



Pós pandemia e a inserção da Assistência Técnica Para Habitação De Interesse Social – Athis – Na Política Nacional De Promoção De Saúde – PNPS

*Post pandemic and the insertion of Technical Assistance for Social
Housing – Athis – in the National Health Promotion Policy – PNPS*

Claudia Poletto

Paolo Colosso

Resumo: A apresentação reflete sobre interfaces entre a ATHIS – a Assistência Técnica em Habitação de Interesse Social – e a saúde pública, com o objetivo de fornecer subsídios para inclusão de indicadores habitacionais e socioambientais na Política Nacional de Promoção de Saúde do SUS. Para tanto, é dividido em dois momentos. No primeiro, repassamos dados e referências de saúde, nacionais e internacionais, ligados à moradia, que nos mostram em que medida precariedades habitacionais e urbanas impactam no bem-estar das famílias. No segundo momento, analisamos casos cujas iniciativas avançam em termos intersetoriais: 1) Intervenções em Favelas; 2) Instituto dos Arquitetos do Brasil – IAB/Maringá e a capacitação de agentes de saúde; 3) Dados fornecidos pela UN Habitat para a Humanidade Internacional; e 4) O Programa WASH da UN Habitat para a Humanidade Brasil. Em tom de considerações, identificamos caminhos possíveis à instrumentalização dessas como políticas públicas.

Palavras-chave: Melhorias Habitacionais, Saúde Pública, Habitação, Assistência Técnica de Habitação de Interesse Social, Promoção de Saúde.

Abstract: The presentation reflects on interfaces between ATHIS – Technical Assistance in Social Interest Housing – and public health, with the aim of providing

subsidies for the inclusion of housing and socio-environmental indicators in the SUS National Health Promotion Policy. To this end, it is divided into two moments. In the first, we review national and international health data and references, linked to housing, which show us to what extent housing and urban precariousness impacts the well-being of families. In the second moment, we analyze cases whose initiatives advance in intersectoral terms: 1) Interventions in Favelas; 2) Institute of Architects of Brazil – IAB/Maringá and training of health agents; 3) Data provided by UN Habitat for Humanity International; and 4) The UN Habitat for Humanity Brazil WASH Program. In terms of considerations, we identify possible ways to implement these as public policies.

Keywords: Housing Improvements, Public Health, Housing, Technical Assistance for Social Housing, Health Promotion.

DESIGUALDADES ESCANCARADAS PELA COVID E A CONSTATAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO FATO DAS VULNERABILIDADES LIGADAS À MORADIA INCIDIREM NA SAÚDE

Com o advento da Pandemia do Coronavírus, segundo artigo de Getulio Xavier, para a Revista Carta Capital, 2021, a renda dos 50% mais pobres no mundo em 2021 foi equivalente à metade do que era em 1820. Em contrapartida, entre 2019 e 2021, os bilionários aumentaram esses mesmos 50% em riquezas, que somadas, são proporcionais aos orçamentos de saúde do mundo todo; cerca de 3,7 trilhões de dólares.

No Brasil, a situação de desigualdade social e de renda aumentou ainda mais. Segundo o levantamento do World Inequality Lab (Laboratório das Desigualdades Mundiais - 2021), os 10% mais ricos detém 59% na participação dos ganhos nacionais, já a metade da população mais pobre representa uma fatia de apenas 10% da renda. A pesquisa de 2019 do Instituto Locomotiva, em parceria com o Data Favela e a Central Única das Favelas (Cufa), aponta que 8% da população, cerca de 17,1 milhões de pessoas, vivem nas favelas brasileiras ou aglomerados subnormais, observados os critérios de padrões de urbanização e/ou de precariedade de serviços públicos essenciais.

Os dados retratam o modelo de desenvolvimento econômico excludente e altamente concentrador (Rolnik, 2008; Ribeiro, 1997 e 2000; Lago, 2000), responsável pela formação das cidades brasileiras ao longo do século XX, com

sua fragmentação, desigualdade socioambiental e padrão centro-periferias. Excludente porque privou as faixas de menor renda de condições básicas de urbanidade e de inserção efetiva na cidade, e altamente concentrador, na medida em que 61% da população brasileira vive em concentrações urbanas, destes, 21,9% está concentrada em 17 municípios com mais de 1 milhão de habitantes, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Censo Demográfico 2022.

Os espaços urbanos podem produzir e são produzidos por geografias altamente racializadas que trabalham para isolar, segregar e imobilizar socialmente. As cidades, produtos desses processos, são particularmente vulneráveis aos problemas que afetam a equidade urbana, em razão das condições sociais que vivem. Os territórios da segregação e discriminação são também territórios da exclusão, do vazio de direitos, da ausência do Estado e de políticas públicas consistentes, mas são principalmente, do ponto de vista de uma abordagem da Promoção da Saúde emancipatória, vistos como um território vazio de memória, que forneça os sentidos de pertencimento e de bases sociais, culturais, políticas e cognitivas, constituintes dos sujeitos coletivos e movimentos sociais (Porto, M.F.S. et al. Cidades Saudáveis e Promoção da Saúde Emancipatória: reinvenção cotidiana do (re)conhecimento nos territórios vulneráveis. (Fiocruz, 2014).

Segundo o professor Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro (apud Observatório da Metrópoles, 2017), o espaço urbano tratado como uma mercadoria a ser comprada e vendida em vez de ser um bem público destinado a servir às necessidades e interesses dos cidadãos, perde sua função social e torna-se inviável para aqueles que não têm meios financeiros para acessar; seja pelo próprio custo, seja pelo preço do deslocamento. A contradição entre a cidade como valor de troca e a cidade como valor de uso, exacerba o processo contínuo de manutenção das extremas desigualdades socioespaciais. No contexto da inserção do Brasil no capitalismo financeirizado, as recentes mudanças no modelo das políticas públicas para as cidades no país reforçam a hipótese de que o processo de financeirização vem ocorrendo em vários circuitos da

produção do espaço urbano construído, sendo o mais visível o mercado imobiliário, mas vem penetrando também nos espaços relativos à realização de obras públicas e concessão de serviços coletivos.

Baseado nas teorias do crescimento econômico e da distribuição estrutural da renda, Piketty (apud Aragão, 2016), em seu trabalho *Capital in twenty-one century* (2013), desenvolveu seus estudos sobre desigualdades edificando um modelo da economia capitalista que articula o estoque de capital como sendo todas as formas de ativos – explícitas ou implícitas – que tragam retorno financeiro, e ao longo de seu trabalho, deixa clara a centralidade da habitação e da terra no que ele vai chamar de capitalismo patrimonial; noutras palavras, o fenômeno da financeirização da habitação.

Ainda na matéria do Observatório das Metrópoles - 2017, fatores como a desigualdade econômica, étnica ou racial, a distribuição desigual de recursos e serviços, a concentração destes em áreas ricas versus a escassez em áreas pobres, acabam por empurrar os moradores de baixa renda para as periferias dos centros urbanos ou mesmo em regiões que, por fatores econômicos ou pela ocupação desordenada das cidades, tornaram-se vazios urbanos. Essas regiões, ditas assentamentos humanos informais, foram edificadas à margem da legislação edilícia, sem titulação sobre a posse dos imóveis, e são marcadas pela ausência do Estado como promotor de bem-estar, seja de assistência social ou ainda pelo fornecimento adequado de infraestrutura urbana e sanitária.

