

ARTIGO

Saneamento, dengue e demandas sociais na maior favela do Estado do Rio de Janeiro: a Rocinha^a

Sanitation, dengue and social demands in the largest slum of Rio de Janeiro State: Rocinha

Rodrigo Machado Vilani

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Universidade Candido Mendes (UCAM), Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil
E-mail: r_vilani@yahoo.com.br

Carlos José Saldanha Machado

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Érica Tavares da Silva Rocha

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

RESUMO

Há quatro décadas a ocupação do espaço urbano periférico no Brasil vem sendo estudada de forma intensa, principalmente nas grandes cidades. Nos espaços ocupados pela população de baixa renda a falta de infraestrutura básica contribui para uma qualidade sanitária precária, refletindo na proliferação daqueles animais indesejáveis que se adaptaram a viver junto ao homem, como o mosquito transmissor da dengue. A cidade do Rio de Janeiro vem tendo ciclos epidêmicos anuais desde 1987, sendo o quinto deles em 2012, com mais de 184 mil casos da doença e 42 óbitos. O objetivo do presente trabalho é discutir as contradições na definição das políticas públicas e seu afastamento da situação sanitária da maior favela da cidade do Rio de Janeiro, a Rocinha. A partir de pesquisa documental e análise de dados, adotou-se uma abordagem pautada sobre a proposta de construção de uma cidade sustentável, conforme estabelece a Lei 10.257/2001 – o Estatuto da Cidade. Conclui-se afirmando que o risco sanitário e ambiental a que a população permanece exposta deve ser tratado prioritariamente, ensejando esforços de vigilância sanitária, esgotamento e conscientização por se tratar de uma solicitação não apenas de grupos de moradores, mas de um direito, o direito à cidade sustentável, oficial, inclusiva, igualitária e participativa.

PALAVRAS-CHAVE: Dengue; Rio de Janeiro; Rocinha; Vigilância Sanitária e Ambiental; Cidade Sustentável

ABSTRACT

Four decades ago, the occupation of the peripheral urban space in Brazil has been studied intensively, especially in large cities. In the occupied areas by low-income population, the lack of basic infrastructure contributes to poor health quality, reflecting the proliferation of those unwanted animals that have adapted to living with the man like the mosquito that transmits dengue. The city of Rio de Janeiro has had yearly epidemic cycles since 1987, being the fifth of them in 2012, with more than 184,000 cases of illness and 42 deaths. The aim of this paper is to discuss the contradictions in the definition of public policies and their distance from the health situation of the largest slum in the city of Rio de Janeiro, Rocinha. From documental research and data analysis, it was adopted an approach based on the proposal to build a sustainable city, according to the Law 10,257/2001 – the City Statute. We conclude by stating that the health and environmental risks, to which the population remains exposed, should be treated in a priority way, enabling health surveillance efforts, sewage and awareness. It is therefore not just a request for groups of residents, but a right, the right to the sustainable city, official, inclusive, egalitarian and participatory.

KEYWORDS: Dengue; Rio de Janeiro; Rocinha; Sanitary and Environmental Awareness; Sustainable City

^a O presente trabalho apresenta resultados parciais de pesquisa de pós-doutoramento realizado no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz, configurando-se como um esforço interdisciplinar entre profissionais das Ciências Sociais, Sociais Aplicadas e Biológicas para contribuir com a melhoria da qualidade de vida urbana.



Introdução

Há quatro décadas que a ocupação do espaço urbano periférico no Brasil vem sendo estudada de forma intensa, principalmente nas grandes cidades¹. Os espaços ocupados pela população de baixa renda estão, predominantemente, em loteamentos irregulares ou ilegais, que não cumprem e não têm condições de cumprir as exigências para aprovação do loteamento e assentamento dos imóveis.

Sem a possibilidade de cumprir as exigências legais, a solução encontrada por essa população foi a “autoconstrução” das moradias. Favelas e outras formas precárias de habitação em locais irregulares surgem a partir da congregação de pessoas com baixo poder aquisitivo que não possuem condições de pagar um aluguel ou adquirir uma propriedade em local legalizado e mais adequado à construção de residências².

A maior parte dos moradores, inicialmente, é constituída por migrantes que deixaram suas cidades ou o campo em busca de melhores condições de vida, desempregados ou subempregados e com baixo nível de escolaridade. O baixo poder aquisitivo empurra essa população para a periferia da cidade, ao longo das ferrovias, rodovias e grandes avenidas, em encostas de morros, nos vazios da cidade, muitas vezes em áreas de proteção ambiental, ou ainda em terrenos desocupados em áreas habitadas por populações de renda mais elevada.

Essas construções precárias, sejam em que local estejam, mostram o contraste entre as diferentes populações econômicas da cidade e revelam a forte segregação existente. Há carência de escolas, unidades de saúde e áreas de lazer nesses locais, fazendo com que a população residente tenha que se deslocar por grandes distâncias para conseguir serviços essenciais³. As unidades de saúde, quando instaladas, na maior parte das vezes não conseguem atender a demanda. A falta de infraestrutura básica contribui para uma qualidade sanitária precária, refletindo na proliferação daqueles animais indesejáveis que se adaptaram a viver junto ao homem, a despeito da vontade deste, como ratos, baratas e mosquitos, entre outros, e no aumento da incidência de algumas doenças infecciosas e bastante graves como, por exemplo, a leptospirose e a dengue.

Nesse trabalho, opta-se por particularizar os casos de dengue, doença que vem tendo ciclos epidêmicos anuais na cidade do Rio de Janeiro desde 1987, sendo o quinto deles em 2012, com mais de 184 mil casos da doença e 42 óbitos. Nos primeiros 75 dias do ano de 2013 o número de casos de dengue na Região Metropolitana do Rio chegou a mais de 41 mil, um aumento de 24,5% em relação ao registrado no mesmo período de 2012, quando foram notificadas 33.261 ocorrências. Esses dados já confirmam uma situação de epidemia de dengue que atinge 45 dos 92 municípios do Estado⁴.

Diante deste cenário, a Cidade do Rio de Janeiro, atual porta de entrada dos turistas ao país, é, como as demais grandes cidades do país, reflexo da iniquidade urbana expressa em imagens como “enchentes, desmoronamentos, poluição dos recursos hídricos, poluição do ar, impermeabilidade da superfície do solo, desmatamento, congestionamento habitacional, reincidência de

epidemias, violência etc.”, todas representações da tragédia urbana brasileira⁵. Segundo o Censo 2010⁶ na cidade carioca existem 426.965 domicílios em favelas (19,89% de todas as residências).

Visto esse panorama da realidade urbana brasileira, o objetivo do presente trabalho é discutir as contradições existentes na definição das políticas públicas de desenvolvimento urbano na cidade do Rio de Janeiro e os pontos de afastamento das reais necessidades de territórios com situação sanitária precária, tratando, para tanto, especificamente da maior favela da cidade, a Rocinha.

