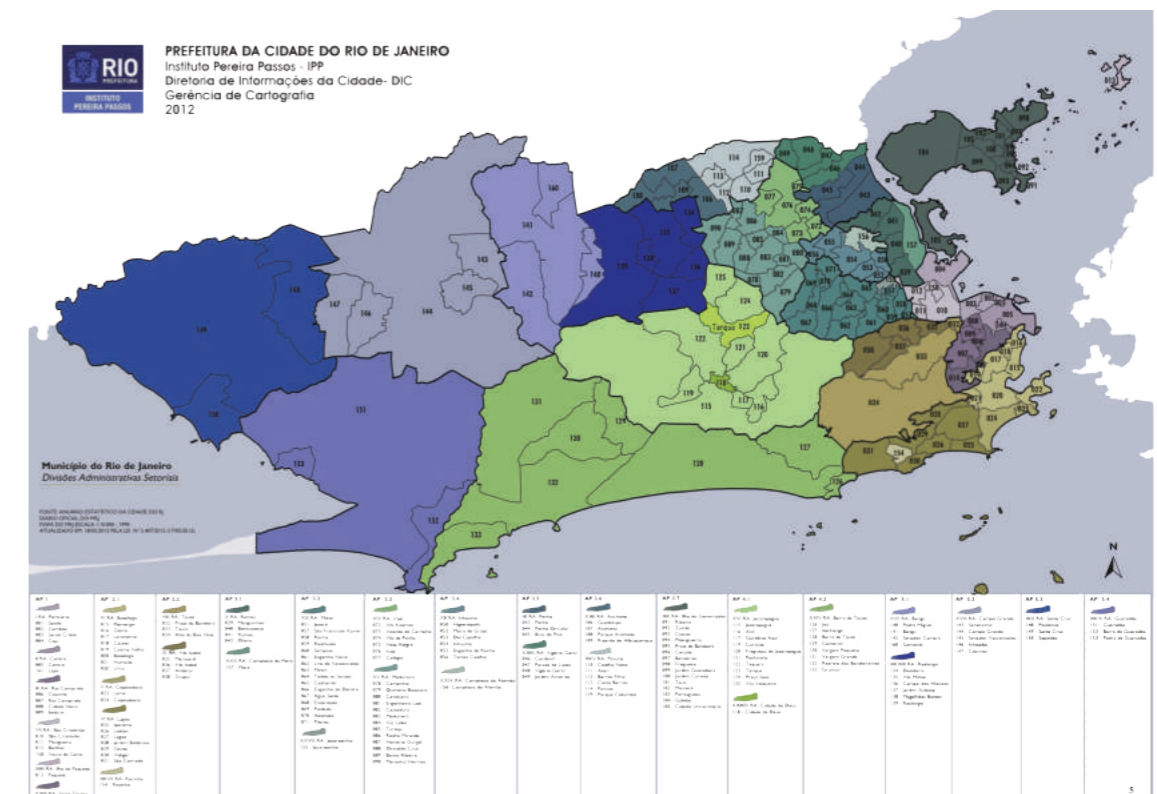


Imagem 67: Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro (2012, atualizada em 2019). Fonte: Instituto Pereira Passos, adaptada pela autora.

Esta Área de Planejamento (AP4), segundo o último Censo (2010), representa a área do Município com **maior crescimento absoluto da população e maior aumento do número da população de favelas, entre 1980 e 2010**. No Censo de 2000, na AP4 residiam 682 mil pessoas, o que representava 11% da população total do município. As Regiões Administrativas da Barra da Tijuca (24) e Jacarepaguá (16) (AP4) e as da Zona Oeste 2 (AP5) apresentaram incremento médio nas décadas de 1980-1990, de 47,69% e 27,23%, e entre 1991-2000 de 20,59% e 20,46%, respectivamente, constituindo-se em vetores importantes do crescimento da cidade (FARIA, 2004, apud AMORA, 2013). Na Tabela 4, os dados demográficos da AP4, da Região Administrativa de Jacarepaguá e do Bairro Tanque, no último Censo (2010):

Dados Demográficos	
AP4 - Barra/Jacarepaguá	
População residente:	909.368
População residente em favela:	236.834
XVI RA - Jacarepaguá:	
População residente:	572.030
População residente em favela:	177.837
Tanque (bairro):	
População residente:	37.856
Densidade territorial:	2,98 (hab/dom)
Densidade domiciliar:	6,799 hab/km ²

Tabela 3: População Residente. Fonte: Censo 2010.

Desta forma, a área da Baixada de Jacarepaguá é uma das que mais se expandem em todo o município, demograficamente e economicamente. A Barra da Tijuca, bairro limítrofe de Jacarepaguá, representa atualmente um dos centros econômicos do Rio de Janeiro. Dada a oferta de serviços, empregos, transporte (com a construção da Linha 4 do Metrô) e a crescente valorização do solo, os limites geográficos da Barra da Tijuca estão sendo ultrapassados. Dois exemplos desta prática são o Centro Metropolitano e o Centro de Treinamento Carlos José Castilho, do Fluminense Football Club⁹, que apesar de estarem, geograficamente, localizados em Jacarepaguá, são considerados pertencentes à Barra da Tijuca pelo mercado imobiliário.

Os bairros vizinhos, em especial os da AP4.1, por estarem próximos à Barra da Tijuca, sofrem com o crescimento desordenado de favelas, uma vez que o planejamento urbano não acompanha a especulação imobiliária. Este processo resulta tanto no aumento do número de comunidades, quanto, por consequência, no aumento da população de cada favela. A Região Administrativa de Jacarepaguá, por ser limítrofe à Barra da Tijuca, teve o maior aumento do número da população em condições irregulares de moradia (Tabela 5) e maior crescimento populacional até o Censo de 2010 (Tabela 6 e Gráfico 1).

⁹ Segundo o site oficial do clube: "Inaugurado no aniversário de 114 anos do Fluminense, o Centro de Treinamento Carlos José Castilho, localizado na Barra da Tijuca, Zona Oeste do Rio de Janeiro, passou a receber os jogadores e profissionais do futebol do Fluminense em novembro de 2016".

Baixada de Jacarepaguá	População residente de favelas				Número de favelas			
	1980	1991	2000	2010	1980	1991	2000	2010
AP4 Barra/Jacarepaguá	26548	72182	144298	236834	39	86	113	205

Tabela 5 População residente em favelas entre 1980 e 2010. Fonte: Faria (2004), IPP (2018).

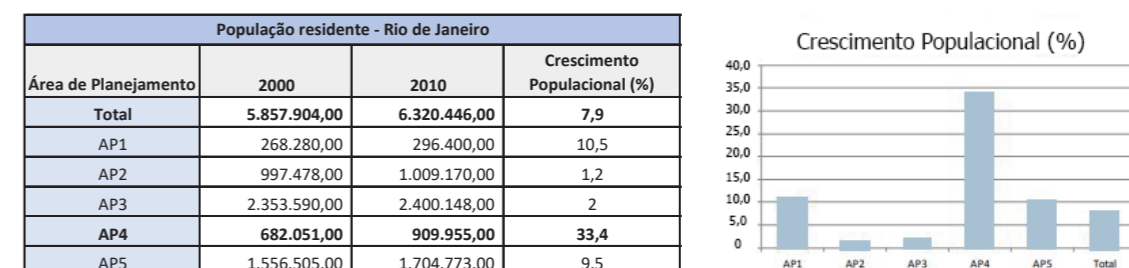


Tabela 6 e Gráfico 1: Crescimento populacional no Município do Rio por Área de Planejamento. Fonte: Censo 2010.

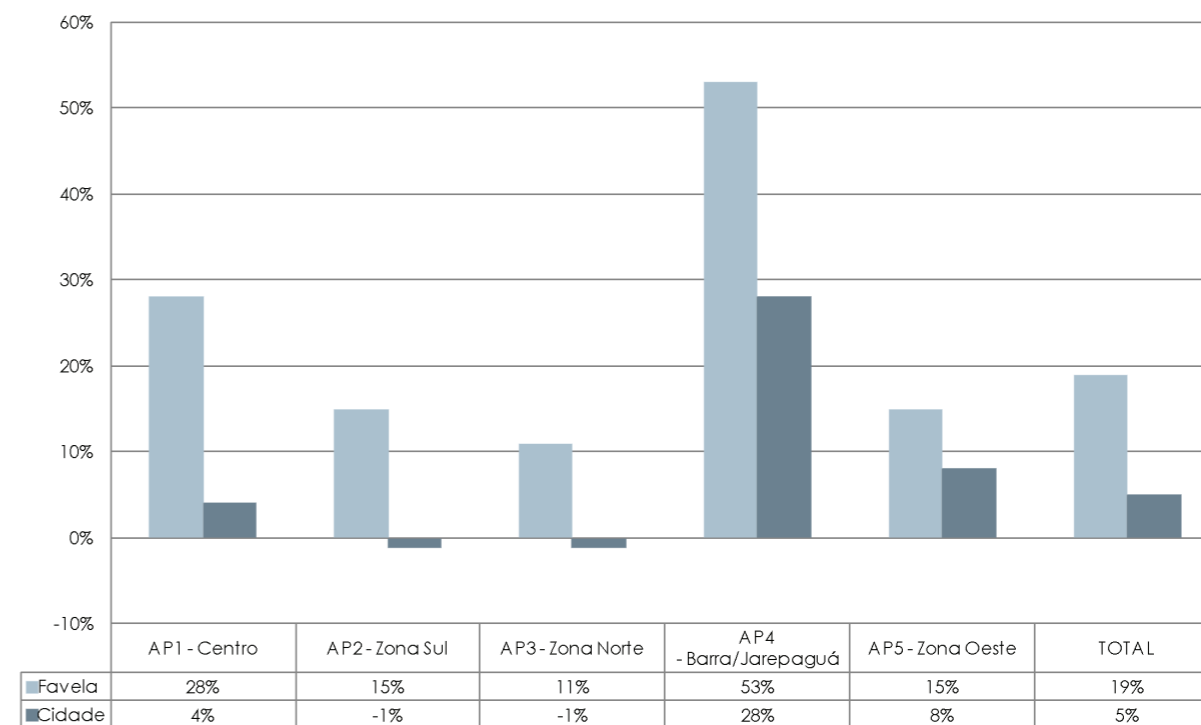


Gráfico 2: Variação (%) da população em assentamentos formais e informais entre 2000 e 2010. Fonte: Favela - estimativa IPP sobre IBGE (Censo 2010); Cidade - IBGE (Censo 2010).

Dados da Coleção de Estudos Cariocas (2012) sobre o Censo de 2010 apontam que a região da Barra/Jacarepaguá (AP4) registrou a maior ampliação da população residente em favelas em relação ao Censo anterior (2000): 53% em dez anos, além da população em assentamentos regulares, com crescimento de 28%. O Censo de 2010 indicou também um percentual de 26% da população residente em favelas sobre a população total da AP4. Este crescimento evidencia a continuidade da construção de assentamentos irregulares em toda a Baixada, apontados desde o Censo de 2000.

Além disso, ao examinarmos a densidade populacional por uso residencial (Imagem 69) da Coordenadoria Geral de Planejamento Urbano (CGPU), é possível observar que o solo do Hospital está

pré-disposto à ocupação, por estar circundado por bairros de alta densidade e de assentamentos irregulares (Imagem 70), que escancaram o problema habitacional do Rio de Janeiro. Conforme o Instituto Pereira Passos (IPP), nas últimas cinco décadas, houve um direcionamento na consolidação de favelas em direção à Zona Oeste:

Fatores ligados ao processo histórico de ocupação, à localização de atividades econômicas e de serviços públicos e à disponibilidade de terra vên, ao longo do tempo, condicionando o surgimento e a consolidação desse tipo de assentamento habitacional. Observa-se uma forte dinâmica de mudança de localização das favelas, nos últimos 50 anos, dirigindo-se das áreas mais centrais, na porção leste da cidade, para as mais periféricas, na porção oeste. (IPP, 2012)

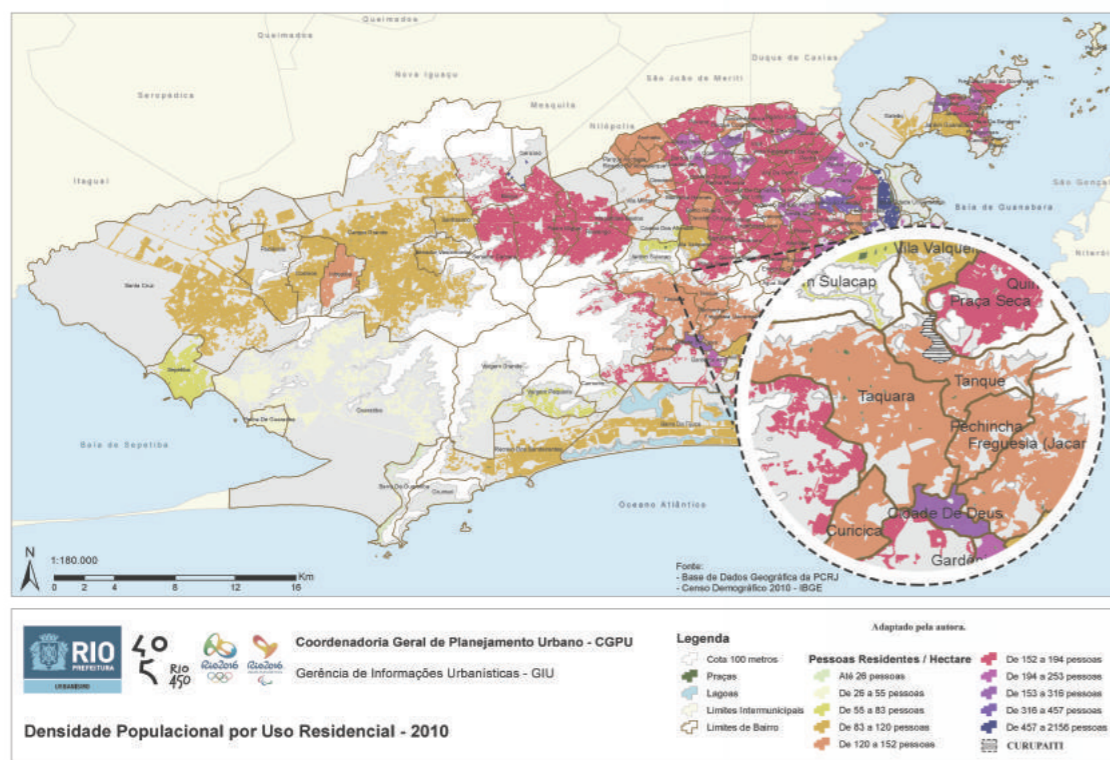


Imagem 68: Densidade Populacional por Uso Residencial no entorno imediato do Hospital Curupaiti. Fonte: Censo 2010. Adaptado pela autora.

No entorno do Hospital Curupaiti há seis favelas (2020): Morro do Piolho (ou São Jorge/Sassá) e Morro do Jordão (que integram o mesmo complexo), Chacrinha, Favela do Renascer, Morro da Caixa D'água e Bateau Mouche (na Praça Seca). As três primeiras favelas fazem parte do entorno imediato do Hospital e, em alguns trechos, identificamos a quebra do muro para construção de moradias dentro dos limites do Curupaiti e para grilagem de terras (Imagem 70).

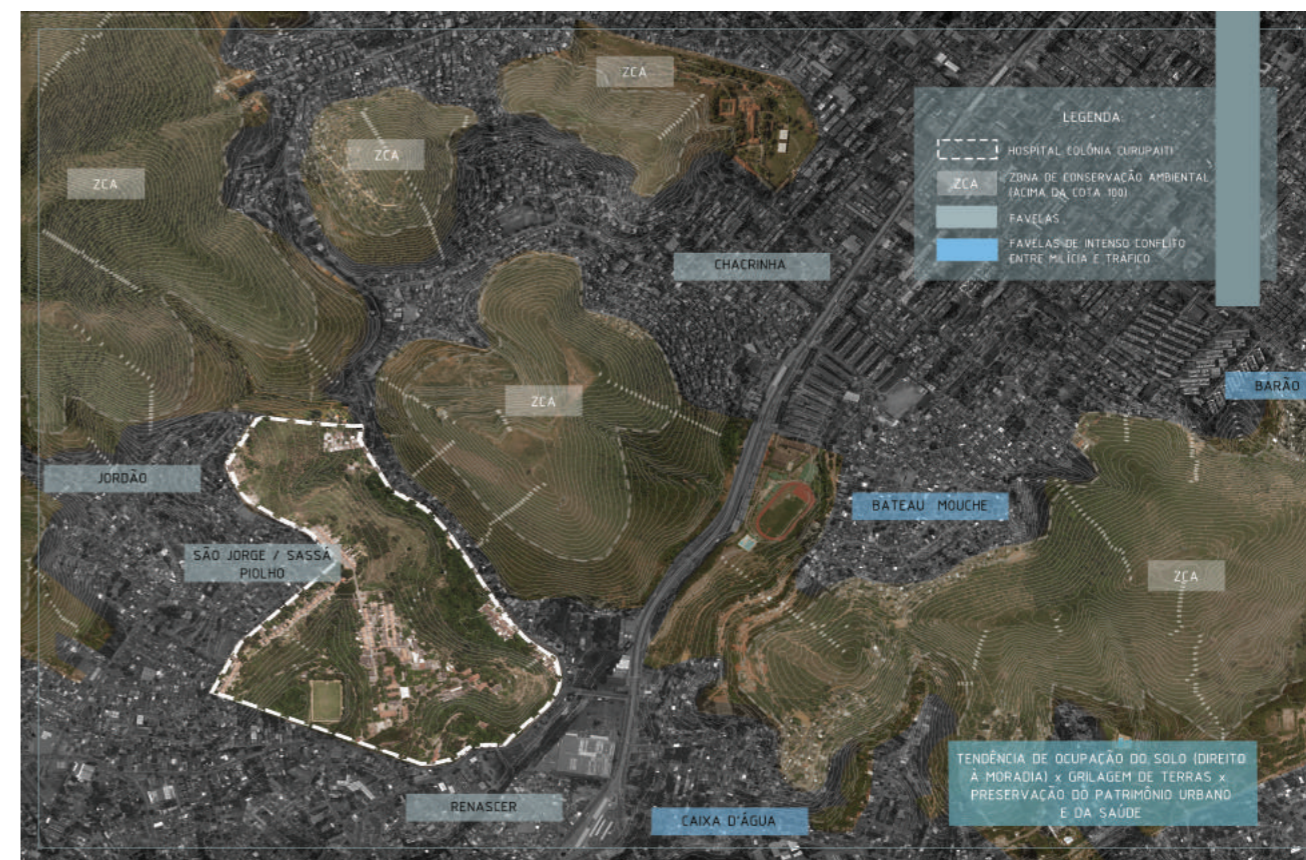


Imagem 69: Tendência de ocupação do solo (direito à moradia) x Grilagem de Terras x Preservação do Patrimônio Urbano e da Saúde, 2020. Fonte: Autoria própria.

Com a superlotação dos espaços da cidade formal, a tendência é a ocupação das áreas de mata e não urbanizadas – processo este que já acontece nas imediações do Hospital. Cabe ressaltar que, as áreas de mata no bairro do Tanque possuem Zonas de Conservação Ambiental (ZCA) e Áreas de Proteção Ambiental (APA). Segundo a Lei Complementar nº 111 de fevereiro de 2011:

§ 1º São consideradas Zonas de Conservação Ambiental:

I - As áreas acima da cota de cem metros em todo o Município, para fins de conservação e recuperação ambiental do Bioma de Mata Atlântica e as zonas de amortecimento das unidades de conservação federais, estaduais e municipais na forma do art. 25 da Lei Federal nº 9.985, de 18 de julho de 2000;

II - As áreas frágeis de baixada e de encosta e seus biomas associados, não ocupadas ou urbanizadas.

Art. 49. As zonas de transição entre áreas protegidas ou entre estas e a malha urbana são consideradas Zonas de Amortecimento, devido à sua natureza ambiental, paisagística, histórica, cultural e/ou funcional.

Parágrafo Único. A Zona de Amortecimento poderá ser criada com o objetivo de minimizar os impactos negativos e ampliar os impactos positivos sobre a área protegida, submetendo os usos e atividades a normas e restrições, a serem definidas em legislação específica. (BRASIL, 2011).

Em uma aproximação dos assentamentos do entorno (Imagem 70), podemos notar que não há

mais espaço para expansão horizontal de moradias senão pela ocupação das Zonas de Conservação Ambiental (ZCAs) ou da própria Colônia, mas devemos considerar, por outro lado, que quando não há políticas públicas de habitação e controle da especulação imobiliária que garantam o direito à cidade, a única alternativa é construir o próprio espaço.

O direito à habitação está previsto na Declaração dos Direitos Humanos¹⁰ (1948) no qual o Brasil é signatário, e no Art. 6º da Constituição (1988), que prevê como direitos sociais “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Se morar é um direito social, pensar em preservação ambiental e conservação do patrimônio urbano requer, nesse contexto – de ocupação de um lugar de memória da saúde –, que se pense também no déficit habitacional da cidade, pois o direito à memória não deve se sobrepor ao direito à moradia.

Uma proposta de habitação de interesse social para o objeto de estudo, por exemplo, no tempo disponível para o desenvolvimento da pesquisa e sem passar pelo debate da reforma urbana, poderia resultar em um projeto que reforçasse os problemas apontados. Tal conjuntura, antes de qualquer proposição projetual, demanda reflexões sobre a produção dos assentamentos irregulares na Baixada de Jacarepaguá e em como a especulação imobiliária, em especial na Barra da Tijuca, infere na produção de tais assentamentos. O direito à moradia, portanto, não deve ser encarado como um contraponto à memória, mas ambos enquanto partes do direito à cidade. Por isso este trabalho tem, primordialmente, **caráter teórico, de apontamentos** para um plano de ocupação dos moradores da Colônia no contexto atual, a partir do reconhecimento de que qualquer luta urbana requer o enfrentamento do capital imobiliário.

4.3 A atuação das milícias na Zona Oeste: favelas e grilagem de terras

Segundo a história oral da comunidade, a atuação de poderes paramilitares na Zona Oeste teve início na década de 1980, no bairro do Rio das Pedras, com o grupo conhecido por “mineira” e seus membros, “mineiros”. Desde então, a atuação do grupo se expandiu para outros bairros, sobretudo os de zona neutra, onde não havia a presença do tráfico. Um relatório da Subsecretaria de Inteligência do Estado, de 2008, enviado à CPI das milícias, apontou que havia 171 áreas dominadas por paramilitares, distribuídas em 10 cidades, com predominância na capital. Em quase 70% delas, não havia facções criminosas anteriormente. Os bairros ocupados pelas milícias, até então neutros, são predominantemente na Zona Oeste (incluindo toda a Baixada de Jacarepaguá), o que consolidou esta parcela da cidade como seu principal território de atuação.

Esta história oral foi investigada e transformada em livro pelo jornalista e pesquisador do Núcleo de Estudos da Violência da USP, Bruno Paes Manso, autor do livro *A República das Milícias: dos Esquadrões da Morte à Era Bolsonaro*, de 2020. No capítulo “As Origens em Rio das Pedras e na Liga

da Justiça”, Manso conta, através de depoimentos, relatórios da CPI das Milícias e reportagens, a trajetória e ascensão do poder paramilitar no Rio de Janeiro.

O sociólogo José Cláudio de Souza Alves vê nesses grupos a origem das milícias. (...) Mesmo depois que a imprensa passou a usar o termo “milícias”, a população local continuou chamando os chefes de Rio das Pedras de “mineiros”. De todo modo, foi essa a região que originou um tipo de organização inédita, que configuraria o modelo depois conhecido como milícia. (...) Em todo esse território, pode não parecer, mas há uma autoridade fiscalizando o certo e o errado. É preciso não ultrapassar a linha. (...) Há ordem naquele aparente caos de gente indo e vindo, onde o dinheiro circula e contribui para que Rio das Pedras tenha o segundo maior potencial de consumo entre as favelas brasileiras – mais de 1 bilhão de reais por ano. (...) Achei que ele estava paranoico, mas deixei Rio das Pedras com a sensação de que olhos invisíveis das milícias nos seguiram o tempo todo. (MANSO, 2020).

O livro retrata, em detalhes, as diversas práticas que sustentam o monopólio miliciano nos bairros da Baixada de Jacarepaguá e a forma como sua dinâmica demonstra-se mais rentável que o tráfico de drogas, comum em favelas da Zona Norte e Zona Sul. As práticas incluem a cobrança de taxas variadas, empréstimos a juros, grilagem de terras para novos empreendimentos que são revertidos em investimentos, ameaças de concorrentes, instalações irregulares de água, luz, TV e internet, vendas de gás e transporte público e particular (vans, ônibus e “Uber da milícia”).

Além das práticas apontadas, as forças paramilitares possuem uma vantagem crucial sobre seus concorrentes: a parceria com membros ativos e exonerados da Polícia Militar (PM), que também aumenta a rentabilidade da organização. Um dos ex-traficantes entrevistados por Manso (2020) relatou que, como a milícia não se envolve em muitas guerras, sobra dinheiro para ser investido e multiplicado dentro dos bairros, pois os milicianos são aceitos e fazem parte do Estado. No entanto, embora a ascensão desta organização esteja intimamente ligada à Polícia e à política, fato este evidenciado pela CPI das Milícias, atualmente, muitas das atividades são terceirizadas, como a cobrança de taxas nas residências, feitas por adolescentes e jovens adultos sem qualquer vínculo com a Polícia Militar. Além disso, para resolução de conflitos nas comunidades, os moradores são desencorajados a contatar a PM, sendo responsabilidade da milícia a segurança do local.

Por outro lado, embora o tráfico e a milícia tenham sido, historicamente, antagônicos – com a milícia tendo surgido como forma de proteção ao tráfico –, nos últimos anos, em regiões de intenso conflito e disputa territorial por organizações, uma das alternativas encontradas foi a união entre as duas formas de controle, ou seja, a aliança entre o tráfico e a milícia. Manso (2020) aponta que até a própria venda de drogas, cuja proibição começou como um ponto de honra para as milícias, com o tempo foi flexibilizada entre elas. Tais alianças não podem passar despercebidas pois modificam as práticas aos quais os moradores são submetidos.

¹⁰ Em seu artigo 25, a Declaração diz que “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”.

No Curupaiti, a milícia não se instaurou imediatamente após o fim do isolamento. Quando houve a abertura dos portões, em 1986, o Morro do Piolho, integrado ao Jordão, não era tão denso, como apresentado na Imagem 62. Foi somente após os anos 2000-2010, com a expansão dos grupos paramilitares, a ocupação do Hospital por sadios (familiares ou não de ex-internos) e o crescimento da AP4, incluindo o Morro do Piolho, que a milícia iniciou a cobrança de taxas¹⁰ nos bairros vizinhos.

Na Taquara, a atuação ocorre, sobretudo, na Colônia Juliano Moreira, com a grilagem de terras, controle de vans e cobrança de taxas, mas com a crescente denúncia dos imóveis irregulares e reportagens em jornais, o grupo tem buscado alternativas para manter a prática. Nos últimos anos, a milícia [ao invadir um terreno], constrói apenas um pavimento e vende em seguida, pois isso dificulta a distinção entre a grilagem e a ocupação autônoma por pessoas em situação de vulnerabilidade. Em seguida, os demais pavimentos são construídos, um a um. Anteriormente, quando toda a estrutura era erguida, a verticalização indicava a prática irregular rapidamente, o que possibilitava sua identificação e demolição antes de serem vendidos.

Na Praça Seca, além das favelas da Barão e Bateau Mouche, os grupos paramilitares começaram a atuar, no ano de 2020, em condomínios de apartamentos no asfalto. Uma reportagem publicada no Jornal Extra¹¹, em outubro de 2020, apontou que pelo menos três apartamentos cujo os proprietários não eram residentes foram vendidos em menos de 3 meses, com documentações falsas.

No Tanque, a milícia tem se solidificado na comunidade do Jordão e na Chacrinha. As práticas coercitivas no entorno tiveram início com a entrada do poder paramilitar na Favela do Jordão, e, posteriormente, no Morro do Piolho, mas foi somente há três anos que a cobrança de taxas por residência teve início dentro do Hospital, embora a milícia atuasse há mais de uma década nas favelas adjacentes. O trecho onde o muro do Curupaiti está quebrado, que faz uma conexão direta com o Morro do Piolho, facilitou a expansão do grupo.

Dentro do Hospital, todos os moradores são coagidos a pagar uma taxa mensal de R\$50,00 por residência, **incluindo idosos que residem nos pavilhões e asilos do complexo hospitalar**, com o conhecimento dos diretores do IEDS, que, segundo entrevistados(as), “nada podem fazer, se alguns idosos “escolhem” pagá-los”. Os roubos (**praticados por moradores** e ignorados pela milícia, que cobra taxa mensal de segurança) também são constantes em residências de idosos e pavilhões coletivos e asilares, como ocorrido ao final de 2020 em um pavilhão asilar, sob tutela do IEDS:

— Lá no pavilhão roubaram os velhinhos, roubaram 400 reais dos velhinhos, roubaram telefone, roubaram é coisa... Isso tudo é objeto, mas imagina como eles ficaram... A segurança deles acabou! (...) Eu, por exemplo, se eu estivesse velhinha e não pudesse me mexer, porque lá tem cego, são cadeirantes... São pessoas mesmo, pessoas indefesas, aí como é que eles vão ficar depois desse roubo? (...) Acabou! Eu não aguentaria. Eu fiquei aqui em casa imaginando como é que a cabecinha deles estava... se eu pudesse trazia todo mundo, tirava todo mundo de lá! (Entrevistada 24, familiar de ex-interno, 63 anos, 2020)

¹¹ Milícia invade apartamentos e vende imóveis de condomínio na Praça Seca, denunciam moradores.

<<https://extra.globo.com/casos-de-policia/milicia-invade-apartamentos-vende-imoveis-de-condominio-na-praca-seca-denunciam-moradores-24699498.html>>

— É porque não foi furto, foi roubo! Roubo é o cara chegar aqui, te co-agir e te roubar! E o furto é não ter ninguém, a pessoa chegar e se apoderar. Mas no caso lá, não foi furto, foi roubo! (Entrevistado 23, ex-interno, 62 anos, 2020).

O comércio, no entanto, é cobrado com taxas semanais de \$30,00. Os moradores que se recusam a pagar o valor estabelecido ficam vulneráveis a invasões armadas em moradias, com roubo de pertences, violência psicológica e física.

Em setembro de 2020, durante o desenvolvimento da pesquisa, o MORHAN recebeu denúncias de loteamentos irregulares da milícia no Curupaiti e encaminhou para a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Superintendência de Políticas para Pessoas com Deficiência, Ministério Público Estadual do RJ e Instituto de Terras e Cartografia do Estado do Rio de Janeiro (ITERJ). Os loteamentos irregulares foram verificados in loco pelo ITERJ, que barrou a ocupação do grupo paramilitar.

Em março de 2021, uma reportagem do Portal G1¹²(Globo) apontou que agentes da Delegacia de Repressão às Ações Criminosas Organizadas (DRACO) cumpriram mandados de busca e apreensão no Curupaiti, em uma operação contra a milícia, mas sem mandados de prisão. “Arrecadamos cartões que possivelmente são dos idosos daqui da Colônia, que têm seus vencimentos retidos por esses milicianos”, afirmou uma delegada da DRACO para o G1. Apesar dos roubos de idosos, dentro do asilo do Hospital, as duas pessoas investigadas pela DRACO na operação, segundo depoimentos dos próprios moradores, não fazem parte da milícia, mas sim de compra e venda de mercadorias contrabandeadas, no qual alguns idosos (cujos cartões foram retidos) são beneficiários e integram o esquema.

Apesar da organização criminosa atuante no Curupaiti, outros crimes são recorrentes entre os moradores: furtos (inclusive envolvendo menores de idade), roubos à mão armada, violência contra a mulher e pedofilia. A omissão do Estado diante da vulnerabilidade social de jovens e adultos intensifica as práticas ilegais por eles cometidas. Mesmo que, com a CPI das Milícias e a operação Os Intocáveis, tenham identificado e exonerado diversos políticos ligados às milícias, ainda há uma incongruência entre a postura da Justiça e da Segurança Pública (Manso, 2020) a partir do momento em que o Estado continua, por omissão ou intencionalmente, a delegar suas principais funções ao poder paralelo e paramilitar, que se aproveita desta ausência para continuar expandindo sua influência política.

Tráfico ou milícia? A pergunta volta a pairar, como se não houvesse uma terceira via. Como se a garantia da democracia e do estado de direito nos territórios não estivessem entre as opções possíveis. Isso pode ser explicado pelo contraste entre o ideal e a realidade. No papel, os governantes dizem que o Rio é uma democracia. Na prática, a tarefa de governar é compartilhada com centenas de tiranos que dominam mais de setecentas comunidades pobres da cidade

¹² Operação mira milícia que explora região do Hospital Curupaiti, na Zona Oeste do Rio.

<<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/03/04/operacao-mira-milicia-que-explora-regiao-do-hospital-curupaiti-na-zona-oeste-do-rio.ghtml>>

e exercem a autoridade com o suporte de dinheiro e armas. Mesmo depois da redemocratização, essas áreas de dominação armada se espalharam. Em vez de garantir direitos e livrar a população de tal opressão, a omissão do poder público ampliou o problema, dando espaço para o surgimento desses governos genéricos, que nada mais são do que tiranias paramilitares. (MANSO, 2020).

A presença do Estado não representaria o fim da atuação das milícias, mas através de programas sociais e acesso à direitos básicos, muitas crianças e jovens estariam menos vulneráveis a determinadas violências e, com as terras ocupadas por equipamentos públicos, as tentativas de grilagem seriam reduzidas.

4.4 Cidade murada x cidade informal: memória, planejamento urbano e conflitos

Apontadas algumas questões sobre o objeto de estudo nos capítulos anteriores (antecedentes históricos, configuração espacial, consequências sociais do isolamento e uso do solo), podemos inferir que as **políticas de saúde e a ausência de reintegração social** foram determinantes para a permanência de ex-internos e familiares na Colônia. Na mesma direção, o **abandono estatal das construções e do solo público** facilitou tanto a entrada de pessoas sem vínculo com a doença, que heterogeneizaram o perfil dos moradores¹³, quanto a atuação paramilitar no território. Cabe-nos questionar, então, de que forma o contexto atual, suas demandas e conflitos operam na manutenção da condição desses sujeitos.

Para tal, dialogamos com o conceito lefebvriano de direito à cidade – o direito de conduzir e modificar o próprio processo urbano. A cidade, lócus de reprodução e intensificação das relações capitalistas, em contrapartida, também deve ser o palco de superação desse modelo. Não se trata somente do acesso aos equipamentos urbanos e à vida urbana, ou de mera solução projetual imposta pelo planejamento urbano sem que haja **ruptura** ao modo de produção [capitalista] das cidades. Ou seja, é necessário que se pense em uma nova forma de planejamento, que modifique, em sua concepção, a forma segregadora e hierárquica no qual os espaços são produzidos.

A escolha por Lefebvre se dá pela proposta de rompimento com lógica hegemônica, que prioriza o lucro e a propriedade privada sobre os demais direitos, como à moradia, discutida a partir do crescimento da AP4. A ação do Estado, dentro da legalidade, permite e reforça esta sobreposição. O planejamento urbano atua para que os limites entre os espaços públicos e os espaços privados sejam cada vez mais estabelecidos em função dos interesses privados ao substituir o valor de uso da terra pelo valor de troca (AMORA, 1996). O modo de vida urbano tem alterado áreas historicamente públicas e fundamentais para o estabelecimento da vida na cidade, através da intensa especulação e mercantilização do solo. Ao dedicar-se ao estudo do *lugar do público Campeche*, em Florianópolis, Amora (1996) conclui:

¹³ A heterogeneidade não é aqui entendida como uma característica negativa, em que os indivíduos são culpabilizados por ocuparem um espaço que, à princípio, foi destinado a um perfil de pessoas específico. Entendemos a heterogeneidade como uma propulsora dos conflitos existentes na Colônia, inerentes à própria produção do espaço.

O espaço urbano que se constrói no Campeche é, pois, o resultado histórico da substituição do seu valor de uso pelo seu valor de troca, com o solo sendo transformado em produto a ser mercantilizado. De espaço qualitativo, no qual os homens se reconhecem, passa a espaço quantitativo e abstrato, isto é, valor de troca. **Destá forma, a terra transforma-se em terreno.** (AMORA, 1996)

A terra, ao ser transformada em mercadoria, tem implícita tanto o valor de uso quanto o valor de troca, em relação dialética entre si. Marx (1988) afirma que *“os valores-de-uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social desta”* (apud AMORA, 1996). Em outras palavras, os valores de uso são, ao mesmo tempo, os que possuem materialmente o valor de troca. A terra, enquanto valor de uso para um determinado grupo social, quando transformada em mercadoria, passa a ter valor de troca para este mesmo grupo, e essa terra poderá ter, em um primeiro momento, valor de uso para aqueles que chegam. Segundo uma das entrevistadas, filha de ex-interna e que residiu no Morro do Piolho após a saída do educandário, o Morro nasceu da ocupação e doação de terras:

— Viemos morar com mamãe [no Curupaiti], só que na época mamãe não podia ficar com a gente, porque ela era interna, então a gente foi morar no morro, o morro que tem ao lado do Curupaiti [do Piolho]. Aí eu com 10 anos, minha irmã que é gêmea comigo, que papai do céu levou, tem a mais nova, 1 ano só né, não é tão nova assim não... aí fomos morar no morro e até demorou a liberar as pessoas a morarem aqui em Curupaiti. Quando liberou, eu fui uma das primeiras a entrar, claro, né? (...) Sobre o morro, depois ele [nome do homem que iniciou a ocupação] foi até preso, ficou um tempão preso. Ele é que começou a invadir, a capinar, a invadir... “panhava” os terrenos, **mas não era para ele não, ele dava para as pessoas que precisavam.** Aí nisso a favela foi crescendo! Ah, mas ali era só mato. Eu cansei de caçar lenha lá! Agora é o morro do Sassá. (Entrevistada 17, filha de ex-interna, 62 anos, 2020).

Em 1969, quando a entrevistada foi morar no Morro do Piolho, a terra possuía, essencialmente, valor de uso. Hoje, no mesmo morro, a ocupação de terras se dá através da compra e venda de terrenos, mesmo que se trate de assentamentos irregulares. Lefebvre (1972) nos atenta: *“O valor de uso corresponde à necessidade, à expectativa, à desejabilidade. O valor de troca corresponde à relação dessa coisa com outras coisas, com todos os objetos e todas as coisas, ‘no mundo das mercadorias’”* (apud AMORA, 1996). O relato da entrevistada indica que a transformação das terras em terrenos, no Morro do Piolho [Sassá] ocorreu após 1969. Não por acaso, corresponde ao início do período de desenvolvimento econômico da Zona Oeste, como aponta Oliveira (2017):

A partir da década de 1960, **surgiram os distritos industriais em Campo Grande e Santa Cruz**, resultando na instalação de grandes empresas, como a siderúrgica Cosigua-Gerdau, a fábrica francesa de pneus Michelin e a Valesul, entre outras. O processo de intensa ocupação da zona oeste acelerou-se a partir dos anos de 1970, com a segregação sócio espacial que fez dos bairros da Barra da Tijuca e Recreio dos Bandeirantes, **lugares de forte investimentos imobiliários voltados para a classe média alta e classe média.** (OLIVEIRA, 2017).

