

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

CORTIÇOS E FAVELAS: UM COMPARATIVO DOS IMPACTOS DE EPIDEMIAS NO SÉCULOS XIX E XXI

Luciana Nemer e Mariana de Melo Costa
Universidade Federal Fluminense
luciananemerdiniz@gmail.com
marianamelocosta@id.uff.br

INTRODUÇÃO

O presente artigo aborda a relação entre epidemias e habitações populares, comparando dois momentos da cidade do Rio de Janeiro: o fim do século XIX e o início do século XXI; como as repercussões no passado se repetem no presente e o que serve como reflexão para o futuro. Durante essa nova crise sanitária, é inevitável buscar referências, logo, a comparação entre o cortiço e a favela é intencional, por suas similaridades na precariedade das habitações.

Para embasamento teórico foram utilizados artigos científicos, livros e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para traçar um paralelo entre duas realidades tão distantes cronologicamente e ao mesmo tempo, parecidas nas suas condições de morar e de enfrentar desafios de saúde pública.

1. Epidemias do Fim do século XIX

Durante um grande período, a população do Rio de Janeiro foi forçada a aprender com epidemias e grandes taxas de mortalidade. Foram múltiplas doenças de caráter infecciosa e com grande contágio que assolaram a cidade. As duas mais impactantes serão descritas a seguir, pela sua mortalidade e por serem motores de transformações na estrutura de saúde no Império:

“A febre amarela, flagelo dos imigrantes que, esperava-se, ocupariam o lugar dos negros nas lavouras do Sudeste cafeeiro, tornou-se o centro dos esforços de médicos e autoridades. (...) A intervenção dos higienistas nas políticas urbanas parecia obedecer ao mal confessado objetivo de tornar o ambiente urbano salubre para um determinado setor da população.” (CHALOUB, 1996, p. 11)

1.1. Febre Amarela

A febre amarela e o mosquito *Aedes Aegypti* chegaram ao Brasil através dos navios negreiros que vieram da África. O primeiro relato referente a essa doença é datado de 1685 na Capitania de Pernambuco, onde causou grandes estragos principalmente em Salvador. A doença retorna em 1849, quando um navio americano ancora em Salvador vindo de Havana, espalha o mosquito para os diversos portos brasileiros da época. Para

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

Franco, chega na cidade do Rio de Janeiro, quando o médico Roberto Cristiano Bertoldo Lallemen (1969, p. 35), se depara com dois marinheiros infectados que vieram da Bahia e morrem no período de dois dias.

Apesar de terem existido o que se chamava na época de “febres”, nenhuma delas teve o seu impacto de mortalidade como a febre amarela. Era uma doença de clima tropical, endêmica e afetava todas as classes sociais e raças.

Segundo Chaloub, a febre amarela foi considerada um problema multifacetado, por um lado sua mortalidade alta, por outro era um grande obstáculo para a substituição da mão de obra do escravo pelo imigrante europeu, que foi especialmente afetado por ela. (1996, p. 25)

1.2. Cólera

As principais vítimas dessa doença foram os escravos, com centenas de mortes que afetaram as colheitas de fazendeiros, visto que o tráfico negreiro foi extinto em 1850, dificultando a substituição desse escravo por outro trabalhador.

1.3. Mudanças estruturais de saúde no Império

Nesse período, três fatores favoreceram a propagação dessas doenças: o aumento populacional na cidade, o incremento da entrada de navios negreiros no ano da extinção do tráfico de escravos e as condições precárias de higiene na cidade. O Rio de Janeiro tinha grandes áreas pantanosas, com problemas no descarte do lixo, que se espalhava por toda parte, criando um cenário propício para a multiplicação de mosquitos transmissores.

Com o advento da Febre Amarela, a Academia Imperial de Medicina ordena que a Santa Casa de Misericórdia organize enfermarias provisórias e são criadas comissões de médicos que atenderiam doentes graves e comissões policiais que examinariam embarcações ao chegar na cidade, com o intuito que recolher doentes e enviá-los diretamente para essas instalações de saúde.

Pimenta cita que a primeira comissão criada, em resposta do Império a crise de saúde pública eminente, foi em 12 de fevereiro de 1850, com o nome de Comissão Central de Saúde Pública. Em setembro do mesmo ano, essa foi substituída pela Junta de Higiene Pública e renomeada novamente para Junta Central de Higiene Pública, após a publicação do seu regulamento em 29 de setembro de 1851. A Junta era constituída, então, por um presidente, nomeado pelo governo, e pelos cirurgiões-mores da Armada e do Exército, nomeados

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

pelo Inspetor do Instituto Vacínico e pelo Provedor da Saúde do Porto do Rio de Janeiro (PIMENTA, 2015, p. 149).