A ONU-Habitat, Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos da agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU), em seu Relatório de Resposta COVID-19, de 2020, identificou-a como uma “crise humanitária urbana” com impacto maior para as populações moradoras de assentamentos informais nas cidades e grupos mais vulnerabilizados, e que essas regiões densamente ocupadas, diante da pandemia, enfrentam desafios prévios como habitações inadequadas, um sistema de saúde sucateado, transporte público superlotado, gestão de resíduos ineficiente ou inexistente e ausência de saneamento adequado. Essas características denotaram uma

propensão maior para a disseminação de doenças tendentes a grupos sociais pobres como a tuberculose e o COVID-19.

O maior diagnóstico sobre arquitetura e urbanismo já feito no Brasil do Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil (CAU/BR) e Data Folha - 2022, apontou que 85% do brasileiros moram em cidades, e que 82% deles constrói sem a supervisão ou auxílio de um profissional arquiteto ou engenheiro. As unidades habitacionais - erguidas através do processo de autoconstrução - apresentam patologias relacionadas à baixa qualidade dos materiais e mão de obra, ausência de projetos e falta de acabamentos e também pelo adensamento construtivo dos assentamentos, que ocorre por meio da coabitação e verticalização, fato que ocasiona inúmeros problemas relacionados à segurança, conforto e salubridade das moradias.

De acordo com a Fundação João Pinheiro (FJP, 2019), o Déficit Habitacional no Brasil atinge 5,87 milhões de domicílios, 8% do total. Deste número, 79% são de famílias de baixa renda. Porém, ele não é absoluto. O cálculo abrange as habitações precárias, a coabitação (quando mais de uma família divide a mesma moradia) e o principal componente do déficit, o ônus excessivo com aluguel, quando há destinação de mais de 30% da renda domiciliar de até três salários mínimos com despesa de aluguel. Ele salta, entre 2016 à 2019, de 2,8 milhões para 3,035 milhões de domicílios, onde as mulheres são as responsáveis em 62% dos domicílios. No componente coabitação, as mulheres também são referência, 56% (2019).

Segundo ONU- Habitat internacional, 2018, estima-se que cerca de 1,8 bilhão de pessoas, mais de 20% da população mundial, carece de moradia adequada, e que no Brasil, a inadequação de domicílios urbanos está estimada em 24.893.961 milhões, o equivalente a 39,8% dos domicílios particulares permanentes duráveis urbanos do país, e supera o déficit habitacional (Fundação João Pinheiro, 2019).

Esses dados mostram que a necessidade de urbanizar e qualificar moradias é maior que a carência de novas unidades, e que o protagonismo das

mulheres nos componentes ônus excessivo com aluguel e coabitação, remetem à escassez de políticas habitacionais específicas para esses tipos de domicílios.

A Fundação João Pinheiro- FJP, no Relatório Inadequação de Domicílios no Brasil - 2016-2019, analisa o Déficit Qualitativo, que é composto por moradias sem acesso à infraestrutura urbana adequada – abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo e energia elétrica –, com inadequação edilícia – cômodos (exceto banheiros) servindo como dormitórios, ausência de banheiro de uso exclusivo, cobertura inadequada e piso impróprio – e inadequação fundiária, que corresponde aos imóveis em terrenos não próprios ou sem permissão de uso. Entre os três grandes indicadores supracitados, a inadequação de infraestrutura urbana foi a que mais afetou os domicílios brasileiros em 2019, cerca de 14,257 milhões de domicílios, o correspondente a 22,8% dos domicílios particulares permanentes duráveis urbanos do país.

Fato é que a Sars-Cov-2 trouxe à tona o caráter estrutural e conjuntural das desigualdades urbanas ressaltando-as, enquanto que as condições normais tendem, pelo contrário, a escondê-las. Nesse contexto, ingressamos numa sociedade urbana com legado de cidades historicamente precárias, nas quais estão presentes dois projetos antagônicos em disputa. De um lado, o representado pelos ideais, princípios e mecanismos da reforma urbana, de outro lado, o projeto representado pela ideologia neoliberal que, em nome do empreendedorismo urbano, tem incentivado a adoção de políticas urbanas habilitadoras das forças mercantilizadoras do solo urbano, da moradia, privatização dos serviços coletivos, entre outros. Estes dois movimentos tornaram a cidade palco e objeto das lutas contemporâneas de classes, opondo a razão da reprodução da vida à razão da reprodução do capital (apud Aragão, 2016).

As questões urbana, sanitária e habitacional como cofatores de responsabilidade no desenvolvimento sustentável das cidades e de impacto na saúde dos habitantes, veio à luz de discussão a partir da Carta de Ottawa, que oficializou a racionalidade de saúde para além do campo biomédico

(Organização Mundial da Saúde – OMS, 1997). A Carta definiu os pré-requisitos para a saúde: a paz, a moradia (abrigo), educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade, e elencou estratégias de Promoção da Saúde: (1) a defesa das causas da saúde com políticas públicas saudáveis; (2) capacitação social e individual de todos os atores envolvidos e mediação entre eles; (3) a interpretação da saúde como direito, não um privilégio, com a criação de ambientes que protejam a saúde; (4) equidade no acesso e orientação dos serviços de saúde; e (5) atuação intersetorial e multidisciplinar, com execução transversal, para atendimento às diversas camadas da sociedade (Organização Mundial da Saúde – OMS, 1986). Paralelamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e agências regionais, iniciaram o Movimento Cidades Saudáveis em 1986, que visou intervir diretamente nos meios urbanos, influenciando políticos e planejadores locais e proporcionando melhora na qualidade de vida das populações a nível local.

No Brasil, a saúde é parte do conjunto de direitos sociais reconhecidos e garantidos que têm como inspiração o dever do estado no financiamento das ações de saúde e a universalidade, como o direito de cidadania., condições de habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra. Logo, é resultado de uma organização social da produção que pode gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986). Destaca-se a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, como resultado dessa construção social. Essa segunda interpretação traduz de maneira mais direta e específica, os limites do impacto do ambiente construído, suas carências e possibilidades como promotor de saúde, além da própria capacidade deletéria quando do não atendimento das necessidades humanas. O direito à saúde se entrecruza com o direito à cidade na medida em que este, ao garantir espaços urbanos saudáveis para a população, reduz iniquidades e expande o usufruto dos efeitos positivos da urbanização a grupos postergados e desfavorecidos, promovendo equidade.

A contar da Constituição de 1988 (CF88), a posterior implantação do Sistema Único de Saúde (SUS, em 1990), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, e do Plano Nacional de Saúde (PNS), foi aprovada em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). O objetivo desta política estabelece a promoção da qualidade de vida como princípio, com redução da vulnerabilidade humana relacionada aos modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

O reconhecimento da saúde em seu conceito ampliado, como eixo central enquanto equilíbrio do homem com o ambiente, que sofre influência dos fatores humanos, condições ecológicas, estruturas sociais, e a importância ambiental na integração entre as ações curativa e preventiva, faz com que a perspectiva da promoção da saúde incorpore um ecossistema estável, com a conservação de recursos e a justiça social como elementos fundamentais à saúde. Aliado a essas questões, a epidemiologia social aponta que a saúde e as condições de vida são influenciadas pela dimensão biológica, ecológica e por fatores econômicos. Trata-se de uma concepção positiva no conceito de saúde, resultante de um processo de produção social que indica qualidade de vida pelo modo de viver a vida das pessoas e pelo acesso a bens e serviços econômicos e sociais (Mendes, 1993).

