

**Epidemias X Habitação Popular no Rio de Janeiro – Análise através da
Matriz SWOT**

Mariana de Melo Costa

Mestranda, UFF, Brazil
marianamelocosta@id.uff.br

Luciana Nemer Diniz

PhD Professor, UFF, Brazil
luciananemerdiniz@gmail.com

RESUMO

O trabalho analisa de forma comparativa a relação entre a habitação popular e as principais epidemias no Rio de Janeiro, do fim do século XIX aos dias atuais. O texto resgata a memória dos cortiços (primeira forma popular de moradia), lembrando a mortalidade da febre amarela e da gripe espanhola; segue estudando o processo de formação das favelas, em paralelo às epidemias de dengue e Covid 19, e as soluções implementadas pelo governo com objetivo de melhoria das condições sanitárias na forma de conjuntos habitacionais e, mais recentemente, na sua urbanização. A Análise SWOT, uma ferramenta de reflexão e posicionamento em relação às situações, muito aplicada nas engenharias e administração, foi utilizada para listar pontos de fraqueza e potencialidade das soluções em habitação popular frente aos problemas sanitários e as soluções impetradas pelo Poder Público. Na metodologia se destacam as consultas em fontes secundárias (livros, artigos e jornais) e as pesquisas iconográficas que ilustram as situações e fornecem subsídio para a aplicação da análise SWOT. As conclusões destacam o quanto as epidemias flagelam de sobremaneira a população residente em áreas carentes, cuja ausência de soluções salubres e urbanísticas adequadas demonstram a falta de Planejamento e de Gestão Urbana.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemias, Habitação, Matriz SWOT.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho se iniciou no ano de 2020 como adequação à pesquisa de mestrado que estudaria a utilização do patrimônio histórico para habitação social. Frente ao surgimento da pandemia do covid19, que impactou toda a população, se verificou a relevância de redirecionar a referida pesquisa para a questão sanitária na habitação popular.

Assim, o artigo está dividido em três partes, onde na primeira faz-se um resgate histórico das principais epidemias que assolaram o município do Rio de Janeiro entre o final do século XIX e a atualidade. Primeiramente, com a chegada da epidemia de Febre Amarela em 1849, a temida Gripe Espanhola em 1918 e finalizando com a Dengue a partir dos anos 80 e a mais atual, a pandemia do Covid 19.

Na segunda parte, demonstra as condições de moradia existentes durante essas crises sanitárias e relacionando as medidas e soluções do Estado para melhoria e mitigação da inadequação habitacional dessas moradias. Citando as condições precárias dos cortiços durante a febre amarela e a gripe espanhola e a ação do estado que investiu nas vilas higiênicas, e finalizando com as favelas e as ações governamentais como os programas de criação de conjuntos habitacionais e mais recentemente, a sua urbanização, que tenta solucionar os problemas de infraestrutura de saneamento e em suas habitações insalubres que permanecem sendo focos de mortalidade nas epidemias de Dengue e Covid 19.

E na última parte, usa a análise SWOT para entender os pontos fortes e fracos de cada solução, citando o ambiente interno e externo de cada época, com uma reflexão de como essas ações causaram melhoria nas condições de vida dessa população.

O método de pesquisa que foi utilizado é segundo Almeida, fenomenológico por ser esta qualitativa e descritiva da realidade social construída como ela é entendida. (ALMEIDA, 2020). A natureza da pesquisa é básica tendo o objetivo de gerar novos conhecimentos para o avanço da ciência e para tal abordou os dados indutivamente, identificando os fatores que determinam os fenômenos e explicando-os.

Quanto aos procedimentos técnicos foram feitas consultas em fontes secundárias (livros, artigos e jornais). Em arquivos da união e do município foram realizadas pesquisas

iconográficas. Vale ressaltar que a viabilidade deste trabalho, neste ano atípico, se deu pela coletânea de material bibliográfico através da Internet até a presente data.

As epidemias permeiam o imaginário e a memória das cidades e dos seus habitantes. Ao analisar comparativamente o passado e o presente, entendemos que é de suma importância entender os erros pregressos, para buscar novas soluções para o futuro.