Com a fusão de todos esses órgãos cria-se a autoridade de saúde pública do Império, e assim se inicia o esforço para enfrentamento da primeira epidemia com várias medidas: criação de cemitérios públicos, fundação de hospitais, isolamento de navios e quarentenas.

2. Habitação popular no século XIX

A cidade do Rio de Janeiro, capital do Império e principal centro cultural e econômico do país, começou a sofrer com o aumento populacional desenfreado, a falta de urbanização e as epidemias recorrentes. Esses fatores atingiram diretamente a questão habitacional, levando a instigação de novas soluções para o espaço e a habitação.

É importante salientar que para a maioria da população trabalhadora e mais pobre, era imprescindível morar na região central, já que o transporte era precário e o Centro era onde havia emprego, portanto, para permanecer na área central, esses trabalhadores acabavam por “se amontoar” em habitações coletivas.

2.1 Cortiços, vilas higiênicas e avenidas

As primeiras casas que procuravam atender a essa população mais carente foram as chamadas *estalagens*, grupos de casas térreas construídas enfileiradas e com dimensões extremamente reduzidas, com o objetivo de maximizar o número de pessoas e reduzir o valor do aluguel no menor espaço possível.

Ao buscar por mais lucro nesse mercado de aluguel de espaços, casa térreas com espaço amplo e sobrados foram divididos e chamadas de *casas-de-cômodo* ou *casas-de-alugar-cômodos*. Segundo Nemer, as duas tipologias tinham sanitários e pátios de uso coletivo, e além destes existiam construções precárias que se denominavam cortiços (figura 1). (NEMER, 2019, p.38). O mercado desses aluguéis mostrou-se extremamente lucrativo, tornando-se uma prática cada vez mais aplicada por proprietários e começou a abrigar uma grande fatia da população.

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021



Figura 1 - Cortiço na Rua do Hospício. Fonte: Augusto Malta, 1905

À medida que a prática de habitações com padrões de salubridade questionáveis se multiplicava, cada vez mais surtos e epidemias não conseguiam ser contidos pelo poder público. Médicos e engenheiros sanitaristas alertam cada vez mais sobre as condições precárias dessas moradias e para os problemas de saúde recorrente delas.

Chaloub descreve que a identificação dos cortiços como o principal foco gerador da epidemia de febre amarela, pelos sanitaristas, teve um importante significado simbólico e político. Os higienistas começaram a defesa incessante pela transformação radical do espaço urbano, principalmente da área central. A partir disso, é defendido uma maior abertura de ruas e avenidas e a demolição dos cortiços. (1996, p. 102).

Assim, o Império começa a agir, com o incentivo para a construção das chamadas *vilas higiênicas*, que seriam a resposta para todos os problemas de insalubridade dos cortiços. Conforme Vaz, para alcançar o objetivo de condições saudáveis de higiene, essas novas casas teriam inovações técnicas e sanitárias custosas. Elas deveriam obrigatoriamente ter um número máximo de moradores, com iluminação e ventilação, com menos instalações coletivas, e com instrumentos de controle sobre os moradores. Para esse modelo se tornar realidade e baratear sua construção, existiram isenções e facilidades para seus construtores. (VAZ, 1994, p. 584)

Apesar de todas as vantagens oferecidas para estes construtores, as vilas higiênicas não deram lucros. Assim, muitos optaram por construir as chamadas Avenidas, que eram basicamente uma construção tipo os cortiços existentes, porém, reformados e seguindo as

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

normas higiênicas ditadas. É importante destacar que mesmo com essa outra opção, os aluguéis eram impraticáveis para os trabalhadores e impulsionaram a transformação do perfil do usuário, causando uma segregação social e expulsando-os para os morros.

3. Epidemias do século XXI

3.1. Dengue

Segundo o Ministério da Saúde, a dengue é uma doença tropical infecciosa causada pelo vírus da dengue, um arbovírus da família *Flaviviridae*, gênero *Flavivírus*, e transmitida por diversos mosquitos, e unicamente pelo mosquito *aedes aegypti* na América, o mesmo da febre amarela. (SAUDE, 2020).