Em vista disso, a partir de pesquisa documental e análise de dados, adotou-se uma abordagem pautada sobre a proposta de construção de uma cidade sustentável, conforme estabelece a Lei 10.257/2001⁷ – o Estatuto da Cidade, para se realizar a análise da situação sanitária da maior entre as 763 favelas da cidade do Rio de Janeiro, a Rocinha. Para identificar os principais aspectos relacionados às políticas selecionadas optou-se pela comparação com dados de outras localidades, de forma a compreender os pontos de aproximação e afastamento entre as políticas de desenvolvimento urbano e a proposta de construção de uma cidade sustentável. Ocupando, atualmente, uma área de aproximadamente 454.000 metros quadrados, na encosta dos morros Dois Irmãos e Laboriaux, a Rocinha é, desde meados dos anos 80 do século passado, mais um bairro do Rio de Janeiro, instituído pelo Decreto 6.011⁸, de 4 de agosto de 1986 (posteriormente outorgado pela Lei 1.995⁹, de 18 de junho de 1993). O terreno ocupado pela favela apresenta forma de concha e é constituído de uma parte plana, que representa o núcleo central, junto à entrada do Túnel Dois Irmãos, desenvolvendo-se, em seguida, por terrenos de grande declividade até o topo do morro. Dados apresentados pelo Censo de 2010 revelam uma população de 69.161 moradores. Sozinha, a Rocinha tem mais habitantes do que a população que vive em favelas em outros 40 municípios do Estado, de um total de 92, além da capital.

Trata-se aqui de aproximar os estudos técnico-científicos das demandas sociais, *in casu*, por meio do fortalecimento do debate quanto à necessidade de se “redirecionar os recursos e a riqueza da cidade de forma mais justa de modo a combater as situações de desigualdade econômica e social [ambiental] vivenciadas em nossas cidades”¹⁰. Assim sendo, o trabalho, consoante perspectiva adotada por Fonseca¹¹, está orientado na direção de uma interlocução multidisciplinar com a vigilância sanitária sob a ótica da saúde coletiva, dando ênfase ao seu “caráter multiprofissional, intersetorial, interdisciplinar e de alta relevância social e pública”.

A relevância para a análise da Vigilância Sanitária em um contexto de desigualdade e segregação socioespacial deve-se ao reconhecimento de que entre suas expressões de atuação está a articulação com as ações e os “programas desenvolvidos pelo SUS destinados aos grupos vulneráveis da nossa sociedade, em virtude da necessidade de ações de promoção e proteção à saúde”¹².



Quanto aos procedimentos metodológicos, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental em sites eletrônicos com Google Acadêmico (<http://scholar.google.com.br/>), SciELO (<http://www.scielo.org>), da Prefeitura (<http://www.rio.rj.gov.br/>) e da Câmara dos Deputados (<http://www2.camara.leg.br/>). Em seguida realizou-se uma análise quantitativa, a partir do levantamento de dados de 2010 referentes à presença de esgoto a céu aberto e ao acúmulo de resíduos no entorno dos domicílios, extraídos de pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³, e de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) referentes à ocorrência de dengue entre 2009 e 2013¹⁴. Ou seja, o objetivo com os procedimentos metodológicos foi confrontar duas dimensões urbanas atuais: aspectos relacionados à infraestrutura e saneamento com aspectos ligados às condições de saúde, no caso sobre a dengue, visando apreender suas possíveis relações. Tais dados foram analisados de forma comparativa entre os espaços da Cidade do Rio de Janeiro e através da elaboração de indicadores baseados em proporções e taxas de ocorrência do evento a ser analisado.

Rocinha: os desafios de um atrativo turístico

Ainda que fuja ao escopo deste trabalho a discussão acerca dos modos de apropriação do território e a consequente exclusão da população que se encontra fora do mercado formal de compra e venda de terras urbanas, é preciso reforçar que a “a reflexão sobre a cidade é, fundamentalmente, uma reflexão sobre a prática socioespacial que diz respeito ao modo pelo qual se realiza a vida na cidade, enquanto forma e momentos de apropriação”¹⁵.

Os complexos enredos que formaram e conformaram a distribuição da população pela cidade do Rio de Janeiro acompanham as novas dinâmicas territoriais. A favela da Rocinha, território que se desenhou às margens da cidade oficial, está localizada na chegada de um dos principais eixos de expansão urbana da cidade. Ribeiro e Lago¹⁶ ressaltam que, na década de 1990, a população das favelas cresceu em um ritmo superior ao das demais áreas do município, estando no “eixo elitizado da Barra/Jacarepaguá e [n]o eixo popular da zona oeste [...] as maiores taxas de crescimento tanto da população favelada (3,9% e 3,4% ao ano respectivamente) quanto da não-favelada (1,6% e 1,3% ao ano).

Esse território, analisado segundo a proporção de rede de coleta de esgoto da região em que está localizado, caracterizada por uma área de urbanização consolidada, demonstra o descaço histórico com suas condições sanitárias mínimas (Figura 1).

Na Figura 1 pode-se perceber que a Rocinha tem proporção semelhante às novas áreas de expansão urbana da cidade, em especial a Zona Oeste, destoando e distanciando-se dos padrões das áreas urbanas consolidadas do município que foram beneficiadas pelos investimentos públicos em saneamento e demais serviços e equipamentos urbanos.

Apesar da real situação dos moradores, a Rocinha está inserida na dinâmica do turismo de favelas na cidade do Rio de Janeiro, que tem seguido uma tendência internacional de explorar regiões pobres como atrativos turísticos. Freire-Me-

deiros¹⁷ destaca que a Rocinha “possui um mercado turístico consolidado há mais de uma década” (p. 35), tendo sido oficialmente incorporada aos pontos turísticos da cidade em 2006 por meio da Lei municipal nº 4.405/06¹⁸.

O fato de ser a maior favela da América Latina, sua localização privilegiada e opções de saída, que facilitam a retirada rápida de turistas em caso de ‘emergência’, conferiram ainda maior atratividade à Rocinha¹⁹.

Assim, é possível identificar que apenas recentemente a Rocinha comunga traços da cidade oficial e da não cidade. O uso das duas expressões segue o entendimento de Maricato²⁰ quanto à cidade oficial, divulgada e atrativa ao mercado e à mídia e centralizadora dos investimentos públicos, ao lado da não cidade caracterizada pelos bairros de ocupação irregular, ilegal, destituídos de infraestrutura, desprezados pelo mercado imobiliário. Atualmente, um movimento de caráter endógeno promovido contra obras voltadas para o incremento desse território como atrativo turístico (p. ex. teleférico), com exigências de atenção às necessidades reais (como saneamento), ressalta a sua inserção na cena política local em um exercício de cidadania ativa em prol de uma existência digna da população local.

Contudo, a presença estatal em comunidades com essas características está longe de qualquer visão ingênua de simplicidade. Quando se trata de políticas públicas em favela, ainda que o processo de pacificação tenha alterado positivamente o quadro de violência, é preciso salientar que não o extinguiu. Assim sendo, o alerta de Fernandes e Monteiro²¹ em relação à localização de postos de saúde, feita essa ressalva, permanece pertinente no tocante à necessidade de avaliação prévia para se evitar a “utilização de espaços situados em áreas violentas”.

Mesmo reconhecendo esses desafios, e por conta deles, é que se defende neste trabalho uma intervenção estatal centrada no resgate dos padrões mínimos para uma existência digna, garantindo o acesso a moradias providas de energia elétrica, abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta regular de resíduos.

Logo, a análise proposta vem contribuir para o debate, empreendido nas diversas áreas do saber, acerca da segmentação socioespacial nas grandes cidades, de maneira geral, e especificamente para esses territórios excluídos do processo de formação oficial das grandes cidades brasileiras.

Expansão metropolitana e saneamento

Segundo dados do IBGE²², as áreas ocupadas por favelas no Estado do Rio de Janeiro, denominadas pelo estudo como aglomerados subnormais, ocupam uma área total de 12.362 hectares (ha), nos quais encontram-se 520.260 domicílios particulares ocupados. Deste total, 82% (426.965 domicílios) concentram-se na cidade do Rio de Janeiro.

No Brasil, há uma densidade demográfica média de 67,5 habitantes/ha, com 19,1 domicílios/ha, onde ha corresponde à área. No município do Rio de Janeiro, esses valores correspondem, respectivamente, a 257,0 e 78,8, portanto cerca de quatro vezes a média nacional²².

