



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS FLORIANÓPOLIS
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

Claudia Elisa Poletto

**Estratégias de Inserção da Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social –
ATHIS – na Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS: Por um SUS Urbano**

Florianópolis
2023

Claudia Elisa Poletto

**Estratégias de Inserção da Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social –
ATHIS – na Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS: Por um SUS Urbano**

Memorial de qualificação de mestrado submetido ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Área de Concentração: Urbanismo, História e Arquitetura da Cidade da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Linha de pesquisa: Urbanismo, Cultura e História da Cidade

Orientador: Prof. Paolo Colosso, Dr.

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra

Poletto, Claudia Elisa

Estratégias de Inserção da Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social - ATHIS - na Política Nacional de Promoção de Saúde - PNPS: Por um SUS Urbano / Claudia Elisa Poletto; orientador, Paolo Colosso, 2023.
221 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Arquitetura e Urbanismo. 2. ATHIS. 3. Promoção de Saúde. 4. Precariedades Habitacionais. 5. Habitação e Saúde. I. Colosso, Paolo. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. III. Título.

Claudia Elisa Poletto

**Estratégias de Inserção da Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social –
ATHIS – na Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS: Por um SUS Urbano**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Maria Inês Sugai, Dr.(a)

Instituição UFSC

Prof.(a) Nirce Saffer Medvedovski, Dr.(a)

Instituição UFPel

Prof. Samuel Steiner dos Santos, Dr.

Instituição UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em
Arquitetura e Urbanismo da UFSC.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Máira Longhinotti Felipe, Dr.(a).

Prof. Paolo Colosso, Dr.

Orientador

Florianópolis, 2023.

Este trabalho é dedicado às minhas companheiras: Vânia Burigo, que reascendeu meus propósitos ao ouvi-la falar sobre ATHIS em 2015, pela primeira vez; a querida mestra Maria Inês Sugai, que norteou meu campo político, quando cursei sua disciplina em 2018, ano de eleições e quando assumimos nossa gestão no CAU/SC-2018/2020, pela chapa feminista mais arquitetas; e para a doce amiga Daniela Pareja Sarmento Garcia, que tive o prazer de reencontrar depois da graduação e tem me inspirado tanto. Serei eternamente grata por nossas parcerias, este trabalho contém também um pouco de vossos ideais, como arquitetas e urbanistas sociais e admiráveis mulheres de luta.

AGRADECIMENTOS

Iniciei meus estudos sobre ATHIS no Grupo de Trabalho do IAB/SC núcleo Florianópolis em 2015. A partir de então, meu aprendizado em assistência para habitação de interesse social se deu através de formações/capacitações em ATHIS como aprendiz e também palestrante. Ao entender que, para levar a conhecimento da sociedade esse direito adquirido, e viabilizá-lo, precisaríamos de visibilidade, passamos então a ocupar espaços estratégicos. Assim sendo, concorremos às eleições do conselho de arquitetura e urbanismo de Santa Catarina por duas oportunidades. Na primeira gestão do CAU/SC 2018-2020, presidimos o conselho e fui indicada, nos três anos que se sucederam, à CATHIS, que é a Comissão de ATHIS. Tive o privilégio de conhecer os signatários do Programa Pioneiro do ATME – Assistência técnica para Moradia Econômica, editado pela primeira vez pelo Sindicato dos Arquitetos do Rio Grande do Sul, SAERGS, em 1976, ano de meu nascimento. São eles os arquitetos Clóvis Ilgenfritz da Silva (*in memoriam*), Newton Burmeister e também o saudoso arquiteto Demetre Anastassakis, que nos deixou em 2019, enquanto construíamos, com minha *x-rer-á*, ou xará, Claudia Pires, o *Guia da Assistência Técnica para Habitação Social: o passo a passo como fazer?* (Santa Catarina, 2020) para a CATHIS. Quando os conheci, tive a sensação de engolir estrelas; as mesmas que arranhariam minha garganta um ano depois.

A experiência na comissão me proporcionou muitos encontros com mestres como Ermínia Maricato, Nabil Bonduki, figuras políticas e um tanto de pessoas invisíveis ao mundo e carregados de vivência, nas ocupações urbanas, nos assentamentos informais, dos movimentos de luta pela moradia. Um agradecimento especial ao arquiteto Antonio Couto Nunes, que assessorou a CATHIS e edificou muitos projetos comigo, alavancando a pesquisadora.

Necessito agradecer também às mulheres que compuseram nossa chapa feminista, tanto na primeira vez que nos elegemos, como na atual gestão 2021/2023. A construção desse processo foi desafiadora, por estarmos na Pandemia, construindo nossas propostas em tantas mãos, estando em lugares diferentes. Foi magnífico. Os golpes que se sucederam não puderam ofuscar isso.

Aos mestres da UFSC, Lino Peres, Elson Pereira, Samuel Steiner, à doce Maíra Longhinotti Felipe, e ao meu orientador Paolo Colosso, pelo auxílio nessa construção própria, pela confiança, pelas oportunidades, pelas parcerias.

Não poderia deixar de citar minha família, meu pai Angelo, que também, em 2019, partiu quando fomos realizar a oficina de formação em Chapecó e lá estávamos eu e Claudia Pires.

Gratidão às mulheres da minha vida, as minhas irmãs Cândice e seu apoio incondicional, Carine e Camila. E também à Isadora, Alice, Valentina e ao Lorenzo, meus presentes, e à minha mãe, professora Natalina, que cuida de mim e de meu Benzinho, o Benício, quando por tantas vezes precisei me ausentar nesse processo.

Esta pesquisa é um esforço de avanço nesse legado coletivo e compartilhado.

Obrigada!

“Quando se confundem cidadão e consumidor, a educação, a moradia, a saúde, o lazer aparecem como conquistas pessoais e não como direitos sociais. Até mesmo a política passa a ser uma função do consumo. Essa segunda natureza vai tomando lugar sempre maior em cada indivíduo, o lugar do cidadão vai ficando menor, e até mesmo a vontade de se tornar cidadão por inteiro se reduz”. (SANTOS, Milton. O espaço do cidadão, 1987).

RESUMO

Partindo de uma visão tripartite entre ATHIS, Saneamento e Saúde, este trabalho pretende contribuir com enlaces institucionais para a inserção da Assistência Técnica de HIS na política nacional de promoção de saúde – PNPS. A pesquisa busca fornecer subsídios para a construção de uma Política Pública Municipal de Melhorias Habitacionais, através de ações de promoção de saúde pela moradia, de modo a compreender a relação entre precariedades habitacionais e de infraestrutura e seus impactos na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos, ampliando o escopo da Política de Saúde Pública com olhar no território. Para tanto, este trabalho interdisciplinar visa romper com questões de políticas setorializadas e parte da necessidade de unificação entre arquitetura e saúde. Na intenção de compreender esse caminho, gerou-se algumas conexões: 1) o caráter estrutural e conjuntural das desigualdades urbanas; 2) as interfaces entre a lei da assistência técnica para habitação de interesse social e a política de promoção nacional de saúde; 3) a relação entre saúde e moradia; e 4) experiências que se utilizam da oferta de serviços públicos e instrumentalizam a inclusão da questão habitacional na estrutura do Sistema Único de Saúde. Argumenta-se que a habitação é um importante ponto de entrada para programas intersetoriais de saúde pública e prevenção primária. Transversalizar esses temas e delinear eixos operacionais entre as políticas sociais do Sistema Único de Saúde (SUS), da Vigilância Ambiental em Saúde, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e as ferramentas do Planejamento Urbano visa a 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. Por fim, 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 a análise dos determinantes sociais, do ambiente físico e construído e dos processos saúde-doença na construção de ações e culturas de promoção e acesso. Também na possibilidade de uma estrutura ampliada do SUS - um SUS Urbano, que possa proporcionar os meios necessários e suficientes: humanos, materiais e financeiros, na busca de contrarrestar alguns efeitos na dinâmica social pela melhoria do território e da moradia.