Na visão assumida pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva, a Abrasco, o conceito de Saúde Pública é distinto da proposição por uma Saúde Coletiva. Esta considera as necessidades de saúde não apenas para evitar a doença e prolongar a vida, mas também as condições para melhorar a qualidade de vida e, no limite, permitir o exercício da liberdade humana na busca da felicidade. Considerando o cenário massivamente urbano de nosso país, podemos considerar que a saúde ganha uma particularidade em sua definição, adequando-se mais propriamente ao termo Saúde Urbana.

“(…) a saúde urbana pode ser considerada como um ramo da saúde pública que estuda os fatores de riscos

das cidades, seus efeitos sobre a saúde e as relações sociais urbanas. Os atuais pilares da saúde urbana são: o adensamento de populações; o papel do ambiente físico e social como modelador da saúde das pessoas; a necessidade de aferir os fenômenos tendo como objeto as desigualdades injustas e evitáveis do ambiente físico, social e em saúde e a governança ou governabilidade, como proposta para as soluções para as iniquidades (CAIAFFA: 2008, p. 1789) ”.

Do ponto de vista do ambiente como determinante da saúde, segundo COHEN, 2007, a habitação se constituiria em um possível espaço de construção da saúde e consolidação do bem-estar. A habitação seria o espaço essencial e o veículo da construção e desenvolvimento da saúde da família. O desafio estaria em intervir sobre os fatores determinantes da saúde no espaço construído.

A conexão Meio Ambiente-Território-Saúde com efeitos sobre a saúde e as relações sociais, é também premissa da Lei de Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social (ATHIS). Ela assegura o direito à assistência técnica pública e gratuita à população de baixa renda, para o projeto e a construção de habitação de interesse social. Trata-se de uma política que assegura moradia adequada e qualifica o espaço urbano, promovendo condições de salubridade da habitação e de seu entorno, melhorando a qualidade de vida e diminuindo gastos com saúde pública, pois previne o surgimento de doenças e acidentes domésticos. Inclui a população de baixa renda em políticas sociais e no mercado formal por meio da regularização do imóvel, em conformidade com a legislação urbanística e ambiental, promove a construção civil de pequena escala associada à habitação popular e fomenta o comércio local.

A habitação é um direito humano fundamental desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. No Brasil, a Constituição Federal (CF88) entende a moradia como um direito social. Entretanto, apenas com a instituição do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social (SNHIS), a moradia digna passa a ser considerada “como direito e vetor de inclusão social” (BRASIL, 2005). De acordo com o pacto internacional “The right to adequate

Housing” (UN-CESCR, 1991), do qual Brasil é signatário, a moradia digna deve ser vista como “direito de viver em algum lugar em segurança, paz e dignidade”.

A Lei Federal nº 11.888/2008 é um dos instrumentos da política urbana e do direito social à moradia previsto na CF88, art. 6º, e consoante o especificado ao art. 4º da Lei nº 10.257 de 10 de julho de 2001, o Estatuto da Cidade, que regulamenta os artigos. 182 e 183, dos instrumentos de reforma urbana e da função social da cidade. Contudo, a sua efetivação como Política Pública de habitação enquanto instrumento contido no Plano Nacional de Habitação (PlanHab), não se consolidou.

A lei tem sido chamada de “SUS da habitação” em uma referência ao sistema único de saúde, na provisão de novas políticas de ocupação e gestão do território. Sua vinculação a saúde pode subsidiar elementos para efetivá-la de forma pública e gratuita, sistêmica e continuada.

O SUS é o lugar privilegiado para a implementação de estratégias de saúde através de sua rede capilarizada, que permite aberturas para políticas públicas interdisciplinares e intersetoriais entre diferentes áreas. As redes de atenção à saúde são coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), e ofertam atenção contínua e integral com responsabilidades sanitárias e econômicas por determinada população. Os agentes comunitários de saúde (ACS) são os responsáveis pela territorialização, pelo cadastramento e acompanhamento das famílias, pela realização de visita domiciliar, articulação intersetorial e ações de promoção e de vigilância da saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a Residência Multiprofissional em Saúde, podem ser os espaços que permitam a inserção de profissionais externos ao programa no atendimento à população.

A hipótese de uma articulação entre arquitetura e saúde, na perspectiva da promoção de saúde através de melhorias habitacionais e de infraestrutura, podem contribuir para a mudança na dinâmica social geradora de lugares insalubres. A ATHIS mostra-se como uma estratégia de combate ao Déficit Habitacional Qualitativo atrelada à PNPS, e instrumentalizada como Política

de Saúde Pública Urbana, pode fornecer subsídios para uma Política Pública Municipal de Melhorias Habitacionais. Pela articulação de ações e culturas de promoção, foi possível identificar relações significativas entre as políticas de promoção da saúde, da saúde urbana, do Estatuto da Cidade e a Lei de ATHIS.

DADOS DE DOENÇAS QUE IDENTIFICAM IMPLICAÇÕES ENTRE OS CAMPOS ENVOLVIDOS

A relação entre a Saúde Pública, qualidade de vida e condições de moradia, ficou ainda mais evidente com as crises econômica e sanitária causadas pela pandemia. Gasta-se em Saúde Pública com questões que poderiam ser prevenidas através do acesso à moradia saudável. Há uma relação direta entre as internações no SUS, a falta de saneamento básico e a má qualidade habitacional urbana – falta de infraestrutura, água potável e salubridade. A conexão entre saúde e condição de habitabilidade é essencial na agenda das políticas intersetoriais, sobretudo em escala local, possibilitando novos olhares à formulação de políticas públicas, e o poder público municipal deve ser o protagonista nas políticas de direito à moradia digna. Uma das estratégias são os levantamentos territorializados com base em dados estatísticos, sobretudo os coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos Censos Demográficos e informações do cadastro domiciliar e territorial do Sistema e-SUS.

No Brasil, em 2009, segundo o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 25% das internações pelo SUS foram relacionadas a menores de 20 anos, sendo 95% delas por trauma. Um levantamento promovido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2012, aponta que uma pessoa morre a cada três dias por queda de laje no Estado. No total, as internações custaram R\$ 3,2 milhões SUS paulista. Somente no ano de 2011, foram registradas 2.649 internações causadas por quedas acidentais de estruturas como lajes, balcões ou sacadas, muros, telhados e torres, e culminaram na morte de 136 pessoas. Segundo a cirurgiã-geral Silvana Nigro, 2012, integrante

do pronto-socorro do hospital estadual do Mandaqui e médica do Grupo de Resgate e Atendimento a Urgências da Secretaria (Grau), as quedas acidentais de laje ocorrem, principalmente, pela ausência de uma estrutura de proteção em pavimentos superiores.

O Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis em São Paulo, em 2007, aplicou 1.490 questionários com o intuito de identificar os principais mecanismos de trauma por queda e queimaduras. Os formulários foram preenchidos no ambulatório da comunidade carente por pais que tiveram filhos atendidos durante o período de 20 meses que antecederam a pesquisa. Dos acolhimentos, houve predominância de traumatismos entre meninos (59,6%) e a média de idade foi de 5,2 anos. Destes, 56,4% pertenciam a famílias numerosas (≥ 6 pessoas), moravam em casas de até três cômodos (adensamento excessivo), com renda familiar de até R\$ 1.000,00 (76,6%). A principal cuidadora identificada foi a mãe (69,4%), e o nível de escolaridade predominante entre os pais foi do ensino fundamental incompleto. O livre acesso a lajes foi relatado em 92,8% dos casos e o acesso fácil a substâncias perigosas também foi considerável.