Cabe-nos atentar também para outro fator que acelerou a mercantilização da terra, indicado

pelo aumento na densidade do Morro do Piolho entre 1990 e 2013: a expansão das milícias pela Zona Oeste e a prática de grilagem.

Voltemos ao Curupaiti. Por se tratar de uma *cidade hospital*, isolada não só socialmente, mas, em parte, economicamente (possuía moeda própria), o interior da Colônia não acompanhou o mesmo ritmo das transformações urbanas. Até 1986, a terra era usada, essencialmente, em seu valor de uso, pois, além de ser propriedade do Estado, **o isolamento não os permitia ocupar outro lugar da cidade** e as saídas eram autorizadas apenas por quatro dias ao mês, com justificativa. Após a abertura da Colônia, com a possibilidade de retornar à cidade formal, os poucos egressos em melhores condições financeiras, o fizeram. Algumas (poucas) casas foram vendidas para terceiros, mesmo sem documentação, e foi iniciada a prática de aluguéis. **A terra começava a transformar-se em terreno.**

O Estado, sem reconhecer como vítimas da política de hanseníase os filhos de internos, não estabeleceu nenhuma iniciativa de reunir as famílias separadas compulsoriamente. Esta ausência rapidamente transformou a ocupação do solo. Em um primeiro momento, dentro do próprio lote. Os quintais foram desmembrados (nota-se pela divisão de entradas em algumas fachadas) e os porões das casas transformados em novas moradias (particularmente, de parte das vilas 1 e 2), que passaram a ser alugadas ou vendidas quando perderam seu valor de uso para os “proprietários”. O porão abaixo, conforme explicado pelos ocupantes (familiares de ex-internos), foi comprado por R\$10.000 (dez mil), em 2020, sem documentação. A maioria dos porões que perdem o valor de uso para os ocupantes da casa são alugados ou vendidos para filhos(as) de ex-internos.



Imagem 71: Entrada de um dos porões construídos abaixo das casas nas vilas, 2021. **Imagem 72:** Descida para a residência, 2021. Fonte: fotos tiradas gentilmente pela família e cedidas para o trabalho.



Imagem 73: Entrada para a cozinha da residência, 2021. **Imagem 74:** Fundos da casa, 2021. Fonte: fotos tiradas gentilmente pela família e cedidas para o trabalho.

De forma síncrona, algumas construções hospitalares, anteriormente abandonadas, foram ocupadas por moradores (como a antiga oficina e o parlatório) e, em um dos pavilhões coletivos, construíram moradias e bares anexos.



Imagem 75: Antiga oficina, atualmente desmembrada e transformada em um conjunto de casas, 2020. **Imagem 76:** Corredor lateral da oficina com residência nos fundos, 2020. Fonte: fotos tiradas gentilmente pela família e cedidas para o trabalho.



Imagem 77: Quintal compartilhado entre três famílias nos fundos da oficina, 2021. **Imagem 78:** Quarto compartilhado de uma das famílias. Nele dormem cinco pessoas. Fonte: fotos tiradas gentilmente pela família e cedidas para o trabalho.

Através das fotos tiradas e cedidas por algumas famílias, podemos notar uma pequena parcela do problema habitacional no Curupaiti. Muitas das casas construídas nos porões carecem de ventilação e iluminação adequadas, enquanto as ocupações nas construções anteriormente abandonadas sofrem com o desgaste do próprio local ocupado, como infiltrações, por exemplo. E nestas, alguns dos vãos de iluminação e ventilação foram vedados para que outras moradias pudessem ser construídas compartilhando a mesma alvenaria, a exemplo da Imagem 78.

Há, também, uma terceira forma de ocupação. Em parte das vilas 1, 2 e 4, foi possível aumentar as dimensões do fundo do lote, através da apropriação de áreas de mata, para abrigar as gerações seguintes e suas novas famílias.



Imagem 79: Expansão das moradias para a área de mata nos fundos do lote, 2021. Fonte: fotos tiradas gentilmente pela família e cedidas para o trabalho.

Além dos desmembramentos excessivos, da ocupação de terras e da construção de anexos, é preciso destacar que mesmo durante o período de isolamento, não havia moradia para todos os internos nas vilas. Hoje, as casas de ex-internos falecidos estão ocupadas por seus familiares ou foram vendidas, enquanto muitos dos ex-internos que vivenciaram o isolamento continuam morando em pavilhões coletivos, onde vivem em apenas um quarto, com um banheiro por andar. Não há cozinha, não há área de convivência adequada e não houve, sequer, reformas de acessibilidade nos pavilhões coletivos, apenas nos asilares (reformas essas extremamente necessárias, considerando que muitas das pessoas atingidas pela hanseníase antes da poliquimioterapia possuem deficiências ocasionadas pela doença).

Isto posto, podemos pontuar algumas das soluções espaciais defendidas pelo MORHAN para o Curupaiti. Como explicita a reportagem do Correio Braziliense¹⁵, de 2013, o Movimento quer construir um **parque ecológico, preservar as ruínas e construir um museu sobre a hanseníase**. A preservação da memória do lugar, além do parque, são tópicos prioritários.

Um parque ecológico com um centro de atenção ao idoso, um teatro para a comunidade, preservação de ruínas, um hospital de referência em dermatologia e um museu sobre hanseníase. Esse é o projeto do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) para a antiga Colônia Curupaiti (...) Segundo o coordenador nacional do Morhan, Artur Custódio, **já foi dada a cessão do uso das cerca de 300 casas para os antigos pacientes e suas famílias** (...) e aqui se transformou em uma grande comunidade (...) Apesar da cessão das casas de Curupaiti para os antigos pacientes, o projeto de revitalização do local, incluindo preservação ambiental e valorização cultural, ainda não foi implantado. (Correio Braziliense, 2013).

Em outra reportagem, do próprio MORHAN, sobre os loteamentos irregulares da milícia iniciados em setembro de 2020, durante a pandemia de Covid-19, o coordenador nacional fala sobre a necessidade de outras políticas públicas, desta vez, incluindo a moradia. No entanto, reforça a intenção de transformar a Colônia em um **"grande parque para Jacarepaguá"**, sem excluir sua preservação histórica, conforme trecho a seguir:

O coordenador nacional do Morhan, Artur Custódio, alerta que é necessária uma política que vá além da saúde, para garantir a segurança da população vulnerabilizada da ex-colônia. "A experiência do Rio na legalização fundiária das colônias foi destacada de forma positiva no Relatório da ONU para o enfrentamento da discriminação das pessoas atingidas pela hanseníase, mas é preciso continuar. A segurança pública deve proteger essa população e o estado precisa avançar nas negociações com os municípios para **outras políticas públicas de meio ambiente, lazer, moradia e preservação histórica. Curupaiti poderia ser um grande parque para Jacarepaguá**", defende o dirigente. (MORHAN, 2020).

¹⁵ Disponível em:

<http://www.morhan.org.br/noticias/2479/denuncia_loteamento_ilegal_de_terrenos_e_pressao_da_milicia_no_antigo_hospital_colonia_de_curupaiti>

Um parque ecológico é minimamente curioso quando colocado enquanto uma das principais soluções de requalificação urbana para uma população vulnerabilizada, de baixa escolaridade, refém de empregos informais e que possui o acesso a muitos direitos básicos negligenciado, como saúde (mesmo “morando dentro de um Hospital”)¹⁶. **Torna-se ainda mais curioso pelo fato de que o projeto defendido pelo MORHAN não foi sequer discutido com os moradores**, como se estes, ao serem interpretados como “isentos de qualificações técnicas”, também fossem isentos de pensar criticamente o espaço em que residem e discutir sobre suas próprias necessidades. A não inserção da comunidade no planejamento e gestão do território, por si, caminha no sentido contrário à realização do direito à cidade. No entanto, este debate poderá ser melhor desenvolvido quando contextualizarmos as iniciativas de planejamento urbano defendidas pelo MORHAN para o Curupaiti.

O primeiro esboço do projeto do MORHAN foi feito por Quaresma (2017). Não entraremos aqui em uma análise minuciosa sobre o projeto, mas o utilizaremos como instrumento de diálogo para o debate do direito à cidade, retomando a questão da moradia (não exclusivamente, mas sobretudo). O diálogo com este projeto torna-se atrativo por ter sido apresentado e bem avaliado pelo MORHAN em 2020 e **podrá ser considerado como ponto de partida para a requalificação da Colônia**. Através de um faseamento, foram propostas cinco etapas, incluindo, de forma mais detalhada, habitações de interesse social de uso misto. A primeira fase envolveria a recuperação dos pavilhões habitacionais, em uma parceria público-privada, e o “controle de invasões” através da **remoção de assentamentos de outras comunidades** dentro dos muros do Hospital.



Imagem 80: Fase 01. Fonte: Quaresma (2017).

¹⁶ Disponível em:

<http://www.morhan.org.br/noticias/2479/denuncia:_loteamento_ilegal_de_terrenos_e_pressao_da_milicia_no_antigo_hospital_colonia_de_curupaiti>

A segunda fase se daria através da construção de um parque urbano, com vias e calçadas acessíveis, ciclovias, iluminação pública, sistema sanitário, habitação de interesse social de uso misto e infraestruturas públicas de esporte, cultura e lazer. Aqui cabe-nos destacar os tipos de investimento sugeridos: setor público, setor privado e **mercado imobiliário**.



Imagem 81: Fase 02. Fonte: Quaresma (2017).

A terceira fase, de investimento exclusivo do setor público, corresponde à preservação ambiental. Nesta fase constariam a ampliação de medidas protetivas (não especificadas), a remoção de construções irregulares, a recuperação de áreas impactadas, o replantio da vegetação natural e a renaturalização dos rios.

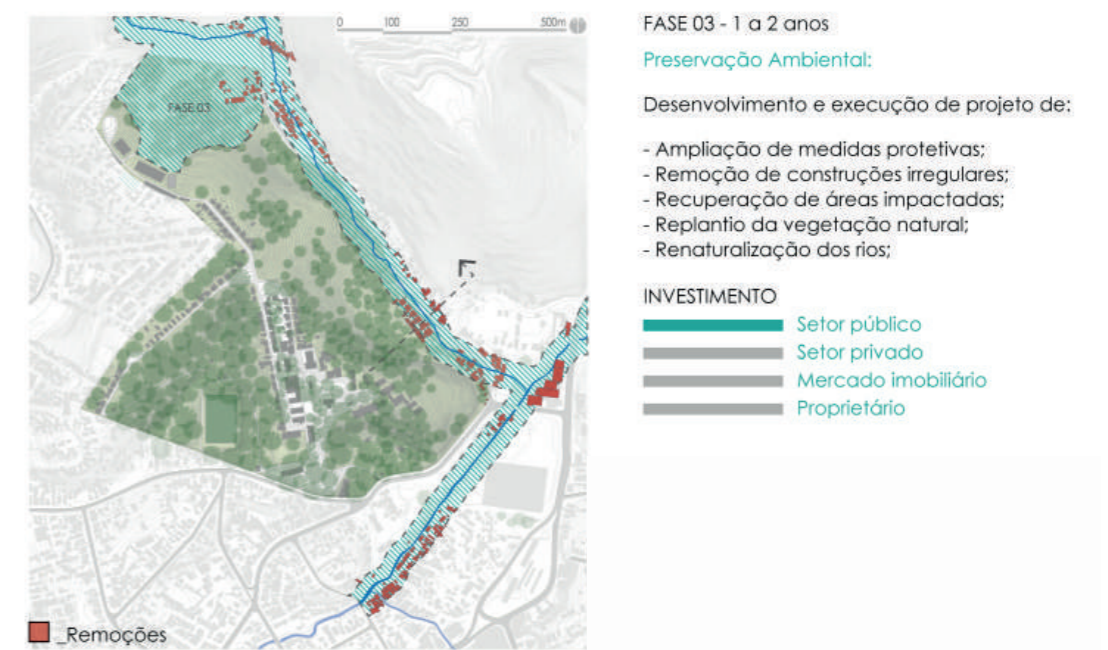


Imagem 82: Fase 03. Fonte: Quaresma (2017).

A quarta fase, com mais da metade dos investimentos delegados ao mercado imobiliário, corresponde à conexão urbana, em que seriam executadas a ampliação de calçadas, recapeamento de vias, praças e equipamentos públicos qualitativos, criação de ciclovias e um calçadão conectando ao BRT (estação Tanque).



Imagem 80: Fases 04 e 05. Fonte: Quaresma (2017).

Por último, a fase cinco corresponde ao pós-obra, de investimentos exclusivamente do mercado imobiliário. Gostaríamos de enfatizar a descrição:

“O mercado imobiliário passa a investir em lotes ociosos e muitos proprietários se interessarão pela venda de seus imóveis para a construção de edificações de maior porte, sendo necessária a implementação inflexível da Outorga Onerosa, para que este capital possa ser revertido para moradores da região”. (QUARESMA, 2017).

A Outorga Onerosa do Direito de Construir (OODC) foi instituída pelo Estatuto da Cidade (Lei Federal 10.257/01) e consiste na cobrança de taxa (denominada contrapartida) para que uma construção possa ser edificada acima do coeficiente de aproveitamento básico adotado pelo município para os terrenos urbanos, considerando o limite máximo de aproveitamento. Ou seja, trata-se de um instrumento municipal para que o poder público recupere parte do efeito da valorização de um lugar. Conforme descrição do volume 1 dos Cadernos Técnicos de Regulamentação e Implementação de Instrumentos do Estatuto da Cidade (CAU/BR):

A lógica que embasa este critério é a de que os direitos adicionais ao definido pelo CA básico não pertencem a cada proprietário, e sim à coletividade como um todo, e por isso são passíveis de uma concessão, ou outorga, para sua utilização. (...) Essa disputa [por melhores localizações na cidade] demonstrou a importância de o município promover a gestão de seu território para equilibrar a oferta de

terra urbanizada e bem localizada para todos os segmentos sociais. Neste quadro, é oportuno que as prefeituras tirem partido de seu poder de regulação do uso do solo e intervenham na dinâmica imobiliária, proporcionando uma urbanização mais justa. Para tanto, o município pode lançar mão de instrumentos do Estatuto da Cidade, como a Outorga Onerosa do Direito de Construir, que permite a regulação do direito de construir, conforme diretrizes de planejamento urbano, bem como a redistribuição à coletividade da valorização imobiliária gerada a partir da concessão desses direitos. (Ministério das Cidades, 2012)

Explicado brevemente o conceito de Outorga Onerosa, retornemos ao faseamento. O projeto desenvolvido por Quaresma (2017), a princípio, aparenta buscar soluções para as questões identificadas: valorização da memória (neste caso, através de um museu), a recuperação dos pavilhões, reformas de acessibilidade, algumas ações ambientais, construção de habitações de interesse social de uso misto e preocupação com a valorização do solo, mas, de forma simultânea, desconsidera impactos importantes à população do entorno e que podem reforçar a mesma lógica de produção urbana na qual se opõe o direito à cidade.

O Estatuto da Cidade, neste caso, não combate a especulação imobiliária, mas afirma a existência dela e a permite atuar através de regulações. Sobre isso, Harvey (2000) tece importantes comentários:

Em 2001, o Brasil aprovou o Estatuto da Cidade, depois de anos de pressão de movimentos sociais pelo reconhecimento do direito coletivo à cidade. Mas esses movimentos não convergiram para o objetivo único de ganhar mais controle sobre os usos do dinheiro – e muito menos sobre as condições da sua produção. Neste ponto da história, essa tem de ser uma luta global, predominantemente contra o capital financeiro, pois essa é a escala em que ocorrem hoje os processos de urbanização. Sem dúvida, a tarefa política de organizar um tal confronto é difícil, se não desanimadora. (...) Um passo para a unificação dessas lutas é adotar o direito à cidade, como slogan e como ideal político, precisamente porque ele levanta a questão de quem comanda a relação entre a urbanização e a produção do lucro. A democratização desse direito, e a construção de um amplo movimento social para fazer valer a sua vontade são imperativas para que os despossuídos possam retomar o controle que por tanto tempo lhes foi negado e instituir novas formas de urbanização. (HARVEY, 2013)

A reportagem sobre o projeto do MORHAN, de 2013, sugere que não há déficit habitacional na Colônia pois “já foi dada a cessão do uso das cerca de 300 casas para os antigos pacientes e suas famílias”. Esta fala mascara parte da realidade da Colônia, ou seja, a quantidade de famílias vivendo na mesma casa, os porões insalubres, as ocupações em construções abandonadas, áreas de mata e os anexos nos pavilhões. O projeto de Quaresma (2017), assim como do MORHAN, reforça o apagamento do déficit habitacional interno, “solucionando as invasões” das comunidades adjacentes através da remoção e realocação em habitações de interesse social de uso misto, como demonstrado na fase 1.

As edificações em amarelo correspondem às vilas residenciais e não há indicação de qualquer ação sobre elas. Não estão identificadas as ocupações internas ou os porões, como se não existissem problemas habitacionais dentro do Curupaiti. As construções a serem removidas, destacadas em vermelho, são de moradores do Morro do Piolho, para evitar o aumento na ocupação da Colônia e, conseqüentemente, preservar sua memória. As mesmas remoções acontecem na fase 3, que inclui, além da preservação da memória, a **recuperação ambiental**.

Assim como parece interessante a proposta de uma habitação de interesse social inserida no centro urbano (em contraponto ao Programa Minha Casa Minha Vida – PMCMV), é inversamente preocupante a remoção de famílias nas margens da comunidade, justificadas em nome da preservação ambiental e da memória, até porque todo o resto dos assentamentos [fora das margens], que também não possuem saneamento adequado, seriam, em princípio, mantidos, como se não existissem. A comunidade da Chacrinha, na fase 3, não é mostrada no estudo.

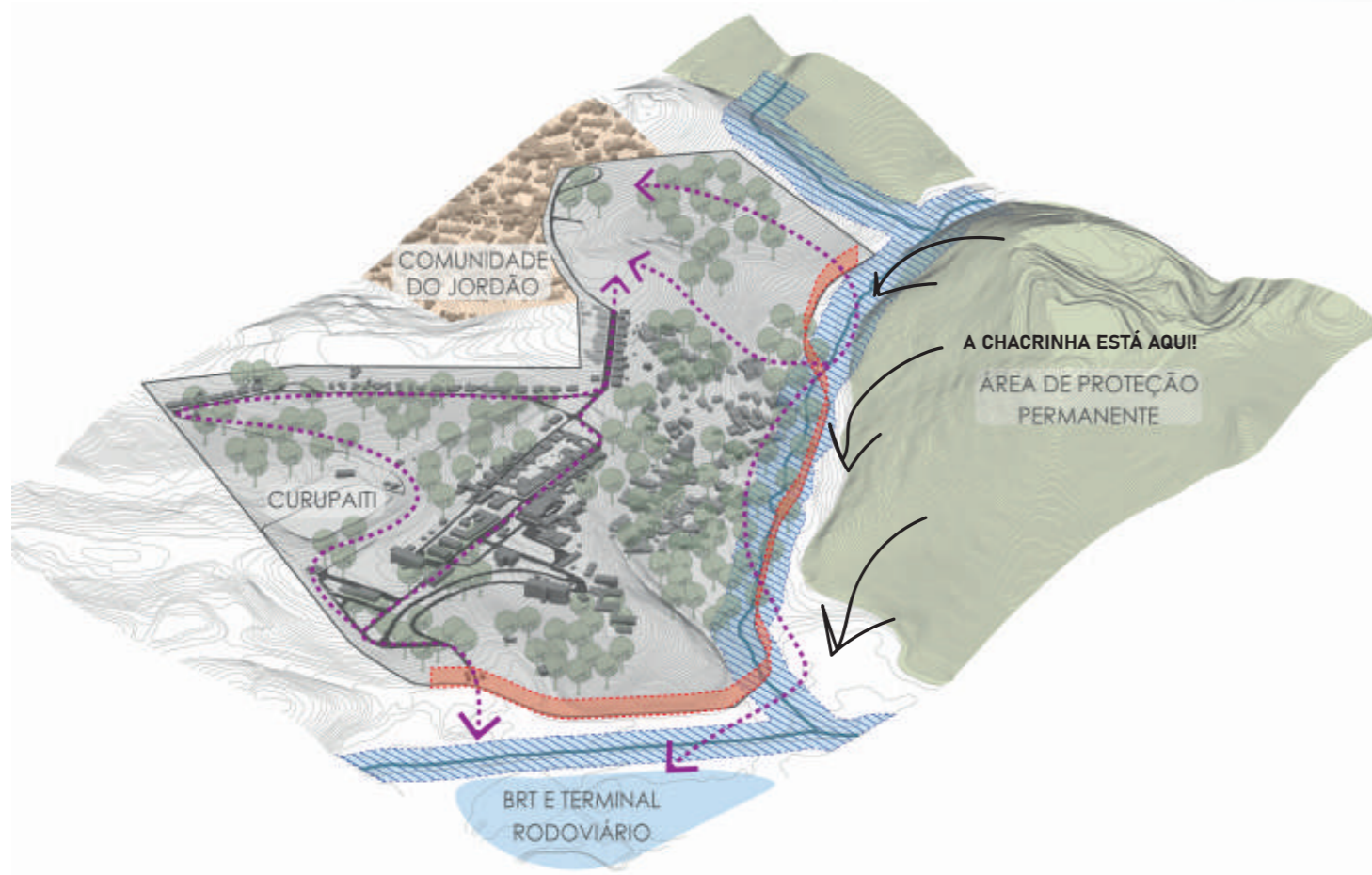


Imagem 80: Amplitude do projeto. Fonte: Quaresma (2017).

Considerando a hipótese do projeto de que as remoções são uma das soluções para a preservação ambiental e da memória, qual seria o destino de toda a comunidade da Chacrinha, até então ocultada? Para onde vai o esgoto das duas comunidades? E do próprio Curupaiti? Não seria para o mesmo rio? E se aumentássemos a escala da intervenção proposta, em nome da preservação, a

solução seria o arrasamento dos morros? Caso sim, é importante considerar que o projeto de HIS de uso misto não abrangeria a densidade populacional das duas favelas. Para onde, então, seriam deslocadas as famílias “excedentes”? No que o solo das favelas seria transformado?

Não nos posicionamos contra a provisão habitacional, mas se a questão trabalhada fosse, de fato, a moradia, porque não transformar toda a área do parque urbano em Habitação de Interesse Social? Pensar em HIS, para uma ínfima parcela dos assentamentos, enquanto, simultaneamente, existe todo um entorno vulnerável à remoções, estimular o mercado imobiliário na mesma região (como proposto), pode agravar o problema da moradia. Investimentos públicos são essenciais para o entorno, mas precisa estar acompanhado de enfrentamento ao capital imobiliário, não de sua regulação.

Estes questionamentos não devem ser encarados como um juízo de valor a respeito das intenções do projeto em questão, mas como uma tentativa de compreender suas justificativas e os impactos de um planejamento urbano alheio à dimensão política e às conseqüências sociais. Consideramos importante para a memória da cidade a preservação das colônias (de hanseníase e psiquiátricas), representativas para o patrimônio arquitetônico da saúde e urbano, assim como a história de sujeitos marginalizados durante as políticas de isolamento. Mas ao apagar no projeto a existência de uma das comunidades, como se os conflitos entre os assentamentos (chamados de “invasões”) e a preservação fossem ser resolvidos através de remoções pontuais, **afasta-se o objeto de seu território e limita-se a compreensão do lugar**, além de caracterizar uma violência urbana.

Em seu estudo *Patrimônio, Globalização, Justiça Social e Direito à Cidade: Questionamentos teóricos a partir das alterações recentes do Rio de Janeiro*, Ribeiro (2017) pontua que:

A combinação entre espacialidade e historicização torna mais difícil que determinados estudos a respeito das cidades, por exemplo, sejam repetidores do senso comum e, sobretudo, geradores de uma alienação do próprio espaço estudado que, por não ser observado a partir de uma perspectiva totalizante, surge como possível **objeto imediato, efêmero e sem lugar**. (RIBEIRO, 2017)

Assim como a política operada no Porto Maravilha promoveu a patrimonialização do Cais do Valongo ao mesmo tempo em que removeu casas no Morro da Providência, apontado por Ribeiro (2017), as remoções sugeridas no projeto da Colônia tendem a reproduzir a forma hegemônica e de dominação na qual as cidades são moldadas, ao preservar a memória da *cidade murada* sobre os direitos das famílias da cidade informal. Na perspectiva do direito à cidade, Ribeiro (2017) propõe a indissociabilidade entre a memória da cidade e sua carga de justiça social:

A memória da cidade não pode ser separada de sua carga de justiça social, na medida em que o apagamento de tecidos urbanos se torna, cada vez mais, uma estratégia consolidada de dominação social, sobretudo na história da brutal urbanização brasileira (...). A perversidade do papel jogado pela valorização da memória enquanto esquecimento seletivo pode ser desvelado pela conjugação de diferentes políticas que operam no mesmo espaço, articulada à sua historicização. (RIBEIRO, 2017).

Retomando o conceito de direito à cidade utilizado para introduzir os conflitos entre a *cidade murada* e a *cidade formal* no projeto defendido pelo MORHAN, acreditamos que esse direito não será alcançado ou garantido através de soluções projetuais isoladas, mas pela reflexão de novas formas de pensamento urbano, o que significa superar a condição contemporânea. Acreditamos, também, que a construção de alternativas pode – e deve – acontecer para além do debate puramente teórico. As reflexões devem ser construídas reconhecendo o papel das classes sociais nessa construção. Sem a incorporação da classe trabalhadora não há como reconhecer os conflitos inerentes ao cotidiano e às dinâmicas urbanas, e ao mascarar os conflitos, a produção do espaço mantém sua parcialidade, ou seja, da classe e ideologia dominantes.

Para que a conclusão busque a extrapolar, minimamente, a discussão do campo acadêmico, o trabalho se propõe a mapear os desejos dos moradores com o intuito de alimentar o debate junto ao MORHAN sobre a análise da realidade da Colônia e contestar – ou não, parcialmente, ou em sua totalidade (a depender da análise dos moradores) – o projeto defendido pelo Movimento. Acreditamos que o mapeamento possa abrir caminhos para estimular o diálogo na Colônia, ao introduzir diferentes sujeitos no processo de análise das ações sobre o território, e o posicionamento dos moradores sobre as propostas de futuro para o Hospital.

Encerramos este capítulo, portanto, com o lema do movimento das pessoas com deficiência (no qual muitas pessoas atingidas pela hanseníase fazem parte), que luta por inclusão nas decisões sobre qualquer política que lhes afete, exigindo que tudo o que se refira às pessoas com deficiência seja produzido com a plena participação das mesmas: **“Nada sobre nós, sem nós”**.

MÉTODOS E DADOS OBTIDOS



Capítulo 5

O trabalho foi estruturado em duas grandes partes: a investigação do passado e a construção de possibilidades para o futuro. Quanto ao objetivo, trata-se de uma pesquisa, sobretudo, **descritiva**, com algumas questões observadas pela ótica **exploratória** (investigação de documentos, de naturezas diversas, que não haviam sido analisados em estudos anteriores sobre a Colônia). Quanto à abordagem, podemos classificá-la como quali-quantitativa, uma vez que, para um dos métodos utilizados, o cálculo da amostra foi feito a partir da intenção de generalização dos resultados obtidos. Quanto aos métodos, foram feitas pesquisas **documental e de campo**. Os procedimentos técnicos utilizados estão detalhados nas duas partes do trabalho: *cartografias da memória e se a cidade fosse nossa...*

5.1 Cartografias da memória

A partir dos organogramas de Motta (1928 e 1943) e do LabLugares (2016), dispostos no capítulo 2, que indicaram uma tentativa de divisão funcional na Colônia em décadas diferentes, um dos caminhos apontados durante o desenvolvimento da pesquisa foi a investigação das transformações de usos formais e informais da Colônia, para serem representadas graficamente através de cartografias temporais, as quais denominamos *cartografias da memória*.

Em *cartografias da memória* há o esforço de resgatar o passado da Colônia pelo protagonismo dos próprios internos, ou seja, a história dos sujeitos das cidades muradas, por eles mesmos. Através do conjunto de depoimentos colhidos e dos documentos encontrados (digital e fisicamente), que formalizam algumas datas, buscaremos identificar as transformações espaciais durante o período de isolamento, formais ou informais, que moldaram a história do lugar. **A história das cidades hospitalares foi construída a partir do trabalho daqueles que as edificaram e as modificaram no exercício cotidiano.** Muitas das ambiências criadas por antigos internos no Curupaiti, como a Prefeitura Interna (DACOM – Divisão Administrativa Comunitária), funcionavam no interior de construções pré-existentes do próprio Hospital, e, por isso, podem passar despercebidas se a pesquisa documental não incluir a história oral da comunidade. Estas ambiências, criadas e mantidas por internos, **foram as principais formas de mobilização e construção de identidade com o lugar.**

Parte considerável dos registros da história do Curupaiti foi destruída por ex-diretores e pela umidade nas construções abandonadas. Retomando a fala de um dos entrevistados, transcrita anteriormente: "*Eles queimaram tudo, poxa! (...) Eles queimaram a história do Hospital. Na hora que eu e esse aqui [entrevistado 2] morrermos, acabou, não tem mais... Quem vai contar a história mais?*". Os poucos registros físicos que sobraram, segundo moradores, estão dentro de sacos de lixo na delegacia abandonada. Muitos dos documentos do Hospital foram queimados sem qualquer justificativa para os internos. Embora a vontade de preservar os documentos esteja presente nas falas dos entrevistados, não houve mobilização dos moradores para a recuperação do material, pois a maioria dos interessados são idosos e dependem da articulação de filhos e netos para limpeza do local e

separação dos materiais que não foram deteriorados. Muitos dos registros também foram levados por terceiros (alguns pesquisadores, inclusive), que não informaram o destino dado aos documentos. As falas de duas ex-internas explicitam a exclusão dos moradores da decisão do que deve ser preservado ou não de seus próprios registros em posse do Hospital:

Uma época aí (...) veio uma moça pra cá pra fazer esse tipo de coisa [procurar documentos]. Então ela fez um apanhado desses documentos que estavam todos jogados (...) **Então nós fomos na delegacia, ela pegou muitos documentos lá que tinha** (...) não sei o que aconteceu e não sei nem em que direção foi. (...) **não sei pra onde foi esses papéis que ela levou**, não sei se foi pra Secretaria [de Saúde], não sei se foi lá pro MORHAN... Não sei se foi pro museu, não sei pra onde foi (...), mas eu sei que foi nos anos 80, de 80 pra 90, que aconteceu isso aí (...) depois ela viajou, agora, pra onde, eu não sei, **nem onde foi deixado esses documentos que ela fez o apanhado aí dos internos. Que aqui ninguém tem história de nada, né?** (...) Mas eu não lembro também com quem que ela trabalhou, o porquê ela foi lá na delegacia... (Ex-interna, 2021)

A nossa memória... **A maioria da nossa memória tá dentro da delegacia** e deve estar tudo cheio de água, tudo molhado, não sei como está lá. Não tem ninguém pra ir lá, entendeu? (...) A nossa história, do Curupaiti, a maioria das coisas da antiga Caixa Beneficente, muitas fichas, muita papelada de ex-paciente, tá tudo jogado lá dentro (...) eu também lembro ali na escadaria [do DACOM], eu via muito! **Mas aquilo ali tudo foi queimado depois, por motivos desnecessários, né? Eu não sei o porquê, mas foi o que passaram pra gente...** (...) tinha rato, muita coisa estava roída pelos ratos, entendeu? (...) Ah, mas isso tudo não vai somar em nada, né? **Mas a gente podia ver alguma coisa, tirar algumas fotos, digitalizar alguma coisa, ver se salva alguma coisa, né?** Porque teve que ser colocado lá [na delegacia] porque outro lugar não tinha. Lá não chovia. Aí depois de tanto abandono, tanto tudo... E lá também foi saqueado, né? (...) **O pessoal daqui mesmo que mora no Curupaiti...** Roubaram frigoar, roubaram uma porção de coisas lá, entendeu? (...) A gente colocou até um armário, um armário em cima deles [dos documentos] pra proteger mais, mas aí disseram pra mim que lá estava alagado e tudo... E eu não tenho condições de ir nesses lugares, né? Mas alguma coisa vai acontecer! Mas vai dar tudo certo! Alguma coisa vai sair disso aí, né [do trabalho]? (Ex-interna, 2021)

Durante a pesquisa, descobrimos o Projeto Acervo (2001), do MORHAN, que está inserido em uma política global de preservação de hospitais-colônia de hanseníase. A relatora do Curupaiti foi Elisabeth Poorman, que quantificou os documentos da **Congregação Mariana** (200 textuais, 40 iconográficos, sem preservação), da **SOAC** (6 textuais, 50 iconográficos, sem preservação), da Caixa Beneficente (50 textuais, sem preservação), do **Centro Espírita Filhos de Deus** (50 textuais, 20 iconográficos e artigos não contabilizados do Seu Amazonas, idealizador do Centro, com preservação) e do **Centro de Estudos** (400 livros, 2.000 prontuários, 30 monografias e documentos iconográficos não contabilizados, com preservação).

Em função do isolamento social, todos os locais investigados pela relatora estavam fechados, com exceção do Centro de Estudos, que, por pertencer ao Hospital, não parou de funcionar durante a pandemia. No Centro, em busca dos materiais, fomos informados que, dos documentos mapeados, não havia **nenhum material disponível para consulta sobre a Colônia em si** (somente sobre a hanseníase), pois haviam sido retirados há alguns anos (a entrevistada acredita que os documentos foram recolhidos pelo MORHAN para, possivelmente, integrarem o acervo de um museu das colônias – que não será localizado no Curupaiti). Ao perguntar a alguns moradores se foram consultados sobre uma possível retirada do material do Centro de Estudos da Colônia, não recebemos nenhuma resposta afirmativa, o que indica uma ação excessivamente autoritária, autorizada pelo Hospital.

É inegável o histórico de lutas e conquistas do MORHAN pela reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase, mas a ausência de um espaço físico dentro da Colônia que permita a discussão entre os moradores que são vinculados ao Movimento (Núcleo Curupaiti), facilita a tomada de decisões arbitrárias, com autorização do Hospital, ao mesmo tempo em que dificulta a fiscalização das ações e a manifestação dos residentes contra alguma delas, como a retirada dos documentos do Centro de Estudos.

Na contínua busca por documentos, nos deparamos com o acervo da Hemeroteca Digital Brasileira (portal de periódicos). Nele, foram encontrados 8.257 documentos em que constam as palavras “Curupaity” ou “Curupaiti” no Rio de Janeiro (incluindo o período como Distrito Federal). Nem todos os documentos do resultado da busca referem-se, de fato, à Colônia Curupaiti, sendo necessário analisá-los individualmente. Por ser um Hospital público e referência no tratamento da hanseníase, as obras, inaugurações, festividades e artigos científicos sobre a Colônia eram publicados em jornais e periódicos da época.

Na imagem 86, por exemplo, há um trecho do Correio da Manhã de 1967 noticiando a inauguração da Biblioteca Malba Tahan e cita, também, a existência da Central de Divulgações (CDIG). Tanto a Biblioteca quanto a CDIG não foram contempladas pelos recortes temporais de Motta e do LabLugares, pois foram construídas após 1943 (ano da análise de Motta) e deixaram de existir antes de 2016 (ano da análise do LabLugares), o que reafirma a necessidade de outros recortes para que se tenha maior dimensão das transformações do Hospital, justificando a construção das cartografias da memória, que devem incluir a história oral da comunidade para que se seja possível compreender, sobretudo, **como o trabalho, os hábitos e a mobilização dos internos transformaram o espaço**.



Imagem 86: Recorte de trecho do Correio da Manhã, 24 de junho de 1967, indicando a inauguração da Biblioteca Malba Tahan. Fonte: Hemeroteca Digital Brasileira. **Imagem 87:** Nivaldo Farias, ex-interno, ao lado do busto de Malba Tahan, no Curupaiti (2015). Fonte: foto cedida por Nivaldo Farias.

Além do acervo da Hemeroteca, encontramos três filmografias sobre a Colônia na base do Arquivo Nacional, disponíveis para consulta na Biblioteca Paulo Emilio Salles Gomes, em São Paulo. Um dos curtas, no entanto, foi publicado no YouTube: **Hospital Colônia de Curupaity – Novas Instalações, de novembro de 1939**, feito pelo Instituto Nacional de Cinema Educativo (INCE).

Apesar dos documentos encontrados, para que esta investigação fosse viabilizada, seria necessário o contato regular com moradores para a coleta de documentos físicos que estão em mãos particulares e para a gravação dos depoimentos da história oral, assim como visitas em construções do Hospital em que houvessem indícios dos lapsos temporais. Tanto o contato regular com moradores quanto as visitas foram impossibilitadas pela necessidade de distanciamento social imposta pelo quadro pandêmico. Apesar disso, a reconstrução da história das cidades hospitalares pelo trabalho e memória das pessoas isoladas deve ser **considerada enquanto proposta de continuidade da pesquisa e enquanto mobilização social dentro da comunidade pela preservação de sua história**, por isso, a metodologia inicialmente proposta e seus encaminhamentos estão aqui dispostos.

Na construção da metodologia, optamos por definir os intervalos temporais em função dos dados obtidos. Somente após a análise dos documentos será possível determinar os intervalos (se anuais, quinquenais, por década...) mais adequados. Já a seleção do público-alvo teve apenas dois requisitos: ser uma pessoa atingida pela hanseníase e ter sido internada compulsoriamente. Sendo assim, o universo da amostra foi de **180 a 220 pessoas** (estimativa de ex-pacientes pelo Hospital).

Por se tratar de uma parte da pesquisa essencialmente qualitativa, a amostra (do total de 180 a 220) pôde ser definida intencionalmente. Triviños (2008) ressalta que, na abordagem qualitativa, os recursos utilizados para fixação da amostra podem ser pautados em inúmeros parâmetros, e, com isso, pode-se decidir intencionalmente o tamanho da amostra em função das condições pré-estabelecidas, como os sujeitos essenciais para a investigação do objeto. Em outras palavras, na abordagem qualitativa, a quantidade de sujeitos não interfere na qualidade da análise se os mesmos forem representativos para a compreensão do fenômeno. Sendo assim, ao utilizar procedimentos de coleta de dados com algum grupo específico, como ex-internos, não seria necessário entrevistar todos os que se enquadrem neste perfil, pois a pesquisa não intenciona generalização do grupo, mas sim obter dados que sejam satisfatórios para a análise.