2. EPIDEMIAS E PANDEMIAS

A preocupação com a transmissão de doenças pode ser encontrada nos primórdios da humanidade e a palavra epidemia é encontrada nos primeiros livros de medicina. De acordo com De Rezende, “No Corpus Hippocraticum há sete livros com o título de Epidemias e Galeno usou endemia com o mesmo significado atual.” (DE REZENDE, 1998, p.1)

Os termos epidemia e pandemia se diferem. “O primeiro se refere às doenças infecciosas e contagiosas, mas que ocorrem somente em uma comunidade e ou região específica e o segundo quando se propaga e atinge simultaneamente um grande número de pessoas em todo o mundo”. (GEMG – Governo do Estado de Minas Gerais, 2020).

2.1. As epidemias no Rio de Janeiro

Desde 1849 as epidemias de febre amarela e outras doenças infecciosas se tornaram um flagelo frequente no Rio de Janeiro e encontravam suas principais vítimas na população pobre, mal alimentada, aglomerada nos cortiços, sem mínimas condições de higiene. A falta de saneamento da cidade levava as epidemias a atingir outros segmentos da população. A ameaça ao funcionamento do porto e do comércio, bem como à reprodução da força de trabalho da indústria nascente alicerçaram o surgimento e fortaleceram o discurso higienista.

Ainda após 1889, “os intelectuais e homens de ciência, preocupados em pensar a nação e a jovem república, buscavam contornar as doenças do Brasil e encontrar uma saída para a seguinte questão: como sustentar um país moderno e civilizado com uma parcela da população doente e faminta?” (SILVA e NASCIMENTO, 2018, p. 8).

2.1.1 Febre Amarela (Fim do século XIX)

Analisando historicamente, a capital fluminense foi afetada por várias epidemias durante os séculos. No século XIX, a questão da insalubridade se tornou ponto focal nas condições de habitação no Brasil. Os relatórios de Saúde do Império apontam para o problema descrevendo epidemias recorrentes e com alta mortalidade. PIMENTA (2015) cita que os médicos e legisladores demandam que: a única maneira de estancar a mortalidade era através da extinção de pântanos e águas paradas e para tanto eram necessárias a realização de obras.

Em 1840, o então presidente da província resignou-se, ao afirmar que: “somente o tempo, o aumento da população, a abundância de capitais, poderão dissecar os vastos pântanos existentes na parte baixa da província; que somente a agricultura, a habitação do homem e a conseqüente navegação dos nossos rios, poderão arrear das suas margens e dos seus leitos os vegetais corrompidos acarretados de

pântanos que atravessam, e que decompostos nas águas, de que usam em geral os habitantes desses lugares, são, na opinião de pessoa entendida, uma das principais causas da insalubridade de tais paragens.”(PIMENTA, 2015, p.155)

A primeira grande epidemia no Rio de Janeiro foi a febre amarela no fim do século XIX, que chega através de navios negreiros provenientes da África. 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.

Em 1850 foi criada a Junta de Higiene Pública que buscava combater os surtos epidêmicos, associados pelos meios científicos às decadentes condições higiênicas das habitações coletivas no Rio de Janeiro. A partir da década de 50 a situação se agravou, pois, além do aparecimento da febre amarela (cujos surtos não respeitavam fronteiras de bairros) o número de escravos libertos foi aumentando progressivamente (à medida que as leis abolicionistas foram sendo promulgadas) até a abolição em 1888, ampliando o número de habitações coletivas, permitindo o espraiamento da doença. O quadro 1 apresenta o quantitativo de mortes decorrentes da doença entre os anos de 1850 e 1899.

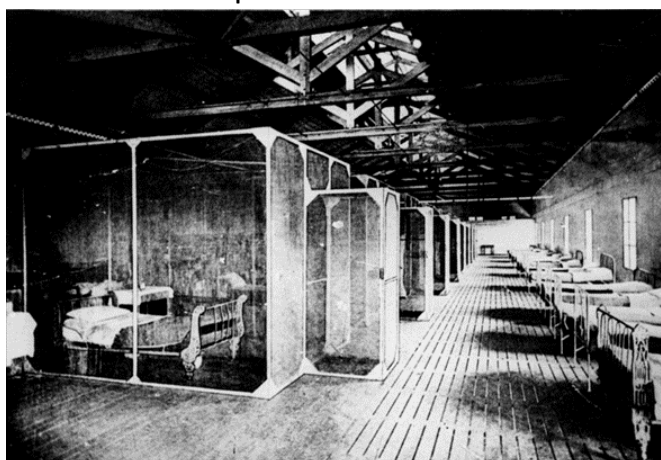
Quadro 1 – Mortalidade de Febre Amarela entre 1850 e 1899 no Rio de Janeiro (zona urbana)

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

Fonte: FRANCO, 1976

A figura 1 ilustra área de tratamento de doentes.