Conforme Barreto, os primeiros relatos de dengue no Brasil são datados do final do século XIX, em Curitiba (PR) e Niterói (RJ). A maior preocupação com o mosquito por conta da febre amarela, levou a sua erradicação em 1955, mas com o relaxamento das medidas adotadas, causou sua reintrodução no Brasil. (2008, p. 56). De acordo com o Ministério da Saúde, a primeira ocorrência do vírus no país aconteceu em 1981, em Boa Vista (RR). Anos depois, em 1986, houve epidemias no Rio de Janeiro e em algumas capitais do Nordeste. Desde então, a dengue vem ocorrendo no Brasil de forma continuada. (SAUDE, 2020).

3.2. Covid 19 (SARS – CoV2)

A covid 19 é uma doença respiratória aguda grave que acredita ter se originado no mercado de frutos do mar da cidade de Wuhan, na China. Pesquisas ainda estão sendo realizadas para descobrir o hospedeiro intermediário da doença, alguns cientistas acreditam que seria o pangolim – mamífero da ordem *Pholidota* que vive em zonas tropicais da Ásia e África - enquanto outros encontram similaridade com morcegos e cobras, que seriam usados também como alimento exótico em algumas regiões da China.

O vírus ARN de cadeia simples positiva, pertencente a uma grande família de vírus chamada coronavírus, que podem causar de gripes simples até casos mais graves como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) ou a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). A SARS-Cov-2 é o sétimo coronavírus conhecido que infecta seres humanos. (ZHU, 2020, p. 727).

Apesar da tentativa de rastreamento da doença pela comunidade acadêmica, ainda não foi descoberto quem foi o “paciente zero” na China, onde a primeira morte ocorreu

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

em janeiro de 2020, com a confirmação de transmissibilidade entre humanos no dia 20 do mesmo mês, pela Comissão Nacional de Saúde da China, que se baseou em vários relatos de médicos infectados. Com o aumento rápido de casos, a cidade de Wuhan entra em quarentena, com grandes restrições para o transporte e mobilidade, mas, com o ano novo chinês, o vírus começa a se espalhar para o resto do mundo, iniciando pela Europa.

A primeira ação do governo brasileiro após o anúncio da pandemia é a repatriação de brasileiros que moravam em Wuhan, em fevereiro. Após duas semanas, é confirmado o primeiro caso em São Paulo, enquanto a Europa apresentava centenas de casos com mortes confirmadas. Em março, a covid 19 chega ao Rio de Janeiro.

3.3 A atuação do poder público na pandemia

Os governos estaduais iniciaram uma série de medidas como a quarentena e o *lockdown*. Com a rápida propagação da doença, foram construídos hospitais de campanha no Rio de Janeiro, e a preparação deles com a aquisição de respiradores e equipamentos de proteção para médicos e enfermeiros. Os hospitais Rio Centro, Lagoa-Barra, Maracanã e Parque dos Atletas foram inaugurados entre abril e maio. Passados três meses, somente o do Rio Centro permaneceu aberto e com capacidade reduzida.

4. Habitação popular no século XXI

4.1 Favelas

O aparecimento das favelas do Rio de Janeiro foi um processo longo iniciado no século XX, com uma ocupação de morros da cidade para uma parcela esquecida pelo poder público que precisava ficar próximo as áreas centrais da cidade, e não tinha incentivo ou dinheiro para ir morar nas regiões mais afastadas.

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021



Figura 2 - Favela do Morro da Providência. Fonte: Augusto Malta

Mas, sua permanência ainda no século XXI, demanda uma crítica a desigualdade social cada vez maior nos tempos atuais. Além da especulação imobiliária, é importante salientar que a preocupação do Estado com obras de embelezamento urbano, que não desenvolvem inclusão social, e sem preocupação com uma política habitacional robusta.

Maricato afirma que o Brasil, por exemplo, cresceu 7 por cento ao ano de 1940 a 1970. Na década de 1980, cresceu 1,3 por cento, e na década de 1990, 2,1 por cento. Ou seja, o crescimento econômico do país, nas duas últimas décadas do século XX, não conseguiu incorporar nem mesmo os ingressantes da População Economicamente Ativa (PEA) no mercado de trabalho, o que acarretou consequências dramáticas para a precarização do trabalho e, conseqüentemente, também para a crise urbana. (MARICATO *apud* DAVIS, 2006, p. 217)

A população mais carente passou a viver nos morros, onde podem estar em áreas de risco e exposta às graves doenças ligadas ao adensamento, que está cada vez maior, com casas de cômodo único ocupadas por famílias numerosas, sem saneamento básico ou condições mínimas de salubridade, como ventilação e iluminação. Segundo dados do IBGE - Censo 2010, a cidade do Rio de Janeiro possui 763 favelas com 1.393.314 habitantes; este valor corresponde a 22% da população da capital e transforma a cidade na maior em população vivendo em aglomerados subnormais do país. (IBGE, 2010).