Na prática, fez-se necessário atribuir outros pré-requisitos: ter disponibilidade para entrevistas ao ar livre; não residir em residências coletivas (pavilhões masculinos, feminino e asilares) e não possuir comorbidades ou estar em tratamento de saúde. Com isso, a amostragem (180 a 220) foi reduzida aos ex-internos residentes das cinco vilas, dos quais o Hospital não possui quantitativos.

A princípio, foram selecionados sete ex-internos para a pesquisa da história oral: Chiquito, Sérgio, Jurema e Mãe Rita (vila 1), seu Nivaldo (vila 4), Bebeth (vila 5) e Marli (vila 2). Dos sete,

os quatro últimos também são militantes do MORHAN e as duas últimas, embora não sejam pessoas atingidas pela hanseníase – e sim, filhas – residiram no Curupaity na época do isolamento compulsório de forma clandestina, escondidas nas casas de seus pais. Ainda assim, o número da amostra pode ser aumentado futuramente, a depender da quantidade de envolvidos na ação. Caso necessário, será utilizada a amostragem por saturação. Essa amostragem indica que o término da amostra acontece quando a coleta de dados é considerada saturada, ou seja, quando nenhum elemento novo é encontrado ou quando o acréscimo de novas informações se torna irrelevante, por não alterar a compreensão do fenômeno estudado. Com um objeto bem delimitado (Curupaity) e uma quantidade de construções finitas e possíveis de serem mapeadas, não seria necessário entrevistar todos os ex-internos, dada a possibilidade de os dados obtidos terem altas taxas de repetição, o que indicaria a saturação.

Os encaminhamentos sugeridos pelos envolvidos, em especial pelo Núcleo Curupaity, foram: 1. a necessidade de **criação de um site** para a divulgação das cartografias, dos documentos encontrados e do restante da pesquisa (como os mapas dos desejos e os dados das entrevistas); 2. a criação de uma **página no Facebook** para informativos da comunidade e das ações do MORHAN; 3. a retirada de documentos da delegacia e do DACOM; 4. a **limpeza e ocupação da delegacia** para que as ações sejam continuadas presencialmente, assim que possível. Para isso, o Núcleo Curupaity (13 pessoas) solicitou à direção do Hospital a entrega das chaves da delegacia para manuseio dos documentos.



Imagem 88: Antiga Delegacia da Colônia Curupaity (desativada e abandonada), 2021. Fonte: Acervo pessoal.



Imagem 89 (esquerda): Documentos da Colônia deteriorados, 2021. **Imagem 90 (direita):** Antigas celas com pátio para ex-internos detidos, 2021. Fonte (ambas): Acervo pessoal.

O site (Curupaiti.org), com domínio a ser comprado através de arrecadação dos moradores, será mantido pelo Núcleo Curupaiti (MORHAN) e começará a ser desenvolvido após a limpeza da delegacia e análise do estado de conservação dos documentos físicos, que só será possível passado o quadro pandêmico.

5.2 Se a cidade fosse nossa...

A segunda parte da pesquisa, *se a cidade fosse nossa...*, objetiva estimular, por meio dos dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas e na produção dos mapas dos desejos, o debate coletivo do espaço por seus moradores – tendo, ou não, relação com a história da hanseníase –, para que esta interação dialógica possa fornecer subsídios para a elaboração de um futuro plano de ocupação da Colônia a partir de apontamentos que considerem vivência e o cotidiano do lugar, em contraponto (ou não) ao plano defendido pelo MORHAN.

O roteiro das entrevistas foi desmembrado em dois momentos. O primeiro, comum a todos os participantes, corresponde às informações gerais (dados sobre idade, gênero, cor/etnia, escolaridade, relação com a Hanseníase etc.) e as hipóteses formuladas (preservação dos muros e intenção de preservação da história do Hospital). O segundo momento corresponde à relação com o território, em que as perguntas foram agrupadas em função das especificidades de cada um dos quatro grupos.

Por se tratar de uma parte da pesquisa que envolve a heterogeneidade do lugar, a amostragem utilizada foi de toda a população residente (2.500 a 2.800, também estimada pelo Hospital), embora os entrevistados incluam profissionais do Hospital não-residentes e moradores do Morro do Piolho, que utilizam o Curupaiti de passagem. Como há intenção de generalização, o cálculo da amostra foi feito considerando a amostragem finita de 2.800 pessoas.

N = tamanho da população

n = tamanho da amostra

n_0 = primeira aproximação da amostra

E_0 = erro amostral (para esta pesquisa, foi considerado um erro amostral de $\pm 10\%$)

$n_0 = 1 / E_0^2 \Rightarrow n_0 = 1 / (10/100)^2 \Rightarrow n_0 = (100/10)^2 = 10^2 = 100$ pessoas (primeira aproximação)

$n = (N \times n_0) / (N + n_0) = (2.800 \times 100) / (2.800 + 100)$

$n = 280.000 / 2.900 = 96,55 = \mathbf{97}$ pessoas (amostra)

Utilizamos também, como segundo parâmetro para definição da amostra, a Tabela 7.1, que determina a amplitude de uma amostra de uma população finita. Para esta tabela, o universo (amplitude da população) considerado foi de 3.000 pessoas.

Tabela 7.1 Tabela para determinar a amplitude de uma amostra tirada de uma população finita com margens de erro de 1%, 2%, 3%, 4%, 5% e 10% na hipótese de $p=0,5$. Coeficiente de confiança de 95,5%.

Amplitude da população (universo)	Amplitude da amostra com as margens de erro acima indicadas					
	$\pm 1\%$	$\pm 2\%$	$\pm 3\%$	$\pm 4\%$	$\pm 5\%$	$\pm 10\%$
1 000	-	-	-	385	286	222
1 500	-	-	638	441	316	94
2 000	-	-	714	476	333	95
2 500	-	1 250	769	500	345	96
3 000	-	1 364	811	517	353	97
3 500	-	1 458	843	530	359	97
4 000	-	1 538	870	541	364	98
4 500	-	1 607	891	549	367	98
5 000	-	1 667	909	556	370	98
6 000	-	1 765	938	566	375	98
7 000	-	1 842	949	574	378	99
8 000	-	1 905	976	580	381	99
9 000	-	1 957	989	584	383	99
10 000	5 000	2 000	1 000	488	383	99
15 000	6 000	2 143	1 034	600	390	99
20 000	6 667	2 222	1 053	606	392	100
25 000	7 143	2 273	1 064	610	394	100
50 000	8 333	2 381	1 087	617	397	100
100 000	9 091	2 439	1 099	621	398	100
∞	10 000	2 500	1 111	625	400	100

p = proporção dos elementos portadores do caráter considerado. Se $p < 0,5$, a amostra pedida é menor. Nesse caso, determina-se o tamanho da amostra, multiplicando-se o dado que aparece na tabela por $4[p(1-p)]$

Fonte: ARKIN, H.; COLTON, R. Apud TAGLIACARNE, G. *Pesquisa de mercado*. São Paulo: Atlas, 1976. p. 176.

Pela Tabela 7.1, considerando uma amplitude de 3.000 pessoas com erro amostral de $\pm 10\%$, tem-se o quantitativo de 97 pessoas, validando o cálculo utilizado anteriormente, com amostra de 97 pessoas. Distribuímos, então, o quantitativo de entrevistados entre os 4 grupos.

A amostra foi dividida intencionalmente (Triviños, 2008) em função da atuação dos grupos no território. Para as entidades com função social (Congregação Mariana, Grupo Cultura Urbana e Centro Espírita) foram considerados apenas os representantes de cada. Para o Hospital, 10 funcionários distribuídos entre administração, limpeza, manutenção e profissionais da saúde. Para os residentes do Morro do Piolho, 10 pessoas, e o restante da amostra, distribuído entre pessoas atingidas pela hanseníase e familiares.

1. Pessoas atingidas pela hanseníase e familiares: 70

1.1 Pessoas atingidas pela Hanseníase residentes das vilas: 25

1.2 Familiares de pessoas atingidas: 45

2. Profissionais do IEDS Curupaiti: 10**3. Entidades com função social: 7**

3.1 Congregação Mariana: 2

3.2 Grupo Cultura Urbana: 3

3.3 Centro Espírita Filhos de Deus: 2

4. Comunidade externa (Morro do São Jorge/Piolho): 10**5. Milícias: 0**

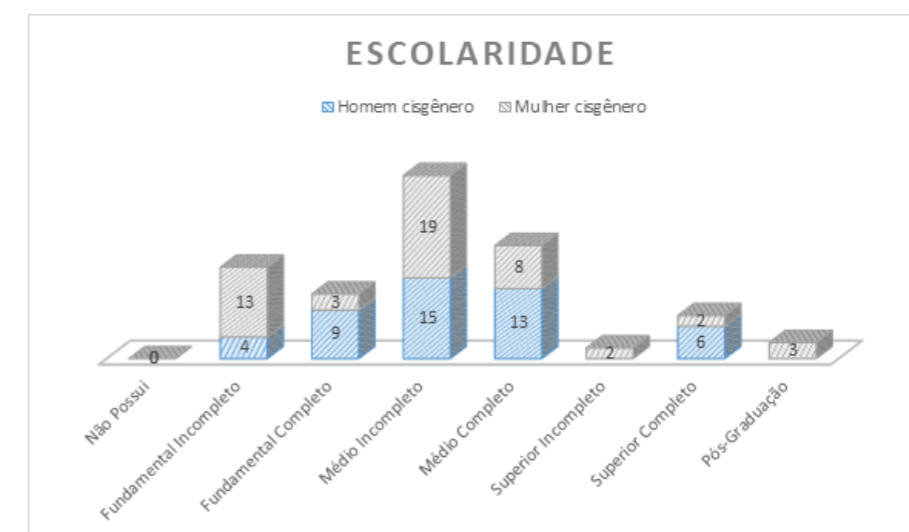
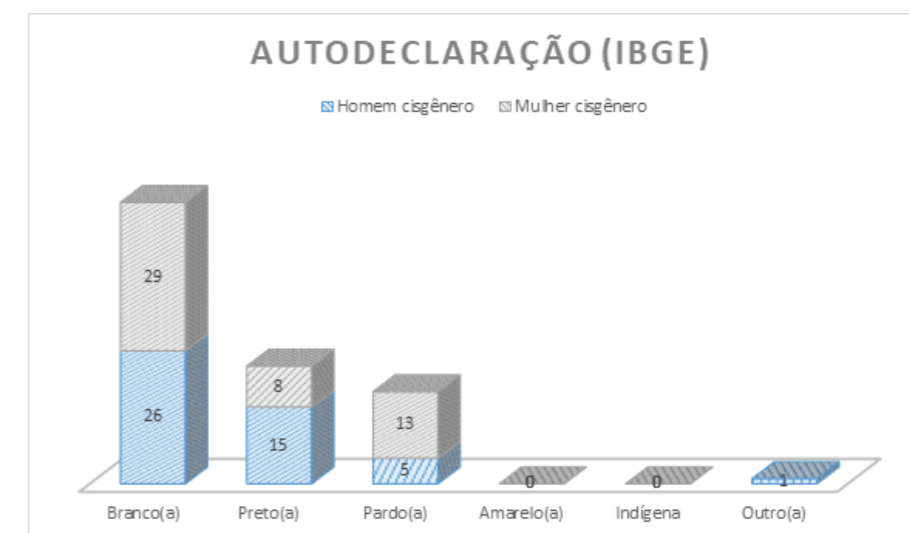
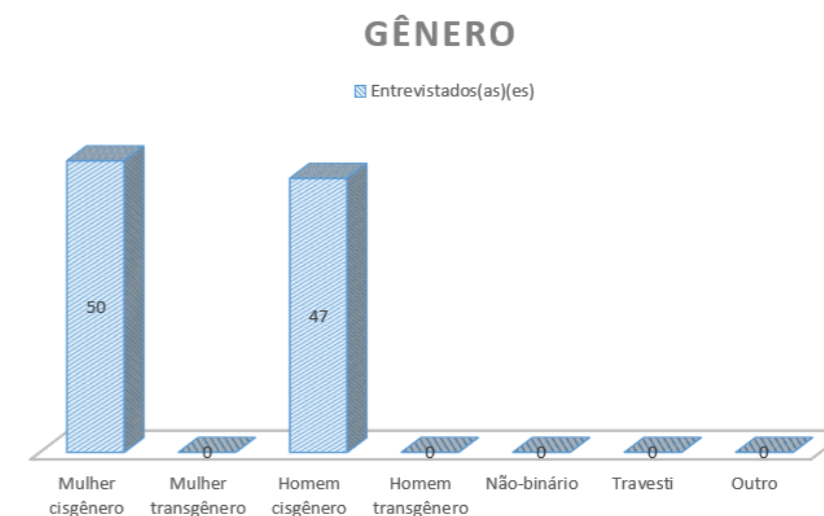
Os critérios para entrevistas foram:

1. Não possuir comorbidades;
2. Ter disponibilidade para a entrevista ao ar livre;
3. Estar utilizando equipamento de proteção facial (máscara) e;
4. Não morar em residências coletivas (pavilhões).

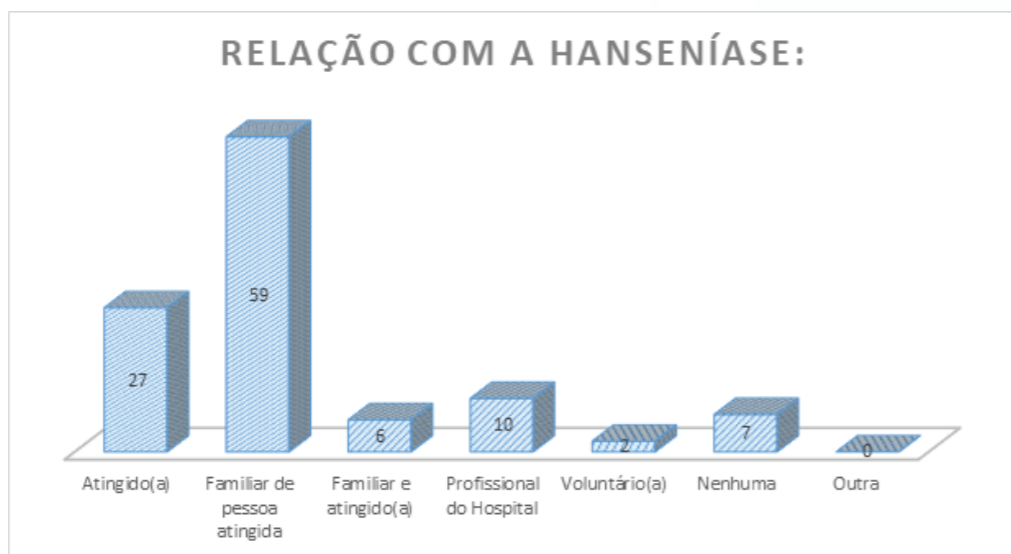
As entrevistas semiestruturadas (Anexo 5) permitiram alterações durante a execução do procedimento, por isso, as perguntas não foram feitas criteriosamente na ordem indicada. As questões referentes ao abandono familiar, violência nas dependências do Hospital, rejeição, preconceito e estigmas não foram perguntadas diretamente aos entrevistados (grupo 1), ficando a critério de cada participante compartilhar, ou não, um pouco da sua trajetória a partir da pergunta nº 8.

Apesar do enfoque das perguntas nas potencialidades e carências da Colônia, procuramos validar, conjuntamente, uma hipótese levantada durante o estudo: a necessidade (no imaginário dos moradores) de **preservação do muro** que cerca o Hospital – ainda que uma possível integração com a cidade sugira, a princípio, o contrário. Acreditamos que a presença do Instituto (do Hospital), seja o maior impeditivo para a apropriação desordenada de terras pela milícia e por outras comunidades, como ocorrido na Colônia Juliano Moreira. Nesse sentido, a retirada ou substituição do muro por outras barreiras aconteceria somente após um projeto de requalificação urbana para a Colônia. Com os dados coletados, foi possível dialogar com a hipótese levantada de forma relacionada a outras questões, como a violência, o mercado imobiliário e o déficit de moradia da Baixada de Jacarepaguá, dispostas no subcapítulo 5.3.

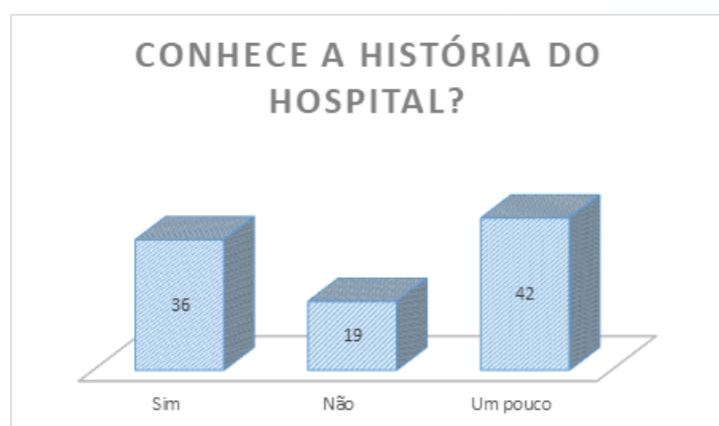
A seguir, os dados coletados nas entrevistas semiestruturadas:



Dos 97 entrevistados, aproximadamente 65% (63 pessoas) não concluíram a Educação Básica (até o Ensino Médio) e apenas 13,4% (13 entrevistados) ingressaram no Ensino Superior (sendo desses, apenas um ex-interno, que foi internado após a formação).



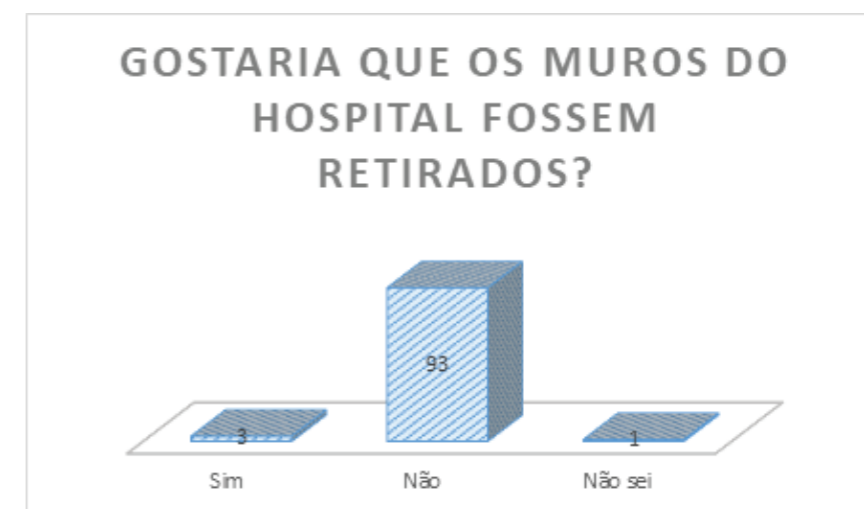
O número total (111) é maior que o número de entrevistados (97) porque alguns profissionais do Hospital também são pessoas atingidas e/ou familiares, assim como alguns trabalhadores do grupo 3 (entidades sociais) e moradores do Morro do Piolho, o que ocasionou tais interseções.



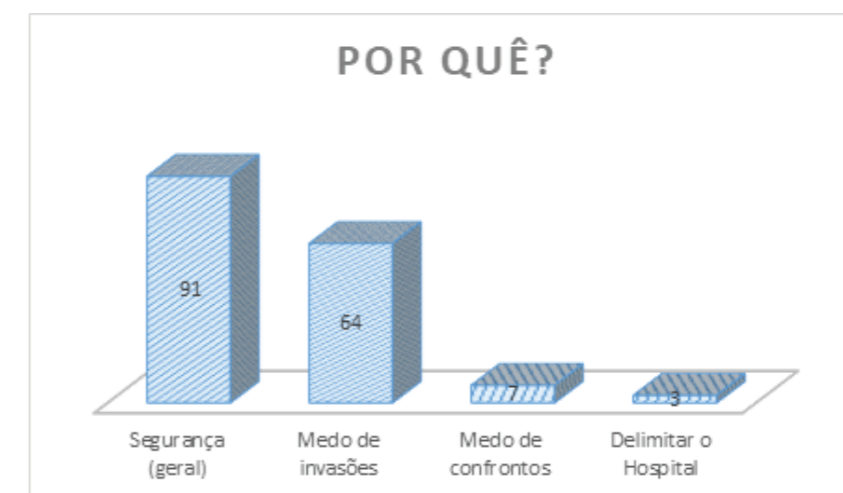
Das 19 pessoas que declararam não conhecer a história do Hospital, 15 são netas de pessoas atingidas e 4 moradoras do Morro do Piolho.



Embora 19,5% tenham declarado não conhecer a história do Hospital e 43% tenham declarado conhecer um pouco, todas as pessoas entrevistadas indicaram saber que a antiga Colônia é um lugar de memória para as pessoas que passaram décadas isoladas.

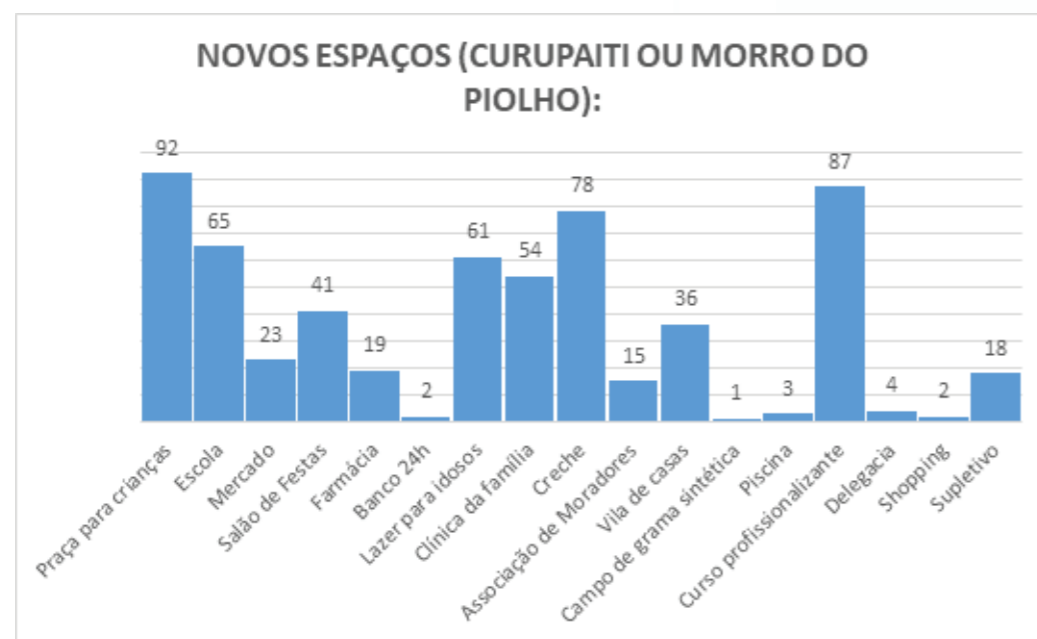


Uma das hipóteses levantadas foi o apontamento da necessidade de preservação do muro pelos moradores. Aproximadamente 96% das pessoas entrevistadas não gostariam da retirada dos muros.

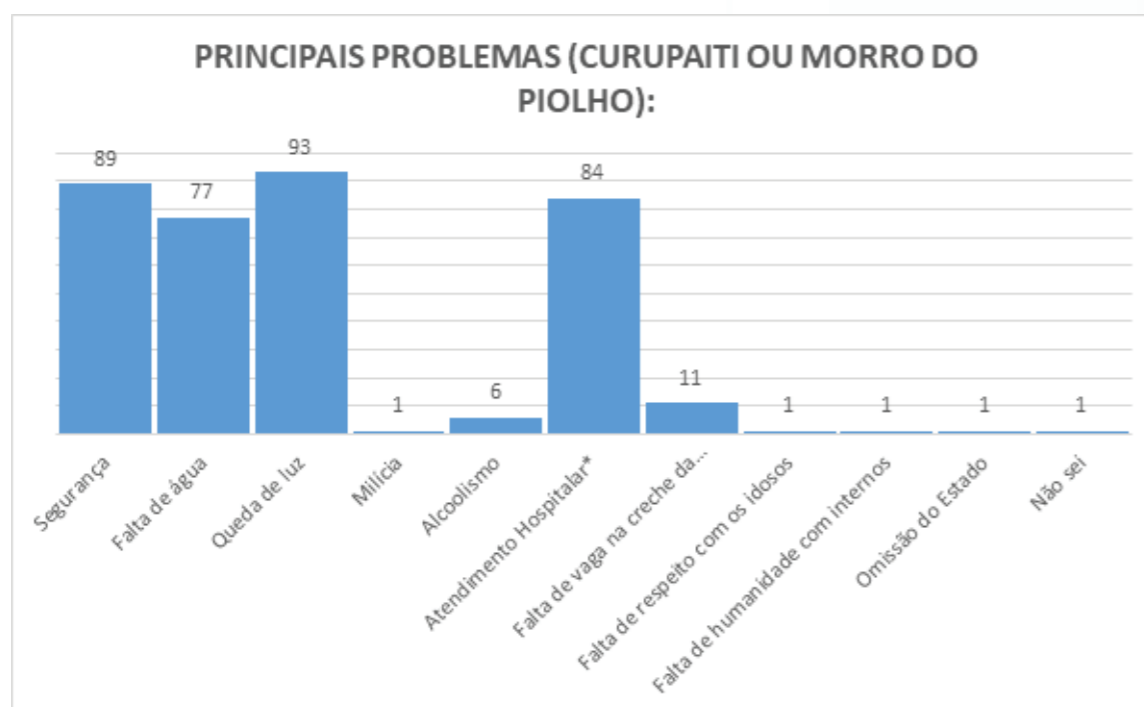


No imaginário dos moradores, sem o muro haveria maior exposição à violência e às ocupações pelas comunidades adjacentes.





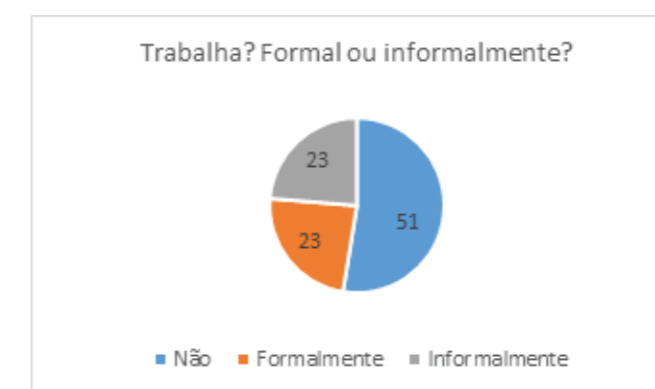
As principais necessidades apontadas estão voltadas para o lazer e educação de crianças, inserção no mercado de trabalho e lazer para idosos, mas todas serão consideradas na construção dos mapas dos desejos. As respostas incluem, ainda, necessidades dos moradores do Morro do Piolho.



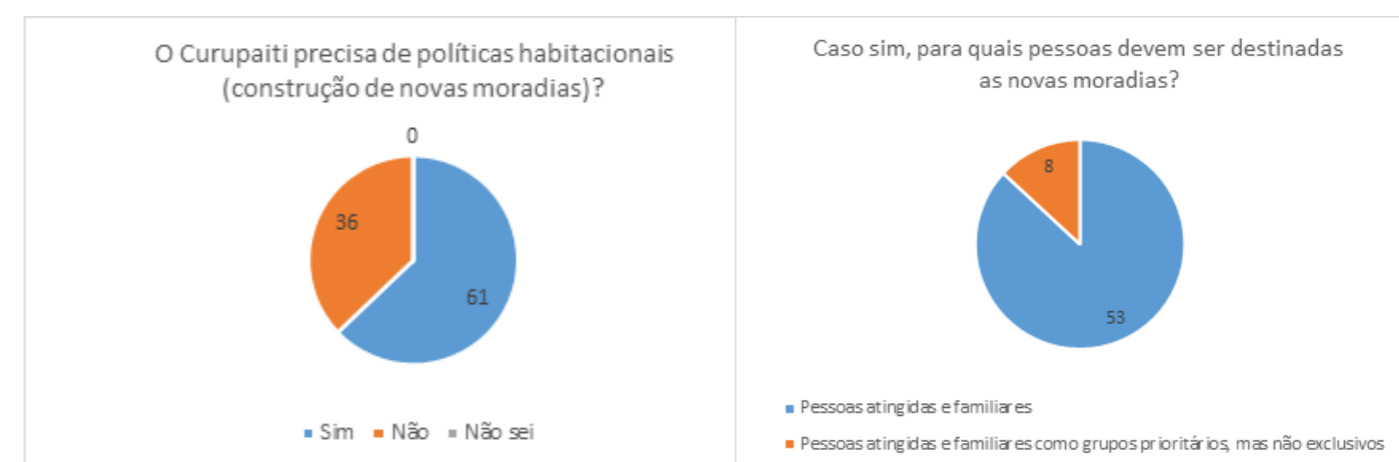
Em "Atendimento Hospitalar" estão incluídas: ausência de Farmácia Popular, falta de curativos, remédios, emergência, pediatra, ginecologista, cardiologista, dentista, sala de raio x e posto de vacinação.



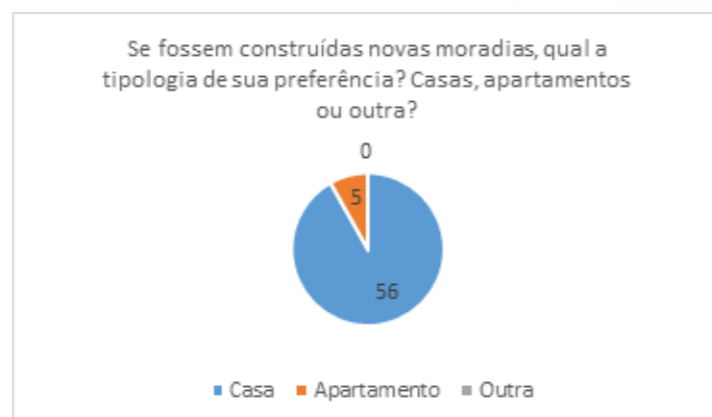
100% das pessoas entrevistadas e atingidas pela hanseníase, afirmaram ter trabalhado no Hospital durante o isolamento compulsório.



Considerando os 97 entrevistados, dos 51 que não trabalham, 29 (aprox. 37%) recebem indenização ou aposentadoria. Dos 23 que trabalham informalmente, 8 (aprox. 35%) afirmaram que é para complemento de renda, pois recebem indenização ou aposentadoria.



Aproximadamente 63% das pessoas entrevistadas acreditam que o Curupaiti precisa de construção de novas moradias. Delas, apenas 13% incluiriam as comunidades adjacentes como beneficiárias.



Das pessoas que afirmaram haver necessidade de novas moradias, aproximadamente 92% optaram pela tipologia das casas das vilas.

Estes breves dados têm por objetivo fornecer subsídios que alimentem o debate sobre as possibilidades de futuro e planejamento urbano para o Curupaiti entre os moradores, através da elaboração de mapas dos desejos, onde possam localizar no espaço as próprias necessidades informadas nas entrevistas. Nesse sentido, pretendemos que os mapas atuem como instrumentos de perspectiva dialógica e emancipadora.

Como apontado em 4.4, acreditamos que os mapas possam abrir caminhos para novas discussões durante o seu desenvolvimento, ao estimular diferentes sujeitos a pensarem juntos o mesmo território, e possam favorecer a articulação de moradores para reivindicar maior participação nas ações deliberadas do MORHAN ou nos projetos publicamente defendidos pelo Movimento que sequer são discutidos com moradores. Nossa intenção não é, portanto, construir uma mera crítica ao projeto do MORHAN, mas possibilitar a incorporação da comunidade na reflexão do espaço em que vivem e na decisão dos projetos para a Colônia, de forma que o Movimento possa, de fato, defender os interesses das pessoas atingidas pela hanseníase.

Ainda assim, há heterogeneidade nos moradores e entre as próprias pessoas atingidas, ou seja, não se deve esperar consenso na proposição de um único projeto ou plano de ocupação para a Colônia. Ao incorporarmos a heterogeneidade nos mapas, incorporamos, com ela, os conflitos existentes entre os grupos. Caso contrário, seria apenas outra forma de reproduzir a homogeneidade e reforçar o autoritarismo com que os projetos para a Colônia têm sido desenvolvidos. Raquel Rolnik (2000), em *O lazer humaniza o espaço urbano*, reflete sobre a dimensão pública da cidade e em como o espaço público, local da heterogeneidade e do convívio entre diferentes, diminui ao ser capturado e privatizado:

“Para melhorar o espaço público há necessidade de uma política antiexclusão, o que significa organizar a heterogeneidade, não fugir dela. Significa organizar, defender e fomentar a convivência entre pessoas diferentes, diminuindo a segregação e as distâncias sociais” (ROLNIK, 2000)

Para estimular diferentes propostas, optamos por realizar a dinâmica com grupos divididos em função da faixa etária e relação com o território: pessoas atingidas pela hanseníase que foram isoladas compulsoriamente, filhos(as) que viveram no educandário e posteriormente foram para o Curupaiti e netos(as) ou comunidade externa, que desenvolveram outros vínculos com a cidade extramuros e com as comunidades do entorno.

Dado o tempo disponível para realização do trabalho, não foi possível incluir toda a amostra (97 pessoas) na confecção dos *mapas dos desejos*, tampouco, uma quantidade expressiva de cada um dos grupos. Por isso, os mapas representam apenas o início de um ensaio sobre a heterogeneidade e o reconhecimento de que existem outras propostas para a Colônia. Ao todo, foram selecionadas seis pessoas para que pudessem debater entre si a localização das necessidades anteriormente indicadas.

O primeiro grupo constou com três ex-internos (o terceiro, ao passar, se integrou à dinâmica). O segundo grupo com duas filhas de ex-internos, enviadas ao educandário. O terceiro grupo, com dois netos de ex-internos. Aos grupos, foi apresentado um mapa da Colônia, em tamanho A1 (594 x 841 mm), e 20 símbolos adesivos, com as 17 necessidades apontadas nas entrevistas e 3 ações: demolir e construir (para que utilizassem, inclusive, no muro) e revitalizar. Todos os símbolos foram impressos três vezes (com exceção das ações, que foram impressas cinco vezes) e em duas cores, para que cada participante pudesse localizar, individualmente, os seus desejos para a Colônia.

As duplas foram escolhidas aleatoriamente, desde que estivessem dentro dos requisitos de vínculo estabelecidos. Nas imagens abaixo (91 e 92), trio de ex-internos, Nivaldo, Sergio e Chiquito, que acompanharam todo o desenvolvimento do trabalho.



Imagem 91 (esquerda): Nivaldo, Sergio e Francisco, ex-internos do Curupaiti, 2021. **Imagem 92 (direita):** Mapa dos desejos adesivado pelo trio (em desenvolvimento), 2021. Fonte: Acervo pessoal.

Abaixo, a base utilizada para o *mapa dos desejos*:

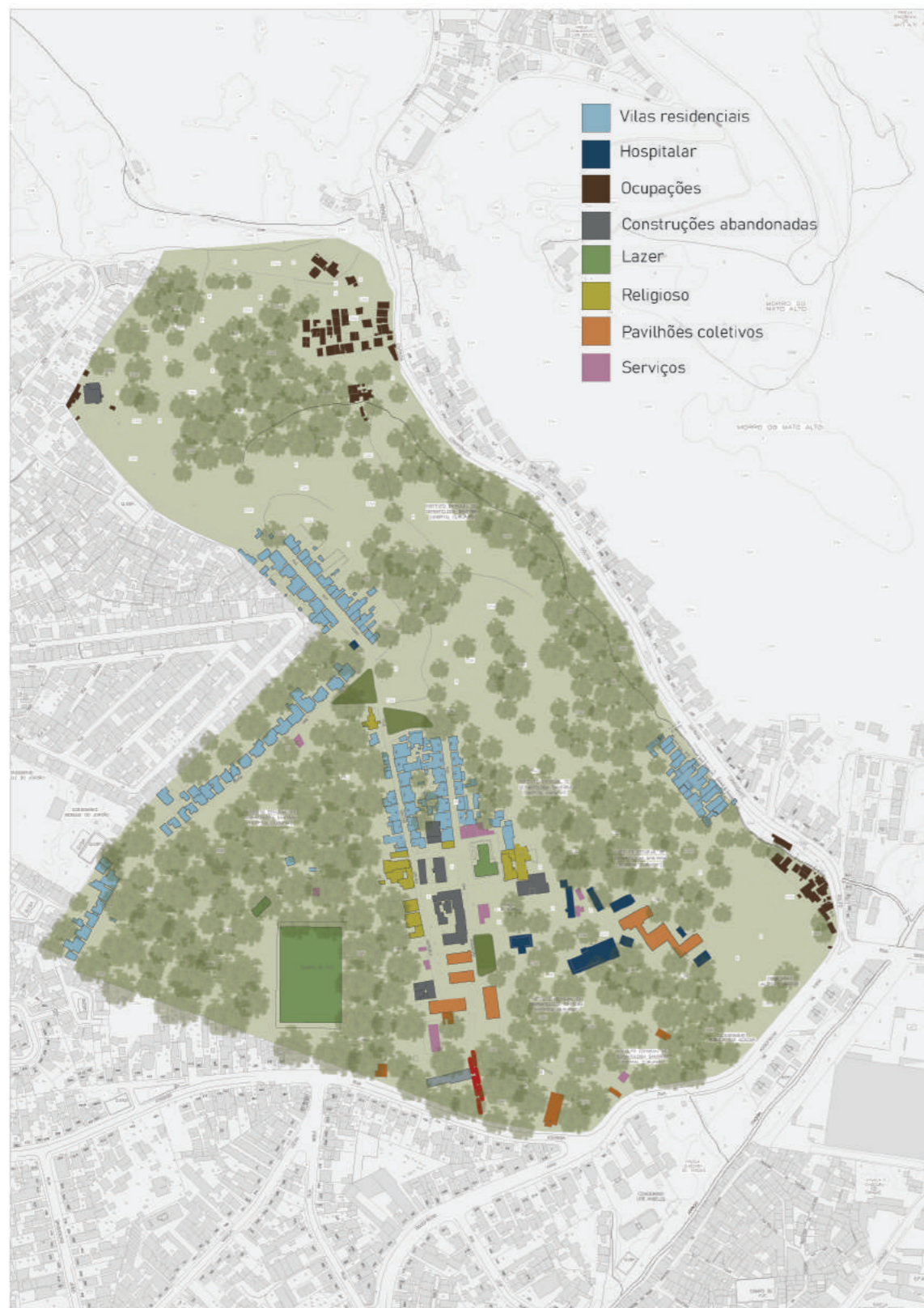


Imagem 93: Base utilizada para o *mapa dos desejos*.