Palavras-chave: Habitação e Saúde, Políticas Públicas, ATHIS, Precariedades Habitacionais, Saúde Pública, Saúde Urbana, Promoção de Saúde, SUS, SUS Urbano, Cidades Saudáveis.

ABSTRACT

This work seeks to provide subsidies for a Municipal Public Policy for Housing Improvements, through a Public and Urban Health Policy, with actions to promote health through housing by Technical Assistance for Housing of Social Interest - ATHIS, in order to understand the relationship between housing and infrastructure precariousness, and their impacts on the health and quality of life of individuals. Starting from a tripartite vision between ATHIS, Sanitation and Health, it is intended to contribute with institutional links for the insertion of HIS Technical Assistance in the national health promotion policy – PNPS. Therefore, this interdisciplinary work aims to break with sectoral policy issues, and starts from the need to unify architecture and health. In order to understand this path, some connections were structured: 1) the structural and conjunctural nature of urban inequalities; 2) interfaces between the technical assistance law for social housing and the national health promotion policy, 3) the relationship between health and housing; and 4) experiences that make use of public service offerings and instrumentalize the inclusion of the housing issue in the structure of the Unified Health System. It is argued that housing is an important entry point for intersectoral public health and primary prevention programs, and by transversalizing these themes, and outlining operational axes between the social policies of the Unified Health System (SUS), Environmental Health Surveillance and the Unified Social Assistance System (SUAS), and the tools of Urban Planning, aims to promote health as a strategic reference for actions in the set of public policies, expanding the supply of public services of primary health care beyond the field of assistance. Finally, viewing urbanism as originating from a political conflict, as a force field of struggles and permanent social practices in the construction of the contemporary city, and health as a result of this process of social production, suggests the analysis of social determinants, the environment physical and constructed, and the health-disease processes, in the construction of actions and cultures of promotion, through a broader structure of the SUS - an Urban SUS, which provides the necessary and sufficient means: human, material and financial, to change the societal dynamics that generate unhealthy places.

Keywords: Housing and Health, Public Policies, ATHIS, Housing Precariousness, Public Health, Urban Health, Health Promotion, SUS, Urban SUS, Healthy Cities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Total investido em ATHIS em 8 estados brasileiros entre 2017 e 2019. ...	29
Figura 2 - Domicílios com alguma inadequação, percentual em relação aos domicílios particulares permanentes duráveis urbanos segundo unidade da Federação em 2019	40
Figura 3 - Distribuição dos critérios de inadequação dos domicílios urbanos duráveis relativamente ao total de domicílios particulares permanentes duráveis urbanos, segundo regiões geográficas do Brasil em 2019.....	40
Figura 4 – Domicílios inadequados, por faixa de renda média domiciliar mensal em salários mínimos (SM), segundo regiões geográficas e regiões metropolitanas (RM) no Brasil em 2019	41
Figura 5 – Indicadores da inadequação de infraestrutura urbana, percentual em relação aos domicílios particulares permanentes duráveis urbanos segundo unidade da Federação em 2019	42
Figura 6 – Inadequação quanto ao abastecimento de água, por faixas de renda média domiciliar mensal, em salários mínimos (SM), segundo regiões geográficas e regiões metropolitanas (RMS) no Brasil em 2019.....	43
Figura 7 – Inadequação quanto ao esgotamento sanitário, por faixas de renda média domiciliar mensal, em salários mínimos (SM), segundo regiões geográficas e regiões metropolitanas (RMS) no Brasil em 2019.....	43
Figura 8 – Inadequação quanto à coleta de lixo, por faixas de renda média domiciliar mensal, em salários mínimos (SM), segundo regiões geográficas e regiões metropolitanas (RMS) no Brasil em 2019.....	44
Figura 9 Inadequação quanto à provisão de energia elétrica, por faixas de renda média domiciliar mensal, em salários mínimos (SM), segundo regiões geográficas e regiões metropolitanas (RMS) no Brasil em 2019.....	44
Figura 10 – Como o Brasileiro Constrói e a relação com patologias construtivas	46
Figura 11 – Gráfico sobre o PIB per capita do Brasil e os respectivos presidentes por período.....	48
Figura 12 – Organograma da Política Nacional de Habitação	57
Figura 13 – Quadro com aproximações entre o Estatuto da Cidade, a PNPS de 2014 e a Lei de ATHIS. Adaptado de LABINUR, 2016	68
Figura 14 - O quadro especifica dispositivos da reformulação da PNPS de 2014 e a correlação dos princípios e as abordagens que permeiam a questão do planejamento urbano	68

Figura 15 - Níveis ou escalas de complexidade para avaliar a qualidade da habitação	86
Figura 16 – Modelo conceitual de saúde urbana	88
Figura 17 – Quadro com relação entre os ODS, melhorias habitacionais e indicadores associados	91
Figura 18 – Principais patologias construtivas relacionadas com doenças respiratórias	99
Figura 19 - Elementos de análise de vulnerabilidade social e ambiental	100
Figura 20 – Acesso equitativo à moradia adequada em assentamentos informais, compreendendo os retornos sociais	112
Figura 21 – Tabela com interseções entre dimensões do IDH e elementos de moradia adequada	113
Figura 22 – Composição da tipologia, nível de desenvolvimento humano e população urbana residente em assentamentos informais. Nota: O tamanho da bolha corresponde ao número total de populações urbanas que vivem em assentamentos informais.....	115
Figura 23 – Tabela com descrição da tipologia segundo nível de desenvolvimento humano, urbanização e concentração de pessoas vivendo em assentamentos informais. Nota: Dados correspondentes a 2019, os mais recentes do UN-HABITAT sobre assentamentos informais.....	115
Figura 24 – Tabela com suposições construídas a partir da literatura para modelar o efeito do acesso à moradia adequada em assentamentos informais	117
Figura 25 – Modelagem - Percentual potencial de ganho de crescimento econômico como resultado do acesso à moradia adequada em assentamentos informais em quatro tipos de países, para cenários cautelosos, moderados e otimistas.....	118
Figura 26 – Tabela com total de mortes evitáveis evitadas como resultado da garantia de moradia adequada em assentamentos informais.....	119
Figura 27 – Modelagem - Mortes evitáveis globais evitadas como resultado do acesso à moradia adequada em assentamentos informais em quatro tipos de países, para cenários cautelosos, moderados e otimistas.....	119
Figura 28 – Total de crianças e jovens fora da escola que podem ser evitados como resultado da garantia de moradia adequada em assentamentos informais.....	120
Figura 29 – Modelagem - Número de crianças e jovens fora da escola evitados como resultado do acesso à moradia adequada em assentamentos informais em quatro tipos de países, para cenários cautelosos, moderados e otimistas.	121