Figura 1 - Quartos em tela metálica para isolamento de doentes atacados de Febre Amarela.



Fonte: Fiocruz (1905)

2.1.2 Gripe Espanhola (início do século XX)

No início do século XX, chega ao Rio de Janeiro mais uma epidemia que traria consigo um rastro de mortalidade, a Gripe Espanhola ou “Espanhola”, que levou essa alcunha pela grande destruição em terras espanholas. Segundo Rocha, apareceu em duas ondas diferentes: fevereiro e agosto de 1918. Na primeira, era uma doença contagiosa, porém branda. Na segunda, tornou-se mortal. (ROCHA, 2009)

No Brasil, a epidemia chegou em setembro de 1918, apesar da descrença das autoridades de que não atingiria as terras nacionais. Mais uma vez, chega através dos portos, com o desembarque de doentes, principalmente marinheiros que prestaram serviço na costa da África.

Do início de sua chegada até a primeira quinzena de novembro do mesmo ano, a capital fluminense foi especialmente afetada pela mortalidade da doença. Estima-se que somente no Rio de Janeiro, 14.348 morreram e 65% da população adoeceu. (ROCHA, 2009)

2.1.3 Dengue (Fim do século XX)

O Ministério da Saúde define a dengue como uma doença tropical infecciosa causada diversos mosquitos, e unicamente pelo mosquito *aedes aegypti* na América, o mesmo da febre amarela. (MS – Ministério da Saúde, 2020).

Para 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 o relaxamento das medidas adotadas, causou sua reintrodução no Brasil. (BARRETO, 2008, p. 56)

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. 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. (SES RJ- Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 2008)

2.1.4 Covid 19

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 pesquisadores 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 do tipo ARN, de cadeia simples positiva, pertence 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 corona vírus conhecido que infecta seres humanos. (ZHU Et al, 2020, p. 727)

Em março de 2020, a pandemia de Covid 19 passou a ser uma realidade no Brasil, e teve 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 da capital fluminense, onde se localizam principalmente classes média-alta e alta, mas a partir de abril, o espalhamento da doença atingiu todo o município.

De acordo com a Prefeitura do Rio de Janeiro, foram contabilizados até a data de 14 de março de 2021, 213.488 casos da doença com 19.380 óbitos desde o princípio da pandemia. (IPP – Instituto Pereira Passos, 2021).

3. HABITAÇÃO

A questão da habitação é inerente ao ser humano, no entanto, na cidade do Rio de Janeiro, como em tantas outras no Brasil e no mundo o que se apresenta desde o século XIX é um quadro crítico de aumento progressivo da exclusão e da miséria. Esta situação revela a dificuldade do poder público em garantir condições adequadas de moradia a parcela considerável da população urbana. As faixas de renda mais baixa foram sistematicamente excluídas pelo mercado formal, e a produção informal da moradia e do espaço urbano se deu a olhos vistos.

3.1 Os cortiços e as epidemias do sec. XIX / XX

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 na menor área possível (figura 2). Ao buscar por mais lucro nesse mercado de aluguel, as casas térreas espaçosas e sobrados foram divididos e chamadas de casas-de-cômodo ou casas-de-alugar-cômodos.

Conforme Nemer, as duas tipologias tinham sanitários e pátios de uso coletivo, e além destes existiam construções precárias que se denominavam cortiços. (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.

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.

Figura 2 - Cortiço da Rua do Senado nº 12 A 44.



Fonte: Malta 27/03/1906 (AGCRJ)

Chalhoub descreve que a identificação dos cortiços como o principal foco gerador da epidemia de febre amarela pelos sanitaristas, tendo um importante significado simbólico e político. Os higienistas começaram o discurso 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. (CHALHOUB, 2004, p. 102)

Assim, o Império começa a agir, com o incentivo para a construção das chamadas vilas higiênicas, como a exemplificada na figura 3, 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)

Figura 3- Vila Rui Barbosa - fachada para a Rua do Senado.