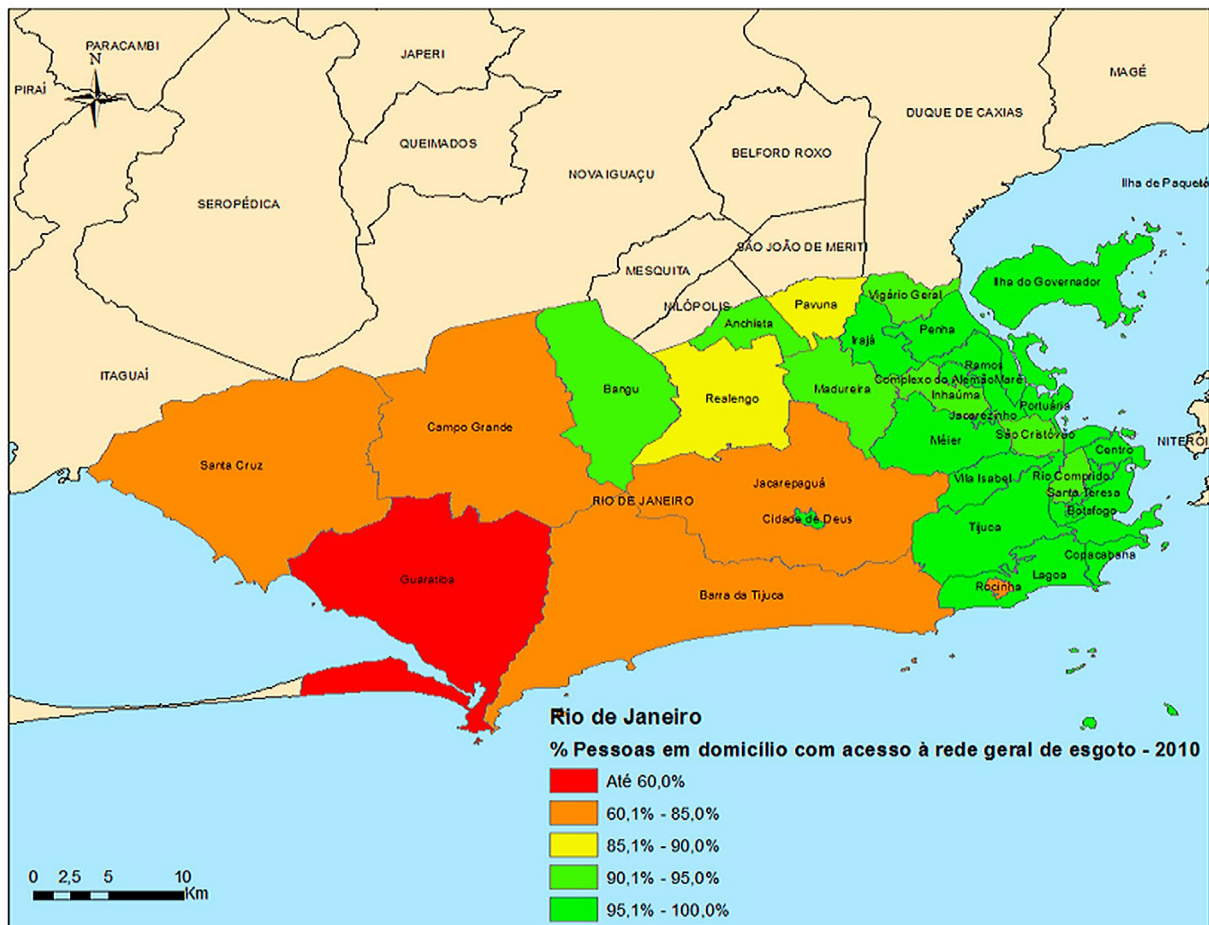


Figura 1. Domicílios com acesso à rede geral de esgoto.

Importante destacar, do mesmo estudo sobre aglomerados subnormais, que no município do Rio de Janeiro há uma concentração desses nas margens de rios, córregos, lagos e lagoas, num total de 97. Em seguida, estão aqueles situados em áreas de domínios de rodovias e ferrovias, respectivamente, 53 e 34^b.

Para que se possa compreender a importância dessa concentração para a qualidade de vida na cidade, importa destacar, entre as diretrizes nacionais estabelecidas pela Política Federal de Saneamento Básico (PFSB), instituída pela Lei 11.445²³, de 05 de janeiro de 2007, que abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos deverão ser realizados de forma adequada à saúde pública e à proteção do meio ambiente (art. 2º, III, PFSB).

Em sua concepção legal, saneamento básico é o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo de águas pluviais urbanas (art. 3º, I, PFSB).

O Brasil tem um déficit em sua rede de saneamento básico. Especificamente em relação ao esgotamento sanitário, dos 3.069 municípios que dispõem de rede coletora apenas 1.587 realizam o tratamento do esgoto. No Estado do Rio de Janeiro são 54 municípios com tratamento para um total de 85 com rede coletora²⁴.

É preciso reforçar que, apesar de constituir um avanço, a mera ampliação da rede coletora do país não se traduz, necessariamente, em melhoria da qualidade ambiental dos municípios. Isso porque, o total de municípios brasileiros que realizaram o tratamento do esgoto coletado ficou em 28,5%, ou seja, na grande maioria dos municípios o esgoto é lançado *in natura*, “o que impacta negativamente na qualidade de nossos recursos hídricos” e causa “doenças, como a diarreia, devido à contaminação da água por coliformes fecais [...] e o aumento da mortalidade infantil”²⁴.

Esses dados confirmam a persistência de marginalização da imensa parcela da população no que toca ao saneamento:

^b Os números correspondem aos setores censitários e não ao número de aglomerados. “O setor censitário é a unidade territorial de controle cadastral da coleta, constituída por áreas contíguas, respeitando-se os limites da divisão político-administrativa, dos quadros urbano e rural legal e de outras estruturas territoriais de interesse, além dos parâmetros de dimensão mais adequados à operação de coleta”.



Essa situação é visível tanto quando se comparam as regiões do país ou quando se comparam áreas da maioria das grandes cidades, e está na base dos grandes diferenciais inter e intra-regionais, intra-urbanos e urbano-rural observado nas condições de vida e de saúde. Não por acaso, políticas de saneamento vêm sendo identificadas como prioridades que poderiam reduzir esses imensos diferenciais, constituindo-se em um importante fator de equidade²⁵.

Essa dívida histórica com a população, que carece ainda da mesma atenção dada a outras políticas governamentais, tampouco se resolve com investimentos apenas em saneamento básico. Ações concomitantes na área da vigilância sanitária são fundamentais e aqui entendidas como o “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (art. 6º, §1º, Lei 8.080/1990²⁶). A utilização de conceituação extraída da legislação de saúde se justifica pela própria integração entre os dois setores: “O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é constituído por uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada, que funciona de forma horizontal e universal, sendo parte do sistema nacional de saúde (SUS)”²⁷.

Integram-se, portanto, saneamento básico e vigilância sanitária de forma horizontal, distribuída em uma cadeia vertical de responsabilidades, como elementos afins para consecução do mesmo fim de melhoria da qualidade de vida, seja pela implementação de medidas de prevenção ou recuperação da sanidade ambiental e, ainda, como medida de monitoramento e controle das condições de saúde pública.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)²⁸ relaciona o processo acelerado de urbanização, marcado pela periferização de moradias informais, entre os fatores complicadores para a melhoria dos serviços de saneamento. Como consequência, ainda segundo a OPAS, tem-se a contaminação de lagos e rios pelo lançamento de efluentes sanitários sem tratamento nos corpos hídricos. Fecha-se o ciclo a partir da identificação da água como uma das principais vias de risco para a saúde, tanto pelo consumo direto, recreacional ou pela contaminação dos alimentos durante o cultivo e preparação, exemplificando a relação de complementaridade entre ações de Vigilância Sanitária e infraestrutura de saneamento.