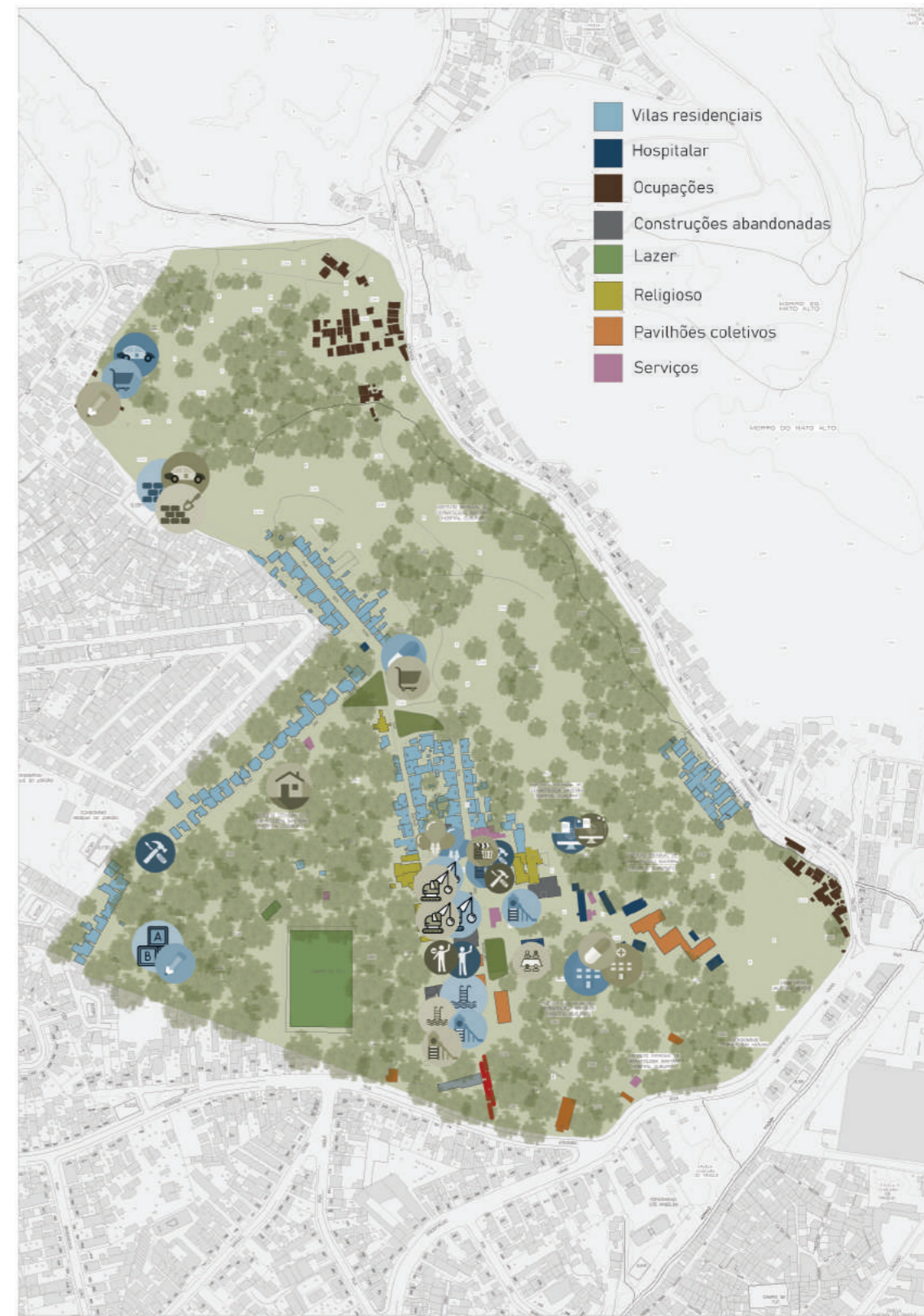


Imagem 94: Localização dos equipamentos pelo trio de ex-internos: Nivaldo e Sergio (marrom), Chiquito (azul).

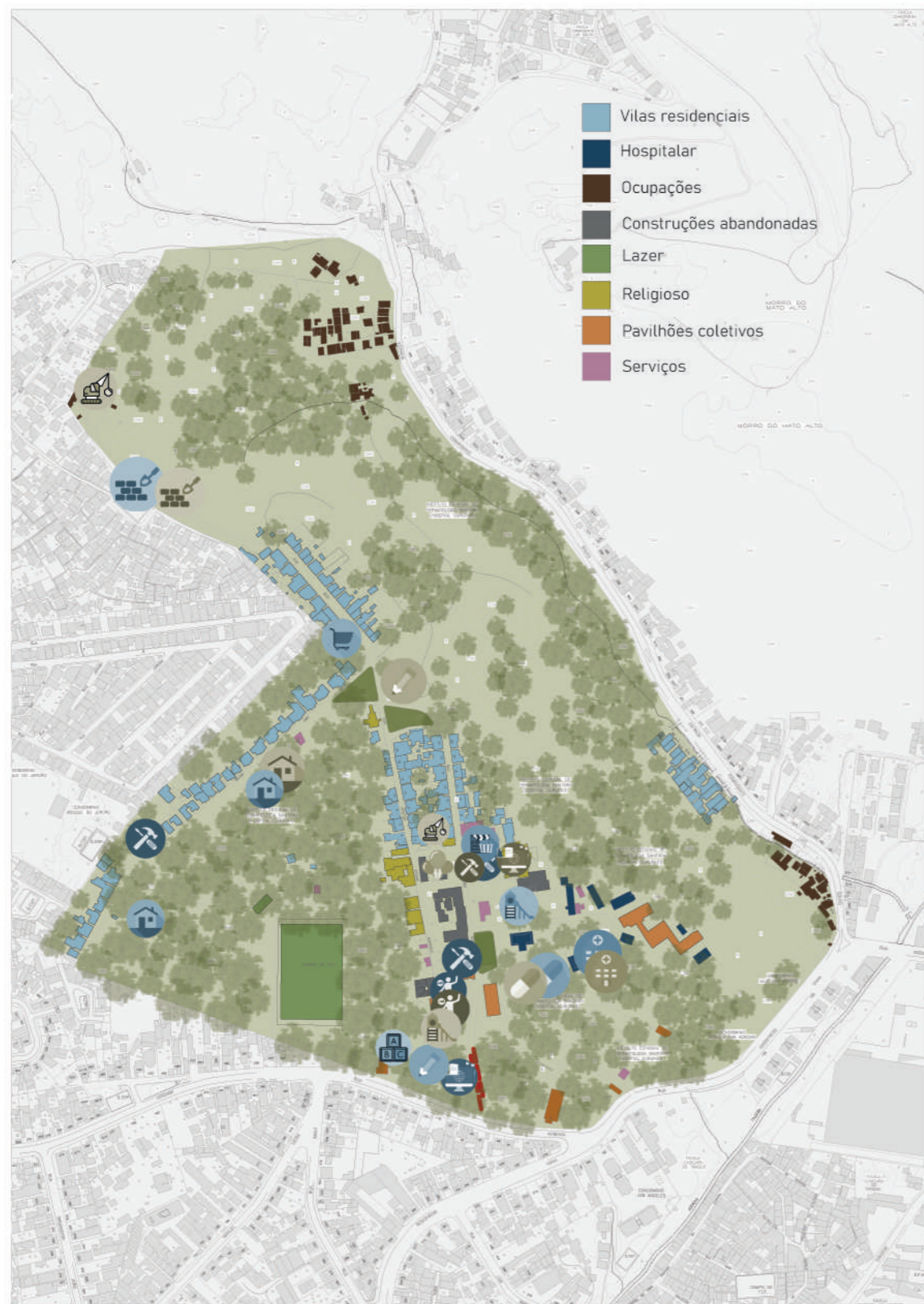


Imagem 95: Localização dos equipamentos pela dupla de filhos(as) de ex-internos.

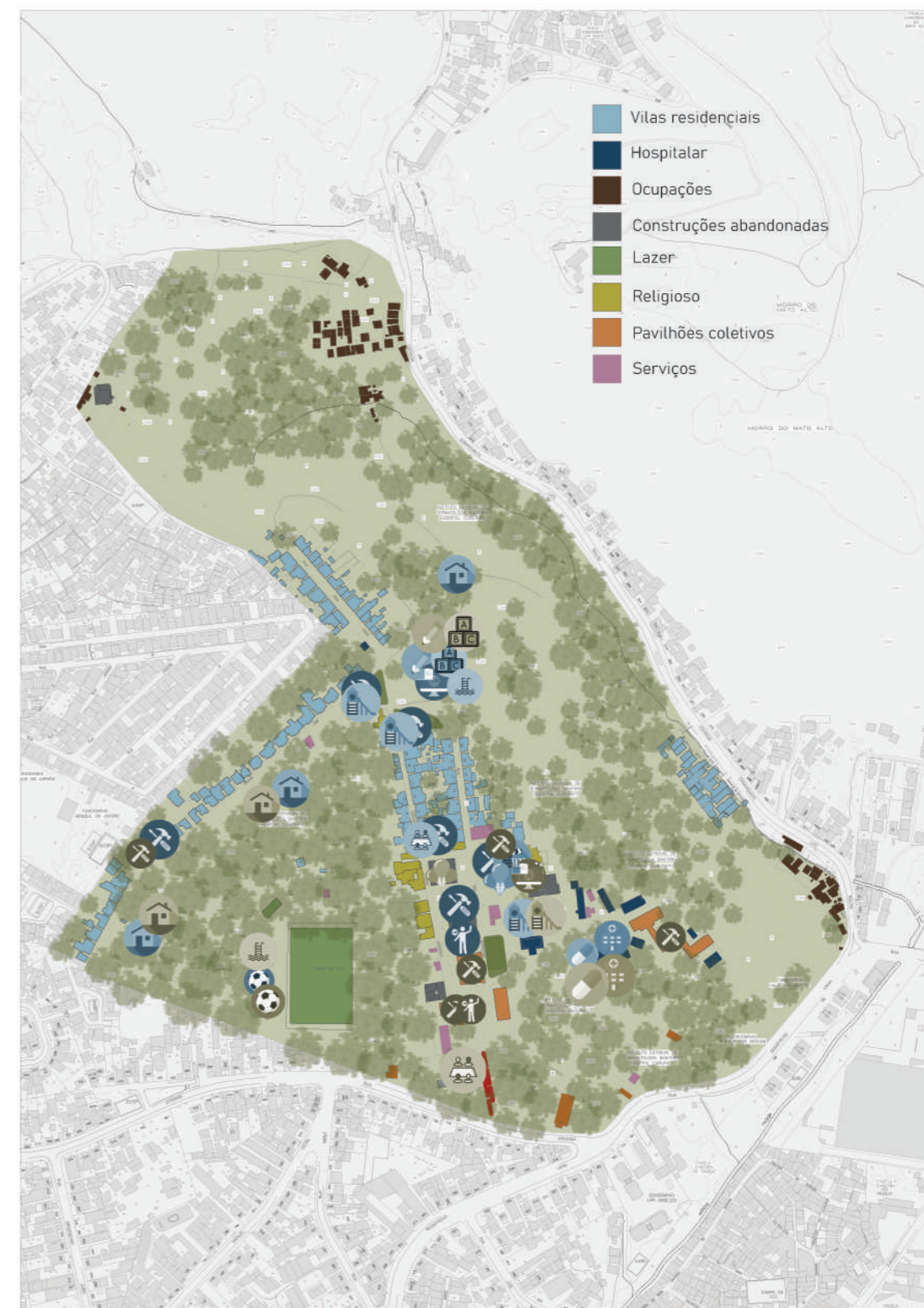


Imagem 96: Localização dos equipamentos e intervenções pela dupla de netos(as) de ex-internos.

Não pretendemos neste trabalho qualificar as escolhas enquanto certas ou erradas e produzir um plano do que seria a ocupação adequada (com zoneamento, implantação, estudo da forma etc.), sobretudo porque situar o conhecimento técnico como o de maior validade seria reproduzir o autoritarismo criticado na atuação do MORHAN. Retomamos, portanto, nosso objetivo geral, o de subsidiar (fornecer dados para) a discussão de um plano de ocupação próprio dos moradores, que incorpore a heterogeneidade da Colônia, a partir de uma análise dos desejos de ocupação, dos grupos atuantes e dos conflitos entre tais desejos e a realidade construída.

DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE: APONTAMENTOS PARA UM PLANO DE OCUPAÇÃO



Capítulo 6

Iniciaremos nossa análise com a questão que mais nos chamou atenção: a memória. Embora todas as pessoas entrevistadas (100%) tenham manifestado interesse em preservar a história do Hospital, nenhuma citou “museu” ou “centro histórico” como instrumentos de preservação ao serem perguntadas sobre quais novos espaços gostariam dentro da Colônia. Ou seja, ao mesmo tempo em que gostariam de “preservar a história do Hospital”, não veem tal preservação materializada através de construções.

Curiosamente, as duas respostas mais expressivas sobre revitalização de construções foram “Cineteatro”, “Praça do Coração (dos namorados)” e “Salão de Festas”, localizado no interior do Cineteatro. Com isso, retornamos às entrevistas para buscar, nas falas dos(as) entrevistados(as), os motivos pelos quais estas espacialidades, especificamente, foram tão citadas:

— Aqui, por exemplo, assim... **Eu gostaria muito de ter somente esse cinema, que voltasse as peças teatrais, os shows**, que tivéssemos uma vida um pouquinho mais alegre aqui porque anda muito parado. (Entrevistado 2, 73 anos, ex-interno).

— O coração eu gostaria com a mesma função, uma praça... na época, era uma coisa assim, era uma coisa inovadora pra época, tinha um formato de coração, era um lago cheio de peixinhos, os casais iam pra lá namorar, as crianças iam pra lá brincar. Ali era um local muito bonito, as pessoas iam pra lá pra tirar foto. Eu acho que eu tenho fotos no coração! E aquele espaço ficou um espaço abandonado! E o cinema, assim, como o cinema caiu em desuso, ele poderia ainda manter a arquitetura dele por dentro, né, manter o estilo dele da época, **e se tornar um salão de festas, coisa que a comunidade não tem**. (Entrevistada 3, 43 anos, filha de ex-interno, não foi enviada ao educandário).

— Havia muita recreação para a gente, muito lazer, festividades. Acabaram as festividades, principalmente a época de aniversário do Hospital, era uma festa danada. Tinha o festival da canção... nós tínhamos tudo. (...) Antigamente tinha aquela farra em que as pessoas vinham lá de fora, artistas, famosos vinham aqui. Acabou isso tudo. **Acabou o cinema, o salão de cinema, justamente o salão onde tinham festividades e os artistas vinham aqui. Eu gos-ava mais disso**. (Entrevistado 4, 79 anos, ex-interno).

— A gente teve a pracinha do cipó, em que ali poderia até virar um parquinho para as nossas crianças porque a gente não tem parque. **O coração também** (...) aqui na frente tinha um lago com jacaré, pássaros... virou uma academia [ao ar livre], tudo bem, **pena que ninguém sabe usar. O salão, que foi uma coisa muito histórica, nossas festas, onde a gente reunia todo mundo...** (Entrevistada 7, 34 anos, filha de ex-interna, não foi enviada ao educandário).

— Ah, aqui era uma beleza (...) aqui tinha muita coisa boa, **muita festa, teatro, cinema...** (...) O que eu tenho a dizer é exatamente isso que eu disse a você, o Curupaiti hoje em dia não tem mais nada, então não tem com o que você se distrair, tanto é assim que esses que estão aí internados eles não têm nem papo! **É um lugar que me deixa muito mais triste, porque você vai num quarto conversar com um colega, você não tem assunto...** (Entrevistado 19, 92 anos, ex-interno).

— A Caixa Beneficente era um dos maiores espaços culturais que o Curupaiti já teve “em matéria” do histórico do Curupaiti. **A Caixa foi a história de todo o Curupaiti e hoje infelizmente, por motivos de administrações, está fechado**. Tem um lado que a Cultura Urbana, uma ONG, está preservando, mas só que o lado do cinema, do teatro, das festas de Carnavais, esse negócio, foi abandonado. O próprio coração... que apesar dos moradores da vila 5 preserva-rem aquela área (...) era bem mais atrativo quando tinha o lago. (Entrevistado 20, 54 anos, filho de ex-interno)

— Ó, por exemplo, o aniversário do Hospital, que era uma coisa muito legal, **era festejado, era festivo, não saía confusão, era uma coisa muito legal** (...) o Carnaval daqui era muito bom, as pessoas vinham lá de fora para brincar Carnaval aqui dentro porque era um Carnaval muito legal, entendeu? **Era uma coisa... as festas no campo, as festas das crianças, entendeu?** (Entre-vistada 41, 63 anos, familiar de ex-interno).

— Olha, Nathally, esses espaços poderiam ser revitalizados em uma nova utilização não... ter a mesma utilização que sempre tiveram! Aqui mesmo poderiam construir um cinema com filme para as pessoas, porque o cinema não morreu ainda. Já? Não, né. **Passando filmes, bailes, shows, festas. A Praça do Coração poderia ser revitalizada permanecendo sendo a Praça dos Namorados**, as pessoas à noite passearem por lá... não é? (Entrevistado 52, 75 anos, ex-interno).

— **Tem que ter o salão de festas, aqui tem muita criança**, eu tenho meus netos, eu também gosto de dançar. Mas aqui não dá mais pra ter jacaré não porque antes não tinha criança atentada aqui não, agora tem, eles vão morder o jacaré [risos]... não dá não. Um parquinho para crianças, lindo, não ia durar muito não, mas ia ser lindo! (Entrevistada 69, 61 anos, filha de ex-interna, enviada ao educandário).

— Tinha salão de festas, que é o Cultura Urbana e que a gente não pode mais usar, porque é do Cultura Urbana, então se a gente quiser fazer uma festa, um 15 anos, 1 ano, um jantar, não tem mais como, **porque a gente não tem mais espaço pra fazer**. (Entrevistada 82, 30 anos, filha de ex-interna, não foi enviada ao educandário).

Nas próprias falas, pode-se notar que parte considerável do saudosismo do Cineteatro (o que inclui o salão de festas) e da Praça do Coração tem a ver com os costumes e festividades que aconteciam no espaço público, comum. Mesmo que as perguntas tratassem dos espaços construídos em si e não questionasse as atividades cotidianas neles desenvolvidas, as justificativas emergiram nas falas e evidenciaram uma questão inerente ao próprio direito à cidade: a retomada dos espaços enquanto **valor de uso**. As diferentes gerações apontam para o Cineteatro e a Praça do Coração como lugares importantes para a memória da Colônia, que não estaria vinculada, em primeiro lugar, à patrimonialização de determinadas construções, mas **aos valores atribuídos ao patrimônio que constituíram a vida cotidiana no Curupaiti**. Por este motivo, utilizamos o projeto defendido pelo MORHAN para evidenciar os equívocos de uma proposta que considera preservar a história da hanseníase (através da musealização), mas não das pessoas atingidas por ela.



Imagem 97: Reunião MORHAN no salão do Cineteatro, 2012. Fonte: Artur Custódio. **Imagem 98:** Natal para as crianças da Colônia, 2013. Fonte: Grupo Cultura Urbana.

As fotos acima (97 e 98) evidenciam o valor de uso atribuído pela comunidade ao cinema do Cineteatro, que, aos poucos, foi transformado em salão de festas.

Assim como não citaram “museus” ou “centros históricos”, também não incluíram como necessidades prioritárias um parque urbano, mas pequenas praças para crianças e espaços de lazer para idosos, pois a história a ser preservada não é somente sobre a paisagem e arquitetura das cidades hospitalais, mas sobre a retomada dos costumes que se alteraram com o desenvolvimento da Baixada de Jacarepaguá e ocupação do Curupaiti – a valorização do solo e sua consequente transformação em mercadoria. Em outras palavras, esta transformação trouxe consigo a atuação das milícias, as disputas territoriais com o tráfico, a transformação da Colônia em acesso ao Morro do Piolho, que permitiu a passagem de motos e carros de madrugada nas vilas de idosos, os roubos nos pavilhões coletivos e asilares cometidos pelos próprios moradores – que, em sua maioria, não possuem emprego –, as invasões em residências dos que não pagam taxas da milícia, a ocupação das margens do Hospital por comunidades do entorno etc.

Assim sendo, a maior preocupação desta população é com a falta de equipamentos, infraestrutura e investimentos públicos que possam modificar a realidade e condição das pessoas que ali residem, especialmente filhos(as) e netos(as) que também foram afetados pela política de isolamento da hanseníase ao crescerem em um ambiente já desprovido de políticas reparatórias e de reintegração. Com as sugestões de “cursos profissionalizantes”, “creches” e “escola”, a maioria dos moradores acredita que parte da criminalidade possa ser amenizada com outros acessos, como à educação e ao mercado de trabalho formal, que foram negados aos filhos e filhas de internos (também estigmatizados) e refletiram nas gerações seguintes.

A existência da Caixa Beneficente, que arrecadava doações para internos, da CDIG (Central de Divulgações), que trocava materiais com outras colônias, e da DACOM (Divisão Administrativa Comunitária), por exemplo, constituem parte da memória das *cidades hospitalais*. Logo, os documentos que comprovem a existência dessas organizações mantidas por internos devem constituir parte do

acervo que pretendemos preservar, mas suas dependências não possuem, atualmente, o mesmo valor de uso para a comunidade, e por isso não foram citadas como espaços a serem revitalizados.

Por esta razão, o trabalho se debruçou sobre a perspectiva dos moradores, concluindo que um projeto que não dialoga com o corpo social, poderá propor algo distante ao valor de uso atribuído pelos usuários e, ainda, reforçar a hegemonia da produção das cidades, submetendo o direito à memória exclusivamente a ações de patrimonialização e ao discurso técnico. Cabe frisarmos que as ações de patrimonialização, como o projeto de um museu para a Colônia, possuem sua importância na preservação da história das *cidades hospitalais*, mas situá-los deliberadamente como soluções únicas à realização do direito à memória exclui, por consequência, a história que se realiza no cotidiano.

A segunda questão a ser analisada é a necessidade de preservação do muro apontada nas falas dos moradores. Ao serem perguntados se gostariam que os muros do Hospital fossem retirados, muitos responderam negativamente:

— Não gostaria. **Existe a necessidade de muro por ser uma instituição de saúde**, como todos os muros que existem, de casa..., mas esse muro hoje permite adentrar e sair. **Mas não ter muro nenhum também compromete a própria segurança.** Ele só precisa estar desenhado de forma correta, com entrada, saída e controle de como se entra e se sai. Hoje as pessoas podem ir e vir sem precisar se justificar. (...) **O muro tem que existir para proteger, não para aprisionar.** (Adriene, diretora do Hospital, 2020)

— Atualmente, não. **O motivo é que haveria muita invasão. Eu acho que seríamos prejudicados.**

— Não. **Hoje, por questão de segurança, porque ainda mora muita gente deficiente, que precisa de segurança.** (...) A gente pegava carona na diversão que tinha aqui, que eram os bailes, as festas, aniversário do hospital que era uma festa muito boa... **E aqui, por ter os muros, que muitas pessoas não entravam aqui, a gente tinha segurança.** A gente podia brincar, correr até tarde, **aqui não tinha perigo nenhum e agora tem!** Com a abertura, como virou comunidade, aqui tem pessoas que moram que não tem vínculo nenhum com o doente. Se abriu ainda mais para a comunidade lá do morro.

— Não. Não tem necessidade. **Com muro ou sem muro as pessoas estão invadindo. Com muro ou sem muro nós perdemos a nossa liberdade e os nossos direitos.** Tanto faz, não adianta nada.

— Se retirar o muro acho que vai perder a característica. **Invasão... Isso aqui já está meio estranho.** Praticamente tenho 30 anos de Curupaiti, já não é uma coisa que eu via há muitos anos atrás ou vivia quando era pequena. Mudou muito.

— Eu acho que deveria manter como uma **forma de proteção pra eles [idosos] e até como forma de controle de quem entra.**

— A gente fica com medo de virar uma certa bagunça, porque já tem, mas a gente não gostaria que virasse mais, **é como se fosse um condomínio, para não virar bagunça.**

— Não! Pra falar que é o Curupaiti. **Eu queria que aqui virasse um condomínio, né.**

— Assim, se fosse por uma boa causa pra gente entrar mais rápido do que dar um voltão, seria melhor, **mas que não abrisse tudo.**

— É uma média segurança. Você imagina isso aí aberto, a Atininga é logo aqui, **o pessoal ia começar a invadir pra cá, ia ficar meio bagunçado**, já é né, ia ficar mais.

— Não. Porque, sei lá... Segurança não, porque nossa segurança primeiramente é Deus, **mas porque estamos acostumados.** Sempre teve o muro.

— Ih, aí danou-se. Não. **Aí se abrir tudo vai virar bagunça.** Não... eu adoro me sentir na jaula [risos].

— Não. **Porque teria uma invasão em massa**, porque hoje ninguém tem mais aquele medo que tinha da doença, que antigamente tinha, eu acho que ia ser desproporcional, acho que não valeria a pena não.

— Isso é uma opinião minha, particular. **Esse muro ainda é uma proteção pra gente** [ex-internos]. Esse muro, há tempos, houve um grupo aí enorme que andou fazendo campanha para derrubar o muro, mas o grupo do "não" foi maior.

Durante as entrevistas, um casal de ex-internos discordou, entre si, sobre a necessidade do muro. O entrevistado 23 acredita não ter possibilidade de fechar o muro onde foi quebrado, pela atuação da milícia, mas ambos concluíram que o acesso ao Morro do Jordão não deveria existir.

Entrevistado 23: — Hoje não há mais essa necessidade porque nem segurança no portão estão ficando mais, o portão fica escancarado, **então o muro não faz diferença mais. O muro fazia diferença quando nós tínhamos portão encostado, ou seja, nós tínhamos o controle de quem entrava e quem saía**, inclusive eu fui segurança interno do Hospital.

Entrevistada 24: — Eu, na minha opinião, **eu acharia que deveria fechar tudo, para a gente viver a nossa vida** e o pessoal de lá [do Morro do Piolho] passar pelo Jordão...

Entrevistado 23: — Mas para isso tinha que haver controle!

Entrevistada 24: — É, tinha que haver o controle! Eu acharia legal [manter fechado], porque essas motos... tem muitos doentes antigos aqui dentro ainda que sofrem, aí não podem dormir direito, porque são incomodados... **muita gente vem de fora para dentro, aí incomoda**... Eu criei meu filho assim: aqui é o lugar deles, das pessoas que têm Hanseníase. Aqui é o lugar deles (...) **O muro poderia continuar por uma questão de segurança.**

Entrevistado 23: — ...Também. **Como um condomínio, né? Ter um segurança no portão de entrada**, que é o que não tem! O muro até existe...

Entrevistada 24: — **Mas o muro não existe por completo, lá em cima o muro é quebrado**, é quebrado [no Morro do Piolho/Jordão]! **Lá é o principal [lugar] onde teria que ter [o muro]!**

Entrevistado 23: — ...Também acho, **mas é inviável**, sem comentários aquilo lá... [risos]. Você entendeu, né, Nathally? [milícia].

Os dados obtidos apontam que aproximadamente 96% das pessoas entrevistadas não gostariam da retirada dos muros, para preservar a "segurança" que resta no Hospital, evitar invasões territoriais ou, ainda, transformar a Colônia em um condomínio. Em dois mapas dos desejos, as duplas propuseram o fechamento do muro no acesso ao Morro do Piolho, para que os moradores utilizem somente o acesso pela favela do Jordão. No terceiro mapa, feito por netos de ex-internos, o acesso foi mantido, pois há bastante interação entre os jovens da Colônia e a comunidade externa, especialmente nas festividades que acontecem no Morro.

O acesso ao Morro do Piolho é um dos principais conflitos dentro da Colônia: ao mesmo tempo em que a interação entre os moradores internos e externos foi estabelecida, o acesso que permite tal interação, é o mesmo que facilita a atuação da milícia dentro do Hospital e intensifica a circulação de carros e motos em alta velocidade nas vilas residenciais durante todos os períodos do dia, incluindo a madrugada.

Sobre este conflito, não podemos classificar os posicionamentos como certos ou errados, mas podemos apontar algumas questões que consideramos pertinentes ao debate: a presença do muro não só não resolverá o problema da violência na Colônia – muitas praticadas pelos próprios moradores – como tampouco resolverá o déficit habitacional do entorno. O muro também não impedirá os conflitos entre a milícia e o tráfico, pois estes já acontecem e se intensificam ano após ano, com ou sem muro. E ainda que fosse possível transformar o Curupaiti (um solo público, de propriedade do Governo Federal) em uma espécie de *cidade-condomínio*, como esta transformação aconteceria? Através da venda e privatização da Colônia? Mesmo que o capital imobiliário se encarregasse de construir uma *cidade-condomínio* de 1,3km², rodeada de favelas, o histórico de valorização do solo em regiões de ocupação – ou histórico de urbidícios – não indicariam qualquer cenário favorável aos moradores do entorno e do Curupaiti.

E se considerássemos a permanência dos moradores nas casas das vilas, que possuem promessa de concessão de uso por 99 anos, o que aconteceria com as ocupações irregulares dentro da própria Colônia, de filhos(as) e netos(as), mostradas no capítulo anterior? A iniciativa privada simplesmente cederia parte da terra para as famílias ocupantes? Tais questões precisam ser discutidas entre os moradores para que estes estejam conscientes do que o imaginário de condomínio, dotado de toda a infraestrutura que gostariam (escolas, creches, cursos, piscina, shopping...), representaria na prática.

O Curupaiti corresponde a uma grande parcela de solo que será disputada futuramente. O Estado, que custeia toda a infraestrutura do Hospital, custeia também o fornecimento de energia e água para todas as famílias da Colônia, possuindo ou não vínculo com ex-internos. Quando não houver mais idosos nos pavilhões asilares e comuns, o que acontecerá com toda a estrutura, hoje superdimensionada, do Hospital?

Segundo a diretora do IEDS, no Curupaiti a atenção da hanseníase é terciária. A atenção primária é de responsabilidade das clínicas da família, para que as pessoas atingidas possam ter atendimento nos bairros em que residem. Hospitais públicos e universitários, como do Fundão, são responsáveis pela atenção secundária (como cirurgias de baixa complexidade) e o Curupaiti, responsável pela atenção terciária, como cirurgias de alta complexidade e internações de longa permanência, mas com o tratamento por PQT (poliquimioterapia), os casos de atenção terciária são quase nulos. Ou seja, parte expressiva do atendimento do hospital é voltada para os idosos que foram isolados e possuem limitações físicas ocasionadas pela doença. Quando não houver mais idosos asilados, o que será da Colônia? Caso o Governo Federal decida privatizá-la, certamente não será uma decisão negociada e muito menos dialógica.

É preciso que a discussão da especulação imobiliária chegue aos moradores, pois esta molda a cidade sem qualquer controle público ou social, sempre em função de seus interesses. O capital imobiliário é o responsável pelo mecanismo de expulsão, sobretudo através dos aluguéis. A maior parte da classe trabalhadora não possui casa própria e depende da regulação do estado – que não acontece – para se manter em regiões onde o solo foi valorizado e elitizado. Logo, esta deve ser uma pauta não só de quem reside na Colônia, mas das comunidades adjacentes, que também correriam risco de remoções parciais caso um espaço da extensão do Curupaiti fosse vendido à iniciativa privada.

Por último, a terceira questão a ser analisada refere-se aos equipamentos urbanos. Nos três mapas, a maioria dos equipamentos foram alocados em dependências abandonadas do Hospital e o muro foi preservado. No primeiro, inclusive, o trio de ex-internos optou pela implantação de um “batalhão da polícia militar” no alto do Curupaiti, em frente ao Morro do Piolho (pois a delegacia, sugerida nas entrevistas, e o fechamento do acesso ao Morro não seriam suficientes). Para um dos ex-internos, também “não poderia ser a polícia do 18º batalhão, cheia de milicianos, tem que ser outra polícia”. Não foi debatido, no entanto, se a implantação de um batalhão em frente ao Morro do Piolho, rodeado de favelas de intensa guerra com o tráfico, intensificaria tais conflitos.

Outro aspecto observado sobre a escolha das implantações foi que nenhum dos mapas foram inseridos “shopping” e “banco 24h”, por uma questão de “segurança dos próprios funcionários, que estariam vulneráveis à ação dos milicianos”. Nas entrevistas, os moradores também não consideraram a necessidade de um espaço para alocar o trabalho informal, que tem descaracterizado o Cineteatro, ou ocupar uma das construções abandonadas (como a antiga psiquiatria, em frente ao Cineteatro) para situar as atividades comerciais. Além disso, em nenhum deles foi considerada, por exemplo, a possibilidade de **localizar parte dos equipamentos públicos nas fronteiras**, de forma a ensaiar sobre possíveis substituições do muro e **permitir o acesso direto às comunidades adjacentes**, que carecem da mesma infraestrutura e possuem problemas similares quanto à educação, ao lazer e à criminalidade.

Decerto, uma requalificação do Hospital não virá meramente da implantação de equipamentos urbanos ou do desenho, sem que se atente à dimensão política. Por este motivo, o trabalho não intencionou uma solução projetual para as questões apontadas, mas buscou identificar os desejos dos moradores e, em especial, pontos de reflexão crítica que possam ser trabalhados coletivamente na Colônia, como um incentivo à organização interna para além do Núcleo do MORHAN, assim como em tantas outras favelas que instituem inúmeras formas de debate e mobilização popular. A interação dialógica deve ser preponderante na introdução de novos sujeitos sociais para que as questões resultantes da discussão do planejamento urbano possam incluir os reais problemas enfrentados por quem vivencia a cidade, na busca por soluções voltadas para pessoas e pelo valor de uso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Delimitar o estudo sobre um objeto carregado de história como o Hospital Colônia Curupaiti não foi uma tarefa fácil. As considerações apresentadas neste trabalho buscaram apontar, de maneira simplificada, uma face pouco explorada da urbanização do Rio de Janeiro: a espacialização da saúde nas cidades hospitalares e a problemática a partir da reintegração social.

Os dois primeiros capítulos objetivaram investigar a história do objeto, seus antecedentes históricos e suas espacialidades. O terceiro capítulo buscou situar a problemática da reintegração a partir do processo de desospitalização e das ações indenizatórias, em um comparativo com o processo de desinstitucionalização das colônias psiquiátricas. O quarto capítulo se debruçou sobre o contexto atual no qual a Colônia está inserida, sua heterogeneidade, seus conflitos e relação com o entorno. Apoiado nas questões identificadas no quarto capítulo, a metodologia da pesquisa de campo foi desenvolvida. No quinto capítulo foram apresentados os métodos e dados obtidos nas entrevistas e nos mapas dos desejos para que, no sexto capítulo, estivessem dispostos os apontamentos para subsidiar a discussão de um plano de ocupação para a Colônia com os moradores.

O campo da Arquitetura e Urbanismo, em especial sua parte técnica, nos direciona para a busca de soluções projetuais como se, dentro deste caráter, estivesse alheio à dimensão política ou descontextualizado, ou ainda como se as respostas devessem emergir exclusivamente do campo acadêmico, que, deslocado do diálogo com o corpo social, pode reproduzir ou reforçar os problemas existentes. O conhecimento técnico deve auxiliar na busca por melhores soluções, mas não deve ser utilizado como instrumento de sobreposição e deslegitimação de outros saberes.

Durante a crítica ao autoritarismo do MORHAN, foi preciso revisar os próprios objetivos do trabalho, que, inicialmente, se propôs a subsidiar um projeto de requalificação urbana. Mas, com as limitações impostas pelo tempo disponível e pelo quadro de saúde pública, as reuniões e diálogos necessários para se pensar, conjuntamente, em formas de atuação sobre o solo, como a autogestão de parte do território e intervenções autônomas (proposta pelos moradores e materializada na delegacia), também foram limitados. Subsidiar uma proposta de requalificação urbana, nessas circunstâncias (baseadas em entrevistas e mapas), seria o mesmo que utilizar o conhecimento técnico para propor uma “solução” final – e que não necessariamente, seria a mais adequada. Neste processo de pesquisa e descoberta, o próprio trabalho foi sendo moldado, aproximado da incerteza e afastado da concretude.

Pretendemos dar continuidade à interação dialógica iniciada, buscando caminhos para fomentar o debate dentro da Colônia e estimular propostas que surjam a partir de opiniões conflituosas entre si, como as intervenções apontadas sobre o muro, situando o papel político da Arquitetura e do Urbanismo na busca pela participação de diferentes extratos sociais no ato de pensar a produção da cidade. Entendemos que os instrumentos legais disponíveis devem ser de

de todo o corpo social, para que seja possível fiscalizar, repensar e disputar a regulação das forças que produzem a cidade em detrimento de uma classe sobre outras. Por isso, as propostas aqui apresentadas foram apenas o esboço de uma análise da própria realidade, na tentativa de contribuir para a introdução do pensamento crítico de algumas possíveis consequências dos desejos mapeados.

A Arquitetura e o Urbanismo, por si só, não são capazes de responder a todos os questionamentos ou de sanar todos os problemas da cidade, mas é preciso identificá-los para que não sejam agravados por uma atuação interpretada, equivocadamente, como “apolítica” e que busca solucioná-los meramente pela forma. A mesma hegemonia que produz as cidades torna abstrato o trabalho do arquiteto, isentando-o da reflexão sobre os impactos de sua própria atuação. É preciso, então, buscar caminhos coletivos de ruptura para que se alcance uma prática emancipatória. Finalizamos este trabalho, então, com uma reflexão frequentemente apontada durante as aulas de História por minha querida professora Mariana: “Ao reivindicarmos nosso direito de existir na cidade, reivindicamos também uma nova forma de estar no mundo”.

REFERÊNCIAS

- AMORA, A. A. **O lugar do público no Campeche**. Dissertação (Mestrado) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 1996.
- AMORA, A. A. **Utopia ao avesso nas cidades muradas da hanseníase: apontamentos para a documentação arquitetônica e urbanística das colônias de leprosos no Brasil**. Cadernos de História da Ciência, vol. V, 2009.
- AMORA, A. A.; COSTA, R.; QUARESMA, F. P. B.; RIBEIRO, T. C. **El Hospital Colonia de Curupaiti: su historia, su trazado urbanístico e sus edificaciones**. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2016.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BOULOS, G.; KAPP, S.; CRISTIANE, C.; PÉRICLES, L.; GONÇALVES, I. **Se morar é um direito, ocupar é um dever**. In: PISEAGRAMA (Org.). *Urbe Urge*. Belo Horizonte: PISEAGRAMA, 2018.
- CASTRO, S. M. S. de; WATANABE, H. A. W. **Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos**. Hist. cienc. Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2009.
- DINIZ, O. **Profilaxia da Lepra. (Evolução e Aplicação no Brasil)**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Medicina Militar, 1960.
- DUVERGER, M. **Métodos de las ciencias sociales**. Barcelona: Ariel, 1962.
- FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 25. ed. São Paulo: Graal, 1979, ed. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HARVEY, D. **O direito à cidade**. Revista Piauí, nº 82, 2013.

MORHAN. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase. **Relatório consolidado do I Seminário Nacional dos Antigos Hospitais-Colônia de Hanseníase**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. 2005.

OLIVEIRA, C. P. M. C. de. **De lepra à hanseníase: mais que um nome, novos discursos sobre a doença e o doente 1950-1970**. Recife: O autor, 2012.