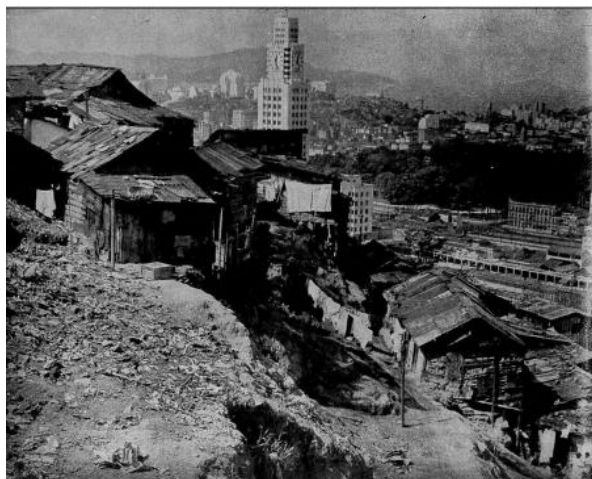
Fonte: BACKHEUSER, 1905

Apesar de todas as facilidades para estes construtores, as vilas higiênicas não deram lucros. Assim, muitos optaram por construir as chamadas Avenidas, que eram basicamente uma construção de estalagens e de cortiços existentes reformados que seguiram as 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.

3.2 As favelas e as epidemias do sec. XX / XXI

O aparecimento das favelas do Rio de Janeiro foi um processo longo iniciado no final do século XIX / início do século XX, com a ocupação de morros da cidade por uma parcela esquecida pelo poder público, que precisava ficar próximo as áreas centrais da cidade porque não tinha incentivo ou condições financeiras para ir morar nas regiões mais afastadas. Assim, a população carente ocupa morros e, posteriormente, áreas alagadiças, onde, em risco, se expunham às doenças graves, ligadas ao adensamento cada vez maior (casas de cômodo único com famílias numerosas) e falta de saneamento básico e condições mínimas de salubridade (ventilação, iluminação, instalações hidro sanitárias e recolhimento de lixo).

Figura 4- Morro da Providência – primeira favela da cidade do Rio de Janeiro



Fonte: SILVA (1947)

A permanência do problema ainda no século XXI, demanda uma crítica a desigualdade social cada vez maior nos tempos atuais, reforçada pela especulação imobiliária. 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 a transforma na cidade com a maior em população vivendo em aglomerados subnormais do país. (IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

3.2.1 A solução dos conjuntos habitacionais

Da mesma forma de ocorreu durante as epidemias passadas, a inadequação habitacional se mostra um ambiente focal de diversos problemas sanitários, e o poder público procura contorná-los através de investimentos em saneamento urbano e melhorias habitacionais. Enquanto no século XIX o objetivo era solucionar os problemas dos cortiços, a

partir do século XX a meta era solucionar os problemas das favelas; na verdade, o que mudou foi o nome, as dificuldades são as mesmas.

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 com bairros de classe média ou alta. Enquanto esses possuem equipamentos e serviços urbanos, nas favelas a realidade é outra, o que demonstra uma enorme incongruência: tão próximas e ao mesmo tempo tão diametralmente opostas.

Apesar da criação da Fundação da Casa Popular – FCP (1946) e do Banco Nacional da Habitação - BNH (1964), a descontinuidade dos programas e períodos de recessão econômica levaram a falta de uma política habitacional robusta que promovesse a inclusão social. Muitas vezes o visível foi a dedicação do Estado às obras de embelezamento urbano e medidas remediadoras. Durante alguns governos no Rio, principalmente o de Carlos Lacerda, a política foi a da remoção de favelas com a transferência de seus moradores para os conjuntos habitacionais financiados pelo BNH. Conforme Blank, a Companhia de Habitação do Estado da Guanabara, criada em 1962, oferecia "casas de acordo com a dignidade do ser humano" para as famílias faveladas. (BLANK, 1977, p.6).

Figura 5 – Conjunto Pedregulho



Fonte: tvbrasil.ebc.com.br

Estes conjuntos foram resultado de propostas habitacionais que não se limitavam à construção, mas incluíam um processo educacional e assistencial. Seu objetivo era, também, ensinar como morar em uma nova concepção do urbano, como bem exemplifica o Conjunto Prefeito Mendes de Moraes, mais conhecido como Pedregulho (figura 5).