Figura 30 – Variação das dimensões do IDH de acordo com os cenários (apenas impacto direto).....	121
Figura 31 - Variação do IDH de acordo com os cenários (somente impacto direto).	122
Figura 32 - Posições que saltaram no ranking de países do IDH como resultado do acesso à moradia adequada em assentamentos informais em quatro tipos de países, para cenários cautelosos, moderados e otimistas.....	123
Figura 33 - Comunidades Pesquisadas, em 2022, pela Aplicação do Questionário de Percepção de Mudanças com as famílias atendidas pelo Programa Wash em 2021.....	127
Figura 34 - Faixa Etária das famílias atendidas pelo Programa Wash em 2021.....	128
Figura 35 - Renda Familiar das famílias atendidas pelo Programa Wash em 2021.	129
Figura 36 - Escolaridade dos Responsáveis pelas famílias	130
Figura 37 - Membros por Família e Cômodos no Imóvel.....	131
Figura 38 - Melhorias Habitacionais por categoria	132
Figura 39 - Famílias atendidas e membros acometidos por problemas respiratórios	133
Figura 40 – Distribuição da população estudada segundo variáveis investigadas. São Paulo, SP, 2008-2009. (n.=1185) ^a	134
Figura 41 - Índice de deficiência e mobilidade reduzida	136
Figura 42 - Esquema dos componentes do Modelo Lógico.	141
Figura 43 - Esquema de estruturação das ações, produtos e resultados	142
Figura 44 - Exemplo do quadro ‘Árvore do Problema’, elaborado a partir de cada CAU/UF entrevistado.	144
Figura 45 - Exemplo do quadro de objetivos, público-alvo e fatores de contexto elaborado para cada CAU/UF entrevistado.	145
Figura 46 - Exemplo do quadro ‘Ações, Produtos e Resultados Intermediários’	146
Figura 47 - Causas críticas associadas aos três eixos.	148
Figura 48 - Consequências da manutenção do problema	150
Figura 49 - Dez temas estratégicos para atuação em ATHIS.....	155
Figura 50 - Distribuição territorial do Complexo de Manguinhos.....	160
Figura 51 - Indicadores de vulnerabilidade em habitações em assentamentos humanos informais.....	164
Figura 52 - Indicadores de Vulnerabilidade Física das Habitações da Comunidade de Curicica I – 2009/2010.	165

Figura 53 - Classificação dos domicílios por faixa de insalubridade na Comunidade de Curicica I – 2009/2010.	165
Figura 54 - Parcial do Formulário eletrônico do sistema e-SUS que compõem os dados da “Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial” ou “Ficha A”.	169
Figura 55 - Inicial do aplicativo de entrada de dados, o CSEntry, do município de	170
Figura 56 - Parcial do aplicativo de entrada de dados, o CSEntry, do município de Maringá-PR. Cadastro do domicílio.	171
Figura 57 - Parcial do aplicativo de entrada de dados, o CSEntry, do município de Maringá-PR. Cadastro do domicílio, aba Família.	171
Figura 58 - Parcial do aplicativo de entrada de dados, o CSEntry, do município de Maringá-PR. Cadastro do domicílio, aba Moradia.	172
Figura 59 - Parcial do aplicativo de entrada de dados, o CSEntry, do município de Maringá-PR. Cadastro do domicílio, aba Dados Gerais.	172
Figura 60 - Participação da pesquisadora na construção do instrumento de diagnóstico habitacional.	175
Figura 61 - Oficina de capacitação das profissionais ACS multiplicadoras.	176
Figura 62 - Unidades de saúde selecionadas para a Oficina de capacitação das profissionais ACS multiplicadoras.	176
Figura 63 - Simulação das ACS, aplicando o formulário, para a Oficina de capacitação das profissionais ACS multiplicadoras.	177
Figura 64 - Registro da pesquisadora com as ACS de Maringá-PR e as arquitetas e urbanistas do IAB/PR Núcleo Maringá.	177
Figura 65 - Fluxograma do Termo de Cooperação do projeto	182
Figura 66 - Estimativa de despesas as serem realizadas na execução do projeto	186
Figura 67 - Estrutura do Projeto Construindo Dignidade.	187
Figura 68 - Cronograma de Execução do Projeto	188

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABAP - Associação Brasileira de Arquitetos Paisagistas
- ABEA - Associação Brasileira de Ensino de Arquitetura e Urbanismo
- Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ACS - Agentes Comunitários de Saúde
- AHI - Assentamento Humano Informal
- AIS - Ações Integradas de Saúde
- APA - Atenção Primária Ambiental
- APS – Atenção Primária à Saúde
- AsBEA - Associação Brasileira de Escritórios de Arquitetura
- ATHIS - Assistência Técnica de Habitação de Interesse Social
- ATME - Assistência Técnica à Moradia Econômica
- AU - Arquitetura e Urbanismo
- BNH - Banco Nacional de Habitação
- CATHIS - Comissão de Assistência Técnica de Habitação de Interesse Social
- CAU - Conselho de Arquitetura e Urbanismo
- CAU/BR - Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil
- CAU/RS - Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Rio Grande do Sul
- CAU/SC - Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Santa Catarina
- CEAU - Colegiado das Entidades Nacionais de Arquitetos e Urbanistas
- CEF - Caixa Econômica Federal
- CGFNHIS - Conselho Gestor do Fundo Nacional para Habitação de Interesse Social
- CODHAB - Companhia de Desenvolvimento Habitacional de Brasília
- CPUA - Comissão Especial de Políticas Urbanas e Ambientais
- CREA - Conselho Regional de Engenharia e Agronomia

CTEC - Comissão Temporária de Assistência Técnica

CUFA - Central Única das Favelas

DEE - Departamento de Economia e Estatística do Governo do Rio Grande do Sul

Direi - Diretoria de Estatística e Informações

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FENEA - Federação Nacional de Estudantes de Arquitetura

FESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FGV- Fundação Getúlio Vargas

FJP - Fundação João Pinheiro

FNA - Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas

FNHIS - Fundo Nacional para Habitação de Interesse Social

FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

HHGL - Housing and health guidelines - Diretrizes de Habitação e Saúde

HIS - Habitação de Interesse Social

IAB - Instituto de Arquitetos do Brasil

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corporal

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDS - Índice de Desenvolvimento Social

MDR - Ministério do Desenvolvimento Regional

MSD - Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares

MS - Ministério da Cidade

MPE - Ministério Público Estadual

NOB SUS - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde

PAC - Programa de Aceleração de Crescimento

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCHIS - Plano Catarinense de Habitação de Interesse Social

PDPs - Planos Diretores Participativos

PEI - ATTHIS Plano Estratégico de Implementação de Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB - Produto Interno Bruto

PlanHab - Plano Nacional de Habitação

PMCMV - Programa Minha Casa, Minha Vida

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNADC - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PNPS - Política Nacional de Promoção de Saúde

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF - Programa de Saúde da Família

RAHS - Rede Amazônica de Habitação Saudável

RBHS - Rede Brasileira De Habitação Saudável

RNB – Renda Nacional Bruta

RMS - Regiões Metropolitanas

SAERGS - Sindicato dos Arquitetos do Rio Grande do Sul

Sars-COV-2 - Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2

SCO - Sociedade Civil Organizada

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SFH - Sistema Financeiro da Habitação

SM - Salário Mínimo

SNHIS - Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social

SMHIS - Sistema Municipal de Habitação de Interesse Social

SOP - Secretaria de Obras e Habitação do Rio Grande do Sul

SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

Vigisus - Projeto de Estruturação da Vigilância em Saúde do Sistema Único de Saúde