4.2 Programas de Urbanização de Favelas

Desde o início do século XX, é comum a ideia de favela como o “outro”, como uma parte segregada da cidade, sem realmente pertencer a ela. Apesar da sua proximidade

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

com bairros de classe média ou alta que possuem equipamentos e serviços urbanos, demonstra uma enorme incongruência ao pesar essas duas realidades, tão próximas e ao mesmo tempo tão diametralmente opostas.

Nas décadas de 60 e 70, principalmente no governo Carlos Lacerda, essa ideia de favela como uma mancha na cidade propicia um projeto ambicioso de erradicação com a demolição de barracos e remoção dessas famílias para conjuntos habitacionais na área periférica da cidade.

Em 1976, com a realização da Primeira Conferência Nacional do Habitat, a questão da remoção em massa saiu da agenda das políticas habitacionais. Nasce a teoria da marginalidade urbana, que demonstra o equívoco desses discursos dualistas, a partir da evidência das semelhanças entre favelas e espaços populares, estruturalmente e socialmente. É o nascimento da ideia de favela como "complexo coesivo, extremamente forte em todos os níveis: família, associação voluntária e vizinhança" (BOSCHI, 1983). Inicia-se a humanização da favela.

4.3 Favela Bairro e Morar Carioca

Em 1993, a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, cria o programa Favela Bairro, seguindo as “Bases da Política Habitacional da Cidade do Rio de Janeiro” e tinha como principal objetivo a complementação ou construção da estrutura urbana principal (acessibilidade e saneamento), oferecendo condições para a urbanização da favela como bairro, deixando a construção habitacional a cargo dos moradores. LEITÃO (2013) *apud* TASCHNER (2003) escreve:

O Plano Diretor, nos seus artigos 148 a 151, recomenda a inclusão das favelas nos mapas e cadastros da cidade, enfatiza a participação dos moradores no processo de urbanização, recomenda “preservar a tipicidade da ocupação local” e o esforço para integrar as favelas aos bairros. (TASCHNER, p.14)

Segundo César Maia, no livro “Favela, um Bairro”, o programa seguiria as premissas do Plano Diretor vigente como: a utilização racional do solo urbano, a realocação prioritária da população assentada em áreas de risco, a urbanização e regularização fundiária das favelas, a implantação de lotes urbanizados e de moradias populares, o financiamento para redução do déficit habitacional e a melhoria da infraestrutura urbana. Para isso, a política habitacional incentivaria a ocupação de espaços

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

urbanos vazios com infraestrutura e a construção de moradias populares que seriam distribuídas pelo tecido urbano. (DUARTE, 1996, p. 7).

Em 2010, o prefeito Eduardo Paes lançou o programa Morar Carioca, que seria uma extensão do Favela Bairro. Apesar de todas as premissas coincidentes com o seu anterior, diferenciava-se em sua atuação. Enquanto o Favela Bairro tinha o foco voltado para a qualificação de espaços públicos, melhoria da infraestrutura das favelas e o reassentamento somente para famílias de áreas de risco ou para demolições de habitações para melhoria de acessibilidade; o Morar Carioca, que tinha um aporte financeiro bem mais robusto, modificaria radicalmente o tecido urbano das favelas, com melhoria das habitações, assessoria técnica, investimento e implementando soluções que buscavam a resolução dos problemas de insalubridade das edificações. Segundo Leitão, “Cabe ressaltar que, até o momento da elaboração deste trabalho, o Programa Morar Carioca permanece sendo muito mais uma intenção (?) da prefeitura municipal, do que uma política pública concreta.” (2014, p. 8)

4.4 Minha Casa, Minha Vida

O programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV) teve seu lançamento em 2009, período do maior volume de recursos disponibilizados pelo Governo Federal, com subsídio para a aquisição da casa própria para setores historicamente excluídos do mercado imobiliário formal.

Segundo Rolnik, Trata-se de um programa que representou uma grande ruptura em relação às práticas anteriores, por trazer a questão da habitação para o centro da agenda governamental, pela escala de intervenção, pelo volume de recursos empregados, pelas concessões de subsídios de até 96% para as camadas com renda de até R\$1.600,00 e de subsídios parciais para as camadas de renda de até R\$5.000,00, viabilizando o acesso à moradia para os setores de mais baixa renda, historicamente excluídos dos financiamentos para aquisição da casa própria. (2014).