3.2.2 Minha Casa, Minha Vida

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

Na cidade do Rio de Janeiro foi usado principalmente para remoção de habitações em áreas de risco nas favelas, o que recebeu atingiu mais de 100 mil habitações do programa, das quais 35 mil para a faixa I (renda até R\$ 1.800,00). O município fez 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 estaria apto a se tornar mutuário do programa se cumprisse algumas exigências legais, e poderia escolher entre aceitar ou não o apartamento.

Os projetos arquitetônicos e urbanísticos do PMCMV, se basearam em soluções padronizadas que possibilitariam para a agilização do programa habitacional, logo, não atingiram: a desejada diversidade de tipologias habitacionais, o uso de tecnologias construtivas apropriadas e sustentáveis e o reconhecimento (e incorporação ao projeto) das diferentes características sociais/econômicas/culturais.

3.3.3 A solução da urbanização das favelas

Em 1993, a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, criou o programa Favela Bairro, seguindo as “Bases da Política Habitacional da Cidade do Rio de Janeiro” que teve 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.

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. (DUARTE, 1996, p.14)

Conforme César Maia no Livro “Favela, um Bairro”, o programa seguiria as premissas do Plano Diretor vigente, com a utilização racional do solo urbano, a realocação prioritária da população assentada em áreas de risco, a urbanização e a 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 incentivava a ocupação de espaços 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 lança o programa Morar Carioca, que foi 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.” (LEITÃO, 2014, p. 8)

4. ANÁLISE SWOT

A Análise SWOT é utilizada como uma ferramenta reflexão e posicionamento em relação à situação da habitação popular antes dos problemas sanitários e as soluções impetradas pelo Poder Público para a inadequação habitacional. O termo SWOT é a conjunção das palavras Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunitys (oportunidades) e Threats (ameaças). Essa análise corresponde à identificação por parte da organização e de forma integrada dos principais aspectos que caracterizam a sua posição estratégica num determinado momento, tanto interna como externamente. (SILVEIRA, 2001, p. 209)

Segundo Valim Et al, o objetivo desse modelo com relação à análise externa, é identificar as principais oportunidades e ameaças que, em um momento, se colocam e com análise interna, o objetivo é identificar os principais pontos fortes e fracos caracterizadores.

O ambiente interno deve ser monitorado constantemente para identificação das forças e fraquezas mais diretamente relacionados com os fatores críticos de sucesso da organização. Toda essa análise faz com que naturalmente a empresa consiga maximizar as forças e minimizar as fraquezas ao máximo. (VALIM *et. al*, 2015, p.1)

4.1 Análise SWOT: Cortiços e Vilas Higiênicas

Em meio à crise sanitária iniciada pelas epidemias de febre amarela e de gripe espanhola, os cortiços se tornariam alvo dos sanitaristas da época pelas condições de moradia. Famílias inteiras reunidas em um cômodo, banheiros e lavanderias de uso comum, inexistência de infraestrutura para a coleta de esgoto ampliavam as condições de transmissibilidade das epidemias. O foco do Estado foi então criar as vilas higiênicas.

Quadro 2: CORTIÇOS

Pontos Fortes	Ambiente Interno	Ambiente Externo
	<ul style="list-style-type: none"> - Preço Acessível às classes mais pobres. - Localização próxima ao trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crescimento econômico acelerado com grande imigração.
Pontos Fracos	Ambiente Interno	Ambiente Externo
	<ul style="list-style-type: none"> - Adensamento excessivo. - Habitações precárias, com instalações deficientes de uso comum. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carência de condições básicas de saneamento básico. - Inexistência de coleta de lixo. - Aumento da proliferação de doenças infecciosas e epidemias.

Fonte: AUTORAS, 2021

Quadro 03: VILAS HIGIÊNICAS

Pontos Fortes	Ambiente Interno	Ambiente Externo
	<ul style="list-style-type: none"> - Habitações com melhores condições sanitárias, como presença de banheiro nas unidades. - Melhoria nas condições de circulação de ar e conforto térmico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Isenção de impostos definida pelo Império para construtores em materiais construtivos.
Pontos Fracos	Ambiente Interno	Ambiente Externo
	<ul style="list-style-type: none"> - Preço de aluguel inacessível para as classes mais pobres. - Propiciava a segregação social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Custo alto para construtores mesmo com isenção - Unidades insuficientes para suportar a demanda habitacional.