WHO - World Health Organization - Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	22
1.1 OBJETIVOS.....	26
1.1.1 Objetivo Geral.....	26
1.1.2 Objetivos Específicos.....	26
1.2 JUSTIFICATIVA.....	27
1.3. METODOLOGIA.....	33
2. O CARÁTER ESTRUTURAL E CONJUNTURAL DAS DESIGUALDADES URBANAS.....	33
2.1 PRODUÇÃO DO ESPAÇO URBANO E A CONSEQUENTE PRODUÇÃO SOCIAL.....	34
2.1.1 Problemas atuais, problemas estruturais.....	37
3. INTERFACES ENTRE A LEI DA ASSISTÊNCIA TÉCNICA E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	49
3.1 CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	49
3.1.1. Instrumentos da política urbana para a gestão da saúde urbana.....	54
3.1.2. A Lei Federal 11.124/2005 – SNHIS/FNHIS.....	56
3.1.3. A Lei 11.888/2008 – ATHIS.....	59
3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	64
3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	68
3.3.1. Redes de Atenção à Saúde.....	69
3.3.2 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família.....	72
3.3.3 Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção e mudanças de paradigma na saúde.....	74
3.4 A VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE.....	77
4. A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E MORADIA.....	82
4.1 FUNÇÃO DA HABITAÇÃO, HABITABILIDADE E A HABITAÇÃO SAUDÁVEL.....	82

4.2 SAÚDE URBANA, UM CONCEITO AMPLIADO DA SAÚDE PÚBLICA	87
4.3 AS DIRETRIZES DE HABITAÇÃO E SAÚDE E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL - ODS - DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS	89
4.3.1 Principais riscos à saúde relacionados à habitação	95
4.3.2 Principais Patologias que afetam a habitação.....	98
4.4 INDICADORES DE VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL	99
4.4.1 Habitat para a Humanidade Internacional – Programa Nossa Casa 2023.	109
4.4.2 Habitat para a Humanidade Brasil - Programa WASH. Relatório da Pesquisa de Percepção de Mudanças.....	125
4.4.3. Relatório de pesquisa Protocolo de Intenções IPEA/CAU-BR: Projeto “Modelagem lógica para estruturação programática da assistência técnica de habitação de interesse social (ATHIS)”.....	138
4.5 EXPERIÊNCIAS QUE SE UTILIZAM DA OFERTA DE SERVIÇOS PÚBLICOS E INSTRUMENTALIZAM A INCLUSÃO DA QUESTÃO HABITACIONAL NA ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	158
4.5.1 O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) Favelas em Manguinhos.	158
4.5.2 IAB/Núcleo Maringá e a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde	168
4.5.3 O CAU/RS e o Programa Nenhuma Casas sem Banheiro	180
4.5.4 O CAU/SC e o Projeto Construindo Dignidade.....	183
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	188
6. REFERÊNCIAS	201
ANEXOS.....	214
ANEXO A – Roteiro das entrevistas realizadas com os cau/uf	214
ANEXO B – Ficha Domiciliar e Territorial.....	217

ANEXO C – Questionário do instrumento de diagnóstico habitacional municipal Maringá-PR.	218
---	-----

1. INTRODUÇÃO

Com o advento da Pandemia do Coronavírus, 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 (Xavier, 2021).

No Brasil, a situação de desigualdade social e de renda aumentou ainda mais. Segundo o levantamento do World Inequality Lab (Laboratório das Desigualdades Mundiais), os 10% mais ricos no Brasil, que em 2019 concentravam 58,6% de toda a renda nacional, agora detém 59% na participação dos ganhos nacionais, sendo que a metade da população mais pobre representa uma fatia de apenas 10% da renda (Xavier, 2021). A pesquisa do Instituto Locomotiva, em parceria com o Data Favela e a Central Única das Favelas (Cufa), aponta que 8% da população nacional, 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 (Salles, 2021).

A Pandemia do Coronavírus colocou em foco dezenas de milhões de brasileiros “invisíveis” para a política social, que não faziam parte do Cadastro Único dos programas de transferência de renda do governo e nem do mercado de trabalho formal. O estudo *Mapa da Nova Pobreza* (Neri, 2022), desenvolvido pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) Social, a partir de dados disponibilizados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), e divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constatou que o número de cidadãos que vivem abaixo da linha da pobreza triplicou, atingindo cerca de 27 milhões de pessoas, ou 12,8% da população brasileira, que tenta sobreviver com o valor de R\$ 246,00 (US\$ 43,95) por mês. O estudo (Neri, 2022) mostra também que 62,9 milhões de brasileiros em 2021 possuíam renda domiciliar per capita de até R\$ 497 mensais, o que representa 29,6% da população total do país. Em dois anos (2019 a 2021), 9,6 milhões de pessoas tiveram sua renda comprometida e ingressaram no grupo de brasileiros que vivem em situação de pobreza. 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.

A ONU-Habitat, Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos e a agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU), identificam a COVID-19

como uma “crise humanitária urbana” (UN-Habitat, 2020) com maior impacto para as populações moradoras de assentamentos informais nas cidades e grupos vulnerabilizados, tendo em vista que muitos são aqueles incapazes de realizar o isolamento – seja por fatores econômicos, sociais, habitacionais, 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 denotam uma propensão maior para a disseminação de doenças em grupos sociais mais pobres, como a tuberculose e a COVID-19 (Costa, 2022). Estima-se que cerca de 1,8 bilhão de pessoas, ou seja, mais de 20% da população mundial, carece de moradia adequada (UN-Habitat, 2020) e que, no Brasil, de acordo com a Fundação João Pinheiro (Fundação João Pinheiro, 2019), a inadequação de domicílios urbanos está estimada em 24.893.961 milhões, o equivalente a 39,8% dos domicílios particulares permanentes.

O maior diagnóstico sobre arquitetura e urbanismo já feito no país, do Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil (CAU/BR) e Datafolha, apontou que 85% dos brasileiros moram em cidades e que 82% deles constrói sem a supervisão ou auxílio de um profissional arquiteto ou engenheiro (CAU/BR e Datafolha, 2022). As unidades habitacionais – erguidas através do processo de autoconstrução – apresentam patologias relacionadas à baixa qualidade dos materiais e mão de obra, ausência de projetos, falta de acabamentos e 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. Segundo a PNADC 2015 (IBGE, 2015), cerca de 72,5% dos domicílios urbanos do país contavam com os três serviços básicos de saneamento: conexão à rede de esgoto, coleta de lixo e água encanada e que, aproximadamente, 18,7 milhões de domicílios urbanos não contavam com pelos menos um dos três serviços.

A saúde pública, no espaço das favelas, se insere nesse complexo ciclo vicioso: o ambiente é frequentemente caracterizado pela falta de saneamento básico, de condições precárias de moradia e transporte, pela poluição e enchentes. Todos esses riscos ambientais geram múltiplos problemas de saúde, os quais, em conjunto com os demais problemas relacionados à pobreza e às desigualdades de acesso à educação e alimentação, restringem fortemente os mecanismos de assistência à saúde centrados no modelo médico-assistencial. Para tornar o quadro ainda mais complicado, novas territorialidades perversas foram geradas

nas últimas décadas em consequência da ausência do Estado e do crescimento de vários comércios ilícitos – em especial o das drogas, ironicamente alimentado pelos consumidores da cidade formal. 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 (Porto, Zancan e Pivetta, 2014), 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, Zancan e Pivetta, 2014).