Na cidade do Rio de Janeiro o programa foi usado principalmente para remoção de habitações em áreas de risco nas favelas, o que recebeu, em habitações do programa, mais de 100 mil, das quais 35 mil para renda de até R\$ 1.800,00 (faixa I). O município decidiu, então, fazer a seleção dos (as) beneficiários (as), para essa faixa, via sorteio, a partir do “Banco de Cadastro de Demandas” gerenciada pela Secretaria de Infraestrutura e Habitação. Após sorteado, o indivíduo poderia se tornar mutuário do programa se

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

cumprisse algumas exigências legais, e poderia escolher aceitar ou não o apartamento. Caso recusasse o imóvel ou se os documentos não estiverem de acordo com o solicitado pela Secretaria, o nome voltaria para o “Banco de Cadastro de Demanda”.

5. Comparativo dos impactos das epidemias na habitação popular

5.1. A mortalidade das epidemias no século XIX

Ao coletar bibliografia para esse item, foi inevitável encontrar algumas contradições referentes a mortalidade das epidemias de febre amarela e cólera na cidade do Rio de Janeiro. Mas apesar disso, é inegável que elas foram um marco sombrio na história do município. Como explicitado anteriormente, a população do Rio de Janeiro sofreu uma expansão acelerada a partir de 1821, como pode ser observado no Quadro 1, o que causou enormes problemas de absorção desses trabalhadores, tanto na questão habitacional, quanto no controle sanitário das epidemias que maculariam sua história.

Quadro 01- População da Cidade do Rio de Janeiro

Ano	Livres	Escravos	População
1799	-	-	42.168
1821	57.605	55.090	112.695
1838	97.162	39.916	137.078
1849	155.864	110.302	266.466
1870	-	-	235.351
1890	-	-	522.651

FONTE: MARCÍLIO, 1993, p.56.

O encortiçamento das chamadas freguesias e o uso de qualquer espaço para construção de quartos que mais pareciam cubículos, sem ventilação e iluminação natural, com grande adensamento dessa população causou números alarmantes de mortalidade.

“Não existem estatísticas exatas sobre a morbidade e a mortalidade verificadas nessa epidemia. Dr. Chernoviz, baseado na diferença do obituário entre aquele ano e o anterior, concluiu que de 1º de janeiro de 1850 a 31 de agosto, morreram no Rio de Janeiro, de febre-amarela, 3.827 indivíduos. Houve quem afirmasse ter havido 15.000 óbitos, o que, presumivelmente, é exagerado. Lallement calculou que houve 10.000 mortos e 100.000 doentes, enquanto Pereira Rêgo, depois de consultar os registros de todos os hospitais do Rio e das clínicas particulares, concluiu que o número aproximado de amareletos foi de 90.658 e o número de óbitos foi de 4.160.” (FRANCO, 1969, p. 42).

Com a proibição da chegada de navios negreiros, e as leis que afrouxariam a propriedade de escravos, como a Lei do Ventre Livre assinada em 1871, começaram as

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

iniciativas de imigração de trabalhadores nas grandes lavouras no Brasil. O Rio de Janeiro sofreu um incremento populacional sem precedentes, e com ele, a necessidade de abrigar esses novos trabalhadores, como explicita o Quadro 2.

Quadro 02 - Taxa de crescimento do número de cortiços e de quartos segundo as freguesias
(1868/1884/1888)

Freguesias	Número de cortiços e quartos									
	Cortiços					Quartos				
	1868	1884	1888	Crescimento (%)		1868	1884	1888	Crescimento (%)	
				1864/68	1884/88				1868/68	1884/88
Área Central	348	771	658	122	-15	6.711	11.737	11.765	75	0,2
Candelária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santana	154	392	329	155	-16	2.661	4.241	4.949	59	17
Santo Antônio	69	125	115	82	-8	1.587	2.748	2.415	73	-12
Sacramento	31	111	74	258	-33	491	1.992	1.201	305	-40
Santa Rita	50	68	66	36	-3	1.043	1.498	1.378	44	-8
São José	44	75	74	70	-1	929	1.258	1.822	35	45
Periferia do Centro	172	309	312	80	1	1.891	3.381	3.923	79	16
Glória	107	160	154	50	-4	1.133	1.811	2.009	60	22
Espírito Santo	65	149	158	129	6	758	1.570	1914	107	11
Demais Freguesias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão	35	79	100	126	27	343	787	944	129	20
Engenho Velho	42	85	72	102	-15	458	859	796	88	-7
Engenho Novo	-	50	44	-	-12	-	314	287	-	-9
Lagoa	45	-	119	-	-	268	-	1.038	-	-
Gávea	-	6	26	-	333	-	40	113	-	182
TOTAL	-	-	1.331	-	-	-	-	18.866	-	-

Fonte: ABREU, 2003, p. 215.