No Complexo Mangueiros, formado por 14 Assentamentos Humanos Informais, foram realizadas obras de intervenção de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários, o PAC Social e Urbano, mais conhecido como PAC Favelas. O processo foi acompanhado por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, durante sua implantação, com o objetivo de auxiliar o diagnóstico de problemas comumente encontrados em assentamentos urbanos irregulares e que podem tender a doenças. A metodologia de construção de dados e indicadores ambientais de vulnerabilidade física da habitação (COHEN, SILVEIRA, MELO, HOLLANDA, MOTTA, BANDEIRA, 2010), utilizou dados das moradias, materiais de construção e condições sanitárias fornecidos pela "Ficha de cadastro domiciliar e territorial" do Sistema e-SUS. Esses dados foram compilados numa tabela para melhor comparação.

O diagnóstico da área apontou a questão respiratória como um importante fator avaliado atrelado às patologias construtivas; 17,6% das famílias relataram problemas de umidade, falta de ventilação e iluminação nas moradias, gerando doença respiratória em algum integrante.

Relativo ao acesso à infraestrutura urbana adequada, o resultado das médias dos domicílios foi de 62,31% das moradias com abastecimento de água inadequado, 46,46% com abastecimento de água e esgotamento irregular, e 26,7% sem módulo hidrossanitário completo (banheiro com pia, chuveiro e vaso sanitário). Relativo à inadequação edilícia, 25,4% das construções possuíam cômodos (exceto banheiros) servindo como dormitórios, onde mais de 3 pessoas ocupavam um mesmo ambiente para dormir.

Tabela 1: Indicadores de vulnerabilidade em habitações em assentamentos humanos informais.

INDICADORES	VARIÁVEIS	CONSEQUÊNCIAS	DOENÇAS
Iluminação e Ventilação	Ausência de janelas/vãos voltados para áreas abertas em um ou mais cômodos.	Luz solar direta insuficiente	Carência de Vitamina D
	Presença de elementos que obstruem a entrada de iluminação e ventilação no domicílio.	Circulação do ar insuficiente. Elevação térmica no domicílio. Necessidade de fonte de energia não renovável.	Tuberculose Bronquite Pneumonia
Adensamento Domiciliar	Convívio de 3/+ pessoas/cômodo utilizado como dormitório.		Alergias Asma
Umidade e Mofo	Ausência de revestimentos no piso do banheiro.	Aumento nas condições de umidade no domicílio. Surgimento de mofo/ fungo/ bactéria/vírus/ ácaros. Possibilidade de proliferação de insetos vetores de doenças.	Leishmaniose Doença de chagas Malária Febre Amarela
	Revestimentos inadequados no banheiro.		
	Laje não impermeabilizada exposta às intempéries.		
	Infiltração ascendente.		
	Infiltração descendente.		
Existência de lacuna entre a parede e a cobertura.			
Materiais nocivos à Saúde	Telhados com amianto.	Inalação e/ou absorção de substâncias prejudiciais à saúde por parte dos moradores	Asbestose, Câncer de pulmão, do trato digestivo, laringe e ovário, Mesotelioma
	Ambientes sem forro ou laje com telhados em fibrocimento (amianto).		
	Caixa d'água com amianto		
Condições Construtivas e Manutenção	Ausência de revestimento nas paredes internas do domicílio.	Risco de curto-circuito Falta de água por ausência de reservatório Possibilidade de proliferação de insetos vetores de doenças	Dengue Leshmaniose
	Ausência de revestimentos nas paredes externas do domicílio.		
	Ausência de revestimentos no piso dos cômodos secos (como sala e quartos).		
	Revestimentos e condições inadequadas nos pisos.		
	Presença de fissuras/trincas na edificação.		
	Instalação elétrica inadequada (fiação aparente, junto ao forro ou diretamente abaixo da cobertura, ausência de conduíte).		
	Ausência de caixa d'água.		
	Caixa d'água sem vedação.		
Hábitos de Higiene e Cuidados com Animais	Consumo de água não tratada.	Possibilidade de contrair doenças Proliferação de insetos Solo infectado com vetores de doenças	Diarreia, escabiose, Pediculose, Conjuntivite bacteriana, Tracoma, Alergias, Toxoplasmose
	Consumo de água diretamente da torneira.		
	Lixo domiciliar guardado em recipiente aberto.		
	Presença de animais domésticos no domicílio.		
	Presença de animais silvestres (invasores).		

Fonte: (COHEN et al., 2010).

A experiência do grupo do Instituto dos Arquitetos do Brasil/Núcleo Maringá, através do Edital de Chamamento Público de Apoio Institucional

para Assistência Técnica de Habitação de Interesse Social (ATHIS), patrocinado pelo Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil (CAU/BR), envolveu a Prefeitura Municipal de Maringá (Secretaria da Saúde e Secretaria de Urbanismo e Habitação), o Observatório das Metrôpoles (Núcleo Maringá), o Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Maringá, e a assessoria da Fundação João Pinheiro (FJP). O projeto “Oficinas para construção e capacitação de um instrumento de diagnóstico habitacional municipal a partir dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): conhecer a realidade local para aplicar recursos públicos em ATHIS”, teve seu foco nas condições sanitárias e de moradia que afetam a saúde dos cidadãos, e visou a construção de um instrumento de diagnóstico habitacional municipal a partir da ação dos ACS.

O desenho conceitual do questionário construído pela FJP para o projeto de Maringá, utilizou os três primeiros conceitos de déficit habitacional, e o fluxograma propiciou a interação de dados do CAD Único, bem como os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 1, 3 e 6.

As informações contidas nos sistemas de informações municipais integrados e georreferenciados, o campo “Condições de moradia”, do e-SUS preenchidos pelos ACS, e o sistema do município, não são suficientes para direcionar políticas específicas em ATHIS, melhorias habitacionais e promoção da saúde. Sendo assim, o questionário foi programado para aplicação por meio de um aplicativo de entrada de dados, o CSEntry, e de processamento, o Census and Survey Processing System (CSPro). A coleta de informações detalhadas caracterizará as especificidades arquitetônicas e urbanísticas das moradias de forma territorializada por meio da política pública que já é consolidada e capilarizada, a Estratégia Saúde da Família (ESF). A possibilidade de integrar os sistemas de saúde e planejamento, encontra no cadastro imobiliário a chave de vinculação.

Quadro 1: Parcial do aplicativo de entrada de dados, o CSEntry, do município de Maringá-PR. Cadastro do domicílio, aba Moradia.