Tais questões, relacionadas a uma intrincada dinâmica entre território e saúde, na realidade brasileira, são analisadas por Vargas, Oliveira e Garbois²⁹ como sendo “grandes e complexos problemas associados à injustiça social e ambiental”, materializados “na exclusão social e degradação ambiental”, e reveladores do “distante e intrincado caminho a ser percorrido para que esses direitos [à saúde e ao meio ambiente] saiam da esfera normativa e da retórica, e se concretizem no cotidiano da população brasileira”.

Como reflexo desse cenário pode-se afirmar a condição de insustentabilidade do desenvolvimento urbano brasileiro. Isso porque, segundo Silva³⁰ o entendimento de que se o “desenvolvimento não elimina a pobreza absoluta, não propicia um nível

de vida que satisfaça às necessidades essenciais da população em geral, ele não pode ser qualificado de sustentável”. No mesmo sentido, Madeira Filho³¹ enfatiza que o desenvolvimento “deve compreender também, a noção de que não basta a conservação da natureza, se ao homem falta o desenvolvimento necessário para manter-se”.

A análise dos autores pode ser estendida à relação entre o suprimento adequado de água e a saúde da população, dentro do “panorama de iniquidade social, degradação ambiental e exclusão de serviços públicos básicos, verificado em áreas de exclusão social que abrigam populações humanas em situação de risco”³².

Isso porque o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2006, cuja temática abordada foi a água e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) relacionam diretamente a disponibilidade de água potável e saneamento às possibilidades de desenvolvimento humano. Indica ambos como “fatores determinantes do que as pessoas podem ou não fazer, ou daquilo em que podem vir a tornar-se — em suma, para as suas capacidades de realização”³³.

Brevemente apresentado o pano de fundo do trabalho, segue-se uma análise que indica a presença de sérias distorções na definição de prioridades da pauta pública em relação às favelas brasileiras.

Teleférico ou saneamento?

Apesar de uma evidente necessidade de urbanização em áreas ocupadas por favelas, que afasta a necessidade de maiores detalhamentos, a construção de teleféricos em comunidades pacificadas tem sido uma opção estatal para essas áreas. Maquiada pela roupagem da mobilidade urbana, a iniciativa está voltada, segundo críticas dos moradores, para o turismo em detrimento de melhorias nas condições de saneamento dessas localidades. Ademais, não tem havido participação no processo de tomada de decisão, culminando com remoções arbitrárias e descontentamento por parte da população. No Morro da Providência, exemplo desse tipo de iniciativa, foi relatada pelos moradores a ausência de informação e envolvimento da comunidade na discussão do projeto do teleférico, e portanto sem participação no processo que envolveu remoções e reassentamentos. “O temor e o medo instalados na comunidade se referem ao risco da remoção”³⁴.

No Complexo do Alemão, o teleférico inaugurado em julho de 2011 também recebe críticas por parte dos moradores, visto que o projeto não alcançou as “necessidades básicas de mobilidade, integração social e melhorias na qualidade de vida” da população³⁵.

Conforme noticiado pelo Jornal do Brasil³⁵, essas questões foram abordadas durante o Fórum de Mobilidade Urbana, realizado pelo Clube dos Engenheiros do Rio de Janeiro. Nesse evento, ainda segundo a publicação, representante do Clube dos Engenheiros enfatizou que o teleférico “não é viável para as comunidades cariocas, por não solucionar os problemas de mobilidade da população e por ter seu custo de manutenção



muito alto”, devendo ser privilegiado o Plano Inclinado em virtude das características da Rocinha.

A ação estatal descolada no apoio popular certamente tende a gerar o descontentamento e a perda de identidade da população, além de violar os princípios básicos que regem a Administração Pública:

No que concerne ao princípio da publicidade ou da máxima transparência, quer este significar que a Administração há de agir de sorte a nada ocultar e, para além disso, suscitando a participação fiscalizatória da cidadania, na certeza de que nada há, com raras exceções constitucionais, que não deva vir ao público³⁶.

Na Rocinha, a participação fiscalizatória tem se dado por meio de diversos grupos de resistência (Rocinha sem Fronteiras, Rocinha SOS Saneamento e Fórum de Cultura, entre outros) que “vêm mobilizando moradores contra o projeto, por considerarem o saneamento básico a prioridade”³⁷.

Essa insatisfação ensejará, por parte de grupos da Rocinha e do Complexo do Alemão, uma representação junto ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro em face do governo do Estado, contra a ausência dessa participação da comunidade local, contrariando princípios constitucionais regulamentados pelo Estatuto da Cidade³⁵.

Percebe-se que a população encontrou a via judicial como única alternativa para seu exercício de cidadania, inerente e garantia do próprio Estado Democrático de Direito, cuja gênese está nas diversas “modalidades de participação popular nos processos decisórios das políticas públicas, incluindo as chamadas econômicas e sociais, referentes à saúde, à educação, ao lazer, à cultura, à criança e ao adolescente, ao meio ambiente e ao problema habitacional”³⁸.

As conclusões de Cardoso e Valares³⁹ sobre áreas favelizadas no Rio de Janeiro são plenamente coerentes com a situação dos teleféricos, onde se evidencia que “a gestão de cidade proposta no Plano Diretor não altera a forma de produção da cidade, tem nítido caráter autoritário e exclui as populações de baixa renda dos processos decisórios nos planos habitacionais”.

Essa alternativa de inclusão buscada por meio da organização de grupos com uma pauta definida de reivindicações representa um importante passo na definição da maioria-cidadã da população. Supre (procura suprir), assim, a lacuna deixada pela ação estatal, tomada e imposta arbitrariamente, sem a devida e compulsória consulta pública. Isso porque, “no campo das políticas públicas que devem ser implementadas pelas entidades federadas para efetivar os direitos fundamentais, a participação popular torna-se condicionante da validade e eficácia das ações e atos praticados pelo Poder Público”³⁵.

Diante da lacuna de validade e eficácia desses projetos, os grupos da Rocinha se utilizaram de um debate com o arquiteto responsável pelo projeto de urbanização da Rocinha, Luis Carlos Toledo, que referendou a preocupação dos moradores ao ressaltar que, “dos 23.399 domicílios [da Rocinha] visitados pelo Censo 2010 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 14,5% sequer têm banheiro”³⁷.

Nota-se que, apesar do Estado, a localidade se organiza e, principalmente, se informa para definir seu posicionamento. Assim sendo, luta contra a histórica falta de voz participativa e passa a exigir uma definição de diretrizes dirigidas para o uso racional do solo urbano, de forma a embaraçar a especulação com os preços fundiários pelo mercado de terras, favorecido ainda por uma valorização decorrente de investimentos públicos em infraestrutura e equipamentos urbanos⁴⁰.

Ao confrontar essa discussão, com uma análise comparada entre o espaço da Rocinha e o espaço total da Cidade do Rio de Janeiro, através dos dados do IBGE sobre as características do entorno de domicílios, em especial à ausência de bueiro/boca de lobo, presença de esgoto a céu aberto e de lixo acumulado (Gráfico), evidencia-se a distância da Rocinha das condições gerais da cidade.