Juntamente com a febre amarela (Quadro 3), o Rio de Janeiro também padece com a cólera-morbo. Conforme Rego, entre 1855 e 1856, sua mortalidade no município indicava 4.828 mortos conforme relatado pelo Barão do Lavradio. Os números de casos oficiais foram de 4.542 mortes, sendo delas 948 eram livres, 1.677 escravos e 1.917 de condição indeterminada. Entretanto, o próprio presidente da província reconhecia que esses dados eram falhos, apontando que haveria um número muito maior de vítimas e de

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

lugares atingidos, principalmente, por serem os escravos os menos contabilizados, ainda que fossem o grupo mais afetado. Nas propriedades rurais os escravos continuavam muitas vezes a serem enterrados nas fazendas, sem que a notícia sobre os sepultamentos fosse comunicada às autoridades policiais. O Barão do Lavradio indicava em seus cálculos que o número de mortos na província teria alcançado 5.450 pessoas (REGO, 1873, p. 120), quando a população total da província deveria estar entre 700.000 a 850.000 habitantes.

Quadro 03 – Mortalidade de Febre Amarela entre 1850 e 1899 no Rio de Janeiro (zona urbana)

Anos	Mortes
1850 – 1859	11.170
1860 – 1869	1.795
1870 – 1879	9.433
1880 – 1889	9.374
1890 – 1899	20.699

Fonte: FRANCO, 1968, p.43.

5.2. A mortalidade das epidemias no século XXI

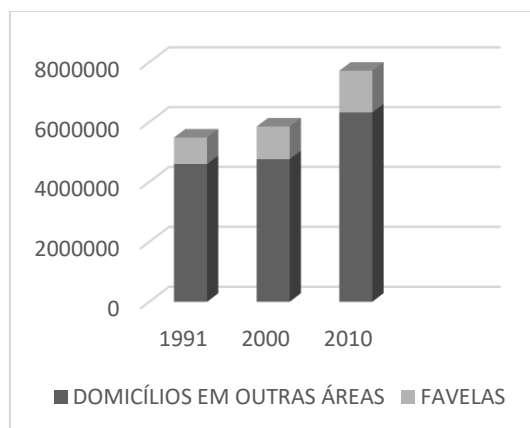
Mesmo com todos os avanços em pesquisas científicas e agilidade nos diagnósticos das mais diversas doenças no século XXI, perceptível em vários momentos da história, a população continuou lidando com diversas crises sanitárias durante anos como a dengue no início dos anos 2000 e atualmente com a pandemia de covid 19. A presente pesquisa avalia a relação entre a insalubridade das habitações populares e a incidência e mortalidade dessas enfermidades.

5.2.1. O crescimento populacional nas favelas do Rio de Janeiro

Analisando os dados referentes as favelas de 1991 a 2010, percebe-se uma dicotomia entre a taxa de crescimento dessa parcela da cidade e dos bairros. Apesar das mudanças metodológicas propostas pela Prefeitura do Rio de Janeiro, que definiu que Favelas (aglomerados com mais de 50 domicílios), com algum grau de urbanização seriam, na verdade, comunidades urbanizadas, existe uma diferença no seu crescimento e proporção quando comparada às outras áreas da cidade, conforme Quadro 4.

Quadro 04 - Evolução Populacional do Rio de Janeiro por habitantes em situação normal ou aglomerados subnormais

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021



Fonte: IBGE, 2010.

Entre os anos de 1991 e 2000, houve um déficit de 1% no crescimento nos chamados domicílios normais, enquanto a favela cresceu 23%. Em 2010, com a mudança de parâmetros de habitações subnormais e um maior crescimento nos investimentos de urbanização e de habitação popular, os normais cresceram 34% e os subnormais tiveram um incremento de 27,5%. Nota-se, porém, que em 1991 a população nas favelas representava 23,8%, decaindo para 22,9% em 2000 e em seguida para 22,03% (2010).

Quadro 05 - Domicílios no Município do Rio de Janeiro e sua população.

Rio de Janeiro	População Total	População Favelas
	6.323.037 (100%)	1.393.314 (22,03%)
Domicílios	2.145.379 (100%)	453.571 (21,1%)

Fonte: IBGE, 2010.