Logradouro 291278 SHIBAZABURO KATAZATO Nr. 129 End. complet. []

Complem. Bairro 9544 JARDIM ALVORADA

Pt. Referência [] Tel. Contato [] - Tel. Residência []

Famílias **Moradia** Dados Gerais Animais Complementos Integrantes Inativos Visitas Instituição Permanência

Tipo de Domicílio
 Casa
 Apartamento
 Cômodo
 Outros

Tipo de Revest. Externo
 Alvenaria Revestida
 Alvenaria não Revest.
 Taipa Revestida
 Taipa não Revestida
 Madeira
 Material Aproveitado
 Palha
 Outro

Situação Moradia
 Próprio
 Financiada
 Alugada
 Arrendado
 Cedido
 Ocupação
 Situação de Rua
 Outra

Tipo de Acesso
 Pavimento
 Chão Batido
 Fluvial
 Outro

Condição de Posse
 Proprietário
 Parceiro/Meio
 Assentado
 Posseso
 Arrendatário
 Comodatário
 Ben. Banco da Terra
 Não se aplica

Destino do Lixo
 Coletado
 Queim./Enterrado
 Céu Aberto
 Outro

Abastecimento Água
 Rede Pública
 Poço/Nascente
 Cisterna
 Carro Pipa
 Outros

Tipo de Saneamento
 Sist. de Esgoto
 Fossa Séptica
 Céu Aberto
 Fossa Rudimentar
 Direto para Rio
 Outra Forma

Energia elétrica (S/N)
 Nr. comod. 5
 Vlr. Renda 0

Localização
 Urbana Rural

Tratamento Água
 Filtrada
 Fervida
 Clorada
 Mineral
 Sem tratamento

Para cada grupo de informações deve ser selecionado 1 ou mais itens

Fonte: Secretaria de Saúde de Maringá-PR. Acesso em visita local pela pesquisadora em outubro de 2022.

DADOS DE RELATÓRIOS DA HABITAT PARA A HUMANIDADE QUE MOSTRAM RETORNOS SOCIAIS AO MELHORAR O ACESSO À HABITAÇÃO E À ÁGUA

O relatório da Habitat para a Humanidade Internacional em parceria com o Instituto Internacional para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (IIED), lançado em maio de 2023 e intitulado “Melhorando a habitação em assentamentos informais: avaliando os impactos no desenvolvimento humano”, aponta que o investimento em moradia adequada poderia gerar ganhos significativos em diversos países. No Brasil, por exemplo, seria possível subir 14 posições no IDH (Índice de Desenvolvimento Humano).

O estudo aferiu conexões entre moradia adequada e cada uma das três dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que considera: um padrão de vida decente (medido pelo rendimento nacional bruto per capita ajustado ao nível de preços por país); vida longa e saudável (medida pela expectativa de vida); e acesso à educação (medido pela expectativa de anos de escolaridade entre crianças em idade de ingresso na escola e média de anos de escolaridade entre a população adulta). Foram usados dados disponíveis da UN-HABITAT e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD para 2018, de 102 países de renda média e baixa. Os dados de 2018 de IDH correspondem a dados de saúde e educação pré-COVID, e não foram afetados pela pandemia, que levou a uma diminuição da expectativa de vida e das matrículas escolares.

Por meio de um exercício de modelagem estatística, estimou-se tipologias de países em vez de países individuais, sendo gerado quatro países teóricos distintos de acordo com seu nível de desenvolvimento humano e a porcentagem da população urbana que vive em assentamentos informais ou “favelas”, projetados em diferentes cenários, dos mais cautelosos aos mais otimistas. O estudo modela também o que aconteceria se as melhorias habitacionais em assentamentos informais ocorressem em grande escala num país inteiro.

Ao fornecer uma abordagem integrada, que mede os retornos sociais gerais em múltiplas dimensões simultaneamente, a análise mostrou que a moradia adequada é uma infraestrutura para o bem-estar e a sustentabilidade, e um facilitador chave com impactos diretos para os moradores de assentamentos informais.

Os impactos diretos na renda, saúde e educação que o relatório identifica, têm vários efeitos colaterais como a redução do estresse nos sistemas de assistência e saúde, a melhora das condições ambientais e a resiliência urbana, mobilizando pequenas empresas e suas implicações para a economia em geral e ativando meios de subsistência e o setor imobiliário, entre outros.

Em termos de renda, a modelagem mostra que, em nível nacional, o acesso equitativo a moradia adequada pode gerar um impacto direto de até

10,5% de crescimento econômico, medido como renda nacional bruta (RNB), ou renda interna bruta (RIB), ou Produto Interno Bruto (PIB), per capita. Nesse sentido, o banco mundial revela que o impacto dos desastres no PIB é 20 vezes maior em países de baixa renda relativos aos de maior renda, sendo que o aumento na renda nacional provavelmente é maior do que o custo de melhorar os assentamentos informais.

Em relação à saúde, a expectativa de vida pode crescer até 4%, acrescentando 2,4 anos de vida em média em todo o mundo apenas pelo efeito direto da garantia de acesso à moradia adequada. Globalmente, até 738.565 mortes poderiam ser evitadas anualmente, um número que é maior do que a erradicação da malária em todo o mundo.

Em termos de educação, os anos de escolaridade esperados em alguns países podem aumentar em até 28%. Globalmente, 41,6 milhões de crianças e jovens poderiam ser matriculados na educação primária; isso equivale a 16,1% do total de crianças e jovens que atualmente faltam à educação.

Em escala global, pode-se saltar até 18 posições no ranking de países do IDH e proporcionar uma mudança no nível de desenvolvimento humano de baixo para médio ou de alto para muito alto. As variações na pontuação do IDH podem chegar a 8,4%, o que significa um aumento significativo na realização média das três dimensões principais do índice. Além disso, observou-se implicações em termos de justiça climática (impacto nos sistemas ambientais), inclusão política (impacto nos sistemas de governança) e igualdade de gênero (impacto nos sistemas de atendimento), que, por sua vez, sustentam o progresso do desenvolvimento humano. Esse aumento no tamanho da economia e nos padrões de vida nesse recorte, provavelmente será maior do que o custo de garantir moradia adequada em muitos países.

O crescimento econômico foi medido primeiro usando a renda nacional bruta (RNB) per capita e depois o Produto Interno Bruto (PIB) per capita como uma verificação de robustez. A título de comparação, um crescimento de 10% equivale ao rápido crescimento econômico experimentado pela economia

chinesa entre 2005 e 2010. Em contrapartida, os países com alto desenvolvimento humano tiveram um crescimento econômico médio de 4,5% no mesmo período. O Brasil apresentou um crescimento médio de 4% durante um período econômico forte entre 2003 e 2010.

O Banco Mundial, segundo o relatório da Habitat para a Humanidade Internacional de 2023, em comparação, estimou que para fechar as lacunas nos serviços de água e saneamento e outras infraestruturas essenciais, os países de baixa e média renda precisariam gastar até 8% de seu PIB, sugerindo que o ganho de um crescimento de até 10,5% seria um retorno significativo.

Embora os programas de urbanização nem sempre incluam todas as dimensões da habitação, o relatório se baseou em evidências em referência a uma ou mais das sete dimensões da habitação adequada do relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos Humanos segurança jurídica da posse, disponibilidade de serviços, materiais, instalações e infraestrutura, acessibilidade de preços, habitabilidade, acessibilidade, localização e adequação cultural. Conclui apresentando uma série de recomendações de políticas para maximizar os retornos sociais, econômicos e ambientais significativos da melhoria do acesso equitativo à moradia adequada em assentamentos informais. As recomendações estão relacionadas à necessidade de priorizar a habitação como uma infraestrutura de desenvolvimento humano, a necessidade de gerar abordagens habitacionais integradas e abrangentes, um apelo à ação para atores internacionais e a necessidade de conhecimento e dados locais adequados.

Tabela 2: Suposições construídas a partir da literatura para modelar o efeito do acesso à moradia adequada em assentamentos informais.