OLIVEIRA, M. A. S. A. de. **Zona Oeste da Cidade do Rio de Janeiro: entre o rural e o urbano**. Iluminuras, Porto Alegre, v. 18, n. 45, p. 325-349, 2017.

RIBEIRO, C.R. **Ouro Preto, ou a produção do espaço cordial**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2009.

RIBEIRO, C. R.; SIMÃO, M. C. R. **Memória e direito à cidade: Políticas urbanas contemporâneas de Ouro Preto**. Thésis, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 180- 195, 2016.

RIBEIRO, C. R.; **Patrimônio, Globalização, Justiça Social e Direito à Cidade: questionamentos teóricos a partir das alterações recentes do Rio de Janeiro**. Encontro Internacional ArquiMemória. Bahia, 2017.

ROLNIK, R. **O lazer humaniza o espaço urbano**. In: SESC SP. (Org.). *Lazer numa sociedade globalizada*. São Paulo: SESC São Paulo/World Leisure, 2000.

SANTOS, R. E.; SILVA, M. M. de A.; MAGALHÃES JR, A. P. **Belo Horizonte Underground: os sistemas de saneamento e as canalizações dos cursos d'água da Nova Capital de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.

SOUZA-ARAÚJO, H. C. **História da Lepra no Brasil**. 3.v. v.1. Períodos Colonial e Monárquico (1500-1889). Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1946.

TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VENANCIO, A. T. A. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX**. Hist. cienc. Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 35-52, Dec. 2011.

VIEIRA, M. L. **Os rumos da cidadania das pessoas atingidas pela hanseníase: uma análise do papel do Morhan no contexto da Constituição de 1988**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2009.

VIDICH, A. e LYMAN, S. **Métodos qualitativos: sua história na Sociologia e na Antropologia**. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Serviço de Obras

No processo n. S. E. 9.531-37, do D. N. S. "Lepra no Distrito Federal", a fls. 17 o Sr. diretor geral de Saúde, fez a seguinte exposição:

"Sr. ministro — Em 5 de janeiro de 1937 o Ermo. Sr. Presidente da República, na distribuição que mandou fazer das verbas para lepro-sários, destinou 1.045 contos a Curupaí, com a seguinte aplicação:

	Contos
Novas construções	620
Aquisição de terrenos para ampliação da colônia	60
Instalações e arruamento	130
Raios X caldeiras de vapor, câmara frigorífica, fábrica de gelo	80
Manutenção de doentes novos	155
	1.045

A discriminação da quota destinada a construções (620 contos), à vista das ponderações do Serviço de Obras (processo 71-37, fls. 1-verso), foi alterada e sujeita à aprovação do Sr. Presidente da República, que por despacho de 16 de junho (fls. 21) determinou que aquela importância fosse empregada na edificação de:

10 grupos de casas geminadas de 12 leitos cada um; 10 casas simples para 6 doentes cada uma; 1 pavilhão para 90 doentes.

Tendo sido dispensada, ainda por despacho de 5 de janeiro do Sr. Presidente da República, a concorrência, foi pedido um primeiro adiantamento para custeio das obras e serviços aprovados, na importância de 565.000\$000, em nome do médico da Colônia, Dr. Frederico Tavares Lobato. Este adiantamento teve a seguinte aplicação:

Obras de construção das casas e do pavilhão, a cargo do Serviço de Obras deste ministério, sob a fiscalização do engenheiro Dr. Pedro Paulo	400:000\$000
Arruamento, idem, idem	78:891\$000
Aquisição de uma instalação de Raios X Siemens	40:000\$000
Aquisição de uma instalação frigorífica General Electric, do orçamento anterior e que foi fornecida por igual preço, ainda com a bonificação de máquina de maior fabricação e construção grátis da câmara de alvenaria e mais azulejamento completo da sala de frigorífico	23:950\$000
Fornecimento, instalação, de uma caldeira, patenteada "Eureka", inclusive construção de alvenaria do valor de dezeseite contos e seiscentos mil réis (17:600\$000), preço da fábrica, por	16:000\$000
Instalações diversas	6:998\$000
Saldo recolhido ao Tesouro Nacional	161\$000
	565:000\$000

Para a finalização dos serviços já autorizados torna-se mister a concessão de um segundo adiantamento de 480 contos, pedido ainda para o Dr. Lobato, que ao que informa a Diretoria de Contabilidade só tinha um adiantamento a comprovar, o de 565 contos.

Perfazem os dois a cifra de 1.045 contos, a quanto monta o total autorizado.

Esses 480 contos deveriam ser empregados do seguinte modo:

Construções confiadas ao Serviço de Obras	220:900\$000
Aquisição de terrenos anexos para ampliação da Colônia	60:000\$000
Instalações diversas e arruamento	45:000\$000
Manutenção de doentes novos	130:000\$000
Aquisição de uma ambulância	25:000\$000

Devo esclarecer que a aquisição da ambulância foi autorizada pelo Sr. Presidente da República (fls. 5 verso), por despacho de 8 de setembro, deduzida a importância de 25 contos da primeiramente destinada a manutenção de doentes novos e que era de 155 contos.

Não sendo, porém, necessária a importância de 130 contos para manutenção de novos doentes, uma vez que, por não ter sido ainda adquirida a ambulância, não se pôde fazer com a intensidade esperada a sua remoção e convindo, por outro lado, tornar muito mais eficiente a instalação do sistema de tratamento das águas de esgotos da Colônia, dotá-la, à entrada, de portão condigno, dar andamento às obras do pavilhão de diversões dos doentes, apenas iniciado pela Pedregação das Associações aos Lázarus, telar os novos pavilhões e adquirir, com urgência, com camas de ferro para doentes, proponho a V. Ex. que a referida quota de 130 contos seja distribuída da seguinte maneira, de acordo com orçamentos do Serviço de Obras, na parte relativa ao assunto:

Construção de uma entrada da Colônia, com portões para automóveis e pedestres	24:000\$000
Terminação da estação de tratamento para as águas de esgoto da Colônia	30:000\$000
Obras de alvenaria do pavilhão de diversões dos doentes	30:000\$000
Telagem dos novos pavilhões	7:000\$000
Aquisição de 100 camas de ferro até 90\$000 cada	9:000\$000
Manutenção de doentes novos	30:000\$000

Caso concorde V. Ex. com a proposta, solicito sejam conseguidas do Sr. Presidente da República autorizações:

- a) para modificação orçamentária;
 - b) para ser entregue o adiantamento de 480 contos ao Dr. Frederico Lobato;
 - c) para ser dispensada a concorrência pública também para as novas realizações, à vista da premência de tempo. — Barros Barreto.
- O Sr. ministro submeteu o assunto a consideração do Sr. Presidente da República que exarou o seguinte despacho: "Autorizado. Em 3-11-37. — G. VARGAS."

EXPEDIENTE DO SR. SUPERINTENDENTE

Dia 24 de dezembro de 1937

Sr. ministro:

Processo n. 224-37 — Desapropriação dos imóveis situados na rua General Canabarro ns. 280, 280-A, 300 e 308.

— Sr. diretor de Contabilidade:

Processo n. 29.723-37 — Estação de Rádio.

— Sr. diretor do Hospital São Francisco de Assis:

Processo n. 182-37 — Hospital São Francisco de Assis — Trabalho na máquina de lavar e na centrífuga da lavanderia.

Departamento Nacional de Educação

EXPEDIENTE DO SR. DIRETOR GERAL

Dia 27 de dezembro de 1937

Registro de professores:

- N. 396136 — Dante Poggetti. — A' Comissão Especial.
- N. 1.985136 — José Miguel Beraldi. — Deferido.
- N. 1.641137 — Hermínia Recca. — Restituam-se, mediante traslado os documentos de fls. 2, 4, 5, 6 e 10, não podendo ser devolvido o requerente o documento de fls. 9.
- N. 7.862137 — Antônio Boucher Pinto. — Deferido.
- N. 24.724137 — Jônatas Dias de Castro. — Deferido.
- N. 26.429137 — Osvaldo Pereira da Cruz. — Deferido.
- N. 30.237137 — José Duarte Magalhães. — Deferido.
- N. 32.608137 — José Antônio Martins Romeu Filho. — Deferido.
- N. 36.052137 — Antônio Prado Junior. — Deferido.
- N. 36.533137 — Ilka Brandão Couto. — Deferido.
- N. 36.829137 — Afonsina Emília Candida Ribeiro. — A' Comissão Especial.
- N. 36.845137 — Oton Afonso de Souza Paraiso. — Completado os selos dos documentos de fls. 29, 30 e 31.
- N. 36.858137 — Manuel Eduardino da Silva Couto. — Satisfaca-se as seguintes exigências: a) juntar prova de identidade; b) completar os selos dos documentos de fls. 3, 5 e 6; c) completar o atestado de fls. 9 e 10, com especificação dos períodos que lecionou e das disciplinas também lecionadas.
- N. 37.075137 — João de Lamare São Paulo. — Requeira registro.
- N. 37.540137 — Jurandir Campos. — Deferido.
- N. 37.566137 — Edith Silva. — Restituam-se, mediante traslado.
- N. 37.755137 — Geraldo Magela Bicalho Lopes. — Completado o selo da carteira de identidade.
- N. 37.810137 — Lauro Reinaldo Muller. — Restituam-se, mediante traslado, os documentos de fls. 3, 4, 5, e 7, não podendo ser devolvido ao requerente o de fls. 2.
- N. 38.248137 — Francisco de Assis Fontes. — Deferido, para caligrafia.
- N. 38.251137 — Darcília Noronha de Oliveira. — Deferido.
- N. 38.289137 — Henrique José Adri. — Deferido.
- N. 38.307137 — Jorge Kubrusli. — Indeferido.
- N. 38.479137 — Ursulina Catarina Catani. — Apresente certidão ou documento equivalente esclarecendo as disciplinas estudadas no Instituto a que se refere o documento de fls. 6.
- N. 38.480137 — Hilda Silveira Gomes. — Apresente certidão ou documento equivalente esclarecendo as disciplinas estudadas no Instituto a que se refere o documento de fls. 6.
- N. 39.041137 — Alice Lopes. — Faça prova de identidade, de acordo com o n. 4 das instruções de 18 de julho de 1935.
- N. 39.012137 — Tereza Velardo. — Idem, idem.

DIVISÃO DE ENSINO SUPERIOR

Registro de diplomas.

- N. 3.677137 — Francisco Paulo Jansen. — Deferido.
- N. 7.794137 — Epaninondas Santarin. — Restitua-se, mediante recibo e verificada a identidade do procurador.
- N. 8.583137 — Antônio Brandão Pinto. — Deferido.
- N. 9.062137 — Benedicto de Siqueira Cardoso. — Deferido.
- N. 9.065137 — Maria Nogueira Cardoso. — Deferido.
- N. 11.533137 — Edmundo de Amaral. — Deferido.

ANEXOS



Parágrafo único — Os dormitórios para doentes e respectivos anexos obedecerão, no que lhes for aplicável, às prescrições deste Decreto, relativamente às construções hospitalares.

Art. 391.º — As cozinhas deverão dispor de espaços convenientes para os serviços necessários, instalação conveniente para lavagem de pratos e panelas e espaço para instalação de câmara frigorífica fixa ou móvel, e compartimentos anexos para serviços de copa e para depósito de mantimentos.

Parágrafo único — As paredes, até a altura de um metro e oitenta centímetros (1m,80) pelo menos, assim como o piso serão revestidas com material liso, resistente e impermeável.

Art. 392.º — Havendo lavanderia deverá ser observado na respectiva instalação o que dispõe o artigo 419.º.

Art. 393.º — Os asilos deverão dispor de reservatório de água com capacidade mínima, em litros, correspondente ao resultado da multiplicação por trinta (30) da área total dos pisos dos dormitórios.

Art. 394.º — Nos asilos para menores será exigido mais o seguinte:

- 1) — salas de classe com área total mínima correspondente a um quinto (1/5) da soma das áreas dos dormitórios;
- 2) — ginásio;
- 3) — campos de jogos.

Art. 395.º — Para as salas de classe, auditório, ginásio e campo de jogos, serão aplicadas as disposições do capítulo referente a escolas.

Art. 396.º — Na instalação e no aparelhamento contra incêndio, além de ser observado o que for aplicável dentro as determinações deste Decreto relativas ao assunto, será obedecido o que para cada caso especial o Corpo de Bombeiros indicar.

Seção VI

CONSTRUÇÕES HOSPITALARES

Art. 397.º — Além das disposições deste Decreto que lhes forem aplicáveis, as construções hospitalares deverão satisfazer ao que estabelece a presente seção.

Art. 398.º — As construções hospitalares não deverão ser feitas a menos de oitenta (80) metros de distância de estabelecimentos de indústria pesada, de diversões, de via férrea, escolas, casernas e depósitos de inflamáveis e de duzentos (200) metros de cemitérios.

Parágrafo único — A distância em relação a cemitérios poderá ser reduzida desde que não possa haver de qualquer ponto do hospital visibilidade sobre qualquer ponto do cemitério.

Art. 399.º — Quanto à ocupação máxima do terreno, as construções hospitalares obedecerão ao que dispõe este Decreto em relação aos edifícios de ZR1, ZR2 e ZR3 e mais às seguintes condições:

a) terem um afastamento mínimo de dez (10) metros do alinhamento e divisas, quando edificado nas ruas de ZR1, em que a altura máxima permitida dos edifícios for de vinte e um metros (21m,00);

b) terem um afastamento mínimo de quinze (15) metros do alinhamento e divisas quando edificados nas ruas de ZR, em que a altura máxima permitida dos edifícios for de trinta e quatro metros (34m,00);

c) terem um afastamento mínimo de cinco (5) metros do alinhamento e divisas, quando não apresentando mais de três (3) pavimentos; serem edificados em ZR2 ou ZR3.

§ 1.º — Tratando-se de construção de mais de três (3) pavimentos em ZR2 e ZR3, o afastamento mínimo de cinco (5) metros será aumentado de tantas vezes dois (2) metros quantos forem os pavimentos excedentes de três.

§ 2.º — Tratando-se de logradouro dotado de linha de carnis, o afastamento mínimo do alinhamento será de quinze (15) metros.

§ 3.º — Os hospitais ou casas de saúde para doenças mentais ou nervosas edificados em ZR2 e ZR3, deverão ter um afastamento mínimo de quinze (15) metros do alinhamento e divisas devendo, além disso, ser observado o acréscimo de dois (2) metros por pavimento excedente de três (3), quando se tratar de construção de mais de três pavimentos.

§ 4.º — Não será permitida em ZR1, a construção nem a instalação de hospitais e casas de saúde para doenças mentais ou nervosas.

Art. 400.º — Não será permitida a construção nem a instalação de estabelecimentos de indústria pesada, de casas de di-

versões, de escolas e de depósitos de inflamáveis, a uma distância menor que oitenta (80) metros, de hospitais ou casas de saúde.

Art. 401.º — O pé direito mínimo nos compartimentos de permanência prolongada (diurna ou noturna) das construções hospitalares será de três (3) metros.

Art. 402.º — Nos corredores menores de seis (6) metros, nos depósitos, camaras-escuras, vestibulos, banheiros, W.C., quando esses compartimentos não tiverem área maior de quinze (15) metros quadrados, o pé direito poderá baixar a dois metros e quarenta centímetros (2m,40).

Art. 403.º — Os corredores principais de todos os edifícios hospitalares terão a largura mínima de um metro e sessenta centímetros (1m,60) e os secundários a largura mínima de um metro e vinte centímetros (1m,20).

Parágrafo único — Serão considerados principais os corredores que puderem ser utilizados para trânsito permanente ou eventual de doentes e desde que seu comprimento não seja inferior a seis (6) metros.

Art. 404.º — A pavimentação dos corredores será de material resistente, liso e impermeável, não sendo permitido o simples cimentado, admitindo-se, entretanto, o ladrilho de cimento nos corredores dos hospitais construídos em ZR3 e ZA.

Parágrafo único — Nos corredores poderá ser usada a pavimentação de tacos de madeira, de linóleo ou congêneres, desde que para eles abram dormitórios de doentes, ou que sirvam exclusivamente a compartimentos destinados à administração ou a residência de pessoal.

Art. 405.º — Os edifícios hospitalares de mais de um pavimento terão, ligando os pavimentos, pelo menos uma escada com as seguintes dimensões: largura mínima de um metro e cinquenta centímetros (1m,50); altura máxima dos degraus: dezesseis centímetros (0m,16); profundidade mínima dos degraus: trinta centímetros (0m,30), excluindo o bocel.

§ 1.º — O número de escadas que deverão existir obrigatoriamente nas condições deste artigo, para ligar dois pavimentos sucessivos, será dado pelo quociente por excesso de área em metros quadrados do pavimento mais elevado dos dois, dividida por quinhentos (500).

§ 2.º — Nenhuma dessas escadas obrigatórias galgará mais de dois metros (2m,00) em altura, sem, pelo menos, um patamar intermediário, de um metro (1m,00), no mínimo, de profundidade.

Art. 406.º — Quando um edifício hospitalar tiver mais de um pavimento será obrigatória a existência de elevador.

§ 1.º — O número mínimo dos elevadores que deverão ir a cada pavimento será igual ao quociente por excesso da soma das áreas em metros quadrados do pavimento considerado e dos pavimentos inferiores, com exclusão do terço, dividida por mil e quinhentos (1.500).

§ 2.º — Ficam livres da exigência deste artigo, os hospitais e casas de saúde de dois (2) pavimentos apenas, quando destinados a manicômio, clínica psiquiátrica ou neurológica, preventivo, clínica infantil, leprosário e sanatório de tuberculosos, sendo a dispensa, neste último caso, considerada apenas para os sanatórios de assistência gratuita.

§ 3.º — Quando houver apenas um elevador, a cabine deverá apresentar internamente as dimensões mínimas de dois metros e vinte centímetros (2m,20) por um metro e dez centímetros (1m,10).

§ 4.º — Quando houver mais de um elevador, deverá ser, pelo menos, para um deles, observada a determinação do parágrafo precedente.

Art. 407.º — Nos hospitais de mais de dois (2) pavimentos é obrigatória a instalação de monta-cargas para serviços de copa.

Art. 408.º — É obrigatória a instalação contra-incêndio, devidamente aprovada pelo Corpo de Bombeiros.

Art. 409.º — Quanto às instalações sanitárias serão obrigatórios nos hospitais, os seguintes mínimos:

a) instalações destinadas ao pessoal: em cada pavimento, um W.C. e um lavatório para trezentos (300) metros quadrados de pavimento;

b) instalações destinadas aos doentes: em cada pavimento um W.C. e um lavatório para setenta e dois (72) metros quadrados de dormitórios e um chuveiro ou uma banheira para noventa (90) metros quadrados de dormitório (ou fração dessas áreas).

§ 1.º — Nos hospitais de qualquer espécie, mas destinados exclusivamente à assistência gratuita, as últimas relações podem assim ser modificadas: um W.C. e um lavatório para no-

venta (90) metros quadrados de dormitório; uma banheira ou um chuveiro para cento e oito (108) metros quadrados de dormitório (ou fração dessas áreas).

§ 2.º — Os compartimentos destinados a W.C., lavatórios e banheiros deverão satisfazer às seguintes condições:

a) terem os pisos revestidos de material resistente, liso e impermeável, não sendo tolerado o simples cimentado e sendo consentido o ladrilho de cimento em ZR3 e ZA;

b) terem as paredes revestidas até a altura mínima de um metro e oitenta centímetros (1m,80) de material resistente, liso e impermeável, não sendo consentido o simples cimentado e sendo tolerado o trabalho de cimento em ZR3 e ZA.

Art. 410.º — Em qualquer hospital, a capacidade em litros, mínima, obrigatória, dos reservatórios d'água, será igual à área total em metros quadrados dos pisos dos dormitórios, multiplicada por trinta (30).

Art. 411.º — Os dormitórios de doentes deverão satisfazer às seguintes condições:

a) não terem menos de nove (9) metros quadrados, nem mais de cento e trinta (130) metros quadrados de área;

b) não terem nenhum de seus pontos a uma distância maior de vinte e cinco (25) metros do W.C. e do lavatório mais próximos;

c) não terem nenhum de seus pontos a uma distância maior de quarenta (40) metros da banheira ou chuveiro mais próximos;

d) terem vãos abertos para o exterior (janelas ou portas) voltados para qualquer direção, compreendida entre NE e SE e com área total igual pelo menos a um sexto (1/6) da área do compartimento, não sendo permitido que esses vãos sejam abertos para áreas fechadas;

e) terem as paredes externas voltadas para qualquer direção compreendida entre NE e NO e entre NO e SO, obrigatoriamente protegidas contra a propagação de calor, sendo para isso permitido o simples emprego de tijolos furados ou de blocos ôcos;

f) terem os peitoris das janelas que constituírem vãos mínimos obrigatórios de acordo com a alínea d deste artigo, a uma altura máxima de noventa centímetros (0,90) do piso do compartimento;

g) serem dispostos de tal modo ou dotados de dispositivos tais, que fique assegurada a sua permanente ventilação transversal ou longitudinal, mesmo quando as portas internas estiverem fechadas;

h) terem todos os seus pontos a uma distância máxima de cinquenta metros (50m,00), da copa mais próxima.

§ 1.º — Os dormitórios, além dos vãos externos obrigatórios previstos na alínea d deste artigo, poderão ter vãos abertos voltados para qualquer direção compreendida entre NE e NNO e entre SSO e SE; os vãos voltados para as direções compreendidas entre NE e NNO deverão ser protegidos por varandas cobertas, de suficientes dimensões para impedir que os raios solares alcancem a soleira das portas ou o peitoril das janelas durante mais de uma hora em qualquer dia do ano;

§ 2.º — Os dormitórios, além dos vãos externos obrigatórios previstos na alínea d deste artigo, poderão ter vãos destinados a iluminação, abertos para qualquer direção compreendida entre NNO e SSO, somente, porém, no caso em que, por meio de sombra projetada, uma parte do próprio edifício hospitalar, uma outra construção, ou algum muro ou qualquer outro obstáculo de natureza permanente sirva de anteparo e impeça a incidência dos raios solares sobre esses vãos, por mais de uma hora, em qualquer dia do ano.

§ 3.º — A existência de vãos abertos voltados para qualquer direção compreendida entre SSO e SE é facultada sem condições, sem prejuízo porém da existência dos vãos previstos na alínea d deste artigo.

§ 4.º — Para os efeitos de aplicação do que dispõe a alínea e deste artigo, não serão consideradas paredes externas as que forem protegidas por varandas cobertas de largura superior a 1/4 do pé direito dos dormitórios, e também as que não receberem em nenhum de seus pontos insolação de mais de duas horas, em qualquer dia do ano, em virtude de sombra projetada por um anteparo de natureza permanente, conforme o referido na última parte do parágrafo segundo.

§ 5.º — Em paredes voltadas para qualquer direção compreendida entre NNO e SSO, poderão existir vãos externos abertos para fins de ventilação, desde que obedçam às seguintes condições:

1.º) — não terem área maior de oitenta decímetros quadrados;

2.º) — não somarem as áreas de todos esses vãos colocados numa mesma parede, mais de um quinze avós (1/15) da área da parede;

3.º) — serem protegidos por persianas de madeira ou por dispositivo que impeça a passagem de raios solares, só podendo ser guardados com vidros quando esse material seja impermeável aos raios caloríficos do espectro, inclusive os vermelhos.

§ 6.º — Nos sanatórios e hospitais para tuberculosos e nos preventórios, a relação mínima entre a área do piso do dormitório e a área de vãos abertos nas condições da alínea d deste artigo, deverá ser de um quinto (1/5).

§ 7.º — Para cento e cinquenta metros quadrados (150m²,00) de dormitórios de doentes (ou fração dessa área), haverá sempre, pelo menos, um dormitório de doente com área compreendida entre nove (9) e quinze (15) metros quadrados.

§ 8.º — Ficam dispensados da exigência constante da alínea c deste artigo, os hospitais que se construírem em ZR3 e ZA e se destinarem exclusivamente à assistência gratuita.

§ 9.º — Ficam dispensados da exigência da alínea g deste artigo, as clínicas psiquiátricas e os hospitais de alienados.

§ 10.º — Ficam dispensados da exigência da alínea h deste artigo, as clínicas psiquiátricas, os hospitais de alienados, os leprosários, os preventórios e os hospitais de crônicos, estes últimos quando destinados exclusivamente à assistência gratuita.

§ 11.º — Para os efeitos de aplicação deste artigo, serão considerados dormitórios de doentes, os compartimentos ou salas, designados nas plantas como salas de estar ou de recreio de doentes.

Art. 412.º — O número de leitos em cada dormitório de doentes, declarado nas plantas, nunca poderá ser maior que o quociente da divisão por seis (6) da área do dormitório em metros quadrados. Tratando-se, porém, de hospitais infantis o divisor poderá baixar até cinco (5).

Art. 413.º — Em todo hospital ou casa de saúde, a duzentos e oitenta (280) metros quadrados do piso de dormitório ou fração, corresponderá, pelo menos, uma sala destinada a curativo, tratamento ou serviço médico.

§ 1.º — Os hospitais de alienados, de tuberculosos, leprosários e preventórios, poderão ter as salas em questão em número menor que o fixado por este artigo.

§ 2.º — As salas de que trata este artigo terão a área mínima de doze (12) metros quadrados, não podendo ter dimensão menor de três (3) metros.

§ 3.º — Essas salas terão o piso revestido de material resistente, liso e impermeável, não sendo permitido o simples cimentado, e as paredes revestidas até a altura mínima de um metro e oitenta centímetros (1m,80) de azulejos ou outro material de idênticas propriedades.

Art. 414.º — As copas de seção terão os pisos revestidos de material resistente, liso e impermeável, não sendo permitido o simples cimentado, e as paredes revestidas até a altura mínima de um metro e oitenta centímetros (1m,80) de azulejos claros ou material resistente, liso e pardo, de idênticas propriedades.

§ 1.º — Nas copas de seção é obrigatória a instalação de uma pia com água corrente e um pequeno fogão ou fogareiro de, pelo menos, duas bocas.

§ 2.º — Nos edifícios hospitalares de mais de dois pavimentos, as copas de seção serão obrigatoriamente servidas por monta-pratos.

Art. 415.º — Em todo hospital ou casa de saúde de mais de dois (2) pavimentos, haverá em cada pavimento, pelo menos um compartimento destinado a despejos.

§ 1.º — Os compartimentos destinados a despejos terão os pisos de material resistente, liso e impermeável, não sendo permitido o simples cimentado.

§ 2.º — Nos compartimentos destinados a despejos, as paredes serão revestidas até a altura mínima de um metro e oitenta centímetros (1m,80) de azulejos ou de material resistente, liso e impermeável, de idênticas propriedades.

Art. 416.º — Qualquer que seja o gênero da construção hospitalar, será obrigatória a existência de compartimentos destinados a cozinha, lavanderia e necrotério.

Art. 417.º — Os compartimentos destinados a laboratório e a necrotério terão os pisos revestidos de ladrilho de cerâmica ou de material resistente, liso e impermeável, de idênticas propriedades e terão as paredes revestidas até a altura mínima de um metro e oitenta centímetros (1m,80) de azulejos claros ou de material resistente, liso e impermeável, de idênticas propriedades.

Art. 418.º — As cozinhas de qualquer hospital se compo-

rão no mínimo de três peças, destinadas respectivamente a depósito de gêneros (despensa), a preparo de comida (cozinha propriamente dita) e à distribuição de comida e lavagem de pratos (côpa geral do hospital) devendo todas essas peças ter os pisos revestidos de ladrilhos de cerâmica ou material resistente, liso e impermeável de idênticas propriedades, e as paredes revestidas até a altura mínima de um metro e oitenta centímetros (1m,80) de azulejos brancos ou material resistente, liso e impermeável de idênticas propriedades.

§ 1.º — Será obrigatória a construção de cumara frigorífica, ou a instalação de geladeira de suficientes dimensões.

§ 2.º — Nos hospitais de alienados, nos leprosários, nos hospitais de crônicos e nos hospitais de tuberculosos, todos eles quando construídos em ZIR3 ou ZA e quando se destinarem exclusivamente à assistência gratuita, os revestimentos dos pisos e paredes das peças que compõem a cozinha, poderão ser feitos com ladrilhos brancos de cimento.

§ 3.º — Em todo hospital em que os pisos dos dormitórios somem mais de seiscentos metros quadrados (600m²,00), a instalação da cozinha compreenderá no mínimo, dois caldeirões de aquecimento próprio e um fogão.

§ 4.º — As plantas de montagem das cozinhas serão submetidas em qualquer caso à aprovação da Diretoria de Engenharia.

§ 5.º — É proibida qualquer comunicação por portas e por vãos de qualquer espécie, entre os compartimentos da cozinha e os compartimentos destinados a instalação sanitária, a banheiro, a vestiário, a lavanderia, a farmácia, a permanência ou passagem de doentes ou a necrotério.

Art. 419.º — As lavanderias deverão obedecer às seguintes exigências:

a) os pisos de todos os compartimentos que compuserem o conjunto da lavanderia, serão revestidos de material resistente, liso e impermeável, sendo permitido o ladrilho de cimento;

b) as paredes de todos os compartimentos que compuserem o conjunto da lavanderia, serão revestidas até a altura de um metro e oitenta centímetros (1m,80) de material resistente, liso e impermeável, sendo permitido o simples cimentado.

§ 1.º — Nos hospitais de qualquer espécie será obrigatória a instalação de máquinas de lavanderia a vapor, devendo ser as plantas dessas máquinas e do conjunto da montagem submetidas à aprovação da Diretoria de Engenharia.

§ 2.º — Em nenhum caso será permitida a instalação de máquinas de lavanderia sobre lajes de estrutura monolítica do hospital.

§ 3.º — A capacidade mínima da máquina (ou soma das máquinas) de lavar, será de N quilos de roupa seca em cada carga, calculando-se N pela fórmula:

$$N = \frac{S}{45}$$

onde "S" é a área total em metros quadrados, de piso de dormitórios do hospital.

§ 4.º — As máquinas de secar roupa (turbinas e estufas) terão a capacidade mínima igual à metade da capacidade das máquinas de lavar, e as máquinas de passar (calandras e outras) só serão obrigatórias em hospitais de mais de mil metros quadrados de dormitórios.

Art. 420.º — Será obrigatória a existência de local apropriado ao enrolamento de colchões, travesseiros e cobertores.

Art. 421.º — É obrigatória a instalação para incineração de lixo setico, devendo o respectivo projeto constituir objeto de um estudo especial, submetido à Prefeitura com requerimento à parte, acompanhado de desenhos completos sobre a localização, detalhe de construção ou de instalação do forno e memória descritiva sobre o respectivo funcionamento.

§ 1.º — Poderão ser adotados aparelhos portáteis de incineração, sujeitos, porém, à aprovação da Diretoria de Engenharia.

§ 2.º — A instalação de incineração de lixo só será considerada definitivamente aprovada depois de submetida pela Diretoria de Engenharia à prova de funcionamento e de verificado que a escória sólida da incineração ("clinker") é praticamente isenta de matéria orgânica e que o exame da tomada de gases na base da chaminé não revela a presença de elementos nocivos à saúde, admitido o oxido de carbono na percentagem máxima de três décimos por cento (0,3%).

§ 3.º — A Diretoria de Engenharia poderá estabelecer as condições de funcionamento dos fornos e dos aparelhos de inci-

neração e interdita-los ou exigir a introdução de modificações se, em qualquer tempo, for verificado que a incineração é imperfeita ou incompleta ou que da mesma operação possam resultar inconvenientes para a vizinhança ou para o próprio estabelecimento.

Art. 422.º — O lixo será conduzido, dos diversos pavimentos a um ou mais depósitos no pavimento térreo por meio de tubos verticais internamente impermeabilizados, de metal ou alvenaria, especialmente construídos para esse fim e dotados de dispositivos para lavagem e desinfecção interna.

§ 1.º — As aberturas destinadas ao lançamento do lixo deverão ser dotadas de dispositivo que impeça a queda de detritos fóra do tubo destinado a recebê-los e vede a comunicação com o interior do tubo.

§ 2.º — Os depósitos de lixo serão metálicos ou de alvenaria internamente revestidos de material liso e resistente e facilmente laváveis e desinfetáveis.

Art. 423.º — Nos lugares onde não houver canalização de esgoto e para os hospitais de qualquer espécie, será obrigatório o tratamento depurador do efluente das fossas, não sendo permitido o simples sumidouro.

Parágrafo único — Ao efluente depois de convenientemente tratado, será aplicável tudo o que dispõem os artigos 236.º e 340.º relativamente a águas servidas e a efluentes de fossas.

Art. 424.º — Em todas as disposições dos artigos anteriores em que há cálculo baseado sobre a área de pisos de dormitórios, serão considerados dormitórios os compartimentos designados em planta por salas de estar ou de recreio dos doentes.

Art. 425.º — As salas de operações obedecerão às seguintes exigências:

a) terão a área mínima de vinte metros quadrados (20m²,00), não podendo ter dimensão menor de quatro metros e trinta centímetros (4m,30);

b) terão um único vão de iluminação aberto para o exterior, e esse vão será voltado para direção compreendida entre SSO e SSE;

c) a área do vão de iluminação aberto para o exterior será igual pelo menos a um quarto (1/4) da área do piso;

d) o piso será revestido de ladrilho de cerâmica ou de material resistente, liso e impermeável, de idênticas propriedades;

e) as paredes serão revestidas até o mínimo de dois metros e vinte e cinco centímetros (2m,25) de altura, de azulejos ou de material resistente, liso e impermeável, de idênticas propriedades; as paredes acima dessa altura e o teto levarão pintura lisa e lavável;

f) deverão ser servidas por uma instalação de emergência, de funcionamento automático, que suprirá as falhas eventuais de corrente elétrica para iluminação.

Art. 426.º — Nas construções hospitalares existentes, que não estejam de acordo com as exigências deste Decreto, só serão permitidas obras de conservação; as obras de acréscimo, de reconstrução parcial, de modificação, de reforma ou de ampliação só serão permitidas quando satisfizerem as seguintes condições:

I) — serem imprescindíveis à conservação do edifício ou à melhoria das suas condições higiênicas e de conforto, de acordo com a orientação fixada pelas disposições deste Decreto;

II) — não importarem no aumento da área de pisos de dormitório do hospital.

Art. 427.º — Nas construções hospitalares existentes serão permitidas obras que importem no aumento da área de pisos de dormitórios, quando:

I) — for aprovado previamente pela Diretoria de Engenharia um plano geral de remodelação da construção hospitalar que a sujeite às exigências deste Decreto;

II) — as obras projetadas façam parte integrante do plano geral de remodelação aprovado.

Seção VII

CASAS DE DIVERSÕES PÚBLICAS EM GERAL.

Art. 428.º — Nas casas de diversões públicas em geral, destinadas a espetáculos, projeções, jogos, reuniões, etc., a serem construídas e reconstruídas, além das prescrições aplicáveis deste Decreto, será exigido o emprego de material incombustível, tolerando-se o emprego de madeira ou outro material combustível, apenas na confecção de esquadrias, lambris, divisões de camarotes e frisas até um metro e meio (1m,50) de altura, corri-



DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO
DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NO RIO DE JANEIRO – 7º OFÍCIO PREVIDENCIÁRIO
PAJ: 2012/016-18227

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(ÍZA) FEDERAL DA __ª VARA
FEDERAL DA SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.



brasileiro, solteiro, portador da carteira de identidade de nº _____ registrado no CPF sob o nº _____ residente e domiciliado na Rua Godofredo Viana, 64, Taquara, Rio de Janeiro/RJ, CEP 22.730-020, vem, respeitosamente, perante, Vossa Excelência, por intermédio da DEFENSORA PÚBLICA DA UNIÃO, ajuizar a presente:

ACÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Pensão Especial, Mensal, Vitalícia e Intransferível, às Pessoas Atingidas Pela Hanseníase

em face da UNIÃO FEDERAL, com sua Procuradoria localizada na Avenida Rio Branco, nº123, 6º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20.040.00 e do INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL-INSS, pessoa jurídica de direito público, sob a forma de autarquia federal, podendo ser citado à Rua Pedro Lessa, 36, Centro, Rio de Janeiro, na pessoa de seu procurador-chefe, pelos fundamentos de fato e de direito a seguir expostos:

Rua da Alameda, nº 70, Centro - Rio de Janeiro/RJ
TEL: (21) 2460-5000 FAX (21) 2460-5030

- 1 -



3. DOS FATOS E DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

O autor sofre de Hanseníase desde 1983, tendo sido internado por conta desta doença em 22 de agosto de 1983, permanecendo sob cuidados hospitalares até os dias atuais.

Conforme declaração do (I.E.D.S) Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária, o autor esteve internado **compulsoriamente** para tratamento de 22/08/1983 a 31/12/1986, mas permanece residindo na colônia.

Porém, ao ter conhecimento do que dispunha a Medida Provisória n. 373/2007, que foi convertida na Lei 11.520/07, regulamentada pelo Decreto Federal n. 6.168/07, no sentido de que pessoas atingidas pela hanseníase que foram obrigadas a receberem tratamento em hospitais-colônias até 31 de dezembro de 1986 teriam direito a uma Pensão Especial vitalícia, mensal e retroativa à data da referida Medida Provisória, o autor formulou requerimento administrativo na Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos Humanos, o qual foi indeferido, conforme documento em anexo.

Ressalte-se que o Autor apresenta, além da declaração de que foi internado compulsoriamente em agosto de 1986, termo de depoimentos de testemunhas que ratificam a informação, em anexo.

Assim, sem lograr êxito na sua pretensão, pretende, neste feito, ver reconhecido o direito a pensão especial, com base nas razões acima abordadas.



4. DO PEDIDO

Diante do exposto, requer:

a) a concessão da gratuidade de justiça por não ter condições de arcar com as custas do processo sem prejuízo do seu sustento, bem como o reconhecimento das prerrogativas dos membros da Defensoria Pública da União previstas na Lei Complementar 80/94;

b) a citação/intimação da parte ré, no endereço já conhecido por este Juízo, para responder aos termos da presente ação, sob pena de revelia;

c) A procedência do pedido para reconhecer o direito do autor de ser titular da pensão especial para pessoas atingidas pela hanseníase e a conseqüente condenação da União ao pagamento vitalício da referida pensão em favor do mesmo, nos termos da Lei 11.520/07 e do Decreto Federal n. 6.168/07, inclusive, com o pagamento das parcelas vencidas e vincendas, monetariamente corrigidas e acrescidas de juros legais e moratórios, incidentes até a data do efetivo pagamento, desde a data da edição da Medida Provisória n. 373/2007;

Protesta pela produção de todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente a documental suplementar, prova pericial e testemunhal.

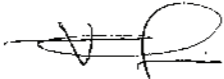


DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO
 DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NO RIO DE JANEIRO – 7º OFÍCIO PREVIDENCIÁRIO
 PAJ: 2012/016-18227

Dá-se a causa o valor de R\$ 50.000,00 (Cinquenta mil reais).

Nestes termos
 Pede deferimento.

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2013.