Os argumentos e dados apresentados conduzem ao reconhecimento da distância entre a política pública e a garantia de cidades sustentáveis, compreendida nesse trabalho como o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações (cfr. art. 2º, I da Lei 10.257/017 – Estatuto da Cidade).

A realidade da Rocinha contrasta, ainda, com os investimentos públicos direcionados, a partir dos jogos Pan-Americanos, para a consolidação de uma nova centralidade no planejamento urbano carioca, a Barra da Tijuca, região socialmente privilegiada que tem concentrado a maior parte dos investimentos oriundos dos megaeventos, caracterizando um modelo excludente e segregador do ponto de vista socioespacial⁴¹.

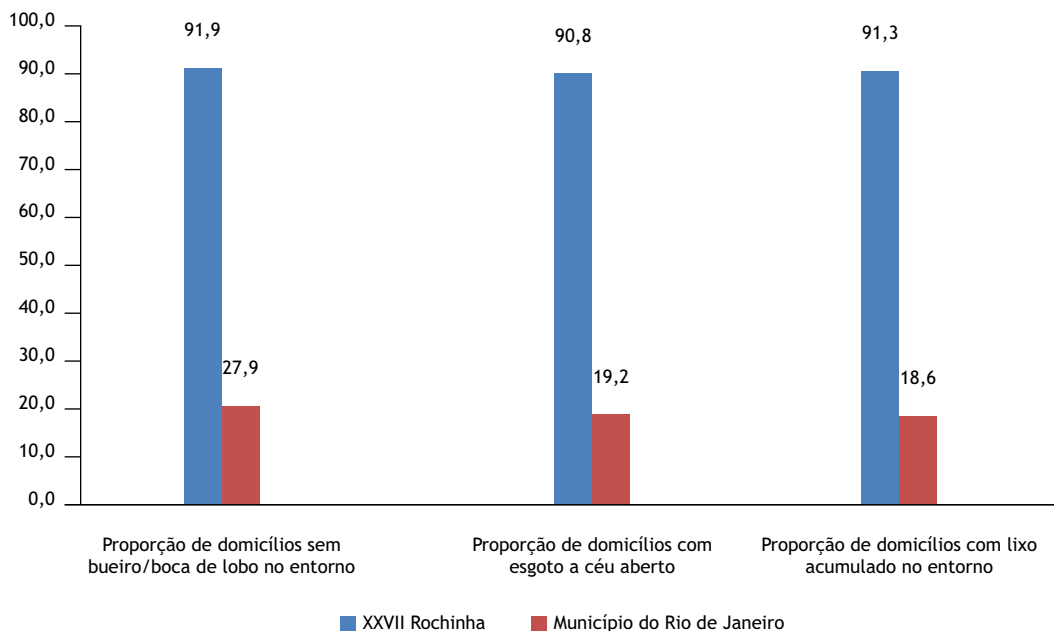
Dessa forma, é possível afirmar que há claros indícios da “criatura do capitalismo imobiliário”⁴² no urbanismo olímpico atualmente praticado no Rio de Janeiro, por meio do qual o planejamento urbano refletiu “basicamente interesses empresariais, envolvendo fartos gastos públicos, e ter eleito a intervenção em zonas restritas da cidade, beneficiando, sobretudo, áreas nobres (no caso, a Barra da Tijuca)”⁴¹.

Em relação aos pressupostos do direito à cidade, mencionados acima, pode-se admitir que em relação: 1) à terra urbana, há ausência dos serviços públicos em geral e de infraestrutura e saneamento permite afirmar que esse aspecto não é contemplado na Rocinha (Gráfico e Tabela); 2) à moradia e saneamento ambiental, as características do entorno dos domicílios (Gráfico e Tabela) deixam claro a distância entre a realidade da política urbana para áreas privilegiadas economicamente e das comunidades subnormais; 3) ao trabalho e ao lazer, há obstáculos para que a população possa exercer plenamente suas atividades laborais e de lazer por conta do somatório das características dos itens anteriores.

Dessa forma, pode-se afirmar que, em relação às comunidades subnormais, exemplificadas aqui no caso da Rocinha, há um claro descompasso nas políticas urbanas para garantir um progresso socioambiental igualitário entre todas as regiões da cidade. A título ilustrativo procurou-se traçar, ainda que de forma breve, um paralelo com os investimentos concentrados na Barra da Tijuca.



Indicadores do Entorno dos Domicílios
Rocinha e Município do Rio de Janeiro – 2010



Rocinha e Município do Rio de Janeiro – 2010.

Gráfico. Indicadores do Entorno dos Domicílios.

Em síntese, tem-se uma gama de direitos, inerentes ao direito à cidade, violados no âmbito do urbanismo olímpico e no planejamento das políticas de desenvolvimento urbano da cidade do Rio de Janeiro.

A violação desses direitos impacta diretamente a saúde da população e tem contribuído para os surtos da dengue na capital carioca, conforme demonstrado no próximo item.

A persistência da dengue

Inicialmente, cumpre destacar que, devido à complexidade do tema, o trabalho não tem por escopo realizar um estudo de caso sobre as condicionantes relacionadas à dengue. Assume, como premissa, a relação entre a doença e as condições de saneamento, infraestrutura urbana e habitação. Contudo, não procura trazer simplicidade à questão, reconhecendo-se aqui não haver consenso “entre quais fatores exercem maior influência no aumento de casos de dengue em uma determinada área”⁴³, procurando, contudo, contribuir para uma análise crítica sobre a realidade carioca.

A dengue é “doença de transmissão essencialmente urbana” e permanece em ciclos epidêmicos por uma série de aspectos favoráveis à proliferação de seu vetor, tais como: problemas de saneamento, imóveis inadequados, fatores educacionais, armazenamento inadequado de água, realizado em virtude de irregularidades no abastecimento⁴⁴.

A relação entre uma maior incidência de dengue e indicadores socioeconômicos depende dos aspectos de cada rea-

lidade urbana^{45,46}. Pelo exposto até aqui, pode-se admitir que no Rio de Janeiro há um claro potencial de associação entre essas circunstâncias. Logo, seguindo-se o entendimento de que o déficit de esgotamento sanitário é mais acentuado “nas áreas periféricas dos centros urbanos e nas zonas rurais onde se concentra a população mais pobre”⁴⁷, nas regiões de favela, como a Rocinha, é possível reconhecer uma expressão desse ciclo perverso entre saúde e saneamento como retrato de um processo histórico de injustiça socioambiental nas cidades brasileiras em geral e do Rio de Janeiro especificamente.

Em relação ao aumento dos casos de dengue no município, segundo dados da Organização Rio Como Vamos⁴⁸, houve uma variação de 93,95% nos casos de dengue entre o 3º trimestre de 2011 e de 2012 com, respectivamente, 2.480 e 4.810 casos na cidade. Em relação a todo ao ano de 2012, até o momento, a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁴⁹ para casos de dengue, apenas nas regiões metropolitanas do país foi apontado um total de 116.351 casos em áreas urbanas. A região metropolitana do Rio de Janeiro teve a maior incidência com 47.481 (40,8%) ocorrências, mais do dobro de casos da segunda região, para o parâmetro levantado, que foi Fortaleza com 19.727 registros. Machado e Filipecki⁵⁰ apontam a quinta epidemia de dengue no Rio de Janeiro entre outras “velhas doenças estabelecidas”, ao lado daquelas que continuam surgindo, como AIDS e gripes suína e aviária, além das doenças crônicas não transmissíveis, para destacar a problemática da saúde na população urbana. Os autores a relacionam com a “conjugação de fatores como mudanças ambientais,



dinâmica demográfica, práticas culturais de higiene, ausência e/ou ineficiência do Poder Público e expansão e aumento da circulação de pessoas e mercadorias por meio de sistemas de transporte cada vez mais velozes”⁵⁰.