Cenário Cauteloso	Cenário Moderado	Cenário Otimista
Impacto direto em padrões de vida mais elevados		
<ul style="list-style-type: none"> • 10% de ganho de renda devido a melhorias habitacionais multissetoriais em assentamentos informais, em assentamentos informais. • 9% de ganho de renda devido à eletrificação. 	<ul style="list-style-type: none"> • 25% de ganho de renda em assentamentos informais, melhorias habitacionais multissetoriais. • Ganho de renda de 30% devido a eletrificação e aumento de 23% na propensão das mulheres para o trabalho fora de casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% de ganho de renda devido a melhorias habitacionais multissetoriais em assentamentos informais. • 50% de ganho de renda devido à eletrificação e 23% de aumento na propensão das mulheres a trabalhar fora de casa.
Impacto direto em uma vida mais longa e saudável		
<ul style="list-style-type: none"> • 1,35 mais chances de sobreviver após os 5 anos de idade. • Redução de 12,5% nas probabilidades de infecção por malária. • Redução de 12,5% nas chances de doenças transmitidas pela água (excluindo doenças relacionadas a mosquitos). • Redução de 12,5% nas mortes por acidentes domésticos. • Redução de 30% na tuberculose causada pela superlotação. • Redução de 30% nas causas de morte por poluição do ar 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,46 mais chances de sobreviver após os 5 anos de idade. • Redução de 25% nas chances de infecção por malária. • Redução de 25% nas chances de doenças transmitidas pela água (excluindo doenças relacionadas a mosquitos). • Redução de 25% nas mortes causadas por lesões domésticas. • Redução de 50% na tuberculose causada por superlotação. • Redução de 50% nas causas de morte por poluição do ar doméstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais 2 chances de sobreviver após os 5 anos. • Redução de 50% nas chances de infecção por malária. • Redução de 50% nas chances de doenças transmitidas pela água (excluindo doenças relacionadas a mosquitos). • Redução de 50% nas mortes causadas por lesões domésticas. • Erradicação da tuberculose causada pela superlotação. • Erradicação das causas de morte devidas à poluição do ar doméstico.
Impacto direto em um melhor aprendizado		
<ul style="list-style-type: none"> • 1,25 vezes maior chance de matrícula no ensino fundamental. • Aumento das chances de matrículas no ensino médio e superior em 10,7% e 8,6%, respectivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chance 1,5 vezes maior de matricular-se no ensino fundamental. • Aumento das chances de matrícula no ensino médio e superior em 14,3% e 11,5%, respectivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais do dobro da chance de matrícula na escola primária. • Aumento das chances de matrícula no ensino médio e superior em 42,9% e 34,5% respectivamente.

Fonte: Síntese do Relatório Melhorando a habitação em assentamentos informais da Habitat para a Humanidade Internacional, 2023.

A pesquisa mostrou, por exemplo, que entre 0,1 e 0,2% do PIB pode ser perdido a cada ano apenas por causa de infraestrutura não confiável ligada à eletricidade, água e transporte. Com base nas evidências revisadas e além da modelagem das dimensões do IDH, três sistemas particularmente significativos são impactados ao garantir o acesso equitativo à moradia adequada em assentamentos informais. Esses sistemas mostram áreas não totalmente capturadas pelas três dimensões do IDH, mas ao mesmo tempo, constituem sistemas-chave que suportam efeitos de transbordamento maiores em termos de progresso do desenvolvimento humano de uma perspectiva de

equidade e justiça. Em termos de justiça climática, com efeitos mais amplos nos sistemas ambientais; em termos de inclusão política, com implicações mais amplas nos sistemas de governança; e em termos de igualdade de gênero, com implicações mais amplas para os sistemas de cuidados.

O Programa WASH (da sigla em inglês, água, saneamento e higiene), da organização Habitat para a Humanidade Brasil, realiza intervenções que priorizam o acesso a água, saneamento e higiene, com a instalação de caixas d'água, reformas de banheiros e readequação de espaços para a melhoria da circulação de ar.

Afim de avaliar os resultados das intervenções implementadas em seus variados aspectos, a Habitat Brasil iniciou uma pesquisa de percepção de mudança com 778 pessoas atendidas pelo programa de melhorias habitacionais realizadas em 2020 e 2021 em diferentes regiões do Brasil, e que estão dentro da estatística de famílias brasileiras que vivem em domicílios com uma ou mais inadequações e em situação de vulnerabilidades sociais e econômicas. A análise contemplou o perfil socioeconômico de 185 famílias, focando em questões referentes a gênero, idade, deficiência, doença crônica, baixa escolaridade, condições precárias e/ou inadequadas de moradia e saneamento. Deste total, 55% são crianças, adolescentes e idosos.

Considerando o perfil das famílias entrevistadas, 94% das famílias declararam ter renda entre 0 e 2 salários-mínimos, sendo o mais predominante a renda até 1 salário (59%). A maioria das famílias estão enquadradas na classe social D (com per capita até meio salário-mínimo). Sobre a situação do vínculo empregatício, 75% dos responsáveis familiares estão inseridos no mercado informal, estão desempregados ou não possuem renda. Das famílias pesquisadas, 58% dos responsáveis familiares estão inseridos na faixa classificada como baixa escolaridade. Apenas 1% dos chefes de famílias concluíram o ensino superior.

Entre os indicadores apontados, 50% das famílias atendidas afirmaram ter um ou mais membros com problemas respiratórios como rinite, sinusite, asma, bronquite, entre outros, e que, após a realização das melhorias, 89%

delas disseram haver melhoras nos sintomas das doenças inclusive para a prevenção da COVID-19.

A diminuição na conta de energia elétrica foi um dos aspectos percebidos por todas as famílias e no que se refere ao fluxo de água nas casas, nas 51 famílias que receberam reservatórios, 96% apontaram melhoria no abastecimento.

Das 185 famílias, 80% delas são chefiadas por mulheres, sendo que 43% destas famílias são compostas exclusivamente pela figura materna e seus filhos. O relatório Wash também se baseia em outras pesquisas como os dados do IBGE, no estudo de “Desigualdades sociais por cor e raça no Brasil”, no qual consta que há mais de 11,4 milhões de famílias formadas por mães solteiras, sendo sua grande maioria composta por mulheres negras (7,4 milhões). As famílias de mulheres negras e mães solas têm piores indicadores de saneamento básico e de inadequações nas suas casas do que as das mulheres brancas. Mais de 40% delas não têm acesso à rede de esgoto, contra 26,7% das brancas. Já sobre o abastecimento de água, 13,9% das mulheres negras não possuem abastecimento de água, contra 9,4% das mulheres brancas.

Foram avaliados a maneira como os membros das famílias passaram a enxergar a sua própria identidade, sendo que 98% dos pesquisados afirmaram melhora da autoestima. No quesito higiene dos espaços, 98% disseram que as mudanças simplificaram a limpeza da casa. Dentre as famílias que receberam melhorias nos banheiros, 96% declararam realizar as atividades de higiene pessoal com mais facilidade.

A segurança, a privacidade e a acessibilidade, surgem como fatores importantes; 94% das famílias sentiram-se mais seguras e 96% dos pesquisados disseram ter maior privacidade dentro da própria casa devido a instalação de portas nos banheiros, por exemplo. Das 38 famílias com membros portadores de deficiência ou mobilidade reduzida, 95% delas relataram melhora na circulação dentro de suas casas.

Seguindo nessa linha, a pesquisa do Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2011), a distribuição de domicílios urbanos em favelas, segundo sexo e cor/raça do chefe da família, 33,9% possuem chefia branca, e por volta de 66% apresentam chefia negra.