5.2.2. Dengue

Nos anos de 2001 e 2002, o Município do Rio de Janeiro passou por grave epidemia de dengue, com 177.919 casos, de acordo com dados da Secretária Estadual de Saúde (GEERJ, 2020, Governo do Estado do Rio de Janeiro), entretanto, a dengue tem se apresentado na cidade com alto número de casos, sendo, portanto, uma endemia constante. No ano de 2006, houve o registro de 31.054 casos no Estado, dos quais 14.989 na cidade. Em 2007, houve um acréscimo de 78%, com 26.810 casos. (GEERJ, 2020, Governo do Estado do Rio de Janeiro)

Em função do seu meio de propagação, o mosquito e sua alta densidade, as condições socioeconômicas determinaram a evolução constante dos casos. Mesmo nos períodos com menor densidade do mosquito, é nas favelas e na periferia (condições precárias de vida) que o *aedes aegypti* pode ser encontrado regularmente.

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

O crescimento da população acelerado juntamente com condições precárias de saneamento e moradias proporcionam condições favoráveis à transmissão do vírus. Portanto, se compreende por que as favelas, que tem uma maior densidade populacional, apresentam maior incidência da dengue. Marzochi cita que nessas áreas observa-se que fatores econômicos e sociais determinam condições ambientais como moradia, adensamento populacional e saneamento ambiental - fatores de risco para a ocorrência de dengue (MARZOCHI, 1994). ALMEIDA *et al.*, 2007; BARRERA *et al.*, 2000; COSTA E NATAL, 1995 *apud* LENZI (2008) cita que variáveis como baixa renda, densidade populacional, escolaridade do chefe da família, suprimento de água e recolhimento de lixo são as que melhor têm determinado uma área de alto risco para dengue, incluindo a ocorrência de casos graves.

Neste cenário urbano, vários agravos se instalam como reflexo da sua precariedade, e a dengue é um deles. Sendo o homem e suas condições de vida parte determinante do processo de endemidade em geral, o comportamento humano, que é determinado pela visão que ele tem de mundo, precisa ser estudado e incorporado como componente dos programas de controle.

Ao comparamos os casos de 1986 a 2002 no município, nos bairros de classe média e média-alta com bairros periféricos e com maior concentração de favelas, o número de casos acumulados nas regiões periféricas chega a ser o dobro dos que possuem melhores condições de infraestrutura e moradia. (LENZI, 2008, p. 33).

5.2.3. A Pandemia do Covid 19

Em março de 2020, a pandemia de covid 19 é uma realidade no Brasil, e tem sua chegada proporcionada por viajantes e residentes brasileiros que foram principalmente para a Europa e contraíram o vírus. Os primeiros casos se concentraram na zona sul do Rio de Janeiro, onde se localizam principalmente classes média-alta e alta, mas a partir de abril, o espalhamento da doença atinge todo o município.

As principais recomendações científicas são o distanciamento social, uso de máscaras, a lavagem constante das mãos ou uso de álcool, mas ao analisar as condições das favelas como adensamento excessivo, falta de abastecimento de água e a necessidade de trabalhar presencialmente, usando de transporte público lotado, tornam essas recomendações difíceis de serem cumpridas.

Quadro 06 – Porcentagem de incidência de casos favelas x bairros

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021



Produzido pela Autora. Dados dos Sites: Painel Covid e Painel Unificador do Covid 19 das Favelas.

(Dia 07/04/21)

Quadro 07 – Quadro Quantitativo de Incidência e Mortalidade

Rio de Janeiro	População Favelas	População Restante	TOTAL
Casos Covid	38.649	193.477	232.126
Mortes	3.943	17.234	21.177
Índice de Mortalidade	10,2%	9%	

Fonte: Produzido pela Autora. Dados dos sites Painel Covid e Painel Covid das Favelas. (Dia

07/04/21)

De acordo com dados de 07 de abril de 2021 do Painel Covid e do Painel Unificador Covid 19 das Favelas referentes à Covid 19 no município do Rio de Janeiro demonstram que da totalidade dos casos, 16,65% ficam nas favelas e que sua mortalidade é de 10,2%, maior 1,2% que no restante dos moradores de bairros.

CONCLUSÃO

Ao analisar e investigar os dados e comparando as condições de moradias de cortiços e favelas em tempos de epidemias, percebemos uma similaridade nítida entre essas habitações nos seus contextos históricos. A desigualdade social e a marginalização mantida durante séculos matam consideravelmente uma parcela que não tem condições de habitabilidade mínimas.