O cenário para o controle dessa doença não é estimulante. A redução da densidade do *A. aegypti*, elo principal da cadeia de transmissão, ainda permanece como um desafio²³, constatação essa confirmada pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde:

Doenças ‘antigas’, como a Cólera e a Dengue, ressurgiram e endemias importantes, como a Tuberculose e as meningites persistem, fazendo com que esse grupo de doenças continue representando um importante problema de saúde pública, inclusive em países desenvolvidos. Esse cenário reflete as transformações sociais ocorridas a partir da década de setenta, caracterizadas pela urbanização acelerada, migração, alterações ambientais e facilidades de comunicação entre continentes, países e regiões, entre outros fatores contribuíram para o delineamento do atual perfil epidemiológico das doenças transmissíveis em todo o mundo.

Desafio, contudo, que pode ser superado se encarado a partir de uma perspectiva integrada da realidade urbana. Aspectos diversos da vida humana e de uma sociedade complexa apontam de forma inequívoca para a interdependência entre questões ambientais, sociais, econômicas, políticas e científicas e estão associados diretamente à qualidade do meio ambiente e da saúde de sua população, evidenciando, assim, a “percepção da importância de que saúde e ambiente se aproximem, enquanto conceito e prática”⁵¹. Por seu turno, fatores socioeconômicos como distribuição de renda, condições gerais de saneamento, de trabalho e moradia, entre outros, têm exercido influência direta no processo saúde-doença^{52,53}.

Novamente, ao comparar os espaços da cidade, observa-se que a proporção dos casos de dengue em 2010, apresentados na Figura 2, demonstra relação com a existência de rede coletora de esgoto (Figura 1).

Ainda que não seja uma regra para a cidade como um todo, mesmo porque as variáveis aplicáveis à dengue, como apresentado, são muitas, apresentam relação direta no caso de localidades como Rocinha e Guaratiba, com piores indicadores em relação à média encontrada para o município.

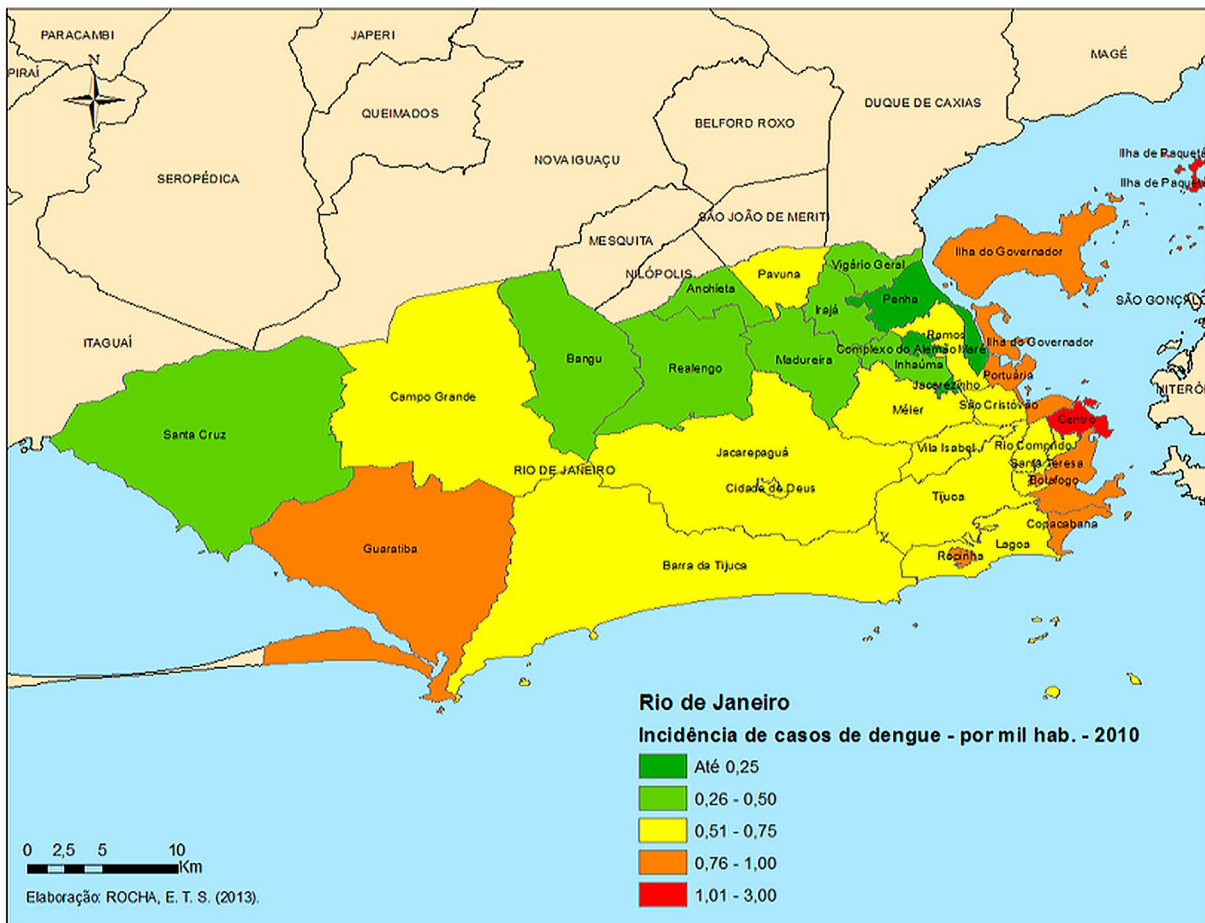


Figura 2. Incidência de casos de dengue por mil habitantes (2010).



A linha de atuação proposta se justifica pelo aumento da urbanização do Brasil e, em particular, da região metropolitana do Rio de Janeiro, cenário em que se estreitam essas relações saúde-saneamento aumentando os impactos negativos sobre a saúde da população em geral, sendo necessário a delimitação e o direcionamento de pesquisas para reconhecer as lacunas existentes e persistentes nas políticas públicas. Para tanto,

É preciso, então, reforçar a leitura da realidade que integre o econômico, o social, o político, o científico e o ambiental voltada para um projeto de sociedade justa e solidária a fim de instruir ações que visem assegurar às presentes e futuras gerações direitos de acesso a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, ao saneamento básico, a alimentos saudáveis, recreação e lazer seguros, entre outros, e, por consequência, o direito à existência digna nas cidades brasileiras⁵⁴.

É preciso reconhecer, nesse contexto concepção holística da cidade, o papel intersetorial de atuação da Vigilância Sanitária. Logo, sua integração aos demais setores de tomada de decisão da agenda pública são fundamentais para o equilíbrio e a orientação das ações governamentais na redução dos riscos à saúde da população. Isso porque, conforme acentua o Plano Diretor de Vigilância Sanitária, além da atribuição legal de regulação do risco sanitário, não deve a Vigilância Sanitária “se restringir apenas a uma perspectiva fiscalizatória e sim ampliar, a partir de uma visão que permita incorporar às práticas de proteção, aquelas de promoção da saúde”⁹. Ambiente e saúde são interdependentes e inseparáveis, uma vez que as relações humanas ocorrem em ambientes que podem ou não favorecer a saúde.

Nesse sentido, Pereira e colaboradores⁵⁵, em estudo sobre a favela do Borel, identificaram que a educação da população, calcada na “transformação dos valores da população, deverá também ser acompanhada pela transformação dos fatores ambientais: melhoria das instalações de água, recolhimento de lixo [...]”.