Considerando o número de membros por família, 37% das famílias são compostas por cinco ou mais membros, e 31% vivem em moradias com até 3 cômodos. Cruzando as informações, verificamos que 22 famílias são compostas por quatro ou mais membros e vivem em imóveis com apenas um dormitório, ou seja, em condições de super adensamento. A maioria dessas famílias está localizada na região sudeste do Brasil.

O adensamento excessivo de cômodos, isto é, mais de 3 pessoas ocupando cômodo utilizado como dormitório (IBGE, 2013; WHO, 2018) gera efeitos adversos para a saúde física e mental dos moradores. Revisões sistemáticas realizadas a pedido da OMS indicam uma associação positiva entre adensamento excessivo e doenças infecciosas, não infecciosas e efeitos mentais e psicológicos. A saber tuberculose, doenças diarreicas, gastrointestinais ou parasitárias, tensões sociais, exposição ao fumo passivo, outras doenças respiratórias, febre reumática, doenças cardíacas, meningite meningocócica, infecções oftalmológicas e na garganta, dengue, H. Pylori, Staphylococcus Aureus, toxoplasmose, mononucleose infecciosa, infecções neonatais, angústia psicológica, abuso de álcool, depressão e distúrbios do sono (SHANNON *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, epidemias geraram o nascimento de movimentos públicos de saneamento e saúde, como a epidemia de cólera do século XIX, e o movimento de Reforma Sanitária, novamente um evento pandêmico, em pleno século XXI, escancarou marcos históricos da urbanização brasileira, e trouxe à

tona o caráter estrutural e conjuntural das desigualdades urbanas; a perpetuação do abismo de desigualdades econômicas, sociais e territoriais, as condições precárias das moradias, a carência de saneamento básico, o latente descaso social. Essa “crise humanitária urbana”, colocou em foco dezenas de milhões de brasileiros “invisíveis”, moradores de assentamentos informais nas cidades e compondo grupos mais vulnerabilizados, e oferece uma oportunidade única de mostrar que é possível proporcionar moradia e segurança fundiária a todos e todas.

Essa crise evidencia a importância de habitações sustentáveis para fortalecer a preparação das áreas urbanas à resposta a eventos extremos. As cidades e os governos locais de todo o mundo podem avançar no sentido de reduzir as desigualdades e os níveis de pobreza e proporcionar o acesso à moradia adequada como catalisador para alcançar outros direitos fundamentais (UN-HABITAT - Moradia e COVID-19, jun. 2020a). As políticas habitacionais e estruturas para assentamentos informais devem usar abordagens integradas e abrangentes, valendo-se de diversos conjuntos de especialidades, linhas de investimento e campos de trabalho, em conjunto com a participação empoderada dos moradores na tomada de decisões relacionadas à habitação nos níveis nacional e níveis comunitários, para garantir que a habitação responda às diversas necessidades e aspirações dos residentes locais. (Relatório Habitat para a Humanidade Internacional junto ao Instituto Internacional para o Meio Ambiente e Desenvolvimento- IIED, 2023).

Encarando o urbanismo como originado de um conflito político, como um campo de forças de lutas e práticas sociais permanentes na construção da cidade contemporânea, e a saúde como resultante desse processo de produção social, sugere-se a análise dos determinantes sociais, do ambiente físico e construído, e dos processos saúde-doença para a construção de ações e culturas de promoção.

A incorporação de uma visão mais ampla do conjunto de fatores ambientais, decorrentes da atividade humana ou da natureza, levando-se em consideração o espaço geográfico onde estas interações entre o homem e o meio

ambiente ocorrem, e onde necessita-se aferir as consequências das doenças tendo como objeto o ambiente físico, social e em saúde como modelador da saúde das pessoas, envolve equipamentos e relações sociais de um território dinâmico.

Na abordagem sugerida, a habitação é tida como um importante ponto de entrada para programas intersetoriais de saúde pública e prevenção primária. Ao transversalizar esses temas, identificou eixos operacionais entre as políticas sociais do Sistema Único de Saúde (SUS), e as ferramentas do Planejamento Urbano, com foco na promoção à saúde como referência estratégica para ações no conjunto de políticas públicas, expandindo a oferta de serviços públicos de atenção primária à saúde para além do campo da assistência.

Na premissa de uma visão tripartite entre ATHIS, Saneamento e Saúde, a pesquisa identificou relações significativas entre as políticas de promoção da saúde, de saúde urbana e a Lei 11.880/08, como dispositivos do planejamento urbano que propiciam melhoria da qualidade de vida, afetando a saúde e o bem-estar da sociedade e de nossas cidades. Com o objetivo articular direito à moradia e à saúde, o trabalho partiu da ênfase habitacional com a promoção de saúde, considerando a saúde como agente e consequência, e pretendeu contribuir com enlaces institucionais para a inserção da Assistência Técnica de HIS na Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS.

A desorganização urbana, a ocupação de áreas de risco, as precariedades técnico-construtivas e a falta de poder aquisitivo para o acesso das famílias aos serviços de arquitetura e engenharia são como problemas de “saúde da cidade”. O problema da falta de moradia e da sub-habitação deve ser entendido com um problema de “saúde urbana”. O investimento em reestruturação urbana, na qualificação das condições locais e da moradia, na regularização fundiária de forma pública e gratuita, pode configurar um “SUS da habitação”, que aos moldes da Assistência à Saúde pelo SUS, pode corrigir as deformações da produção do espaço urbano, garantir condições dignas de uma moradia, universalizar o acesso à arquitetura para todas as cidadãs e todos os cidadãos, e beneficia a cidade e a sociedade como um todo.

No Brasil ainda não há arquitetura, urbanismo e engenharia públicas, bem como não há arquitetos da família, aos moldes dos médicos da família, do programa Saúde da Família. A Assistência Técnica destina-se à relação direta entre a população e os profissionais técnicos, e a ampliação, a democratização e o acesso destes profissionais, pode contribuir para a cadeia construtiva dos novos assentamentos populacionais. O Estado, além de garantir o direito constitucional à moradia, deve promover a qualidade do ambiente como suporte de uma vida saudável e segura a toda população, através de profissionais da saúde urbana.

A propositiva da pesquisa, de utilizar o caminho efetivado da Política Pública de Saúde do SUS para alavancar iniciativas públicas de melhorias habitacionais, encontra respaldo internacional, ao afirmar que a atuação intersetorial e multidisciplinar, permitida pelo sistema, com execução transversal, elenca a saúde para além do campo biomédico, e concede tratar as questões urbana, sanitária e habitacional, como cofatores de responsabilidade no desenvolvimento sustentável das cidades e de impacto na saúde dos habitantes (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1997).

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Thêmis Amorim. A financeirização da moradia no Brasil: a cidade como direito ou mercadoria?. *Le Monde Diplomatique Brasil*. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-financeirizacao-da-moradia-no-brasil-a-cidade-como-direito-ou-mercadoria/>.

ATHIS IAB MARINGÁ. ATHIS IAB Maringá: núcleo Maringá do IAB tem pautado discussões e ações em ATHIS no âmbito local. Disponível em: <https://linktr.ee/athis.iabmga>.

BERTOL, Caroline; NUNES, Antonio Couto; MARINHO, Sandra; BIANCHI, Julia; FARIAS, João; MONTEIRO, Beatriz. RELATÓRIO DE PESQUISA: projeto modelagem lógica para estruturação programática da assistência técnica de habitação de interesse social (ATHIS). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12191/1/RP_Projeto_Modelagem_Public_Preliminar.pdf.