A formação das cidades brasileiras ao longo do século XX, com sua fragmentação, desigualdade socioambiental e padrão centro-periferias está diretamente relacionada a um modelo de desenvolvimento econômico excludente e altamente concentrador (Rolnik, 2009; Ribeiro e Lago, 2000). Excludente porque privou as faixas de menor renda de condições básicas de urbanidade e de inserção efetiva na cidade; altamente concentrador na medida em que mais de 1 milhão de habitantes, ou seja, 21,9% da população urbana, está concentrada em 17 municípios, tendo 67,7% da população urbana, com menos de 20 mil habitantes, espalhadas em 3.770 municípios, segundo os dados do Censo do IBGE de 2022 (IBGE, 2022).

Também no nível intraurbano há estratificação e segregação social, em que convivem na mesma cidade, no mesmo bairro, áreas ditas “de mercado”, reguladas por um vasto sistema de normas, leis e contratos, enquanto para as majorias sobram os espaços precários das periferias, das áreas de risco, como as encostas íngremes e as várzeas inundáveis. A cidade fora da cidade, como refere Raquel Rolnik (2009), é destituída dos direitos fundamentais de cidadania e caracterizada – de forma estigmatizante – pela ausência, “pelo que ela não é ou pelo que ela não tem”, como água, esgoto, luz, coleta de lixo, arruamento, lei, ordem e moral (Porto, Zancan e Pivetta, 2014, p. 273). Além das ausências de infraestruturas, equipamentos e serviços que caracterizem a urbanidade e a cidadania, também frequentemente estão ausentes dos mapas e cadastros de prefeituras, são inexistentes nos registros de propriedade dos cartórios, bem como nos registros das concessionárias de serviços públicos (Rolnik, 2009).

O que se observa é que as cidades se tornaram o lócus de concentração das principais demandas sociais, e a urbanização tem sido um fator determinante para a mudança do perfil econômico, epidemiológico e da situação de Saúde. Nelas, a qualidade do meio urbano e as condições de vida, na forma individual e coletiva, biológica e social, vêm se deteriorando, seja pelo resultado direto da poluição e/ou ocupação pela industrialização, pela pressão demográfica sobre o Meio Ambiente ou ainda pelas grandes desigualdades sociais, ampliadas em meio aos dois processos citados (Souza e Andrade, 2014).

Alain Bihr (2020), em *Coronavírus e a Luta de Classes*, descreve que as epidemias podem servir como ponto de articulação entre as determinações naturais e sociais e é preciso compreender os pontos em que as duas determinações se interceptam e tiram conclusões. Segundo o mesmo autor (Bihr, 2020), a saúde é, antes de mais nada, um bem público, o estado saudável ou mórbido do corpo de cada pessoa depende, em primeiro lugar, do estado saudável ou mórbido do corpo social, do qual o primeiro é ou dependente ou um simples apêndice. Depende também da capacidade ou não do referido corpo social se defender, por si ou através das suas instituições políticas, contra fatores patogênicos, em particular, desenvolvendo um sistema de assistência social eficiente e uma política de saúde pública e urbana, que proporcione ao segundo os meios necessários e suficientes: humanos, materiais e financeiros.

A qualidade e o contexto ambiental da habitação são algumas das principais dimensões das desigualdades ambientais. As más condições de moradia são um dos mecanismos pelos quais a desigualdade social e ambiental se traduz em desigualdade na saúde, o que afeta ainda mais a qualidade de vida e o bem-estar. Sabendo-se que cabe ao poder público municipal o protagonismo nas políticas públicas, o planejamento urbano insere-se como um dos domínios de intervenção mais importantes das autoridades locais, tornando-se necessário criar novos processos e estruturas de governança da terra urbana para cumprir as condições básicas de qualidade de vida e propor soluções capazes de tornar as cidades mais justas socialmente, resilientes e sustentáveis, sem que se desconsidere o tipo de laços sociais, relação com a natureza, estilos de vida, tecnologias e valores estéticos.

Com o intuito de priorizar a inclusão social nas estruturas urbanas existentes e a conservação ambiental, a hipótese de uma articulação entre arquitetura e saúde, na perspectiva da promoção de saúde através de melhorias habitacionais e de infraestrutura, instrumentalizada pela ATHIS como Política de Saúde Pública Urbana, pode fornecer subsídios para uma Política Pública Municipal de Melhorias Habitacionais. Ao atuar-se de maneira focal para redução de problemas, sejam construtivos ou sociais, gerados por uma construção inadequada, acaba-se por compreender os determinantes da saúde e dos processos saúde-doença, na articulação de ações e culturas de promoção, que contribuam para a mudança na dinâmica social geradora de lugares insalubres, através de arranjos de políticas intersectorializadas pela rede capilarizada do SUS.

A Lei da ATHIS pode ser uma ferramenta capaz de sanar determinadas demandas onde a precarização é a determinante chave. Seu conteúdo reparador e condutor instaura uma nova

dimensão cultural na provisão de novas políticas de ocupação e gestão do território, pela qualidade do espaço construído e de um planejamento urbano democrático com vistas a habitações e cidades saudáveis. Ela tem sido chamada de “SUS da habitação” e sua vinculação à saúde pode efetivá-la de forma pública e gratuita, sistêmica e continuada.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

O presente trabalho reflete sobre interfaces entre a ATHIS – a Assistência Técnica em Habitação de Interesse Social – e questões de saúde pública, com o objetivo de fornecer subsídios para inclusão de referências habitacionais e socioambientais na Política Nacional de Promoção de Saúde do SUS, voltada às populações cujas vulnerabilidades se transversalizam com precariedades urbanas. Através do mapeamento de dados e experiências existentes, intenta-se instrumentalizar políticas de melhorias habitacionais agregadas aos programas de atenção à Saúde Primária, o que faz jus à ideia de um SUS Urbano.

1.1.2 Objetivos Específicos

- 1) Destacar relações entre precariedades habitacionais e seus impactos na saúde pública, apresentando marcos teóricos da urbanização desigual do país;
- 2) Reconstituir o histórico da Lei de Assistência Técnica em Habitação de Interesse Social e da Política Nacional de Promoção de Saúde, identificando nas melhorias habitacionais uma via de inserção em políticas de saúde urbana;
- 3) Mapear iniciativas que incluam a questão habitacional em políticas de saúde, seja do ponto de vista dos diagnósticos, seja no intuito de mitigação de precariedades e vulnerabilidades. Desse modo, fornecer subsídios para uma política pública de melhorias habitacionais agregada à Política Pública de Saúde, resultando numa Política Pública de Saúde Urbana, em vistas a um Sistema Único de Saúde ampliado, ou um SUS Urbano;
- 4) Argumentar pela inserção de profissionais arquitetos(as) e urbanistas e de engenheiros sanitaristas públicos na rede de atenção primária à saúde, o programa saúde da família da rede da Estratégia de Saúde da Família – ESF.