Fonte: AUTORAS, 2021

Apesar da melhoria das condições de moradia, a construção das vilas higiênicas não atendeu a demanda habitacional dos cortiços, seu alto custo acabou por tornar inviável o valor dos aluguéis, e assim, várias famílias procuraram outras formas de moradia perto do Centro da cidade e, a maior parte delas, sobe os morros.

4.2 Análise SWOT: Favelas e soluções do Poder Público

O surgimento das favelas foi amplificado pela inadequação habitacional e os problemas com aluguéis no Centro; seus problemas perduram até os dias atuais.

Quadro 4: Favelas

Pontos Fortes	Ambiente Interno	Ambiente Externo
	<ul style="list-style-type: none"> - Preço Acessível às classes mais pobres. - Localização próxima ao trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Áreas já consolidadas de habitação. - Senso de comunidade, comércio vibrante.
Pontos Fracos	Ambiente Interno	Ambiente Externo
	<ul style="list-style-type: none"> - Adensamento excessivo. - Habitações precárias. - Problemas estruturais. - Não possuem documentação que permita a posse do imóvel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carência de condições básicas de saneamento. - Inexistência de coleta de lixo. - Aumento da proliferação de doenças infecciosas e epidemias.

Fonte: AUTORAS, 2021

A primeira solução encontrada foi a remoção das famílias que viviam em péssimas condições para conjuntos habitacionais. Apesar da melhoria nas condições de habitabilidade, sua localização em áreas periféricas era um entrave, e a busca por empregos se tornava um desafio devido ao custo do transporte.

Quadro 5: Conjuntos habitacionais

Pontos Fortes	Ambiente Interno	Ambiente Externo
	<ul style="list-style-type: none"> - Habitações com melhor qualidade construtiva. - Melhoria nas condições de circulação de ar e conforto térmico. - Imóvel com documentação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investimento do Governo Federal para construção, com a visão desenvolvimentista e criação de empregos.
Pontos Fracos	Ambiente Interno	Ambiente Externo
	<ul style="list-style-type: none"> - Localização em áreas periféricas da cidade, com transporte público deficiente. - Abandono das unidades habitacionais e retorno para as favelas de origem, principalmente pela distância ao trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades insuficientes para suportar a demanda habitacional.

Fonte: AUTORAS, 2021

Com uma nova visão das favelas, o Poder Público inicia os projetos de urbanização delas, inicialmente o Favela Bairro, que tinha como foco o fornecimento de infraestrutura urbana como: saneamento básico, melhoria de acesso e de distribuição das águas pluviais, minimização de deslizamentos nos morros e construção de equipamentos públicos como escolas e hospitais. A remoção só era indicada quando as habitações estavam localizadas em áreas de risco, no entanto, recomendava-se que a relocação fosse dentro da mesma comunidade.

Quadro 6: Urbanização de favelas

Pontos Fortes	Ambiente Interno	Ambiente Externo
	Favela Bairro	
	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria nas condições de mobilidade urbana e infraestrutura básica. - Consolida a ideia da favela como parte da cidade e que não deve ser removida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forte participação popular. - Atenção do Poder Público.
Morar Carioca		
	<ul style="list-style-type: none"> - Amplia a visão do Favela Bairro, com ampliação da visão de assistência técnica para habitações. - Além das melhorias propostas no Favela Bairro, foca também em acessibilidade e sustentabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investimento proposto superior ao do Favela Bairro.
Pontos Fracos	Ambiente Interno	Ambiente Externo
	Favela Bairro	
	<ul style="list-style-type: none"> - Não incluía a melhoria de habitações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investimento baixo.
Morar Carioca		
	<ul style="list-style-type: none"> - Apesar do marco temporal proposto de 10 anos, nunca saiu do papel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investimentos propostos para o programa foram enviados para obras de embelezamento da cidade, principalmente em função dos megaeventos da época.

Fonte: AUTORAS, 2021

O segundo programa foi o Morar Carioca, que ampliava o escopo do Favela Bairro com linhas de assistência técnica para a melhoria das habitações, além da melhoria da acessibilidade. Apesar da promessa de grande investimento, o Morar Carioca nunca concretizou seus objetivos.