BIHR, Alain. França: pela socialização do aparato de Saúde. In: HARVEY, David; ŽIŽEK, Slavoj; BAIDOU, Alain; DAVIS, Mike; BIHR, Alain; ZIBECCHI,

Raúl. Coronavírus e a luta de classes. Brasil: Terra Sem Amos, 2020.
Disponível em:
<https://terrasemamos.files.wordpress.com/2020/03/coronavc3adrus-e-a-luta-de-classes-tsa.pdf>.

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. Estatuto da Cidade. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm.

CAIAFFA, Waleska Teixeira; FERREIRA, Fabiane Ribeiro; FERREIRA, Aline Dayrell; OLIVEIRA, Cláudia di Lorenzo; CAMARGOS, Vitor Passos; PROIETTI, Fernando Augusto. Saúde urbana. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 13, n. 6, 2008. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000600013>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/srRHtBYkS37HxvW64pyGXP/?lang=pt>.

CASA DE OSWALDO CRUZ. Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP). Disponível em: <https://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/fundacao-servicos-de-saude-publica>.

CASA FLUMINENSE. Mapa da desigualdade: região metropolitana do rio de janeiro. Rio de Janeiro: Casa Fluminense, 2023. Disponível em:
<https://casافلuminense.org.br/mapa-da-desigualdade/>.

CAU/BR; DATAFOLHA. Mercado consumidor de serviços de Arquitetura e Urbanismo cresceu mais de 40% desde 2015. 2022. Disponível em:
<https://www.caubr.gov.br/pesquisa2022/>.

COHEN, S. C. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1.

COHEN, Simone Cynamon et al. Indicadores de vulnerabilidade física da habitação em assentamentos urbanos irregulares. In: XII Encontro Nacional De Tecnologia Do Ambiente Construído (ENTAC). Canela, RS, 2010.

DUROVNI, Patrícia Barbosa Peixoto. Tuberculose na Rocinha: análise de indicadores epidemiológicos e operacionais após a cobertura de 100 por cento da Estratégia de Saúde da Família. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/35091/ve_patricia_barbosa_ensp_2013?sequence=2.

E-SUS. Cadastro domiciliar e territorial. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_cadastro_do_miciliar_territorial_v3_2.pdf.

FERREIRA, Jeanne C. Versari (org.). Instrumento de diagnóstico habitacional municipal.

FREDIANI, Alexandre Apsan; COCIÑA, Camila; ROCHE, José Manuel. Improving housing in informal settlements: assessing the impacts in human development. Washington (Eua): Habitat For Humanity International, 2023. Relatório elaborado para a Habitat for Humanity International IIED em parceria com a International Institute for Environment and Development (IIED). Disponível em: https://habitatbrasil.org.br/wp-content/uploads/2023/05/Home_Equals_launch_report_Size_8.5x11-Report.pdf.

- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO [FJP]. Déficit habitacional: inadequação de domicílios no Brasil 2016-2019. Belo Horizonte: FJP, 2020. Disponível em: https://fjp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/14.05_Relatorio-Inadequacao-de-Domicilios-no-Brasil-2016-2019-versao-2.0_compressed.pdf.
- HABITAT PARA A HUMANIDADE BRASIL. Relatório da Pesquisa de Percepção de Mudanças com as famílias atendidas pelo Programa Wash em 2021. s.l: Habitat Para A Humanidade Brasil, 2021. Disponível em: [/https://habitatbrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/04/FINAL_2.pdf](https://habitatbrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/04/FINAL_2.pdf).
- HARVEY, D. O direito à cidade. *Lutas Sociais*, [S. l.], n. 29, p. 73–89, 2012. DOI: 10.23925/ls.v0i29.18497. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/18497>.
- IBGE. Panorama do Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/index.html>.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2015. IBGE: Rio de Janeiro, 2015. 2 ed. 25 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc3631.pdf
- MENDES, Eugênio Vilaça. Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec e Abrasco, 1993.
- OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. A financeirização urbana nas cidades brasileiras: aspectos de análise, 2017. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetrosoles.net.br/financeirizacao-urbana-nas-cidades-brasileiras-aspectos-de-analise/>.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Carta de Ottawa. Ottawa: Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.
- PORTO, Marcelo Firpo de Souza; ZANCAN, Lenira; PIVETTA, Fatima. Cidades Saudáveis e Promoção da Saúde Emancipatória: reinvenção cotidiana do (re)conhecimento nos territórios vulneráveis. In: SILVEIRA, Carmen Beatriz; FERNANDES, Tania Maria; PELLEGRINI, Bárbara (org.). *Cidades saudáveis? Alguns olhares sobre o tema*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 269-299. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/10.7476/9788575415290.14>.
- PROIETTI, Fernando Augusto; CAIAFFA, Waleska Teixeira. Fórum: o que é saúde urbana?. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 940-941, jun. 2005. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2005000300029>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8LRHdFHjqXmGqMnrFgLFcS/?lang=pt>.
- RIBEIRO, L. C. de Q.; LAGO, L. C. O espaço social das grandes metrópoles brasileiras. Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte. *Cadernos Metrôpole*, n. 4, p. 9-32, 2000.
- ROLNIK, Raquel. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context. Genebra: Assembleia Geral das Nações Unidas, 2009. 20 p. Disponível em: http://www.direitoamoradia.fau.usp.br/wp-content/uploads/2012/01/N0944664_climate_changes.pdf.

SALLES, Stéfano. Cerca de 8% da população brasileira mora em favelas, Instituto Locomotiva. 2021. CNN Brasil. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/cerca-de-8-da-populacao-brasileira-mora-em-favelas-diz-instituto-locomotiva/>.

UN-HABITAT (org.). Mensagens-chave do ONU-Habitat: Moradia e COVID-19. 2020. Disponível em: https://unhabitat.org/sites/default/files/2020/06/portuguese_covid19_and_housing_.pdf.

WAKSMAN, Dejtiar Renata. CARRERA, Melli Renato. SANTOS, Erica. ABRAMOVICI, Sulim. SCHVARTSMAN, Cláudio. Morbidade por trauma em crianças moradoras da comunidade de Paraisópolis, São Paulo, Brasil. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014AO2434>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Housing and health guidelines. Genebra: World Health Organization, 2018. ISBN 9789241550376. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/276001/9789241550376-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

XAVIER, Getulio. Os 10% mais ricos do Brasil detêm quase 60% da renda nacional, 2021. Revista Carta Capital. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/os-10-mais-ricos-do-brasil-detem-quase-60-da-renda-nacional-mostra-estudo/>. .

Claudia Poletto

Mestra pela UFSC (2020/2023), na temática do direito a habitação popular. Graduada em Arquitetura e Urbanismo pela Fundação Universidade de Blumenau (2001), e especialista pela Universidade do Vale do Itajaí (2005). Foi conselheira do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de SC (2018/2020 e 2021/2023), do Conselho Superior do IAB/SC (2023/2025), e vice-presidente do Sindicato dos Arquitetos SASC (2023/2026). E-mail: claudiapoletto1376@gmail.com

Paolo Colosso

Professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), nos Programas de Pós-Graduação em Filosofia e Arquitetura e Urbanismo. Graduado em Filosofia pela Unicamp (2012), com mestrado e doutorado na pela Universidade de São Paulo (2015), e École des Hautes Études en Sciences Sociales (2015-2019). Autor de Rem Koolhaas nas metrópoles delirantes: entre a Bigness e o big business (2017). E-mail: paolocosso@gmail.com

Recebido em 17 de novembro de 2023.

Aceito em 21 de dezembro de 2023.