Vivianne Moura de Oliveira Ribeiro
Defensora Pública Federal

Maria Ighes Messere e Castro Tavares
 Colaboradora da DPU - OAB/RJ 176286

ROL DE TESTEMUNHAS

NOME: Ailton Antônio de Oliveira
 RG: 07.488.668-0 DETRAN/RJ
 CPF: 924.265.497-37

Rua da Alfândega, nº 70, Centro - Rio de Janeiro/RJ
 TEL: (21) 2460-5000 FAX (21) 2460-5030



Exmo. (a). Senhor (a) Doutor (a) Juiz (a) Federal da 28ª Vara Federal – Seção Judiciária do Rio de Janeiro.
 Processo nº. 0002000-47.2013.4.02.5101.

JFRJ
 Fls 5

JFRJ
 Fls 387

xxxxxxxx xxxxx xxxxxxxx

devidamente qualificada nos autos em epigrafe, que move contra UNIÃO FEDERAL e OUTRA, por seu advogado *in fine* assinado, vem à presença de V. Exa, apresentar cumprimento de sentença com base nos artigos 513 & 1, artigo 514 e 535 do NCPC, pelas razões de fato e de direito que passa a aduzir:

Em ação ordinária, o Exequente obteve o reconhecimento de seu direito e conseqüentemente o pagamento da importância supra de R\$ 221.435,87(duzentos vinte um mil, quatrocentos trinta cinco reais e oitenta sete centavos).

Assim ficou reconhecida em sentença, como também a implementação vitalícia do benefício. No caso, requer que seja já implementado com os pagamentos dos atrasados a partir da sentença, cujo o valor atinge R\$ 1.575.96 x 48, meses = R\$ 47.800,00, conforme consta na planilha de cálculos elaborada pela contadoria do Juízo.

Em razão disto, o Exequente tornou-se credor da importância total de R\$ 221.435,87(duzentos vinte um mil, quatrocentos trinta cinco reais e oitenta sete centavos) que deverá sofrer atualização no momento do cumprimento e nos moldes estabelecidos na sentença.

DO PEDIDO:

Requer a intimação dos Executados, nas pessoas de seus representantes judiciais, por carga, remessa ou meio eletrônico, querendo, no prazo de 30 (trinta) dias e nos próprios autos, impugnar a execução;

Não impugnada a execução ou rejeitada a impugnação, requer o Exequente, desde de já a expedição de **OFICIO** ao Presidente do Tribunal para expedição de precatório em favor do Exequente da importância de R\$ 221.435,87 (duzentos vinte um, quatrocentos trinta cinco reais e oitenta sete centavos)

Nestes Termos,

P. Deferimento.

Rio de Janeiro, RJ 06 de Outubro de 2020.

Avenida Dom Helder Câmara nº 9.540.
 Tel. 2289 12 95

Programa

Nossa Terra

Curupaiti - Jacarepaguá



COLÔNIA CURUPAITI - JACAREPAGUÁ

Etelvino Miguel Valentim
Quadra 02 - Lote 07

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Governador
SERGIO CABRAL

SECRETARIA DE ESTADO DE HABITAÇÃO
Secretário
LEONARDO PICCIANI

INSTITUTO DE TERRAS E CARTOGRAFIA DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Presidente
LEONARDO AZEREDO DOS SANTOS

Endereço:

Av. Marechal Câmara nº 160 - 4º andar
Ed. Le Bourget - Centro - Rio de Janeiro
RJ - CEP 20020-080

Telefones: 2332 7236/2332 7237
Tele Fax: 2332 7238
e-mail: iterj@iterj.rj.gov.br
Site: www.iterj.rj.gov.br

Secretaria de Estado de Habitação - SEH
 Instituto de Terras e Cartografia do Estado do Rio de Janeiro - ITERJ

Livro nº 215 Fls. 142

Termo nº 291 Em, 25/11 /2009

Funcionário: Luiz Cláudio Vieira Matrícula: 10/0044-7

Portaria PRES/ITERJ nº 063, de 27 de outubro de 2009



Universidade Federal do Rio de Janeiro
 Centro de Letras e Artes
 Faculdade de Arquitetura e Urbanismo

HOSPITAL COLÔNIA CURUPAITI: DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE.

TERMO DE PROMESSA DE CONCESSÃO DE USO

TERMO DE PROMESSA DE CONCESSÃO DE USO, COMO DIREITO REAL RESOLÚVEL, E OUTROS PACTOS, DE IMÓVEL SITUADO NO IMÓVEL DENOMINADO **HOSPITAL COLÔNIA CURUPAITI**, LOCALIZADO NA RUA GODOFREDO VIANA Nº 64, COM ANTERIOR ENDEREÇO NA RUA CÂNDIDO BENÍCIO Nº 1.160, JACAREPAGUÁ, MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - RJ, QUE ENTRE SI FAZEM O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE HABITAÇÃO - SEH E DO INSTITUTO DE TERRAS E CARTOGRAFIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - ITERJ E ETELVINO MIGUEL VALENTIM, NA FORMA ABAIXO:

Aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de novembro do ano de 2009, na sede do Instituto de Terras e Cartografia do Estado do Rio de Janeiro - ITERJ, situado na Av. Marechal Câmara nº 160, 4º andar, Edifício Le Bourget - Centro, Rio de Janeiro, perante as testemunhas abaixo assinadas, presentes como partes justas e contratadas, de um lado o **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, representado pelo Excelentíssimo Senhor Governador **SERGIO CABRAL FILHO** e/ou pelo Excelentíssimo Senhor Secretário de Estado de Habitação **LEONARDO CARNEIRO MONTEIRO PICCIANI** e/ou pelo Ilustríssimo Senhor Presidente do Instituto de Terras e Cartografia do Estado do Rio de Janeiro **LEONARDO AZEREDO DOS SANTOS**, adiante designado como **ESTADO** e de outro lado, brasileiro, viúvo, aposentado, portador da carteira de identidade nº _____ e do C.I.C./M.F. nº _____ residente(s) e domiciliado(s) no endereço referido na Cláusula Segunda deste instrumento, doravante designado como **PROMISSÁRIO (A)**, tendo em vista o que constam dos processos administrativos **E-01/400.428/2007**, de regularização fundiária, no qual está devidamente fundamentada a dispensa de licitação, em conformidade com a nova redação dada pela Lei Federal nº 8.883/94 à Lei nº 8.666/93, o art. 17, inciso I, alínea f, é assinado o presente **Termo de Promessa de Concessão de Uso, como Direito Real Resolúvel, e outros pactos**, relativo ao imóvel localizado na Rua Godofredo Viana nº 64, com anterior endereço na Rua Cândido Benício nº 1.160, Jacarepaguá/RJ, nomeado **Hospital Colônia Curupaiti**, aplicado a serviços de saúde e a moradias sociais, que se regerá pelas disposições constantes do art. 248 e 250 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, com a remuneração determinada pelo art. 2º da Emenda Constitucional nº 4/91, da Lei Complementar nº 8, de 25 de outubro de 1977, que lhe forem aplicáveis, com as alterações determinadas pelas Leis Complementares nº 26, de 06 de dezembro de 1981 e nº 45, de 24 de julho de 1985, da Lei nº 2.184, de 30 de novembro de 1993 e demais dispositivos legais pertinentes à espécie, bem como pelas cláusulas e condições que seguem:

INFORMAÇÕES INICIAIS:

Identificação numérica: Entrevistada(o) ____		Idade: _____	
Gênero:			
<input type="checkbox"/>	Mulher cisgênero	<input type="checkbox"/>	Homem transgênero
<input type="checkbox"/>	Mulher transgênero	<input type="checkbox"/>	Gênero não-binário
<input type="checkbox"/>	Homem cisgênero	<input type="checkbox"/>	Travesti
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Outro
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Prefiro não declarar
Como você se autodeclara?			
<input type="checkbox"/>	Branca(o)	<input type="checkbox"/>	Parda(o)
<input type="checkbox"/>	Preta(o)	<input type="checkbox"/>	Amarela(o)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Indígena(o)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Outra(o)
Escolaridade:			
<input type="checkbox"/>	Não possui	<input type="checkbox"/>	Médio Incompleto
<input type="checkbox"/>	Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/>	Médio Completo
<input type="checkbox"/>	Fundamental Completo	<input type="checkbox"/>	Superior Incompleto
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Superior completo
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Pós-Graduação
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Prefiro não declarar
Em que ano (ou década) começou a residir no Curupaiti: _____			
Relação com a Hanseníase:			
<input type="checkbox"/>	Atingida(o) pela doença	<input type="checkbox"/>	Familiar de pessoa atingida
<input type="checkbox"/>	Profissional do Hospital ¹	<input type="checkbox"/>	Voluntária(o) externa(o)
<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>	Nenhuma
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Atingida(o) e familiar
Você conhece a história do Hospital Colônia Curupaiti?			
<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Um pouco
Você gostaria que o Curupaiti preservasse essa história, ou seja, que as pessoas "de fora" soubessem o que esse lugar foi?			
<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Não sei
Você gostaria que os muros do Curupaiti fossem retirados?			
<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Não sei

¹ Em profissionais do Hospital, inclui-se tanto as(os) da área da saúde, que lidam diretamente com a Hanseníase, como as(os) de outras áreas (administração, manutenção, limpeza e demais serviços), que também utilizam os espaços do IEDS Curupaiti.

GRUPOS 1.1 e 1.2: PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE (PAVILHÃO e VILAS)²

Quais espaços do Curupaiti, que você gostava, que hoje não existem mais ou foram abandonados?
Você gostaria que esses espaços fossem reconstruídos ou revitalizados ?
Quais novos espaços você gostaria que tivesse dentro ou próximo do Curupaiti?
Quais os principais problemas do Curupaiti?
Você teve contato com o mercado de trabalho antes de residir no Curupaiti? (Formal/informal)
Você exerceu alguma função dentro do Hospital e era remunerado(a) por isso?
Após o tratamento da Hanseníase, quais motivos te influenciaram a permanecer no Hospital ?
Após o tratamento , você tinha o hábito de sair do Hospital para outros lugares da cidade?
Você gostaria de contar um pouco da sua história ? Como veio para cá, como foi o processo de internação, como a Hanseníase influenciou sua relação com as pessoas de fora do hospital etc.?

GRUPO 1.3: FAMILIARES DE PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE

Quais espaços do Curupaiti, que você gostava, que hoje não existem mais ou foram abandonados?
Você gostaria que esses espaços fossem reconstruídos ou revitalizados ?
Quais novos espaços você gostaria que tivesse dentro ou próximo do Curupaiti?
Quais os principais problemas do Curupaiti?
Quantas pessoas moram na sua casa (crianças e adultos)?
Há necessidade de ampliação da moradia?
Você preferiria mudar para uma moradia nova ? Caso sim, como gostaria que ela fosse? (casa, apartamento, moradia + trabalho etc.)
Você exerce alguma função dentro do Hospital? É remunerado(a) por isso?
Você trabalha fora do Hospital (formalmente/informalmente)?
Você gostaria de contar um pouco da sua história ? Se foi levado(a) ao educandário ou preventório, se ficou em casa de família, como era o contato o(a) familiar atingido etc.

² Os questionários dos subgrupos 1.1 e 1.2 estão agrupados por possuírem as mesmas perguntas. No entanto, os resultados serão analisados separadamente para observação de possíveis **diferenças e/ou similaridades das necessidades espaciais** entre as pessoas atingidas pela Hanseníase que residem nas vilas e as que residem nos pavilhões, considerando os graus distintos de acometimento pela doença.

GRUPO 2: PROFISSIONAIS DO HOSPITAL (IEDS)

As **dependências físicas** do hospital atendem as demandas de tratamento dos moradores/internos e dos pacientes externos?

Quando **não houver mais internos nos pavilhões e asilos**, apenas familiares, há alguma discussão por parte dos órgãos públicos de **transferência do hospital**?

Há alguma **necessidade espacial** para os novos tratamentos humanizados da Hanseníase? Como os feitos por profissionais de Terapia Ocupacional, por exemplo.

Quantas pessoas o Hospital atende por mês ou ano?

Quantos internos e famílias **residem atualmente** no Hospital?

Quantas pessoas foram indenizadas com a **posse das casas**?

GRUPO 3.1: CONGREGAÇÃO MARIANA (FUNÇÃO SOCIAL)

Em que ano a Congregação Mariana começou a atuar no Curupaiti e **como** se dá essa atuação? **Quais atividades** exerce e **quantas pessoas** atende?

Quais as **necessidades espaciais** para as atividades realizadas? O espaço atende satisfatoriamente às demandas identificadas pela Congregação?

De que forma é feita a **arrecadação financeira** da Congregação? Quem são os principais financiadores?

Quais as **limitações** da atuação da Congregação no Curupaiti? De **quais formas gostariam de atuar**, mas não é possível?

GRUPO 3.2: GRUPO CULTURA URBANA (FUNÇÃO SOCIAL)

Em que ano o Grupo Cultura Urbana começou a atuar no Curupaiti e **como** se dá essa atuação? **Quais atividades** exerce e **quantas pessoas** atende?

Quais as **necessidades espaciais** para as atividades realizadas? O espaço atende satisfatoriamente às demandas identificadas pelo Grupo?

O Grupo atua em **outras comunidades**? Quais?

De que forma é feita a **arrecadação financeira** do Grupo? Quem são os principais financiadores?

Quais as **limitações** da atuação do Grupo no Curupaiti? De **quais formas gostariam de atuar**, mas não é possível?

GRUPO 3.3: CENTRO ESPÍRITA FILHOS DE DEUS (FUNÇÃO SOCIAL)

Em que ano o Centro Espírita começou a atuar no Curupaiti e **como** se dá essa atuação? **Quais atividades** exerce e **quantas pessoas** atende?

Quais as **necessidades espaciais** para as atividades realizadas? O espaço atende satisfatoriamente às demandas identificadas pelo Grupo?

De que forma é feita a **arrecadação financeira** do Centro para as doações? Quem são os principais financiadores?

Quais as **limitações** da atuação do Centro no Curupaiti? De **quais formas gostariam de atuar**, mas não é possível?

GRUPO 4: COMUNIDADE EXTERNA (MORRO DO PIOLHO)

Em que ano começou a residir na comunidade?

Por onde você costuma **acessar a comunidade**? Pelo **Morro do Jordão** ou pelo **Curupaiti**?

Quais são os principais **problemas** do Morro do Piolho?

O que você gostaria que tivesse **dentro ou próximo** do Morro do Piolho?

Caso essas demandas fossem supridas **nas dependências do Curupaiti**, você acharia satisfatório?



NATHALLY DE ALMEIDA ROSÁRIO

HOSPITAL COLÔNIA CURUPAITI: DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE.

ORIENTADORA: ANA MARIA GADELHA ALBANO AMORA

OBJETO DE ESTUDO

Localização do Hospital Colônia Curupaiti.

Ortofoto de Jacarepaguá (1928)

Fonte: Arquivo da Cidade.

Hospital Colônia Curupaiti - construção: 1922 - 1928 (inauguração)

Para pessoas atingidas pela hanseníase (lepra)

Hospital-Colônia de Curupaiti, Rio de Janeiro.
Caixa d'água e lavanderia a vapor.



Jardim Principal do Curupaiti (1928). Fonte: FIOCRUZ.



Urbanismo
Funcional



Segregação
Socioespacial



CIDADE
HOSPITAL

HOSPITAL COLÔNIA CURUPAITI - ESTRUTURA INTERNA:



CIDADES HOSPITAIS:

Estruturadas como "cidades dentro da cidade", com:

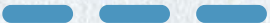


— — — Muro

DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE



CIDADES HOSPITAIS:

Estruturadas como "cidades dentro da cidade", com:

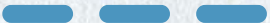




-  Muro
-  Casas
-  Pavilhões coletivos

HOSPITAL COLÔNIA CURUPAITI - ESTRUTURA INTERNA:



CIDADES HOSPITAIS:

Estruturadas como "cidades dentro da cidade", com:

-  Muro
-  Casas
-  Pavilhões coletivos
-  Equipamentos
-  Praças

DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE

HOSPITAL COLÔNIA CURUPAITI - ESTRUTURA INTERNA:



CIDADES HOSPITAIS:

Estruturadas como "cidades dentro da cidade", com:

-  Muro
-  Casas
-  Pavilhões coletivos
-  Equipamentos
-  Praças
-  Estrutura Hospitalar

DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE

Hospital Colônia Curupaiti:

De cidade hospital ao direito à cidade.

Início do séc. XX

Reforma Pereira Passos.
Remoções e “embelezamento”
da cidade. Discurso higienista.



Séc. XIX-XX

Cidades industriais e demandas capitalistas.
Reformas urbanas e preocupação
com a saúde (força de trabalho)

IMAGEM SÍNTESE

Hospital Colônia Curupaiti:

De cidade hospital ao direito à cidade.

Início do séc. XX

Reforma Pereira Passos.
Remoções e “embelezamento”
da cidade. Discurso higienista.



Séc. XIX-XX

Cidades industriais e demandas capitalistas.
Reformas urbanas e preocupação
com a saúde (força de trabalho)

1922-1928

Construção do Hospital
Colônia Curupaiti na Baixada de
Jacarepaguá.
Isolamento compulsório.

IMAGEM SÍNTESE

Hospital Colônia Curupaiti:

De cidade hospital ao direito à cidade.

Início do séc. XX

Reforma Pereira Passos.
Remoções e “embelezamento”
da cidade. Discurso higienista.

1930-1980

Isolamento compulsório e
violação dos direitos humanos.

Séc. XIX-XX

Cidades industriais e demandas capitalistas.
Reformas urbanas e preocupação
com a saúde (força de trabalho)

1922-1928

Construção do Hospital
Colônia Curupaiti na Baixada de
Jacarepaguá.
Isolamento compulsório.



IMAGEM SÍNTESE

Hospital Colônia Curupaiti:

De cidade hospital ao direito à cidade.

Início do séc. XX

Reforma Pereira Passos.
Remoções e “embelezamento”
da cidade. Discurso higienista.

1930-1980

Isolamento compulsório e
violação dos direitos humanos.

Séc. XIX-XX

Cidades industriais e demandas capitalistas.
Reformas urbanas e preocupação
com a saúde (força de trabalho)

1922-1928

Construção do Hospital
Colônia Curupaiti na Baixada de
Jacarepaguá.
Isolamento compulsório.

1980-atual

Descaracterização do
Hospital. Apagamento da
memória. Abandono dos
antigos internos e familiares.
Vulnerabilidade social.

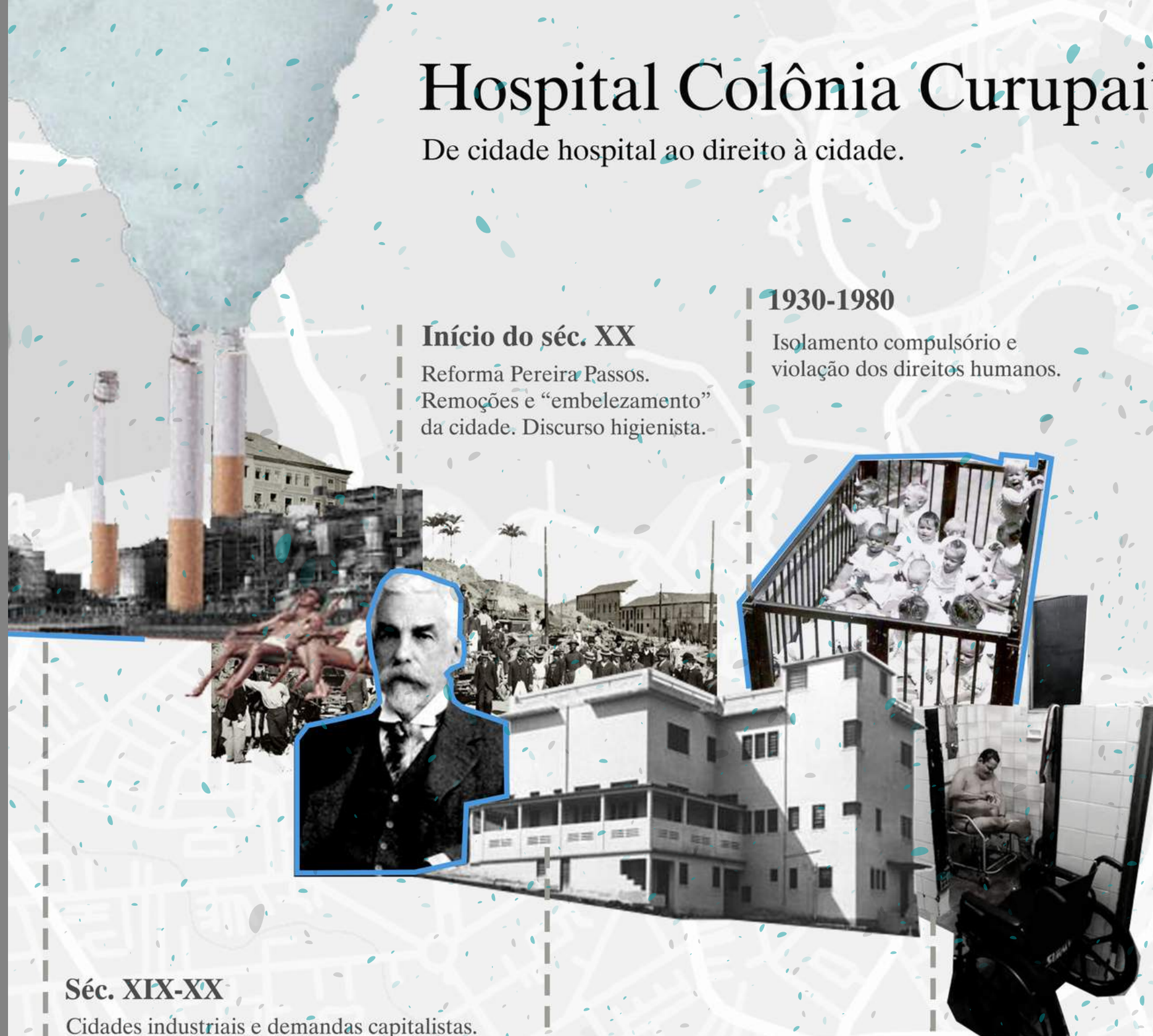


IMAGEM SÍNTESE

Hospital Colônia Curupaiti:

De cidade hospital ao direito à cidade.

Início do séc. XX

Reforma Pereira Passos.
Remoções e “embelezamento”
da cidade. Discurso higienista.

1930-1980

Isolamento compulsório e
violação dos direitos humanos.

1990-atual

Crescimento desordenado
das favelas do entorno.
Apropriação do Curupaiti.

Séc. XIX-XX

Cidades industriais e demandas capitalistas.
Reformas urbanas e preocupação
com a saúde (força de trabalho)

1922-1928

Construção do Hospital
Colônia Curupaiti na Baixada de
Jacarepaguá.
Isolamento compulsório.

1980-atual

Descaracterização do
Hospital. Apagamento da
memória. Abandono dos
antigos internos e familiares.
Vulnerabilidade social.

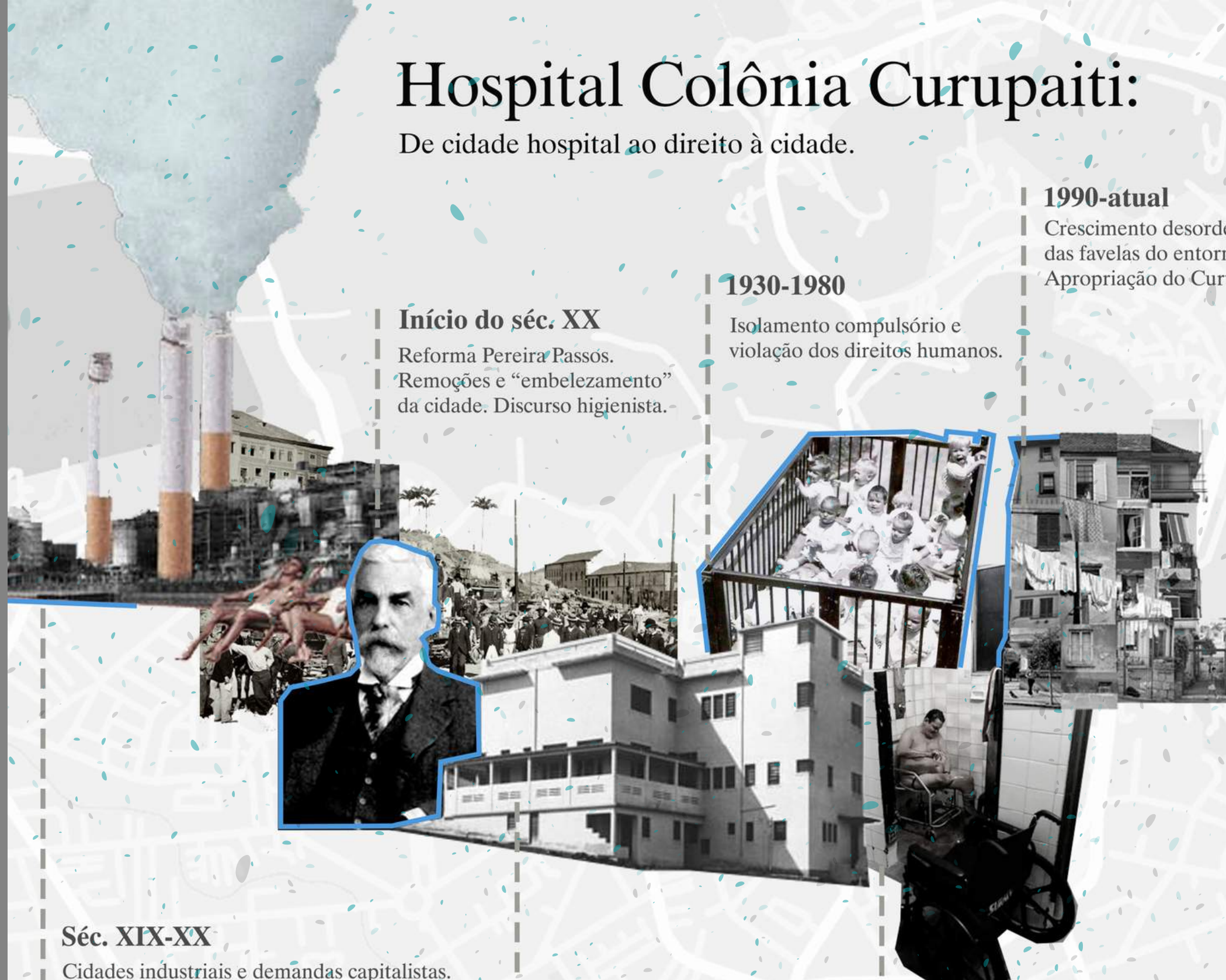


IMAGEM SÍNTESE

Hospital Colônia Curupaiti:

De cidade hospital ao direito à cidade.

Início do séc. XX

Reforma Pereira Passos.
Remoções e “embelezamento”
da cidade. Discurso higienista.

1930-1980

Isolamento compulsório e
violação dos direitos humanos.

1990-atual

Crescimento desordenado
das favelas do entorno.
Apropriação do Curupaiti.

Séc. XIX-XX

Cidades industriais e demandas capitalistas.
Reformas urbanas e preocupação
com a saúde (força de trabalho)

1922-1928

Construção do Hospital
Colônia Curupaiti na Baixada de
Jacarepaguá.
Isolamento compulsório.

1980-atual

Descaracterização do
Hospital. Apagamento da
memória. Abandono dos
antigos internos e familiares.
Vulnerabilidade social.

2010-atual

Grilagem de terra
pela milícia dentro do
Curupaiti. Práticas
coercitivas e medo.

IMAGEM SÍNTESE

Hospital Colônia Curupaiti:

De cidade hospital ao direito à cidade.

Início do séc. XX

Reforma Pereira Passos.
Remoções e “embelezamento”
da cidade. Discurso higienista.

1930-1980

Isolamento compulsório e
violação dos direitos humanos.

1990-atual

Crescimento desordenado
das favelas do entorno.
Apropriação do Curupaiti.

Séc. XIX-XX

Cidades industriais e demandas capitalistas.
Reformas urbanas e preocupação
com a saúde (força de trabalho)

1922-1928

Construção do Hospital
Colônia Curupaiti na Baixada de
Jacarepaguá.
Isolamento compulsório.

1980-atual

Descaracterização do
Hospital. Apagamento da
memória. Abandono dos
antigos internos e familiares.
Vulnerabilidade social.

2010-atual

Grilagem de terra
pela milícia dentro do
Curupaiti. Práticas
coercitivas e medo.

1981-atual

Movimento de Reintegração
das Pessoas Atingidas pela
Hanseníase.
Luta por direitos e reparação.

IMAGEM SÍNTESE

Hospital Colônia Curupaiti:

De cidade hospital ao direito à cidade.

Início do séc. XX

Reforma Pereira Passos.
Remoções e “embelezamento”
da cidade. Discurso higienista.

1930-1980

Isolamento compulsório e
violação dos direitos humanos.

1990-atual

Crescimento desordenado
das favelas do entorno.
Apropriação do Curupaiti.

2020

Urgência por requalificação
urbana e direito
à cidade.

Séc. XIX-XX

Cidades industriais e demandas capitalistas.
Reformas urbanas e preocupação
com a saúde (força de trabalho)

1922-1928

Construção do Hospital
Colônia Curupaiti na Baixada de
Jacarepaguá.
Isolamento compulsório.

1980-atual

Descaracterização do
Hospital. Apagamento da
memória. Abandono dos
antigos internos e familiares.
Vulnerabilidade social.

2010-atual

Grilagem de terra
pela milícia dentro do
Curupaiti. Práticas
coercitivas e medo.

1981-atual

Movimento de Reintegração
das Pessoas Atingidas pela
Hanseníase.
Luta por direitos e reparação.



IMAGEM SÍNTESE

PROBLEMÁTICA:

Reintegração, ocupações, especulação imobiliária...

11

REINTEGRAÇÃO

Ausência de uma política de reintegração com a cidade extramuros para pessoas atingidas pela hanseníase e seus familiares.

12

OCUPAÇÕES

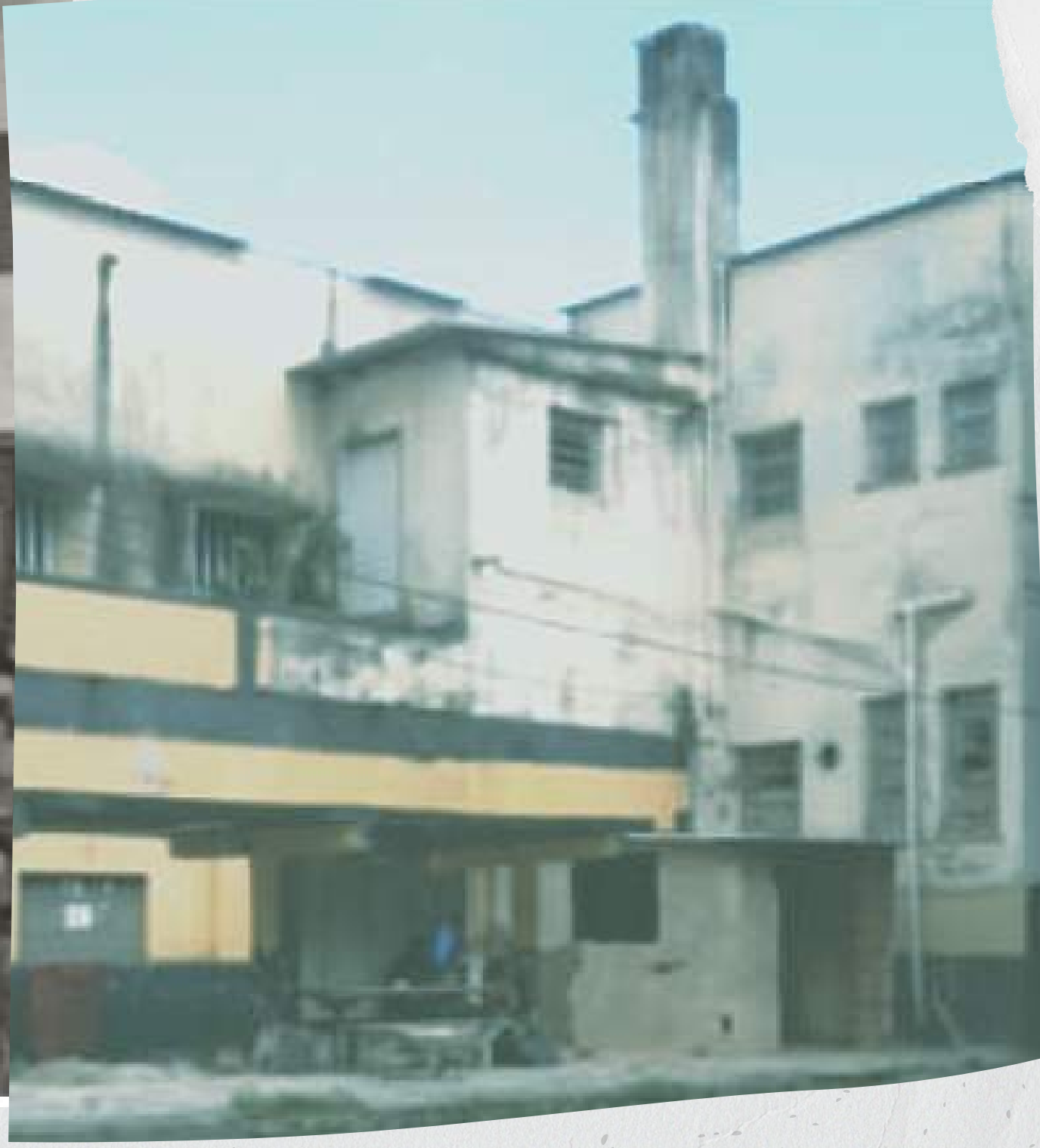
Com a urbanização da Zona Oeste e a especulação imobiliária, o déficit habitacional se intensificou, o que ocasionou alguns assentamentos irregulares no limite do Hospital.

13

VALOR DE USO

Coexistência de diferentes grupos que refletem em diferentes interesses territoriais e diferentes atribuições de valor de uso.

HOSPITAL COLÔNIA CURUPAITI - VALOR DE USO:



DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE

OBJETIVO GERAL

Subsidiar (fornecer dados para) a **discussão de um plano de ocupação que considere os valores de uso atribuídos pelos moradores, que incorpore a heterogeneidade e o direito à memória.**

[...] o mesmo objeto, ao longo do tempo, varia de significação. Se as suas proporções internas podem ser as mesmas, as relações externas estão sempre mudando. Há uma alteração no valor do objeto, ainda que materialmente seja o mesmo, porque a teia de relações em que está inserido opera a sua metamorfose, fazendo com que seja substancialmente outro. (SANTOS, 1999, p.78, apud RIBEIRO, 2009).