No século XIX, a epidemia de febre amarela e cólera forjou o movimento sanitário no Rio de Janeiro, de uma forma que afetou profundamente o tecido urbano da cidade e continua até hoje. Agora, passamos por um momento similar, que deixará marcas em uma população que é castigada diariamente no seu dia a dia. Cabe a nós, pesquisadores discutir uma mudança na trajetória e discutir claramente qual será o futuro para essas pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

- ABREU, Maurício de Almeida. **Da habitação ao habitat: a questão da habitação popular no Rio de Janeiro e sua evolução.** Revista Rio de Janeiro, v. 10, p. 210-234, 2003.
- ANGELO, Jussara Rafael *et al.* **Boletim socioepidemiológico da Covid nas favelas: análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por COVID-19 em favelas cariocas.** 2020.
- BARRETO, João de Barros. Notas epidemológicas sobre a febre amarela, no Rio de Janeiro, em 1928. **Arch Hyg**, v. 3, n. 1, p. 93-191, 1929.
- BOSCHI, Renato Raul. **A arte da associação: política de base e democracia no Brasil.** Iuperj, 1987.
- CHALOUB, Sidney. **Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial.** São Paulo, Cia das Letras, 2004.
- DAVIS, Mike. **Planeta favela.** Boitempo Editorial, 2015.
- DUARTE, Cristiane Rose; SILVA, Osvaldo Luiz; BRASILEIRO, Alice. **Favela, um bairro: propostas metodológicas para intervenção pública em favelas do Rio de Janeiro.** Grupo de Pesquisas Habitat, 1996.
- FRANCO, Odair. História da febre-amarela no Brasil. In: **História da febre-amarela no Brasil.** Brasil. Divisão de Cooperação e Divulgação, 1976.
- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010 - cidades.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/pesquisa/23/24304?detalhes=true>> Acesso em: 25 out 2020.
- LEITÃO, Gerônimo; BAGNATORI, Maura Icea. O programa Morar Carioca: novos rumos na urbanização das favelas cariocas? **O Social em Questão**, n. 29, p. 265-283, 2013.
- LEITÃO, Gerônimo; BARBOZA, Silvia; DELECAVE, Jonas. **Projeto Mutirão, Programas Favela-Bairro e Morar Carioca: três décadas de urbanização de favelas na Cidade do Rio de Janeiro.** III Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo, p. 1-10, 2014.
- LENZI, Márcia de Freitas *et al.* **As invisibilidades do dengue: um olhar sobre suas representações em uma favela do Município do Rio de Janeiro: retratos de uma vulnerabilidade.** 2008. Tese de Doutorado.
- MARCÍLIO, M. L. (1993). **Mortalidade e morbidade da cidade do Rio de Janeiro imperial.** Revista de História, (127-128), 53-68.
- MARZOCHI, Keyla Belizia Feldman. Dengue endêmico: o desafio das estratégias de vigilância. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, n. 5, p. 413-415, 2004.

ANPUH-Brasil – 31º Simpósio Nacional de História Rio de Janeiro/RJ, 2021

- NEMER, Luciana. **Rio de Janeiro, 100 anos de Habitação Popular**. Vitória, Editora Mil Fontes, 2019.
- GERJ – Governo do Estado do Rio de Janeiro. **Painel COVID-19**. Disponível em: <https://coronavirus.rj.gov.br/> Acesso em 29 out 2020a.
- CATCOOM – Catalytic Communities. **Painel unificador covid19 das favelas**. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/8b055bf091b742bca021221e8ca73cd7/>, Acesso em: 29 out 2020a.
- PIMENTA, Tânia Salgado et al. **A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia**. Dimensões, Vitória, v. 34, p. 145-183, 2015.
- REGO, José Pereira. **Memória histórica das epidemias da febre amarela e choleramorbo que têm reinado no Brasil**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1873.
- ROLNIK, Raquel. **Blog da Raquel Rolnik**. Disponível em: <https://raquelrolnik.wordpress.com/>, Acesso em 24 out 2020a.
- MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Dengue**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/> Acesso em: 28 out 2020a.
- SES RJ - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Evolução da Dengue no Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/tab/> Acesso em: 25 out 2020a.
- VAZ, Lilian Fessler. **Dos cortiços às favelas e aos edifícios de apartamentos—a modernização da moradia no Rio de Janeiro**. Análise social, p. 581-597, 1994.
- ZHU, Na *et al.* **A novel coronavirus from patients with pneumonia in China**, 2019. New England Journal of medicine, 2020.