1.2 JUSTIFICATIVA

A minha proximidade com o tema ATHIS deu-se ainda em 2015, num movimento do Instituto de Arquitetos do Brasil, núcleo Santa Catarina – IAB/SC, quando fomentou audiências públicas com o Ministério Público Estadual – MPE/SC e o Conselho de Engenheiros Civis do Estado – CREA/SC. A partir dessa audiência, passei a fazer parte do Grupo de Trabalho do IAB/SC Núcleo Grande Florianópolis, que manteve encontros mensais durante os 3 (três) anos seguintes. Em 2018 concorremos às eleições do CAU/SC, pela primeira vez na história da instituição e também do conselho profissional, com uma chapa progressista, formada exclusivamente por arquitetas e urbanistas. Nos anos que se seguiram a essa gestão, 2018/2020, estivemos em maioria na plenária do conselho e fomos presididos pela amiga Daniela Pareja Garcia, quando tive o privilégio de coordenar a Comissão de Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social – a CATHIS do CAU/SC. Pelo conhecimento adquirido sobre ATHIS, sobretudo do entendimento da relação entre saúde e as condições de habitabilidade, nasce o interesse desta pesquisa. Para melhor situar esse contexto, faz-se necessário discorrer como a ATHIS surgiu dentro do conselho profissional dos arquitetos do Brasil e de Santa Catarina e suas contribuições para fomentar esse debate.

Com o intuito de promover a arquitetura e o urbanismo para todos e na busca pela ampliação do campo profissional para os arquitetos, o CAU/BR, no ano de 2017, definiu que todos os CAU's estaduais destinassem 2% das receitas de arrecadação líquida do seu orçamento anual para apoiar ações de ATHIS (CAU/BR, 2017). Nesse mesmo ano, o CAU/SC instituiu a Comissão Temporária de Assistência Técnica (CTEC) para nortear o investimento desses recursos e definiu pela contratação de uma consultoria para desenvolver o Plano Estratégico de Implementação de ATHIS (PEI – ATHIS)¹. Na gestão de 2018-2020, essa comissão passa a ser uma instância permanente no conselho, a CATHIS, responsável pela atuação do CAU/SC no fomento à ATHIS.

Embora a temática do habitat, como parte do direito fundamental à moradia digna e à cidade, esteja muito distante de ser solucionada pela ação isolada de uma profissão e nem seja a demanda por habitação uma atribuição legal do CAU, o conselho passa a instigar o poder público a um novo olhar sobre a prática da arquitetura no atendimento à sociedade

¹ A consultoria contratada foi através de edital nº 02/2017, tendo como vencedor o escritório AH Serviços de Arquitetura Humana Ltda ME, nas figuras de seus integrantes, as arquitetas Karla Moroso, Taiane Beduschi, Paola Maia; do arquiteto Francesco Spautz e do advogado Cristiano Mülle.

(profissionais, academia, sociedade civil), às camadas mais vulneráveis da população, através de debates e do fomento financeiro de experiências virtuosas e/ou replicáveis, ligadas à Assistência Técnica de HIS.

A CATHIS, com o desenvolvimento do PEI ATHIS, realizou editais de patrocínio, envolveu-se em processos jurídicos como *Amicus Curiae*² e realizou acordos com prefeituras de municípios Catarinenses³ (Chapecó e Balneário Camboriú). O PEI ATHIS compõe-se de 4 volumes: o diagnóstico, o plano, a legislação e a cartilha. No produto ‘Diagnóstico’, apresenta-se uma análise do Plano Catarinense de Habitação de Interesse Social – PCHIS (2012) e o cenário da habitação no estado em 2017. Foram elencadas 12 ações prioritárias, de forma articulada e consecutiva, apontando os objetivos, metas e indicadores de cada ação, arranjos operacionais, etapas, valores envolvidos e possíveis parceiros. O plano sugere dividir as ações a partir dos potenciais atores, a saber, o poder público, a academia, as comunidades demandantes e os profissionais liberais. Essa divisão contribuiu para que o CAU pudesse ativar diferentes atores a desenvolver ações específicas de ATHIS.

No volume do Plano Estratégico estão descritas as ações e seu detalhamento. Cada ação é composta por metas e cada meta apresenta prazos sugeridos para execução. As ações estão organizadas em relação ao objetivo específico vinculado, são eles: Objetivo 1 - Fomentar a ATHIS enquanto Política Pública; Objetivo 2 - Apoiar Profissionais autônomos; Objetivo 3 - Promover ATHIS como ferramenta para mediação de conflitos; Objetivo 4 - Criar uma cultura profissional e social de ATHIS.

Para mensurar o impacto dos 2% em termos financeiros, o CAU/SC realizou uma pesquisa, em outubro de 2020, através de uma coleta de dados voluntária. Apesar do baixo índice de retornos, foi possível dimensionar essa repercussão. Com dados de somente 8 unidades da federação, o investimento em ATHIS entre os anos de 2017 e 2019 foi de quase 3 milhões de reais.

² *Amicus curiae* ou amigo da corte ou também amigo do tribunal é uma expressão em Latim utilizada para designar uma instituição que tem por finalidade fornecer subsídios às decisões dos tribunais, oferecendo-lhes melhor base para questões relevantes e de grande impacto. Fonte: Wikipédia.

³ Considerando as atribuições legais de defesa dos direitos individuais e coletivos, a 7ª Defensoria Pública do Núcleo Regional de Chapecó, notificou a Prefeitura Municipal por sua negligência em atender à demanda habitacional e suas obrigações constitucionais em relação ao acesso à moradia. Para buscar orientações neste processo de adequação em relação à legislação e efetivação da política habitacional, o município entrou em contato com o CAU/SC. Aproximação esta que se efetivou na assinatura de um Acordo de Cooperação Técnica - ACT, em setembro de 2019, sem transferência direta de recursos financeiros entre as partes, proporcionando ao CAU/SC o desenvolvimento de atividades de orientações em busca da implementação da ATHIS enquanto política pública no município (Kutas, Nunes e Sarmento, 2015). A ação foi encarada como um protótipo e posteriormente foi utilizada como referência para a viabilização de um ACT com o município de Balneário Camboriú.

Figura 1 - Total investido em ATHIS em 8 estados brasileiros entre 2017 e 2019.



Fonte: Acervo próprio/CAU (2020).

Munidos desses dados, percebeu-se que, através do fomento da política profissional, uma autarquia pública passa a atuar como agente inovador e mobilizador em uma rede colaborativa, no fomento à construção de uma política pública efetiva de melhorias habitacionais. Frente à realidade das cidades brasileiras e sua conformação socioespacial, visa a popularização do conhecimento técnico e humano dos arquitetos e arquitetas como agentes estratégicos a serviço da transformação do espaço urbano, tendo como propósito a defesa da sociedade pelo direito ao acesso à arquitetura e ao urbanismo.

Nesse sentido, o CAU/SC passa a disponibilizar conteúdos para subsidiar o debate de uma agenda pública, de maneira a descentralizar as informações, e levar conhecimento para o maior número possível de pessoas, através de uma linguagem pedagógica e acessível sobre os instrumentos contidos na legislação nacional. Os conteúdos, em forma de Cartilhas, buscaram oferecer suporte aos arquitetos e urbanistas, gestores públicos (prefeituras, câmaras municipais, Ministério Público) e sociedade civil organizada. Como referências, o Projeto Fundamentos para as Cidades 2030, desenvolvido pela Comissão Especial de Políticas Urbanas e Ambientais – CPUA, para elaboração e implementação de Planos Diretores Participativos (PDP's) alinhados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis – ODS, da Agenda 2030 da

Organização das Nações Unidas – ONU, (CAU/SC, 2020); e a ATHIS enquanto uma política pública municipal (CAU/SC, s.d.).