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1

Identificação dos grupos atuantes;

2

O mapeamento do uso do solo;

3

A investigação das transformações de uso da Colônia;

4

A identificação das demandas territoriais dos grupos (entrevistas – amostra total);

5

Definição, a partir da pesquisa de campo, da existência, ou não, de espaços que congreguem os interesses do conjunto dos grupos;

6

Apresentação dos resultados à amostra parcial, para construção dos mapas dos desejos (sugestões de implantação das demandas em comum);

7

Análise crítica das propostas manifestadas nos mapas dos desejos;

8

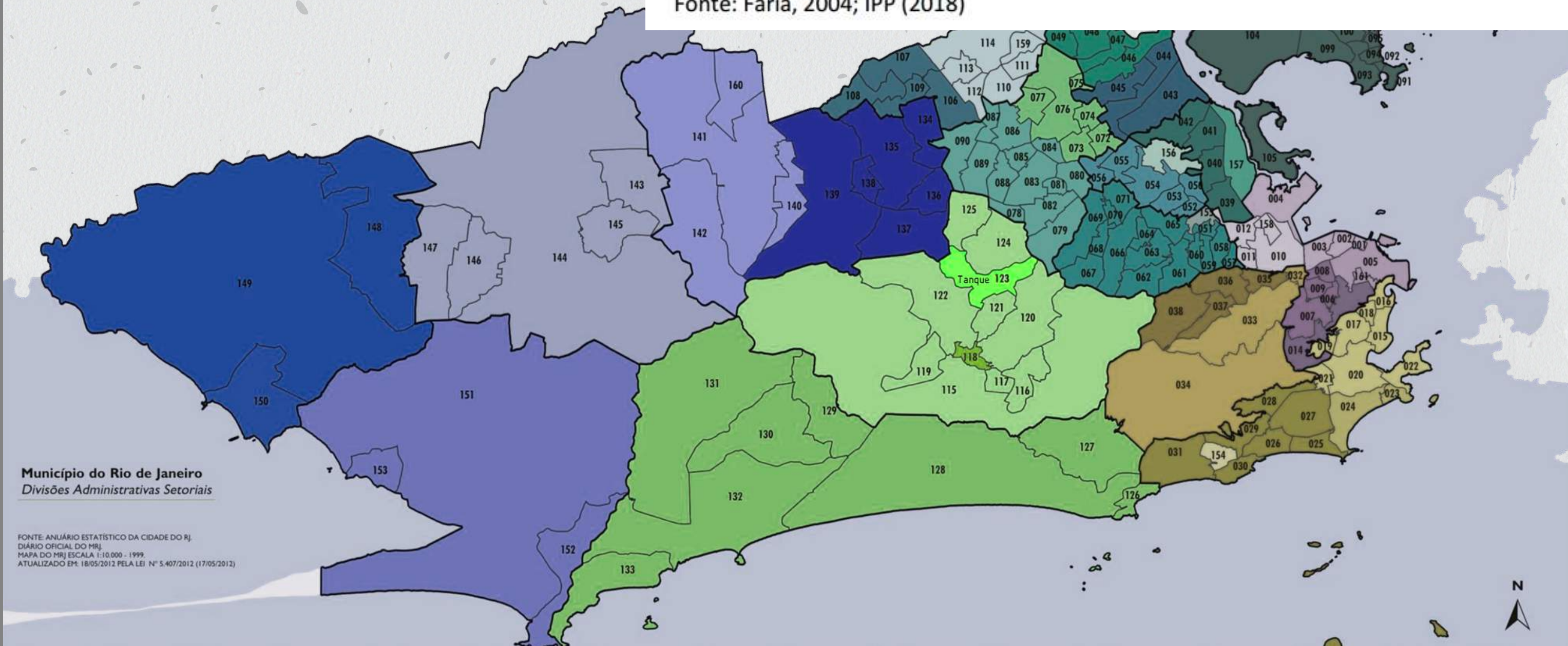
Apontamentos para um plano de ocupação para a Colônia, análise dos mapas (subsidiar a discussão de um plano de ocupação, sem proposta projetual);

PESQUISA DE CAMPO

PESQUISA DOCUMENTAL

Baixada de Jacarepaguá AP4 Barra/Jacarepaguá	População residente de favelas				Número de favelas			
	1980	1991	2000	2010	1980	1991	2000	2010
	26548	72182	144298	236834	39	86	113	205

Fonte: Faria, 2004; IPP (2018)

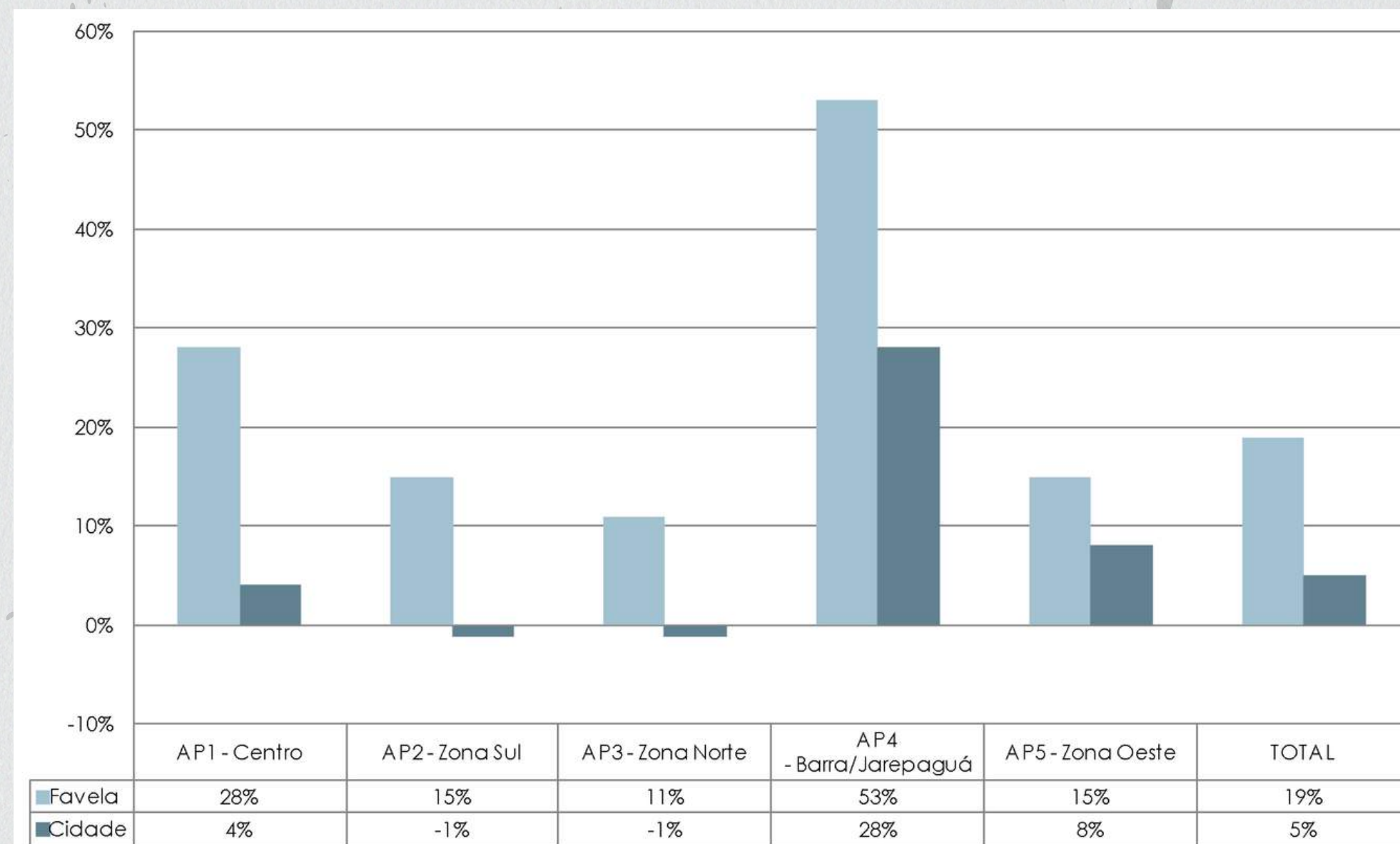
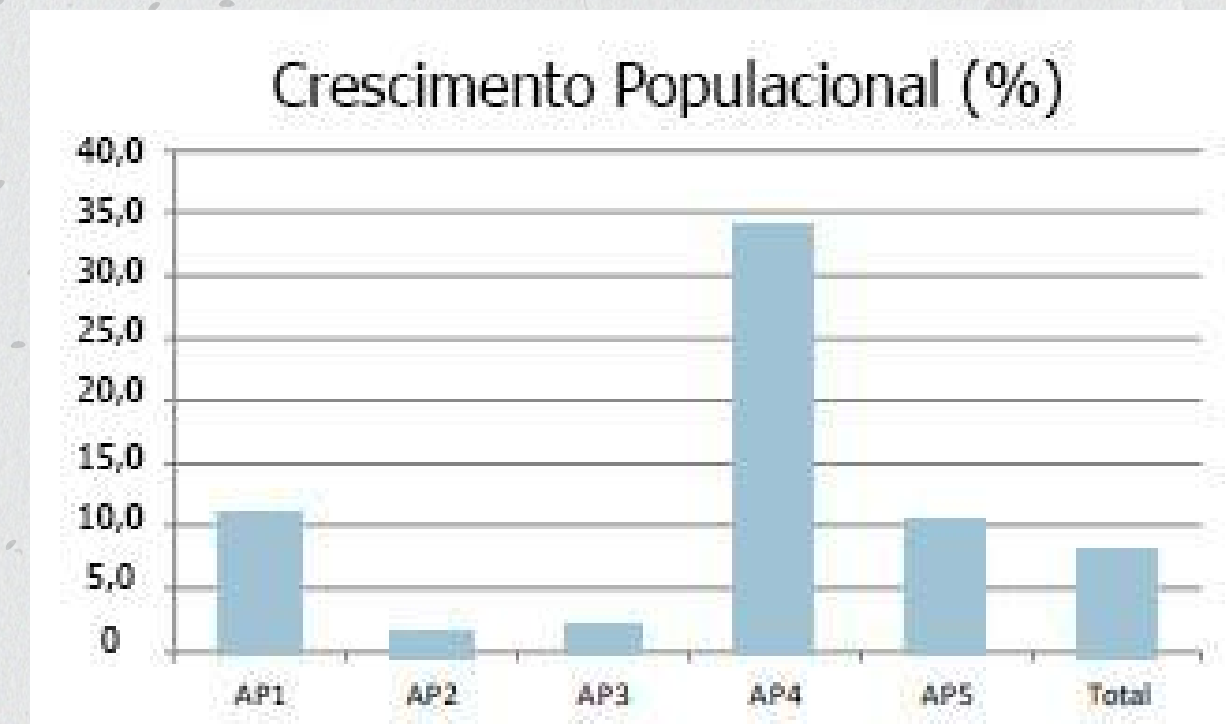


Município do Rio de Janeiro
Divisões Administrativas Setoriais

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA CIDADE DO RJ,
DIÁRIO OFICIAL DO MRJ,
MAPA DO MRJ ESCALA 1:10.000 - 1999,
ATUALIZADO EM: 18/05/2012 PELA LEI Nº 5.407/2012 (17/05/2012)

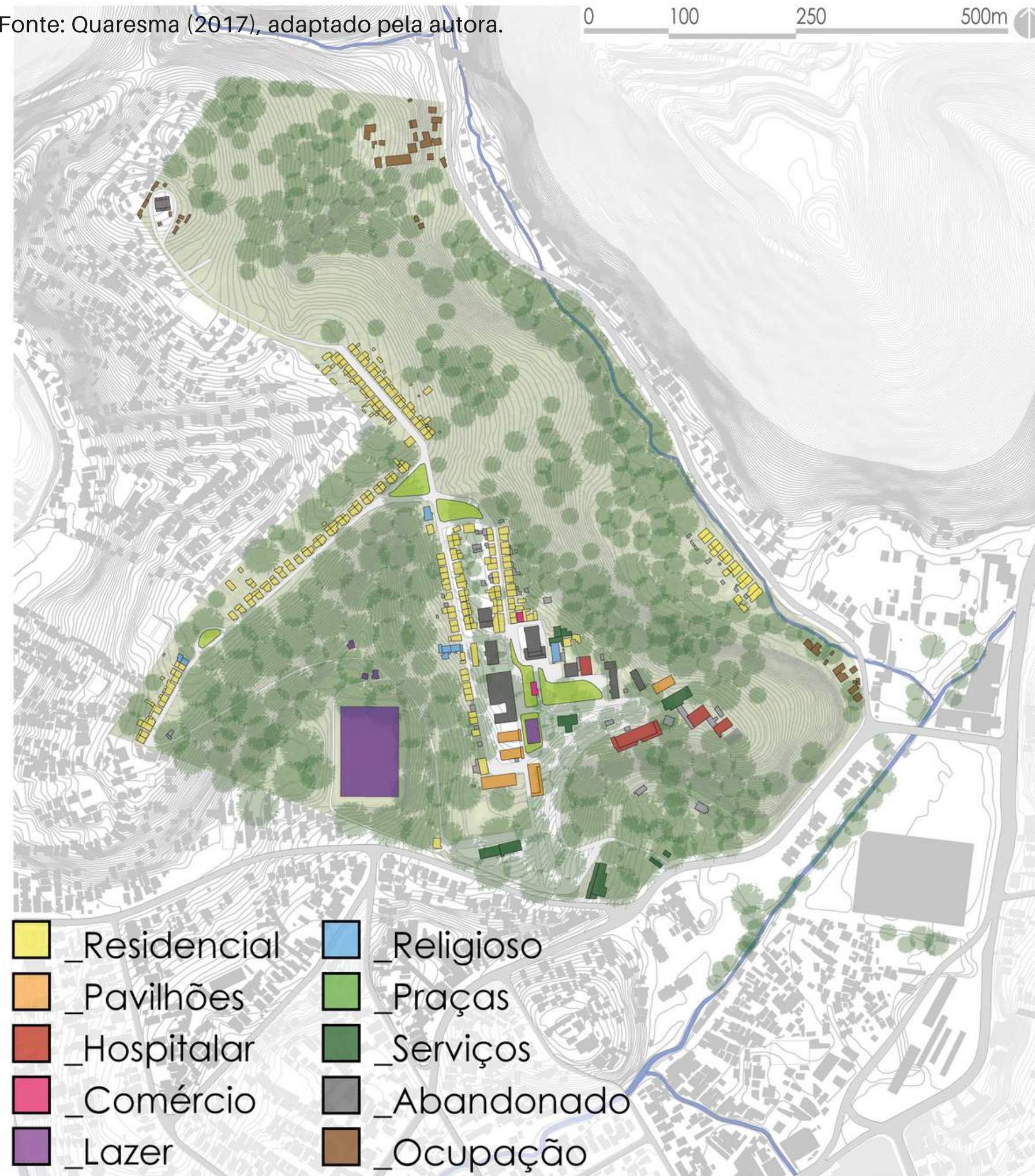
AP 1 I RA - Portuária 001 - Saúde 002 - Gamboa 003 - Santo Cristo 004 - Caju II RA - Centro 005 - Centro 161 - Lapa III RA - Rio Comprido 006 - Catumbi 007 - Rio Comprido 008 - Cidade Nova 009 - Estácio VII RA - São Cristóvão 010 - São Cristóvão 011 - Mangueira 012 - Benfica 158 - Vasco da Gama XXI RA - Ilha de Paqueta 013 - Paqueta XXIII RA - Santa Teresa 014 - Santa Teresa	AP 2.1 IV RA - Botafogo 015 - Flamengo 016 - Glória 017 - Laranjeiras 018 - Catete 019 - Cosme Velho 020 - Boreafogo 021 - Humaitá 022 - Urca V RA - Copacabana 023 - Leme 024 - Copacabana VI RA - Lagoa 025 - Ipanema 026 - Leblon 027 - Lagoa 028 - Jardim Botânico 029 - Gávea 030 - Vidigal 031 - São Conrado XXVII RA - Rocinha 154 - Rocinha	AP 2.2 VIII RA - Tijuca 032 - Praça da Bandeira 033 - Tijuca 034 - Alto da Boa Vista IX RA - Vila Isabel 035 - Maracanã 036 - Vila Isabel 037 - Andaraí 038 - Grajaú XXX RA - Complexo da Mare 157 - Mare	AP 3.1 X RA - Ramos 039 - Mangueiras 040 - Bonsucesso 041 - Ramos 042 - Olaria XXX RA - Complexo da Mare 157 - Mare	AP 3.2 XIII RA - Méier 051 - Jacaré 057 - São Francisco Xavier 058 - Rocha 059 - Riachuelo 060 - Sampaio 061 - Engenho Novo 062 - Lins de Vasconcelos 063 - Méier 064 - Todos os Santos 065 - Cachambi 066 - Engenho de Dentro 067 - Água Santa 068 - Encantado 069 - Piedade 070 - Abolição 071 - Pilares XXVIII RA - Jacarezinho 155 - Jacarezinho	AP 3.3 XIV RA - Irajá 072 - Vila Kosmos 073 - Vicente de Carvalho 074 - Vila da Penha 075 - Vista Alegre 076 - Irajá 077 - Colégio XV RA - Madureira 078 - Campinho 079 - Quintino Bocaiuva 080 - Cavalcanti 081 - Engenheiro Leal 082 - Cascadura 083 - Madureira 084 - Vaz Lobo 085 - Tunaçu 086 - Rocha Miranda 087 - Honório Gurgel 088 - Oswaldo Cruz 089 - Bento Ribeiro 090 - Marechal Hermes	AP 3.4 XII RA - Inhaúma 050 - Inhaúpolis 052 - Maria da Graça 053 - Del Castilho 054 - Inhaúma 055 - Engenho da Rainha 056 - Tomás Coelho XXIX RA - Complexo do Alemão 156 - Complexo do Alemão	AP 3.5 XI RA - Penha 043 - Penha 044 - Penha Circular 045 - Braz de Pina XXXI RA - Vigário Geral 046 - Cordovil 047 - Parada de Lucas 048 - Vigário Geral 049 - Jardim América XXII RA - Anchieta 106 - Guadalupe 107 - Anchieta 108 - Parque Anchieta 109 - Ricardo de Albuquerque XXX RA - Vigário Geral 046 - Cordovil 047 - Parada de Lucas 048 - Vigário Geral 049 - Jardim América XXV RA - Pavuna 110 - Coelho Neto 111 - Acari 112 - Barrois Filho 113 - Costa Barros 114 - Pavuna 159 - Parque Columbia	AP 3.6 XX RA - Ilha do Governador 091 - Ribeira 092 - Zumbi 093 - Cacua 094 - Pitangueiras 095 - Praia da Bandeira 096 - Cocota 097 - Bancários 098 - Freguesia 099 - Jardim Guanabara 100 - Jardim Carosca 101 - Tauá 102 - Monero 103 - Portuguesa 104 - Galeão 105 - Cidade Universitária XXVI RA - Jacarepaguá 115 - Jacarepaguá 116 - Anil 117 - Gardênia Azul 119 - Curicica 120 - Freguesia de Jacarepaguá 121 - Pechincha 122 - Taquara 123 - Tanque 124 - Praça Seca 125 - Vila Valqueire XXXIV RA - Cidade de Deus 118 - Cidade de Deus	AP 4.1 XXIV RA - Barra da Tijuca 126 - Joá 127 - Ipanhangá 128 - Barra da Tijuca 129 - Camorim 130 - Vargem Pequena 131 - Vargem Grande 132 - Recreio dos Bandeirantes 133 - Grumari XXVII RA - Realengo 134 - Deodoro 135 - Vila Militar 136 - Campo dos Afonsos 137 - Jardim Sulacap 138 - Magalhães Bastos 139 - Realengo	AP 4.2 XXV RA - Barra da Tijuca 126 - Joá 127 - Ipanhangá 128 - Barra da Tijuca 129 - Camorim 130 - Vargem Pequena 131 - Vargem Grande 132 - Recreio dos Bandeirantes 133 - Grumari	AP 5.1 XVII RA - Bangu 140 - Padre Miguel 141 - Bangu 142 - Senador Câmara 160 - Gericoico XXXIII RA - Realengo 134 - Deodoro 135 - Vila Militar 136 - Campo dos Afonsos 137 - Jardim Sulacap 138 - Magalhães Bastos 139 - Realengo	AP 5.2 XVIII RA - Campo Grande 143 - Sãosissimo 144 - Campo Grande 145 - Senador Vasconcelos 146 - Inhoaibás 147 - Cosmos	AP 5.3 XIX RA - Santa Cruz 148 - Paciência 149 - Santa Cruz 150 - Sepetiba	AP 5.4 XXVI RA - Guaratiba 151 - Guaratiba 152 - Barra de Guaratiba 153 - Pedra de Guaratiba
--	--	---	---	--	--	---	---	---	---	---	--	--	---	---

População residente - Rio de Janeiro			
Área de Planejamento	2000	2010	Crescimento Populacional (%)
Total	5.857.904,00	6.320.446,00	7,9
AP1	268.280,00	296.400,00	10,5
AP2	997.478,00	1.009.170,00	1,2
AP3	2.353.590,00	2.400.148,00	2
AP4	682.051,00	909.955,00	33,4
AP5	1.556.505,00	1.704.773,00	9,5



Fonte: Quaresma (2017), adaptado pela autora.

0 100 250 500m



ESTRUTURA INTERNA:

6

7

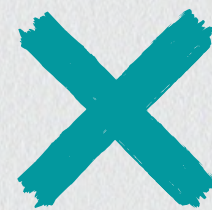
*“Curupaiti é a **nossa cidade**
Onde a felicidade também pode existir
Tens o mesmo Sol
O mesmo arrebol
A mesma alvorada
que os felizes veem surgir”
(Trecho do Hino do Curupaiti)*

O CURUPAITI CORRESPONDE A UMA GRANDE PARCELA DE SOLO QUE SERÁ DISPUTADA FUTURAMENTE.

QUANDO NÃO HOUVER MAIS EX-INTERNOS QUE NECESSITEM DE TRATAMENTO, O QUE VAI ACONTECER COM TODA A ESTRUTURA, HOJE SUPERDIMENSIONADA, DO HOSPITAL?

DIREITO À CIDADE...

não se trata somente de:



Reintegração das pessoas atingidas pela Hanseníase.



Acesso aos equipamentos urbanos e à vida urbana.



Soluções meramente projetuais.

PROJETO DEFENDIDO PELO MORHAN

Parque Urbano e museu da Hanseníase:

Movimento quer transformar Curupaiti em modelo para pessoas com hanseníase

Espaço foi criado em 1929 que recebia e isolava os doentes da sociedade

Um parque ecológico com um centro de atenção ao idoso, um teatro para a comunidade, preservação de ruínas, um hospital de referência em dermatologia e um [museu sobre hanseníase](#). Esse é o projeto do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) para a antiga Colônia Curupaiti, em Jacarepaguá, na zona oeste do Rio, espaço criado em 1929 que recebia e isolava os doentes da sociedade.

O coordenador nacional do Morhan, Artur Custódio, alerta que é necessária uma política que vá além da saúde, para garantir a segurança da população vulnerabilizada da ex-colônia. “A experiência do Rio na legalização fundiária das colônias foi destacada de forma positiva no Relatório da ONU para o enfrentamento da discriminação das pessoas atingidas pela hanseníase, mas é preciso continuar. A segurança pública deve proteger essa população e o estado precisa avançar nas negociações com os municípios para outras políticas públicas de meio ambiente, lazer, moradia e preservação histórica. [Curupaiti poderia ser um grande parque para Jacarepaguá](#)”, defende o dirigente.

Compartilhe:

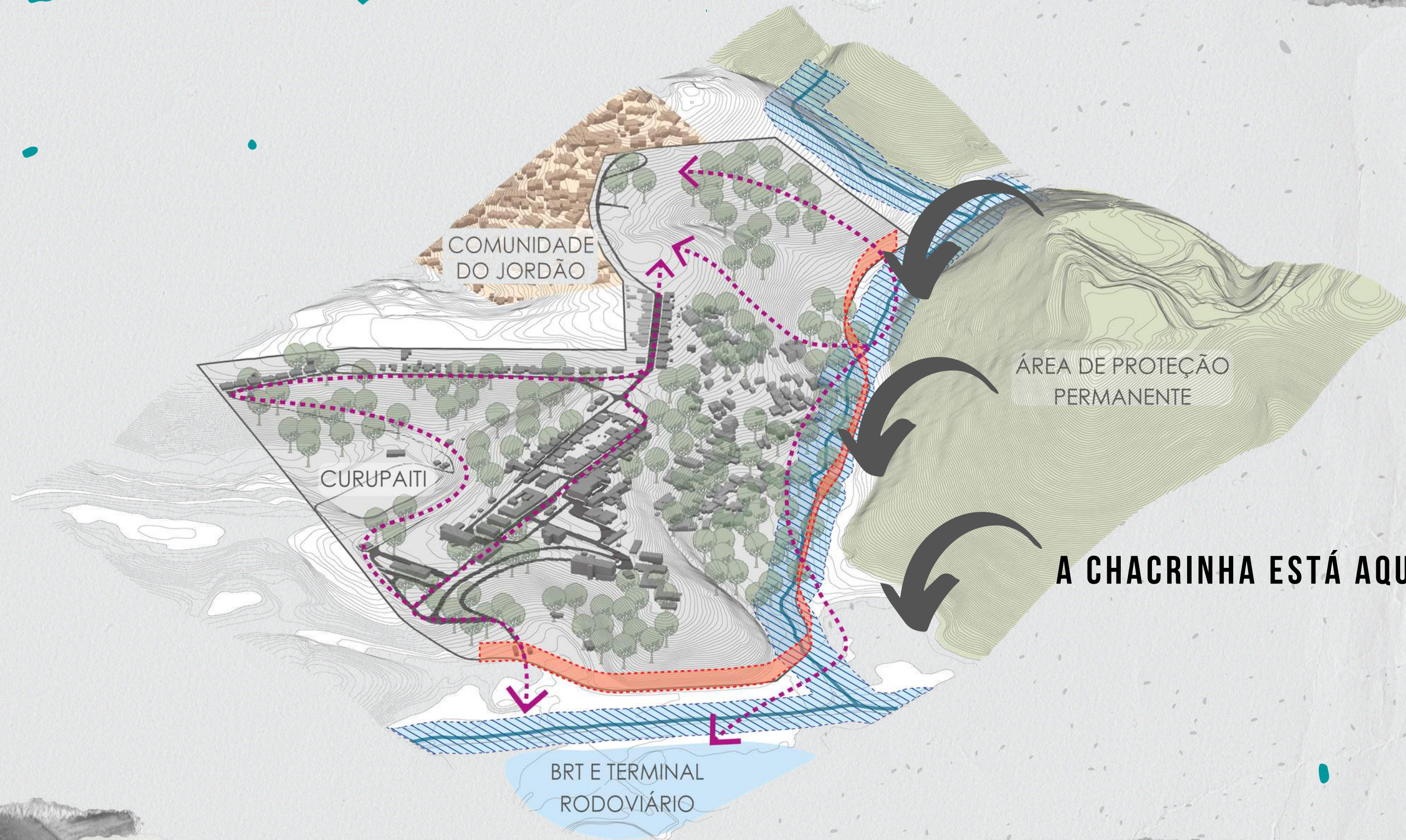


**A AUSÊNCIA DA COMUNIDADE NO
PLANEJAMENTO E GESTÃO DO
TERRITÓRIO, POR SI, CAMINHA NO
SENTIDO CONTRÁRIO À REALIZAÇÃO DO
DIREITO À CIDADE.**



FASES 3 E 5:

O mercado imobiliário passa a investir em lotes ociosos e muitos proprietários se interessarão pela venda de seus imóveis para a construção de edificações de maior porte, sendo necessária a implementação inflexível da Outorga Onerosa, para que este capital possa ser revertido para moradores da região”. (QUARESMA, 2017).



A CHACRINHA ESTÁ AQUI!

MAPA DOS DESEJOS:

HOSPITAL COLÔNIA CURUPAITI



DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE

A PESQUISA:

INVESTIGAÇÃO DO PASSADO
(CARTOGRAFIAS DA
MEMÓRIA)

CONSTRUÇÃO DE POSSIBILIDADES
PARA O FUTURO (SE A CIDADE
FOSSE NOSSA...)

OBJETIVO

Descritiva, com algumas questões observadas pela ótica exploratória (investigação de documentos não utilizados em estudos anteriores);

ABORDAGEM

Quali-quantitativa (em parte da pesquisa, há **intenção de generalização**, e os dados serão analisados quantitativamente);

MÉTODOS

Pesquisa documental (cartografias da memória - documentos e depoimentos) **e de campo** (construindo o coletivo - entrevistas semiestruturadas - 97 pessoas)

SE A CIDADE FOSSE NOSSA...

PROCEDIMENTOS

Entrevistas semiestruturadas (roteiro flexível, gravadas em áudio) e **zoneamento construído coletivamente**;

AMPLITUDE E AMOSTRA

OBJETIVO

Subsidiar um plano de ocupação da Colônia a partir do que seria uma produção autônoma do espaço;

Amplitude: 2500 a 2800 pessoas (estimativa fornecida pela diretora do Hospital). Utilizada: 2800
Amostra: 97

PÚBLICO

- Pessoas que utilizam o Curupaiti (moradores, funcionários do Hospital, voluntários nas ONGs, moradores do morro do Piolho, etc)

Tabela 7.1 Tabela para determinar a amplitude de uma amostra tirada de uma população finita com margens de erro de 1%, 2%, 3%, 4%, 5% e 10% na hipótese de $p=0,5$. Coeficiente de confiança de 95,5%.

Amplitude da população (universo)	Amplitude da amostra com as margens de erro acima indicadas					
	± 1%	± 2%	± 3%	± 4%	± 5%	± 10%
.....	-	-	-	-	222	83
1 000	-	-	-	385	286	91
1 500	-	-	638	441	316	94
2 000	-	-	714	476	333	95
2 500	-	1 250	769	500	345	96
3 000	-	1 364	811	517	353	97
3 500	-	1 458	843	530	359	97
4 000	-	1 538	870	541	364	98
4 500	-	1 607	891	549	367	98
5 000	-	1 667	909	556	370	98
6 000	-	1 765	938	566	375	98
7 000	-	1 842	949	574	378	99
8 000	-	1 905	976	480	381	99
9 000	-	1 957	989	584	383	99
10 000	5 000	2 000	1 000	488	383	99
15 000	6 000	2 143	1 034	600	390	99
20 000	6 667	2 222	1 053	606	392	100
25 000	7 143	2 273	1 064	610	394	100
50 000	8 333	2 381	1 087	617	397	100
100 000	9 091	2 439	1 099	621	398	100
∞	10 000	2 500	1 111	625	400	100

p = proporção dos elementos portadores do caráter considerado. Se p é $< 0,5$, a amostra pedida é menor. Nesse caso, determina-se o tamanho da amostra, multiplicando-se o dado que aparece na tabela por 4 $[p(1-p)]$

Fonte: ARKIN, H.; COLTON, R. Apud TAGLIACARNE, G. *Pesquisa de mercado*. São Paulo: Atlas, 1976. p. 176.

N = tamanho da população

n = tamanho da amostra

n_0 = primeira aproximação da amostra

E_0 = erro amostral (para esta pesquisa, foi considerado um erro amostral de $\pm 10\%$)

$n_0 = 1 / E_0^2 \Rightarrow n_0 = 1 / (10/100)^2 \Rightarrow n_0 = (100/10)^2 = 10^2 = 100$ pessoas (primeira aproximação)

$n = (N \times n_0) / (N + n_0) = (2.800 \times 100) / (2.800 + 100) = 280.000 / 2.900 = 96,55 = 97$ pessoas (amostra)

Na tabela em questão, consideramos o universo em **3.000 pessoas**, com margem de erro de $\pm 10\%$, ou seja, **com amostra de 97 entrevistados**.

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GRUPO:



1. Pessoas atingidas pela hanseníase e familiares: 70

1.1 Pessoas atingidas pela Hanseníase residentes das vilas: 25

1.2 Familiares de pessoas atingidas: 45

2. Profissionais do IEDS Curupaiti: 10

3. Entidades com função social: 7

3.1 Congregação Mariana: 2

3.2 Grupo Cultura Urbana: 3

3.3 Centro Espírita Filhos de Deus: 2

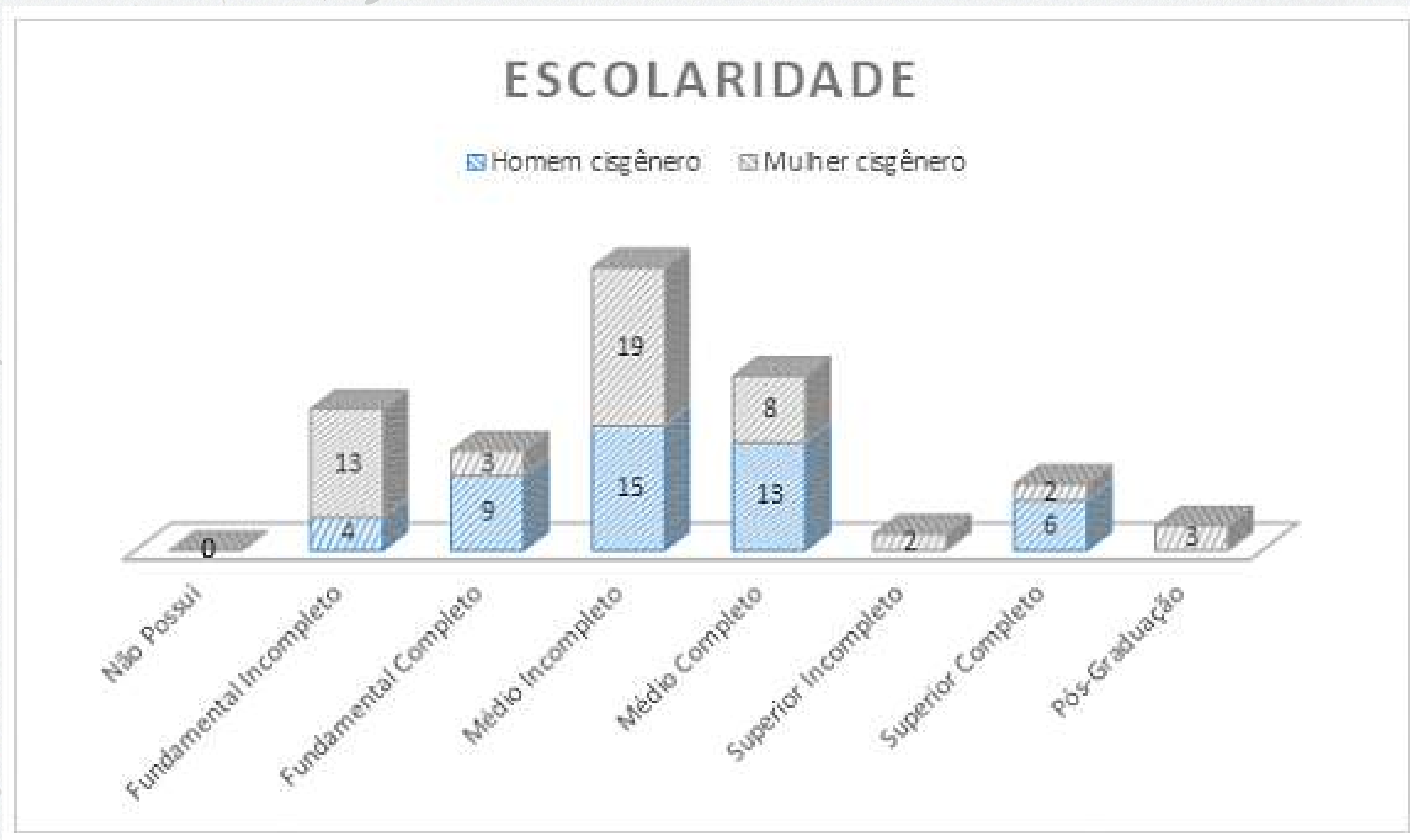
4. Comunidade externa (Morro do São Jorge/Piolho): 10

Milícia.

Os critérios para entrevistas foram:

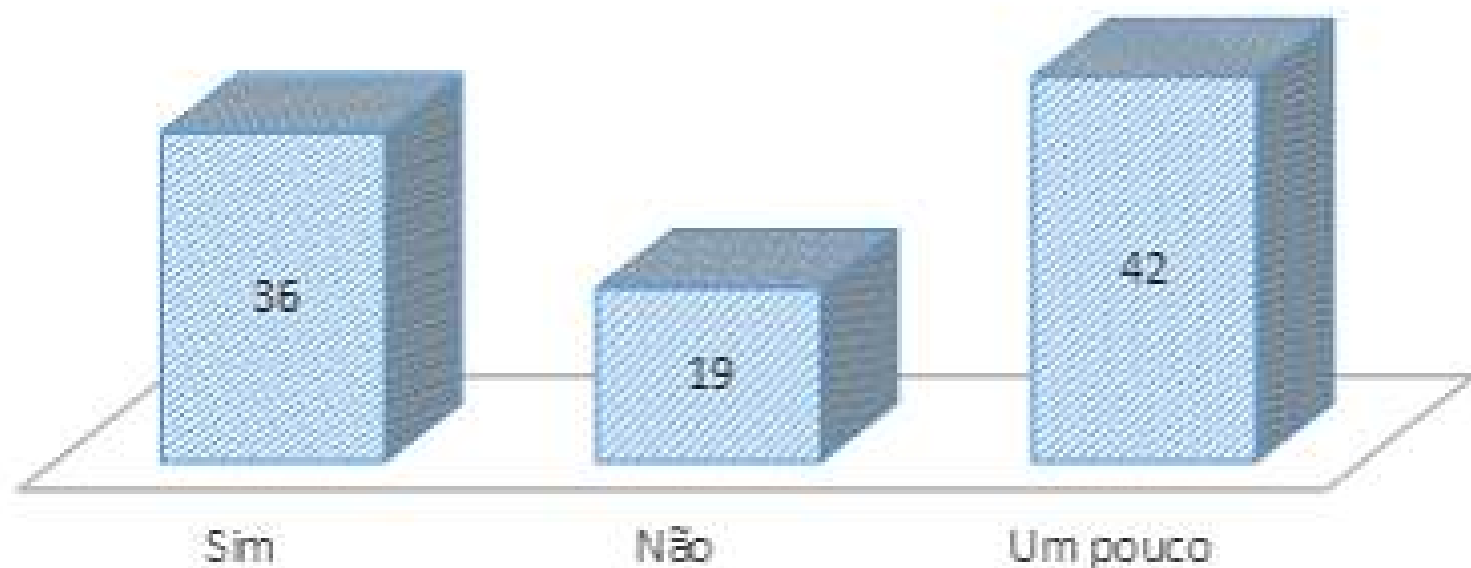
1. Não possuir comorbidades;
2. Ter disponibilidade para a entrevista ao ar livre;
3. Estar utilizando equipamento de proteção facial (máscara) e;
4. Não morar em residências coletivas (pavilhões)

DADOS OBTIDOS:

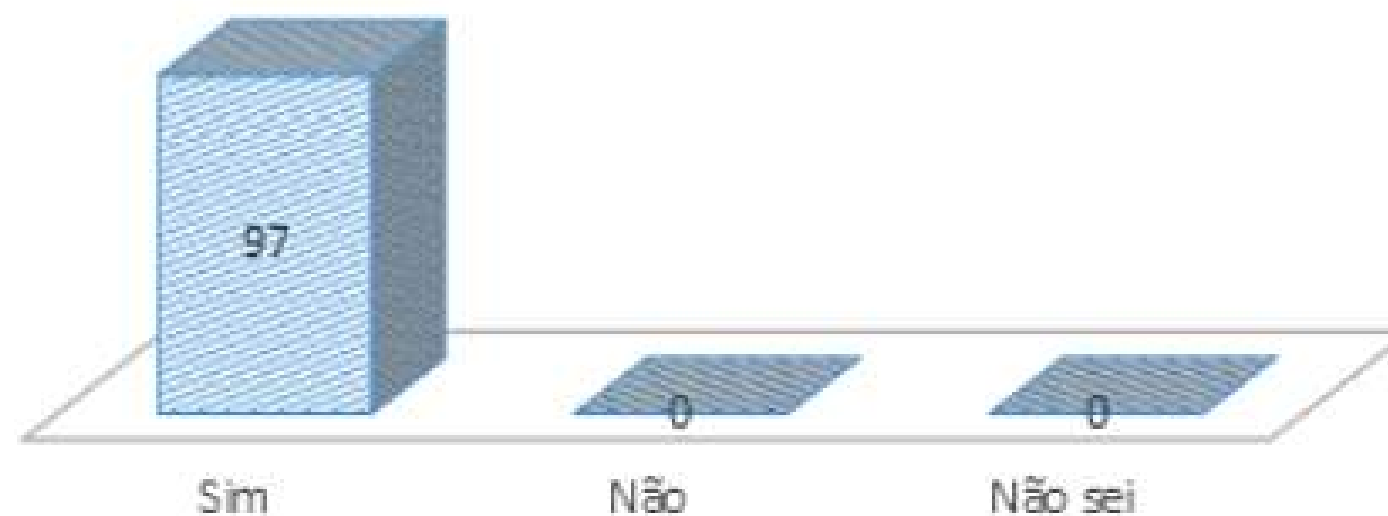


DADOS OBTIDOS:

CONHECE A HISTÓRIA DO HOSPITAL?

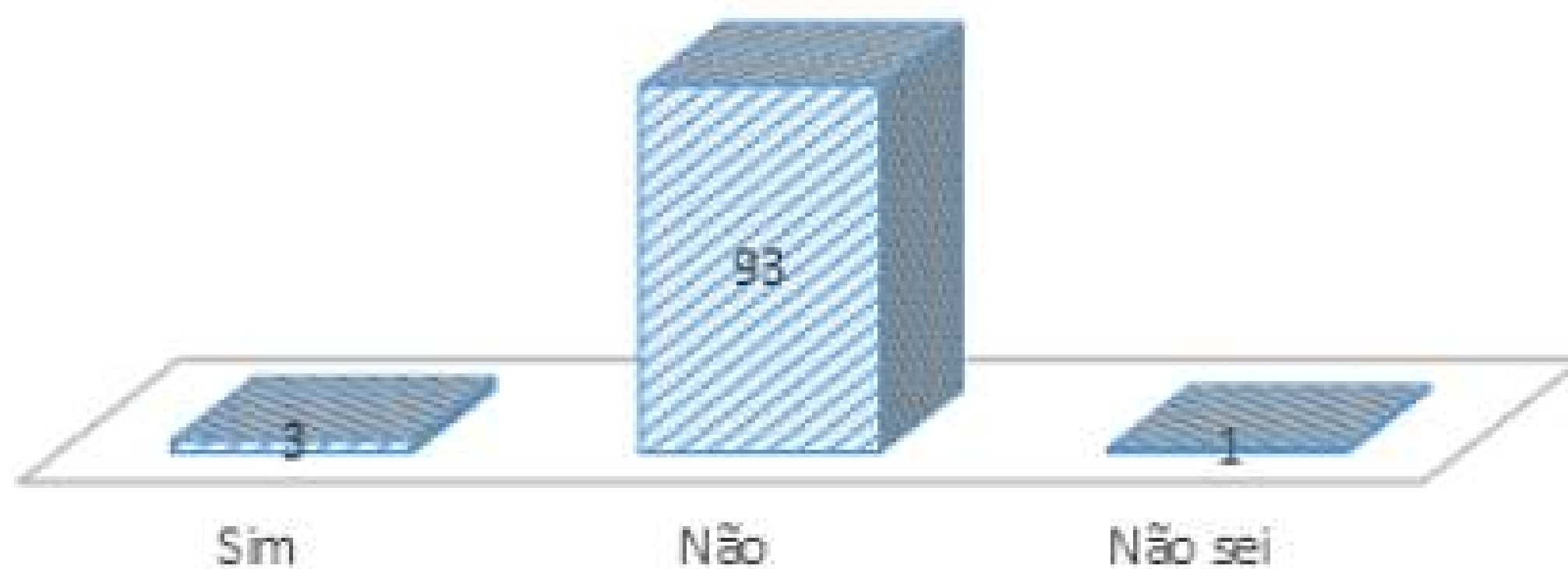


GOSTARIA QUE ESSA HISTÓRIA FOSSE PRESERVADA?