Em particular quanto à favela da Rocinha, pelas próprias características sanitárias que favorecem a propagação da dengue, é possível, a partir de uma breve análise da correlação entre as condições do entorno na Rocinha (conforme Gráfico – item anterior) e dados de renda (IBGE) cruzados com ocorrências da doença (Secretaria Municipal de Saúde), apresentar esquematicamente (Tabela) a situação de iniquidade a que estão expostos os moradores da Rocinha.

Pode-se admitir que a Rocinha encontra-se em uma situação de risco sanitário em razão de uma deliberada opção por privilegiar aspectos secundários para a população, em detrimento de investimentos em infraestrutura sanitária. Assim sendo, pode-se afirmar que as políticas praticadas até o momento excluíram a população da Rocinha de elementos básicos do seu direito a cidades sustentáveis.

Nesse contexto, releva-se a importância de se discutir, no âmbito acadêmico e no processo de elaboração das políticas públicas, em particular as urbanas, a integração definitiva e efetiva da perspectiva interdisciplinar e intersetorial, envolvendo a Vigilância Sanitária na promoção de ações, programas e projetos efetivos para a redução dos riscos à saúde e das de-

sigualdades ainda presentes e estruturantes do tecido urbano. Trata-se de uma decorrência do conceito de saúde baseado, principalmente, na prevenção de doenças e de agravos por meio do conhecimento das alterações ambientais que possam interferir direta ou indiretamente na saúde humana⁵⁶.

Tabela. Análise comparativa da Rocinha com o município do Rio de Janeiro.

Indicadores	Rocinha	Município do Rio de Janeiro
Dados do entorno dos domicílios (%)		
Proporção de domicílios sem bueiro/boca de lobo no entorno	91,9	27,9
Proporção de domicílios com esgoto a céu aberto	90,8	19,2
Proporção de domicílios com lixo acumulado no entorno	91,3	18,6
Indicadores de renda e doença		
Renda <i>per capita</i> (R\$)	454,89	1.416,37
Incidência da dengue (número de casos por mil hab.)	0,76	0,52

Frente ao atual cenário da realidade carioca, aqui exemplificado pelas dicotomias entre a favela da Rocinha e as políticas urbanas em geral, pode-se, a partir dos elementos apontados nesse trabalho, aos quais se soma a contribuição de Piovesan e colaboradores⁵⁷ e Cohen, Moura e Tomazelli⁵⁸, apontar como principais aspectos de atuação da Vigilância Sanitária:

- Abordagem holística da cidade;
- Definição clara das competências da Vigilância Sanitária no arcabouço jurídico-político municipal;
- Interação com os diferentes setores do Executivo municipal;
- Participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico (art. 6º, II, Lei 8.080/1990)²⁶;
- Descentralização das ações da Vigilância Sanitária e articulação com os demais setores da saúde;
- Definição de ações e áreas prioritárias para atuação;
- Adoção de processos participativos para a tomada de decisões e controle social sobre as políticas públicas;
- Criação e manutenção de um sistema de informações de acesso livre na internet para a sociedade em geral.

Conclusão

Ao término desse trabalho, foram apresentados alguns elementos considerados centrais, dentro do recorte proposto, para que a Vigilância Sanitária cumpra sua missão legal de “eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (art. 6º, § 2º, Lei 8.080/1990)²⁶.



Como nenhum ambiente é mais alterado do que a cidade em virtude da sua natureza altamente pavimentada e edificada, o trabalho procurou analisar os pontos de aproximação e de afastamento das políticas públicas de desenvolvimento urbano e as condições sanitárias da favela da Rocinha, particularmente em relação aos esforços orçamentários para implantação de um teleférico.

A realidade encontrada no Rio de Janeiro é a da reprodução histórica de ações engendradas no bojo de políticas urbanas sem a adoção de princípios básicos que tenham no enfoque integrado, democrático e participativo os valores centrais para a construção de uma sociedade justa e igualitária.

Vimos que a população da Rocinha tem se organizado, feito um livre e ativo exercício de cidadania em busca da concretização das funções urbanas da cidade, definidas na Carta de Atenas como de habitar, trabalhar, recrear-se e circular em um ambiente socialmente igualitário e ambientalmente equilibrado.

Para tanto, são ações que demandam uma presença ativa dos diferentes entes estatais em termos de intervenções urbanísticas e sanitárias. Não se excluem, ainda que seja pauta para um outro debate, as atratividades do ponto de vista turístico. Contudo, investimentos que beneficiem o mercado turístico não podem ser anteriores àqueles necessários à existência digna da população.

As condições sanitárias da Rocinha deixam a população local mais vulnerável à propagação de epidemias como a de dengue, demonstrando um descompasso entre as ações governamentais implementadas na região, por exemplo, com os investimentos no teleférico, e as reais necessidades dos moradores locais. Assim sendo, é possível afirmar que a existência de risco sanitário na Rocinha é uma clara violação do direito da população local a uma cidade sustentável, conforme estabelece o Estatuto da Cidade (Lei 10.257/2001)⁷.

O risco sanitário e ambiental a que a população permanece exposta nos espaços cotidianos da vida humana deve ser tratado prioritariamente, com o desenvolvimento da interface saúde-ambiente envolvendo a implementação de políticas públicas através e ações interativas entre a promoção da boa qualidade ambiental e a promoção da saúde humana. Essa não é apenas uma demanda dos grupos de moradores, mas um direito, o direito à cidade sustentável, oficial, inclusiva, igualitária e participativa.

Referências

1. Valladares LP, Medeiros L. Pensando as favelas do Rio de Janeiro (1906-2000): uma bibliografia analítica. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2003.
2. Valladares LP. A invenção da favela: do mito de origem afavela.com. Rio de Janeiro: FGV; 2005.
3. Pandolfi DC, Grynszpan M, organizadores. A favela fala: depoimentos ao CPDOC. Rio de Janeiro: FGV; 2003.
4. Estado do Rio está em alerta para epidemia de Dengue. Bom dia RJ. 13 mar 2013 [acesso em 14 mar 2013]. Disponível em: <http://glo.bo/YrHlfi>
5. Maricato E. Brasil, cidades: alternativas para a crise urbana. Petrópolis: Vozes; 2001.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
7. Brasil. Lei no 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 jul 2001.
8. Rio de Janeiro (Cidade). Decreto 6.011, de 4 de agosto de 1986. [Delimita o bairro da Rocinha].
9. Rio de Janeiro (Cidade). Lei nº 1.995, de 18 junho de 1993. Delimita a XXVII Região Administrativa – Rocinha, criada pelo Decreto nº 6011, de 04 de agosto de 1986, cria e delimita o Bairro da Rocinha, altera a delimitação da VI RA – Lagoa e dos bairros da Gávea, São Conrado e Vidigal, subdivide o bairro da Rocinha em áreas segundo suas especificidades e dá outras providências.
10. Saule Júnior N. Estatuto da cidade e plano diretor: possibilidade de uma nova ordem legal urbana justa e democrática. In: Osório LM, organizador. Estatuto da cidade: novas perspectivas para as cidades brasileiras. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris; 2002. p. 77-119.
11. Fonseca EP. Novos rumos para a pesquisa em vigilância sanitária no Brasil. *Visa Debate*. 2013;1(2):22-6. <http://dx.doi.org/10.3395/vd.v1i2.27>
12. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano diretor de vigilância sanitária. Brasília: ANVISA; 2007.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características urbanísticas do entorno dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2010a.
14. Secretaria Municipal de Saúde (Rio de Janeiro). Dengue: dados epidemiológicos. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2012 [acesso em 12 dez 2013]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2815389>
15. Carlos AFA. O espaço urbano: novos escritos sobre a cidade. São Paulo: Contexto; 2004.
16. Ribeiro LCQ, Lago LC. A oposição favela-bairro no espaço social do Rio de Janeiro. *São Paulo Perspec*. 2001;15(1):144-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392001000100016>
17. Freire-Medeiros B. Entre tapas e beijos: a favela turística na perspectiva de seus moradores. *Soc Estado*. 2010;25(1):33-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922010000100003>
18. Rio de Janeiro (Cidade). Lei nº 4.405, de 19 de setembro de 2006. Dispõe sobre a inclusão do bairro da Rocinha no Guia Oficial e no Roteiro Oficial, e no Roteiro Turístico e Cultural do Município do Rio de Janeiro.
19. Freire-Medeiros B. A favela que se vê e que se vende: reflexões e polêmicas em torno de um destino turístico. *Rev Bras Ci Soc*. 2007;22(65):61-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092007000300006>
20. Maricato E. Brasil, cidades: alternativas para a crise urbana. Petrópolis: Vozes; 2001.