Desde 2015 o CAU/BR vem implementando esforços e recursos na promoção de políticas públicas de habitação. Essa ação está lastreada no Planejamento Estratégico, elaborado em 2013, com horizonte temporal até 2023. Nesse planejamento, a missão institucional do Conselho foi definida como ‘promover arquitetura e urbanismo para todos’.

Com o início da gestão 2021-2023, foi iniciado um processo de planejamento que definiu as principais metas e ações a serem implementadas nos 100 dias iniciais da gestão. Desse exercício surgiu como ação estratégica, no eixo ‘desigualdade’, o desenvolvimento de um Fundo que pudesse amplificar as ações do CAU em torno da ATHIS, com a intenção de reduzir as disparidades regionais na forma de aplicação dos recursos do CAU com esse fim.

No sentido de fomentar de maneira continuada e em todo o território nacional o desenvolvimento de ações voltadas à ATHIS, pensou-se na estruturação de um novo fundo orçamentário do CAU a ser desenvolvido pela Comissão de Política Profissional (CPP-CAU/BR), com apoio conceitual da Comissão de Política Urbana e Ambiental (CPUA-CAU/BR), bem como apoio técnico da Comissão de Planejamento e Finanças (CPF-CAU/BR). Essa última elaborou um Projeto de resolução estruturando o Fundo de ATHIS (CAU/BR, 2021)⁴.

O modelo pensado inicialmente para este novo fundo baseava-se nos modelos já adotados pelo CAU, em especial, o Fundo de Apoio, que redistribui recursos entre os Conselhos com maior e menor arrecadação, numa perspectiva federativa. Foram realizadas consultas aos CAU/UF, assim como Oficinas específicas sobre o tema. A 1ª Oficina referente ao fundo de ATHIS ocorreu em abril de 2022, em Brasília, oportunidade na qual percebeu-se a possibilidade de estruturar um fundo mais robusto, que poderia inclusive receber aportes de outros agentes. A 2ª Oficina, com participação dos CAU/UF, foi realizada no mês de maio do mesmo ano. Nessa oportunidade, considerando os encaminhamentos da 1ª Oficina, o CAU convidou consultores externos a contribuir com o debate, foram eles: Sra. Tereza Herling, arquiteta e urbanista, especializada em gestão de políticas públicas, Sra. Ana Paula, arquiteta e urbanista, especializada em planejamento e projeto do espaço urbano e Sr. Renato Balbim, geógrafo e urbanista, especializado em políticas urbanas, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

⁴ Deliberação nº 29/2021 – Projeto de Resolução que trata da criação do Fundo de ATHIS.

A partir das reflexões e entendimentos estabelecidos nas duas oficinas, constatou-se a necessidade de o CAU contar com a contribuição de técnicos com competência no tema em questão, a fim de viabilizar a estruturação de uma política efetiva de ATHIS para o conjunto autárquico que, inclusive, pudesse garantir as diretrizes e objetivos relacionados à existência de um fundo para investimentos, garantindo a ampliação da escala das ações dos CAU/UF e criando sinergia entre essas ações como forma de contribuir para a efetivação dessa política pública nos municípios, estados e governo federal.

Assim sendo, por meio de acordo de cooperação entre CAU/BR e IPEA, através de um Protocolo de Intenções nº 04/2022, percebeu-se a necessidade da estruturação de um programa claro e articulado entre o CAU/BR e os CAU/UF, de maneira a fornecer subsídios técnicos e conceituais para a estruturação de uma proposta aderente à real demanda do CAU e da sociedade frente à ATHIS. A partir desse momento, iniciou-se uma intensa colaboração de pesquisa e desenvolvimento de política pública descrita e sistematizada no Relatório de Pesquisa *Modelagem lógica para estruturação programática da assistência técnica de habitação de interesse social (ATHIS)* (Balbim *et al.*, 2023).

Transcorridos oito anos desde o início desse movimento, o CAU atingiu o patamar de R\$ 23 milhões em investimentos (2015-2022) no fomento da ATHIS, distribuídos em todos os estados da Federação. Desse total, o Conselho Federal investiu, aproximadamente, R\$ 4 milhões, entre celebração de acordos de cooperação técnica com o Governo Federal, eventos de sensibilização, campanhas e vídeos institucionais orientativos por meio de ações vinculadas ao Programa Mais Arquitetos, atividade transversal, promovida pela gestão 2021-2023, que abarca o tema da ATHIS, entre outros eixos.

Fato é que as estruturas e instituições políticas têm sido pouco capazes de absorver todo o potencial de transformação das nossas cidades, e que mesmo os Planos Diretores Participativos, elaborados há cerca de 20 anos, alguns em atual processo de revisão pelas forças democráticas, tão importantes nas nossas cidades, foram incapazes de injetar esse potencial democratizante nas práticas da própria cidade. Os fóruns de debate coletivo e os planos participativos foram abandonados por sucessivos governos, que decidiram agir de acordo com as circunstâncias e com as exigências do mercado, gerando prejuízo não só para a cidade como um todo, mas para o próprio mercado.

É preciso que a sociedade reconheça que a massa de trabalhadores de baixa renda, que vivem em condições precárias, deve ser “assistida” pelos serviços de arquitetos e urbanistas de

forma específica para a qualificação de seus espaços de moradia, visto a dimensão pública da profissão. Embora as ações do CAU tenham pretendido aproximar a profissão das demandas sociais, objetivando ampliar o campo de trabalho ao contabilizar as milhões de famílias que precisam construir ou melhorar suas moradias como “clientes em potencial”, a própria noção de “clientela” está carregada de um sentido de prestação de um serviço privado, em contraponto à noção de arquitetura pública defendida neste trabalho.

Porquanto as conquistas legislativas e institucionais dos últimos anos instituíram o direito das famílias de baixa renda aos serviços desses profissionais (por exemplo, com as leis federais do Estatuto da Cidade e da Assistência Técnica), é urgente que a categoria reconheça as severas limitações da formação para lidar com os problemas reais, com pessoas reais e com os aspectos produtivos do edifício e da cidade. Além disso, as limitações devem implicar em mudanças estruturais no ensino, na perspectiva de atuação profissional, com consequências que se façam sentir nas políticas públicas de habitação. A ampliação do mercado de trabalho para os arquitetos e urbanistas é, afinal, consequência de uma política habitacional inclusiva e abrangente, não o seu contrário. Ou seja, a política habitacional não pode ter como fim a política de uma categoria profissional⁵.

⁵ Santo Amore, Caio. Fonte: <http://www.peabirutca.org.br/wp-content/uploads/athis-2.pdf>

1.3. METODOLOGIA

Esta pesquisa tem caráter qualitativo exploratório. Do ponto de vista da metodologia, é composta por uma parte eminentemente teórica e descritiva, orientada por revisão bibliográfica através de consultas a sites, periódicos, artigos e dissertações em torno da urbanização brasileira e, em especial, de marcos teóricos e institucionais que colaboram para identificar relações entre direito à moradia e à saúde pública. A segunda parte, de estudo empírico, se apoia em experiências e observações propiciadas pela condução da CATHIS e por experiências obtidas junto ao IAB Maringá-PR, em visita local; com Camila Gillo da Fundação Fio Cruz; com colegas do CAU/RG e Sindicato dos Empregados no Comércio de Laguna. Deve-se proceder com um mapeamento dessas iniciativas como políticas públicas intersetoriais que mostram as possibilidades de implementação do objetivo visado nesta pesquisa.