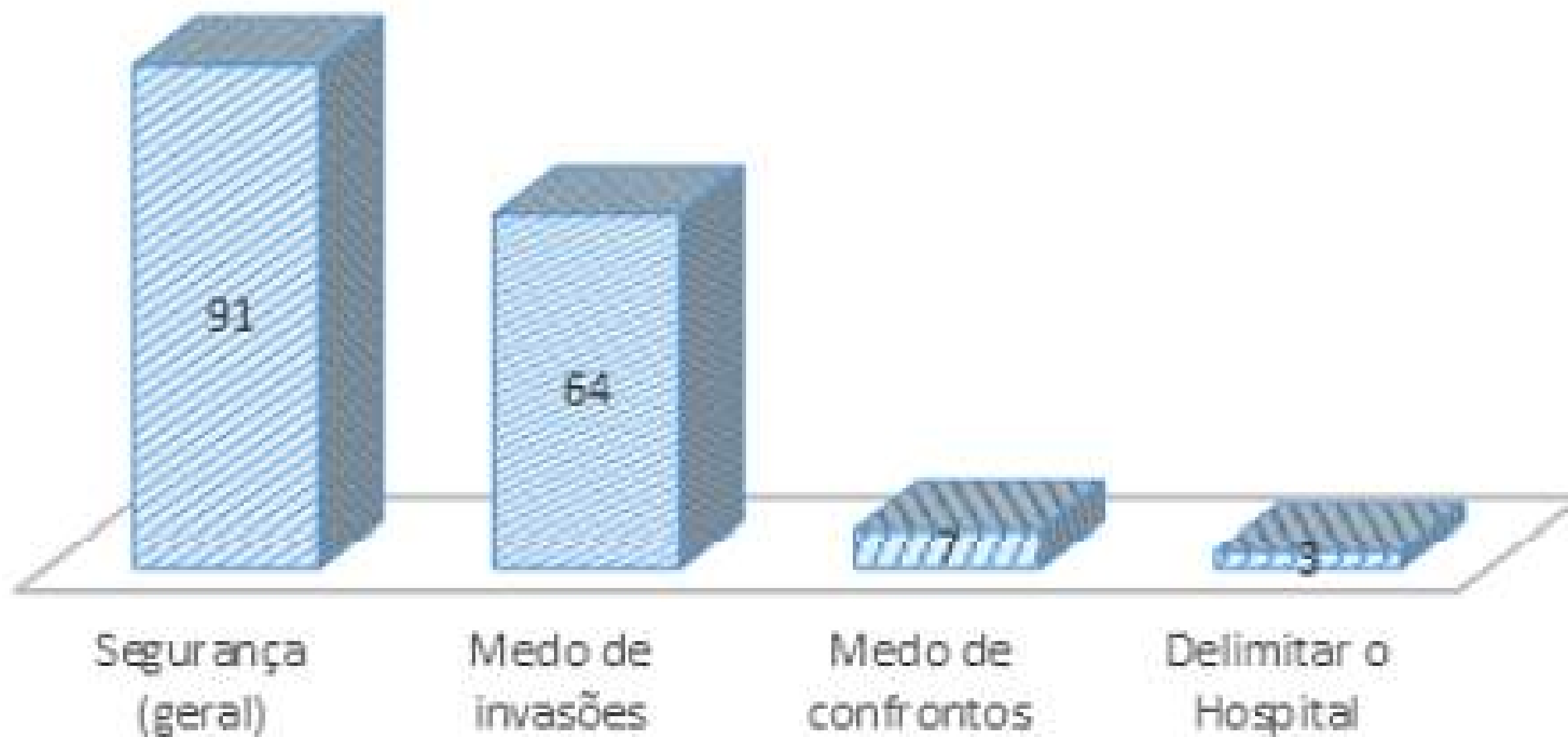
DADOS OBTIDOS:

GOSTARIA QUE OS MUROS DO
HOSPITAL FOSSEM
RETIRADOS?

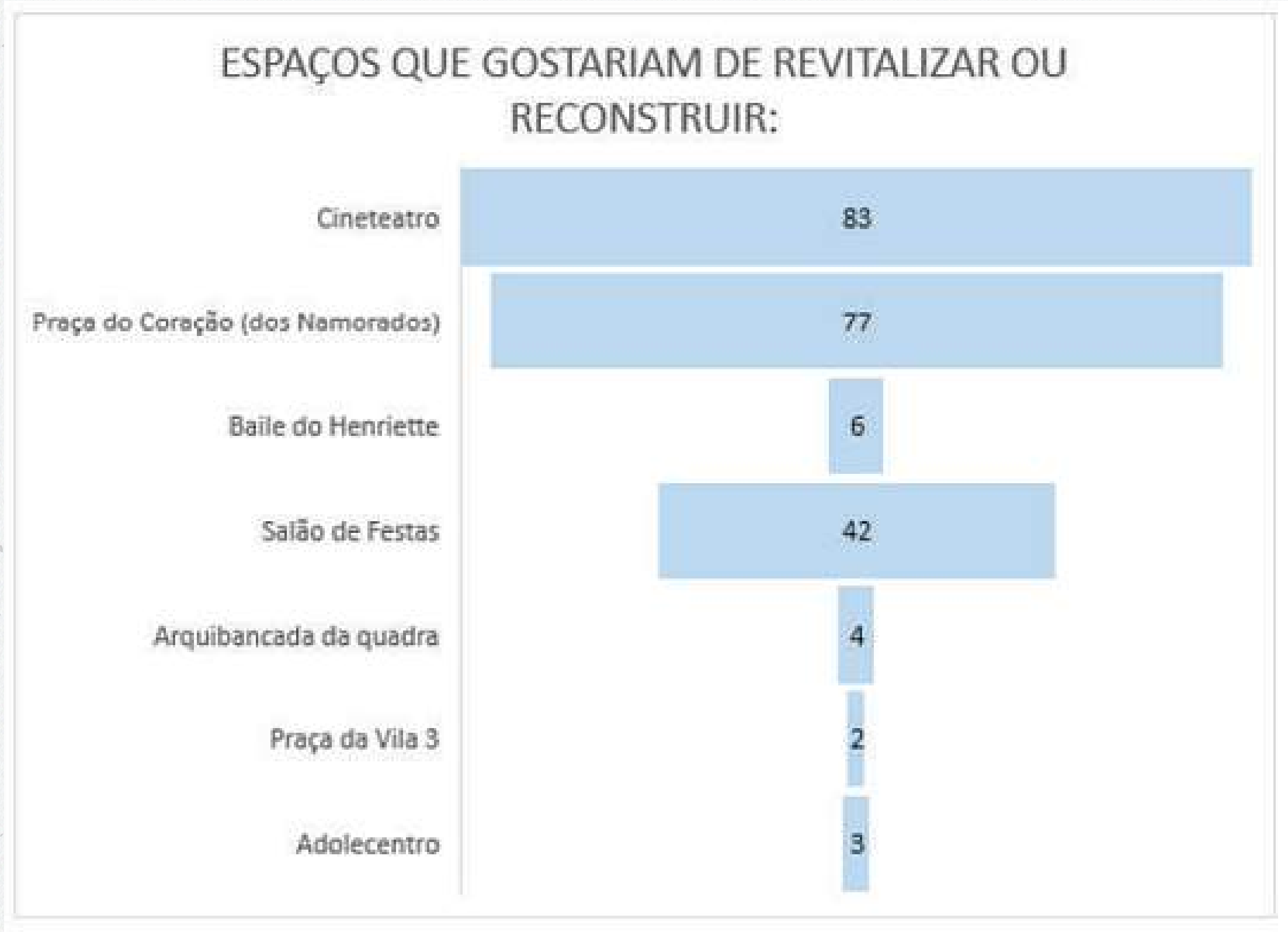


DADOS OBTIDOS:

POR QUÊ?

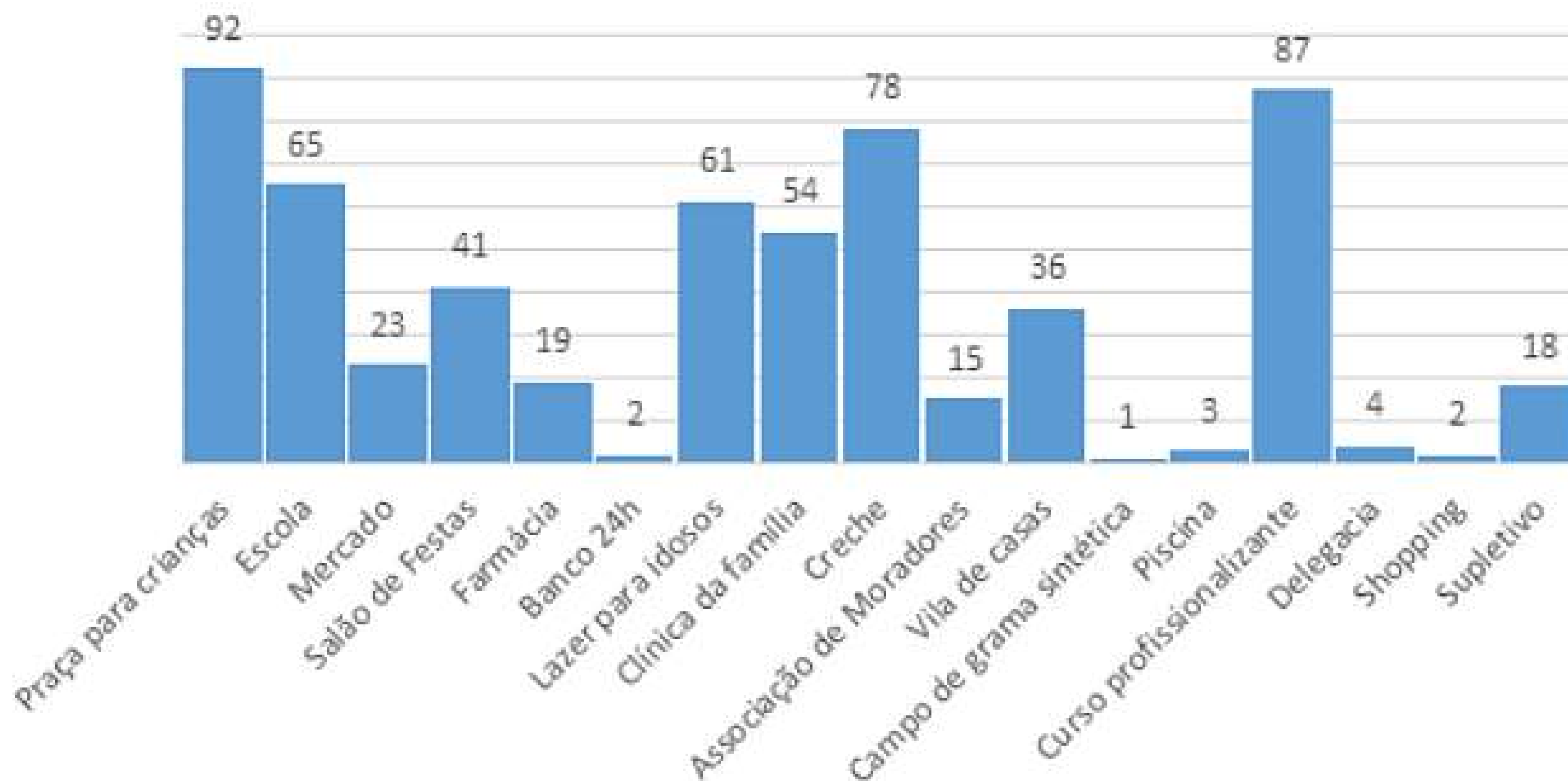


DADOS OBTIDOS:

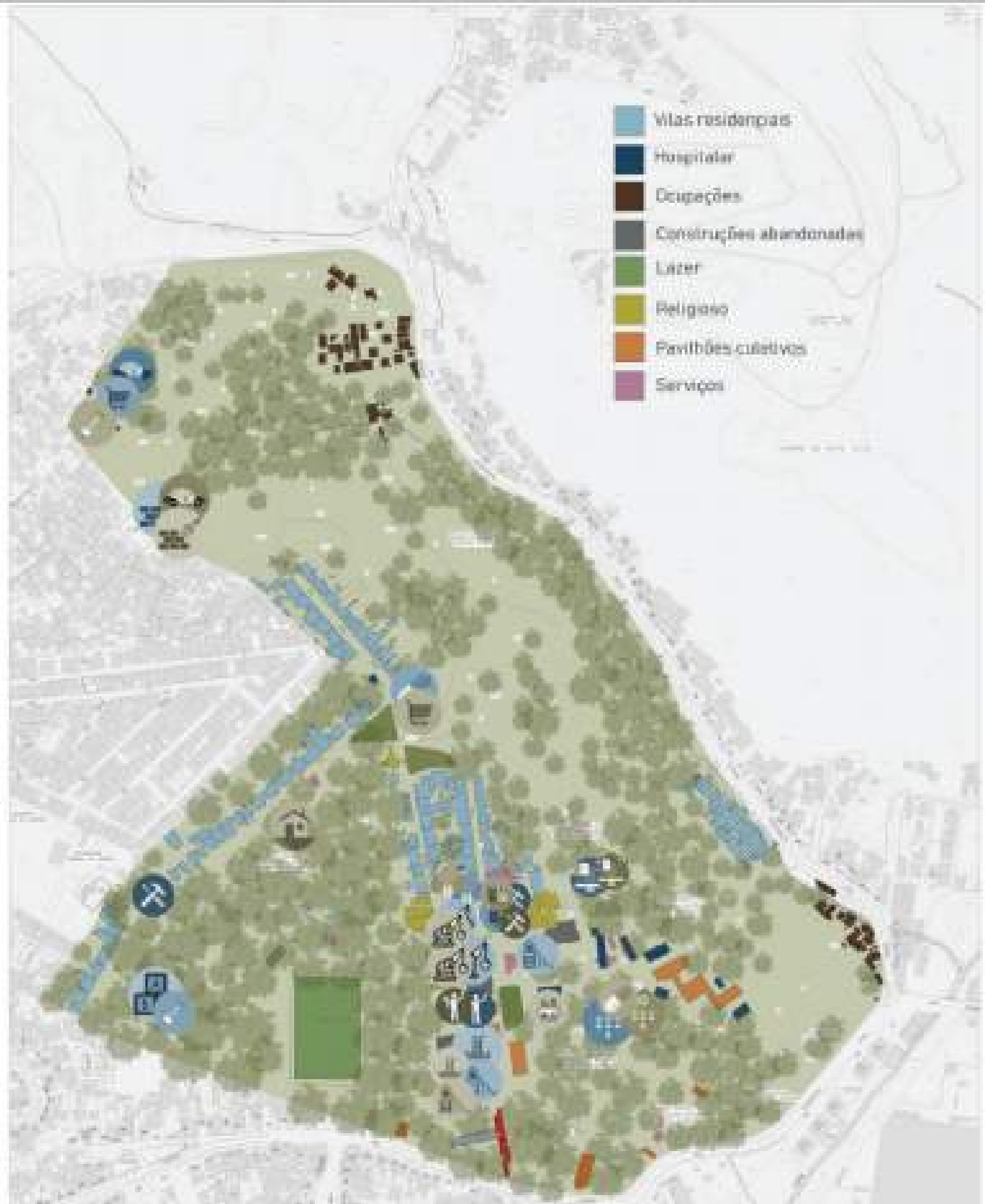


DADOS OBTIDOS:

NOVOS ESPAÇOS (CURUPAITI OU MORRO DO PIOLHO):



- Casas residenciais
- Hospitalar
- Ocupações
- Construções abandonadas
- Lazer
- Religioso
- Pavilhões coletivos
- Serviços

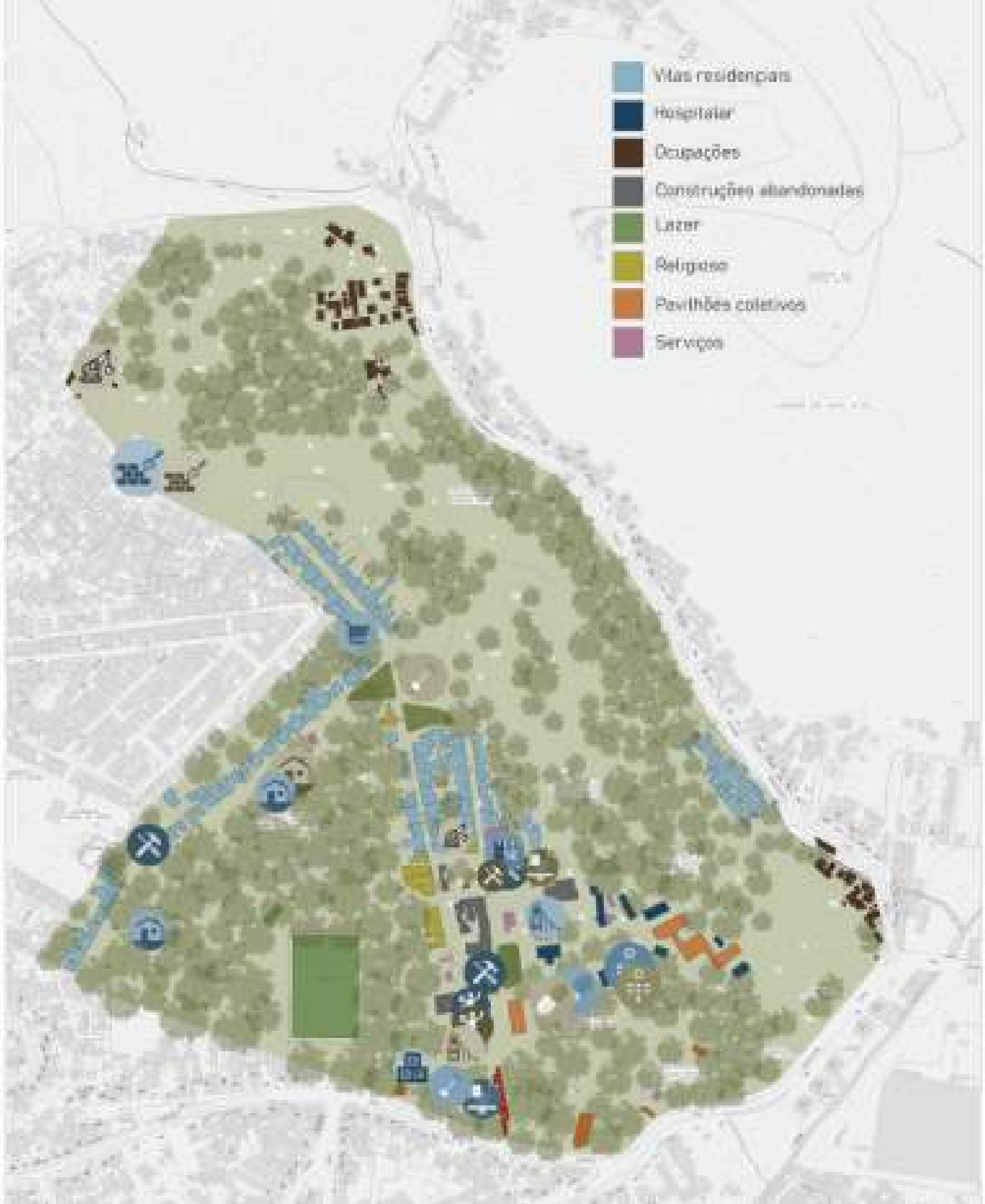


SE A CIDADE FOSSE NOSSA...



DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE

- Mais residências
- Hospitalar
- Ocupações
- Construções abandonadas
- Lazer
- Religioso
- Pavilhões coletivos
- Serviços

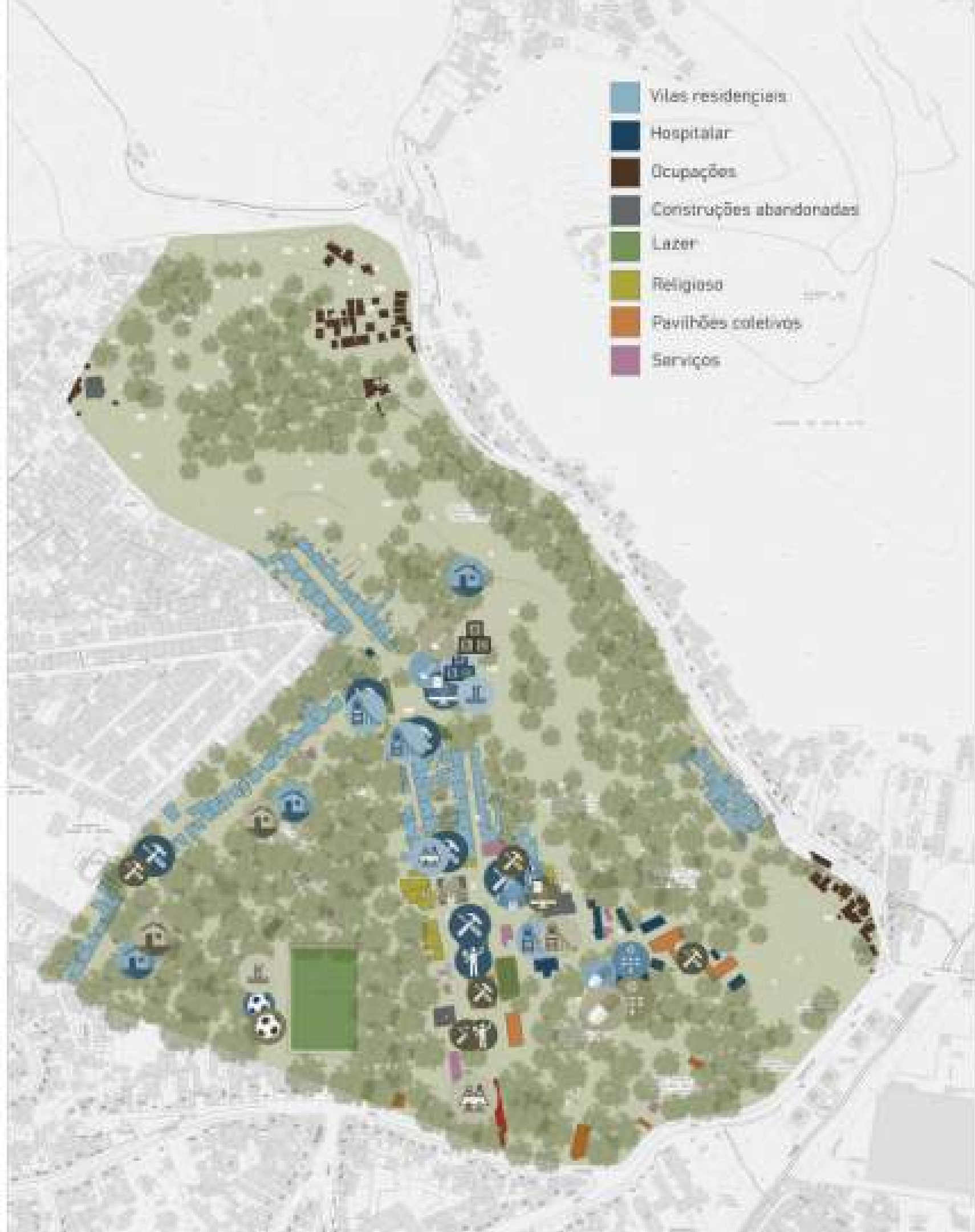


SE A CIDADE FOSSE NOSSA...



DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE

- Vilas residenciais
- Hospitalar
- Ocupações
- Construções abandonadas
- Lazer
- Religioso
- Pavilhões coletivos
- Serviços



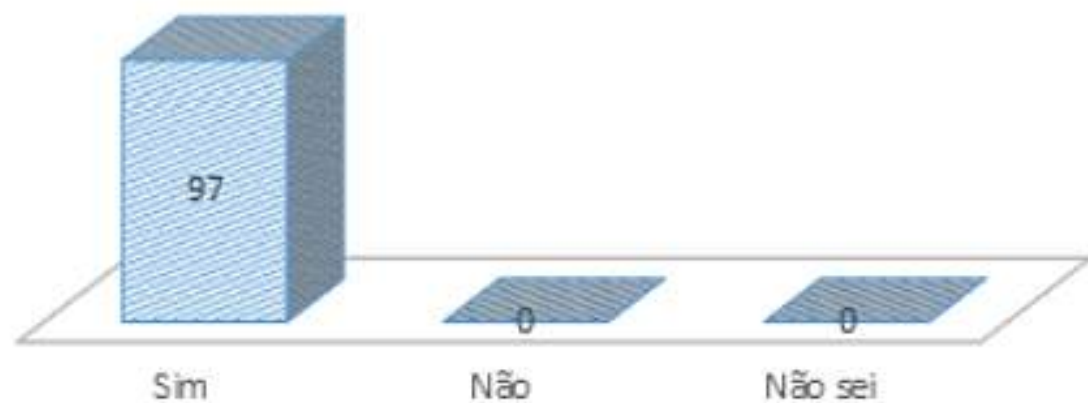
SE A CIDADE FOSSE NOSSA...



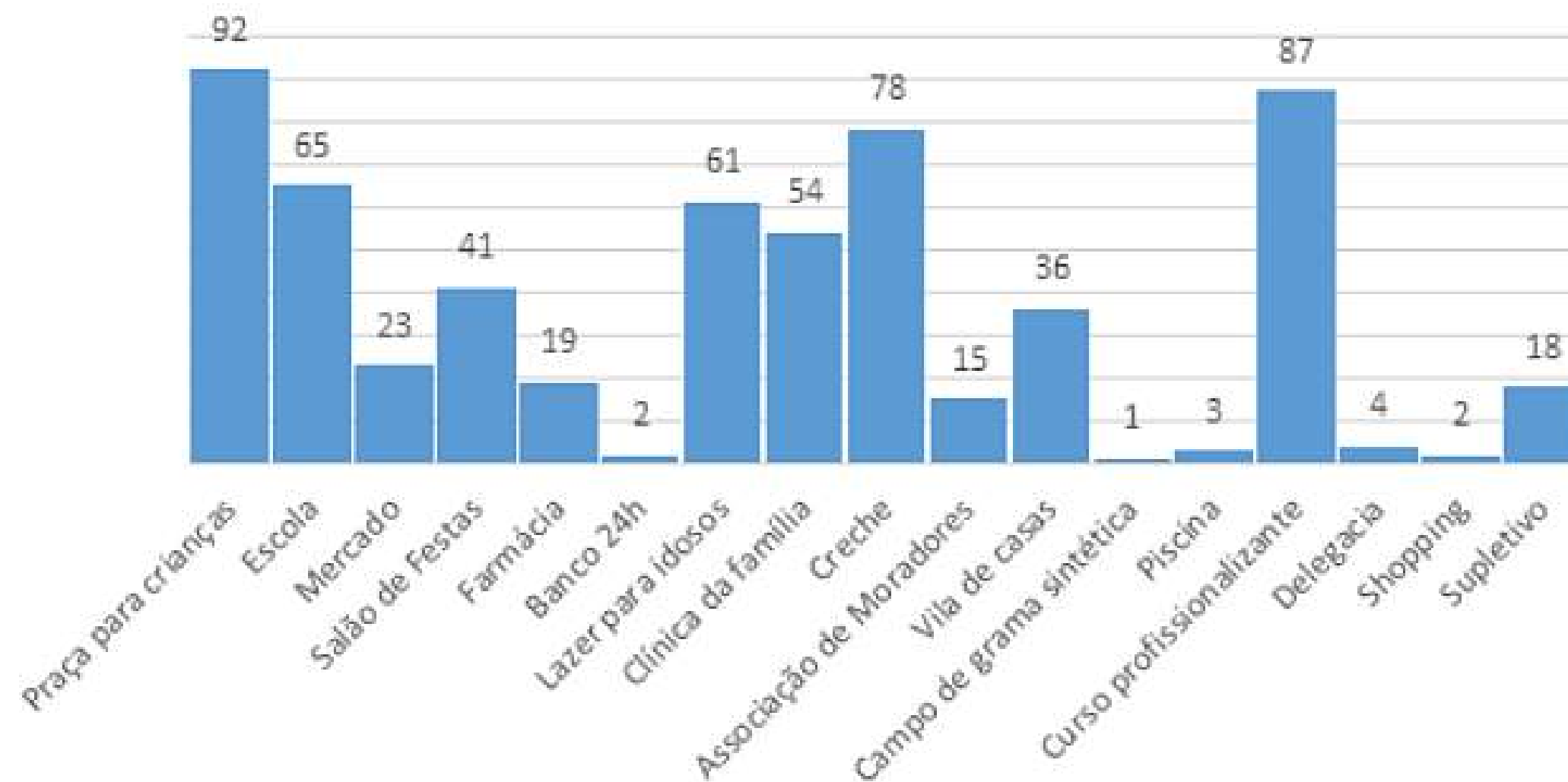
DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE

DADOS OBTIDOS:

GOSTARIA QUE ESSA HISTÓRIA FOSSE PRESERVADA?

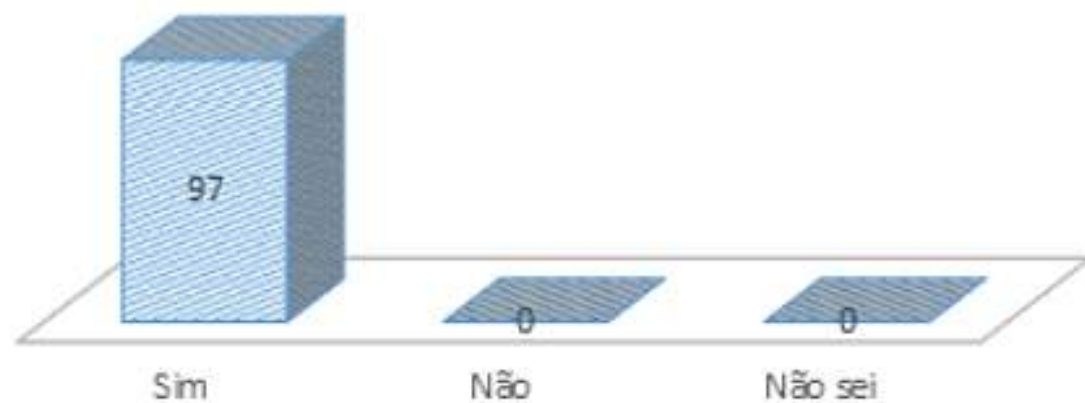


NOVOS ESPAÇOS (CURUPAITI OU MORRO DO PIOLHO):

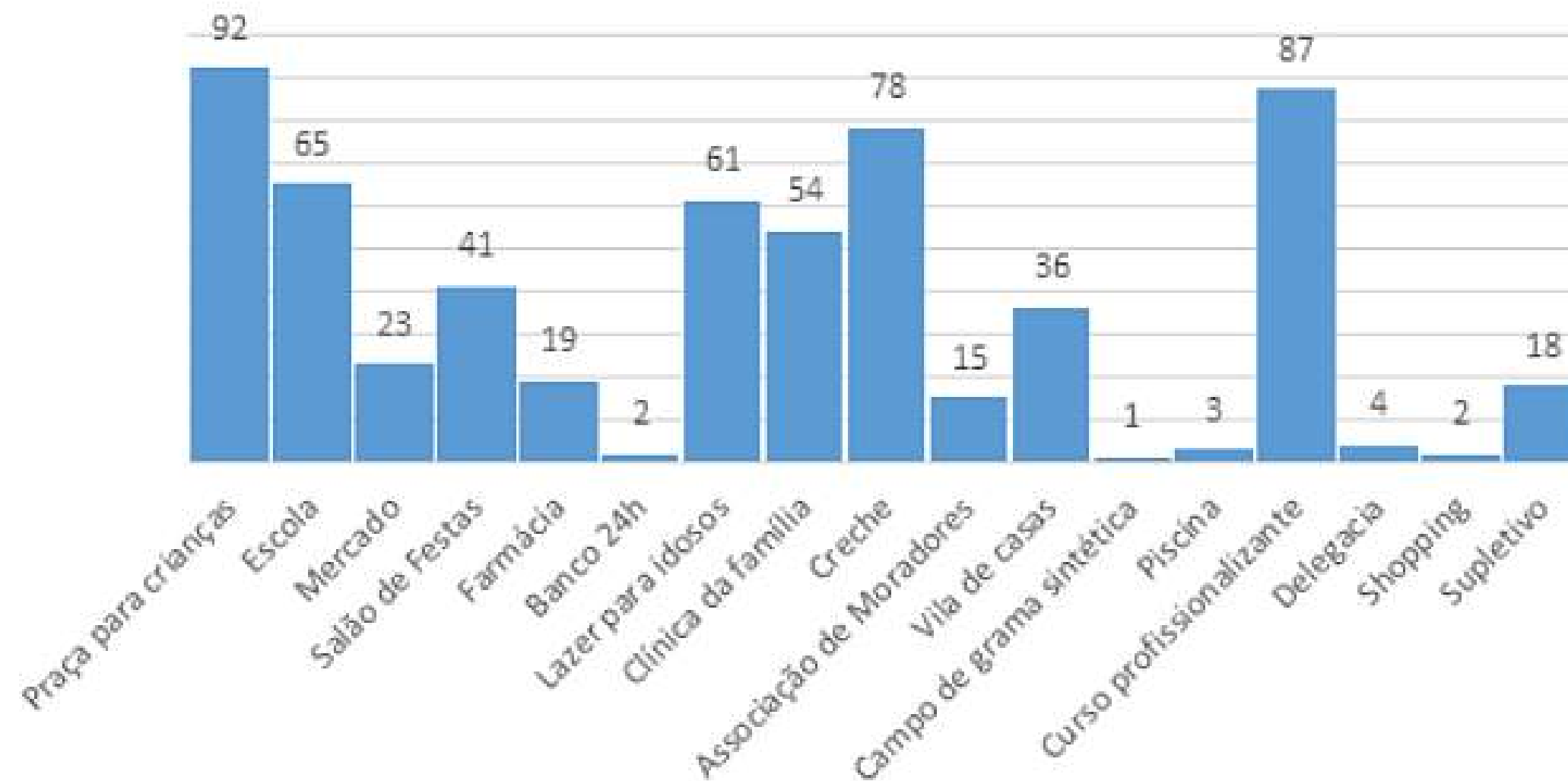


DADOS OBTIDOS:

GOSTARIA QUE ESSA HISTÓRIA FOSSE PRESERVADA?



NOVOS ESPAÇOS (CURUPAITI OU MORRO DO PIOLHO):



AS JUSTIFICATIVAS QUE EMERGIRAM NAS FALAS, EVIDENCIARAM UMA QUESTÃO INERENTE AO PRÓPRIO DIREITO À CIDADE: A RETOMADA DOS ESPAÇOS ENQUANTO VALOR DE USO.



Imagem 97: Reunião MORHAN no salão do Cineteatro, 2012. Fonte: Artur Custódio. **Imagem 98:** Natal para as crianças da Colônia, 2013. Fonte: Grupo Cultura Urbana.

**UM PROJETO QUE NÃO DIALOGA COM O
CORPO SOCIAL, PODERÁ PROPOR ALGO
DISTANTE DO VALOR DE USO.**

**UM PROJETO QUE NÃO DIALOGA COM O
CORPO SOCIAL, PODERÁ PROPOR ALGO
DISTANTE DO VALOR DE USO.**

CIDADE-CONDOMÍNIO

HOSPITAL COLÔNIA CURUPAITI

"A GENTE FICA COM MEDO DE VIRAR UMA CERTA BAGUNÇA, PORQUE JÁ TEM, MAS A GENTE NÃO GOSTARIA QUE VIRASSE MAIS, É COMO SE FOSSE UM CONDOMÍNIO, PARA NÃO VIRAR BAGUNÇA."

"NÃO! PRA FALAR QUE É O CURUPAITI. EU QUERIA QUE AQUI VIRASSE UM CONDOMÍNIO, NÉ."

"...TAMBÉM. COMO UM CONDOMÍNIO, NÉ? TER UM SEGURANÇA NO PORTÃO DE ENTRADA, QUE É O QUE NÃO TEM! O MURO ATÉ EXISTE..."

DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE

HOSPITAL COLÔNIA CURUPAITI



DE CIDADE HOSPITAL AO DIREITO À CIDADE

A INTERAÇÃO DIALÓGICA DEVE SER PREPONDERANTE NA INTRODUÇÃO DE NOVOS SUJEITOS SOCIAIS PARA QUE AS QUESTÕES RESULTANTES DA DISCUSSÃO DO PLANEJAMENTO URBANO POSSAM INCLUIR OS REAIS PROBLEMAS ENFRENTADOS POR QUEM OS VIVENCIA, NA BUSCA POR SOLUÇÕES VOLTADAS PARA PESSOAS E PELO VALOR DE USO.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

- A MESMA HEGEMONIA QUE PRODUZ AS CIDADES SE RESPONSABILIZA POR TORNAR ABSTRATO O TRABALHO DO ARQUITETO, ISENTANDO-O DA REFLEXÃO SOBRE OS IMPACTOS DE SUA PRÓPRIA ATUAÇÃO.
- A ARQUITETURA E O URBANISMO, POR SI SÓ, NÃO SÃO CAPAZES DE RESPONDER A TODOS OS QUESTIONAMENTOS OU DE SANAR TODOS OS PROBLEMAS DA CIDADE;
- É PRECISO IDENTIFICÁ-LOS PARA QUE NÃO SEJAM **AGRAVADOS POR UMA ATUAÇÃO PROFISSIONAL** INTERPRETADA, EQUIVOCADAMENTE, COMO “**APOLÍTICA**” E QUE BUSCA SOLUCIONÁ-LOS MERAMENTE PELO DESENHO OU PELA FORMA;
- A PARTICIPAÇÃO DAS DIFERENTES CLASSES SOCIAIS É ESSENCIAL PARA A BUSCA DA REALIZAÇÃO DO DIREITO À CIDADE;

**AO REIVINDICARMOS NOSSO DIREITO DE EXISTIR NA
CIDADE, REIVINDICAMOS TAMBÉM UMA NOVA FORMA
DE ESTAR NO MUNDO**

OBRIGADA!