5. CONCLUSÃO

Ao utilizar a Matriz SWOT, ferramenta de análise de gestão, para o diagnóstico das soluções propostas para a minimização da inadequação habitacional e insalubridade dessas moradias populares, se inicia uma reflexão sobre quadros de épocas diferentes, mas que trazem similaridades na história da habitação popular no Rio de Janeiro.

Em momentos históricos tão impactantes na vida cotidiana do município, à similaridade da problemática da inadequação habitacional e das epidemias, com sua mortalidade aguda em

classes mais pobres nos convoca a reflexão: 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 gripe espanhola forjou o movimento sanitaria no Rio de Janeiro, de uma forma que afetou profundamente o tecido urbano da cidade e continua até hoje. Agora, a cidade passa por um momento similar, que deixará marcas em uma população que é castigada de maneira desconfortavelmente idêntica. Cabe aos pesquisadores, técnicos e governantes avaliarem uma mudança na trajetória e discutir, claramente, qual será o futuro para essas pessoas, como melhorar suas condições de vida e como protegê-las nas próximas crises.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maurício B.: **Noções básicas sobre metodologia de pesquisa científica**. Disponível em: <<http://www.eci.ufmg.br>>. Acesso em: 20 mar 2021.

BARRETO, João de Barros. Notas epidemiológicas sobre a febre amarela, no Rio de Janeiro, em 1928. **Arch Hyg**, v. 3, n. 1, p. 93-191, 1929.

BACKHEUSER, Everardo. **Onde moram os pobres**. Renascença, Rio de Janeiro, n. 13, p. 89-94, 1905.

BLANK, Gilda. **Experiência em Urbanização de Favela Carioca - Brás de Pina**. M.Sc., COPPE / UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 1977

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial**. São Paulo, Cia das Letras, 2004.

DE REZENDE, Joffre Marcondes. Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia. **Revista de Patologia Tropical/Journal of Tropical Pathology**, v. 27, n. 1, 1998.

DUARTE, Cristiane Rose e SILVA, Osvaldo Luiz e BRASILEIRO, Alice. **Favela, um Bairro - Propostas Metodológicas para Intervenção Pública em favelas do Rio de Janeiro**. 1ª Edição. São Paulo: Pro-Editores, 1996.

FRANCO, Odair. **História da febre-amarela no Brasil**. In: História da febre-amarela no Brasil. Brasil. Divisão de Cooperação e Divulgação, 1976.

GEMG- GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Epidemias e Pandemias – Definição**. Disponível em: <<https://www.em.gov.br>> Acesso em 14 mar 2021.

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.

IPP – Instituto Pereira Passos. **Painel Rio COVID-19**. Disponível em: <<https://www.data.rio/datasets/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>> Acesso em: 29 out 2020.

LEITÃO, Gerônimo; BARBOZA, Silvia e DELECAVE, Jonas. III Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo: **Projeto Mutirão, Programas Favela-Bairro e Morar Carioca: três décadas de urbanização de favelas na Cidade do Rio de Janeiro**, 2014, São Paulo, Anais.

MS - Ministério da Saúde. **Dengue – Aspectos Epidemiológicos**. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_aspecto_epidemiologicos_diagnostico_tratamento.pdf> Acesso em 19 mar 2021.

NEMER, Luciana. Rio de Janeiro, **100 anos de Habitação Popular**. Vitória, Editora Mil Fontes, 2019.

PIMENTA, Tânia Salgado et al. A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia. **Dimensões**, Vitória, v. 34, p. 145-183, 2015.

ROCHA, Juliana. História Pandemia de gripe de 1918. **inVivo FioCruz**. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br>> Acesso em 14 jun 2020.

SESRJ - 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 2020.

SILVA, Simone Santos de Almeida e NASCIMENTO, Bruno (org.). **Doenças do Brasil: cidadania, raça e saúde**. Serra: Editora Milfontes, 2018.

SILVEIRA, Henrique. **SWOT**. Brasília: Editora UNB, 2001.

VALIM, Alexandre *Et al.* **MODELO SWOT**. Disponível em: <https://adm-portal.appspot.com/storage.googleapis.com/_assets/modules/academicos/academico_3060.pdf> Acesso em: 12 mar 2021.

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.