21. Fernandes JCL, Monteiro JGC. Postos comunitários: uma alternativa para o sistema de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(1):127-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000100023>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: aglomerados subnormais. Rio de Janeiro: IBGE; 2010b.
23. Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saneamento básico - 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010c.
25. Ministério da Saúde. Avaliação de impacto na saúde das ações de saneamento: marco conceitual e estratégia metodológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
26. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set 1990.
27. Barreto M, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*. 2011 [acesso em 12 dez 2013];6736(11):47-60. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_3.pdf
28. Organización Panamericana de la Salud. La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible. Washington: OPAS; 2000.
29. Vargas LA, Oliveira TFV, Garbois JA. O direito à saúde e ao meio ambiente em tempos de exclusão social. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007;15(n.esp):850-6. <http://dx.doi.org/10/S0104-11692007000700021>
30. Silva JA. Direito ambiental constitucional. São Paulo: Malheiros; 1994.
31. Madeira Filho W. RPPNS.A.: uma estratégia liberal paradoxal. In: *Anais do Encontro Preparatório para o CONPEDI*; 19 a 21 jun 2008; Salvador, Brasil. Florianópolis: Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Direito. P. 4703-22.
32. Razzolini MTP, Gunther WMR. Impactos na saúde das deficiências de acesso à água. *Saúde Soc*. 2011;17(1):21-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100003>
33. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. A água para lá da escassez: poder, pobreza e a crise mundial da água. Nova York: PNUD; 2006. (Resumo. Relatório de desenvolvimento humano 2006).
34. Comitê Popular Rio da Copa e das Olimpíadas. Megaeventos e violações dos direitos humanos no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2011 [acesso em 12 dez 2013]. Disponível em: <http://comitepopulario.files.wordpress.com/2012/04/dossic3aa-megaeventos-e-violac3a7c3b5esdos-direitos-humanos-no-rio-de-janeiro.pdf>
35. Freitas C. Rocinha e Alemão pretendem processar Estado por causa de Teleférico. *J Brasil*. 29 set 2013 [acesso em 12 dez 2013]. Disponível em: <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/09/29/rocinha-e-alemao-pretendem-processar-estado-por-causa-de-teleferico/>
36. Freitas J. O controle dos atos administrativos e os princípios fundamentais. São Paulo: Malheiros; 1999.
37. Oliveira W. Rocinha prefere saneamento a teleférico. *Viva Favela*. 28 jun 2013 [acesso em 8 dez 2013]. Disponível em: <http://www.vivafavela.com.br/reportagens/374-rocinhaprefere-saneamento-a-teleferico>
38. Ramos MHR, Sá MER. Avaliação da política de habitação popular segundo critérios de eficácia societal. In: Ramos MHR, organizador. *Metamorfoses sociais e políticas urbanas*. Rio de Janeiro: DP&A; 2003. p. 151-68.
39. Cardoso WBO, Valadares JC. O ritmo das transformações, a exclusão, a legislação urbana e a condição humana na cidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2002;7(2):313-23.
40. Ribeiro LCQ. Espaço urbano, mercado de terras e produção a habitação. In: Silva LAM, organizador. *Solo urbano: tópicos sobre o uso da terra*. Rio de Janeiro: Zahar; 1982. p. 29-47.
41. Mascarenhas G. Desenvolvimento urbano e grandes eventos esportivos: o legado olímpico dos jogos. In: Mascarenhas G, Bienenstein G, Sánchez F, organizadores. *O jogo continua: megaeventos esportivos e cidades*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2011. p. 27-39.
42. Davis M. Cidade de quartzo: escavando o futuro em Los Angeles. São Paulo: Scritta; 1993.
43. Almeida AS, Medronho RA, Valencia LI. O. Análise espacial da dengue e o contexto socioeconômico no município do Rio de Janeiro, RJ. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):666-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000400013>
44. Flauzino RF, Souza-Santos R, Oliveira RM. Indicadores socioambientais para vigilância da dengue em nível local. *Saúde Soc*. 2011;20(1):225-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100023>
45. Ferreira AC, Chiaravalloti Neto F. Infestação de área urbana por *Aedes aegypti* e relação com níveis socioeconômicos. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(6):915-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000600005>
46. Resendes APC, Silveira NAPR, Sabroza PC, Souza-Santos R. Determinação de áreas prioritárias para ações de controle da dengue. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):274-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000200007>
47. Galvao Junior AC, Paganini WS. Aspectos conceituais da regulação dos serviços de água e esgoto no Brasil. *Eng Sanit Ambient*. 2009;14(1):79-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-41522009000100009>
48. Rio Como Vamos. Indicadores: saúde. 2013 [acesso em 8 dez 2013]. Disponível em: <http://www.riocomovamos.org.br/portal/content.php?cc=311&mn=7>
49. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento. Diagnóstico dos serviços de água e esgoto 2010. Brasília: MCidades; 2012.



50. Machado CJS, Filipecki ATP. A paisagem do trabalho científico e o uso de animais em pesquisas domésticas. In: Machado CJS, organizador. Ciências, políticas públicas e sociedade sustentável. Rio de Janeiro: E-papers; 2012. p. 43-101.
51. Heller L. Saneamento e saúde. Brasília: OPS; 1997.
52. Lustig RH, Schmidt LA, Brindis CD. The toxic truth about sugar. *Nature*. 2012;482:27-29;
53. Giovanella L organizador. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
54. Machado CJS, Miagostovich MP, Vilani RM. Colaboração entre sociologia e virologia ambiental para a implementação de políticas públicas nacionais. In: Machado CJS, organizador. Ciências, políticas públicas e sociedade sustentável. Rio de Janeiro: E-Papers; 2012. p. 191-241.
55. Pereira AA, Mello AAFB, Quadra AAF, Pierantoni CR, Carvalho FS, Souza HA et al. Levantamento das condições de habitação e saúde da comunidade da favela do Borel, Tijuca. *Rev Soc Bras Med Trop*. 1972;6(2):73-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86821972000200003>
56. Machado CJS. Animais na dinâmica global da ecologia das doenças infecciosas. In: Machado CJS organizador. Animais na sociedade brasileira: práticas, relações e interdependências. Rio de Janeiro: E-Papers; 2013. p. 163-211.
57. Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont MU, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI et al. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(1):83-95. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100010>
58. Cohen MM, Moura MLO, Tomazelli JG. Descentralização das ações de Vigilância sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(3):290-301. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2004000300007>

Data de recebimento: 23/11/2013

Data de aceite: 30/06/2014