De acordo com Gil (2008), pesquisas exploratórias “têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e o aprimoramento de ideias”. Além disso, pesquisas descritivas “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis [...] descobrir a existência de associações entre variáveis” (Gil, 2008). Finalmente, “a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”. Com fontes diversificadas “de primeira mão”, ou sem tratamento analítico, e “de segunda mão”, como relatórios previamente analisados, além de material bibliográfico (Gil, 2008).

A coleta de dados necessários para o desenvolvimento deste trabalho foi obtida por meio de fonte secundária de usos público e restrito.

2. O CARÁTER ESTRUTURAL E CONJUNTURAL DAS DESIGUALDADES URBANAS

Este capítulo reconstitui brevemente marcos históricos da urbanização brasileira, com objetivo de reforçar a relevância de propostas e ações que visem articular direito à moradia e à saúde. Para tanto, num primeiro momento, deve-se destacar traços que remontam à formação do Brasil industrial urbano e, nesse sentido, mostrar o caráter estrutural e a consequente produção social. Nesse contexto, onde a urbanização desempenha um papel especialmente ativo

na absorção da produção excedente do capital, a financeirização urbana nas cidades brasileiras têm mercantilizado a moradia, precarizado as condições de vida e habitação, gerado sequelas sociais como as ocupações, assentamentos informais e territórios vulneráveis, acentuando as desigualdades urbanas, que afetam indivíduos e o corpo social.

Num segundo momento, abordaremos a medida em que a pandemia de COVID-19 escancarou as condições das moradias brasileiras, do latente descaso social e a perpetuação do abismo de desigualdades econômicas, sociais e territoriais, que castigam a população carente e afetam a saúde e o bem-estar da sociedade e de nossas cidades.

2.1 PRODUÇÃO DO ESPAÇO URBANO E A CONSEQUENTE PRODUÇÃO SOCIAL

De acordo o Censo 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), 61% da população brasileira (124,1 milhões de pessoas) vive em concentrações urbanas. Todas as grandes mazelas urbanas vividas pela maioria da sociedade estão ligadas à produção do espaço urbano sob a forma hegemônica da mercadoria: segregação, dispersão, periferação, carência de serviços, epidemias decorrentes da ausência de saneamento, violência, longas viagens diárias, ausência de áreas verdes, ocupação de áreas com risco de desmoronamento, impermeabilização exagerada do solo, enchentes, poluição de recursos hídricos, ocupação de áreas ambientalmente frágeis, desmatamento, entre outras. Para Maricato, Colosso e Comarú (2018, p. 206.):

A política urbana é distorcida dos objetivos fundamentais de redução de desigualdades, da segregação socioespacial, da reversão da degradação ambiental e da ampliação do direito à cidade. A direção geral é fazer do solo urbano oportunidade para um ambiente de negócios aos grandes do setor imobiliário e da construção civil e aos proprietários de terra, isto é, os que compõem o setor eficiente da sociedade. Tenta-se privatizar equipamentos públicos e facilitar a construção nos entornos. Limpa-se das áreas valorizadas - e com perspectiva de valorização - a população pobre e sem importância, que têm de abrir terreno para novas operações de embelezamento.

Os espaços urbanos podem produzir e são produzidos por geografias altamente racializadas que trabalham para isolar, segregar e imobilizar socialmente, aumentando simultaneamente a exposição a riscos para sua saúde e bem-estar. As cidades, produtos desses processos, são particularmente vulneráveis aos problemas que afetam a equidade urbana, em razão das condições sociais em que vivem.

Durante o último século, inovações nos mercados financeiros têm transformado propriedades urbanas em um dos mais importantes ativos financeiros, com impactos diretos na dinâmica das cidades. O aumento da riqueza baseada em práticas financeiras tem alcançado – ou reforçado – novos perfis econômicos. Nesse processo contínuo de manutenção das extremas desigualdades socioespaciais, a financeirização urbana nas cidades brasileiras perpetua a relação hegemônica da mercadoria, entre o atual ciclo global de financeirização dos padrões de acumulação do capital e a sua tradução em pressões mercantilizadoras das cidades, orientadas pela busca de rentabilidade, liquidez e segurança dos investimentos (Aragão, 2016).

A conexão entre financeirização, mercantilização e difusão do urbanismo neoliberal exacerba essa contradição entre a cidade como valor de troca e a cidade como valor de uso. Segundo o professor Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro (*apud* Observatório da Metrópoles, 2017), o Brasil se tornou uma plataforma de viabilização do capital financeiro global e, 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.

Piketty (*apud* Aragão, 2016), em seu trabalho *Capital in twenty-one century* (2013), ofereceu uma descrição da atual economia capitalista. Baseado nas teorias do crescimento econômico e da distribuição estrutural da renda, o autor desenvolveu seus estudos sobre desigualdades edificando um modelo da economia capitalista que articula o estoque de capital com o crescimento da renda, assim como discute o papel da esfera financeira na concentração da riqueza.

O autor considera 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. Esse processo de financeirização do espaço acarreta novas dinâmicas políticas e sociais, ressignificando bens públicos e recursos naturais em *commodities* negociáveis em mercados financeiros, através de uma lógica de bens privados. O espaço urbano é tratado como uma mercadoria a ser comprada e vendida nesses mercados, em vez de ser visto como 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.

Processos de segregação, gentrificação e desigualdade espacial são problemas urbanos inter-relacionados, que acabam por impactar negativamente as dinâmicas sociais e econômicas da cidade, perpetuando o ciclo de pobreza em comunidades mais vulneráveis. Fatores como a desigualdade econômica, étnica ou racial, a distribuição desigual de recursos e serviços, sua concentração 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 (Balbim, 2022).

Nesse contexto, ingressamos na 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, 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. Esses 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 (Aragão, 2017).

De acordo com Figueiredo *et al.* (2017), Henry Lefebvre, filósofo francês, em 1968 lançou a tese do direito à cidade e, em sua definição, buscou enfatizar a não exclusão de nenhuma parcela da sociedade das qualidades e benefícios da vida urbana. O autor ainda criticou a realidade urbana interpretada apenas por questões espaciais, considerando-a reducionista e simplificada, por não considerarem os indivíduos - sujeitos atuantes no espaço social.

Entendendo que a questão “que tipo de cidade é desejada” não pode ser divorciada do tipo de laços sociais, relação com a natureza, estilos de vida, tecnologias e valores estéticos, David Harvey, geógrafo britânico, avança nesse debate com uma reflexão mais conectiva entre cidadãos, cidades, valores e natureza. Para ele, o direito à cidade depende do exercício de um poder coletivo de moldar o processo de urbanização, pois a liberdade de construir e reconstruir

a cidade tem sido, a nós mesmos⁶, um dos mais preciosos e negligenciados direitos humanos (Harvey, 2012).

O desenvolvimento urbano, em todo o seu processo, modifica e influencia a saúde, e pode ser ao mesmo tempo causa e solução potencial para as mudanças sociais e desigualdades na saúde, sendo necessário encontrar caminhos para sua proteção e manutenção. Sabe-se que o fornecimento de incentivos e esclarecimentos quanto às atitudes de profilaxia e criação de ambientes de convívio público e coletivo podem potencializar o planejamento urbano saudável⁷. Nesse contexto, o crescimento vertiginoso das cidades sem o devido acompanhamento de infraestrutura básica vem gerando ambientes insalubres, exclusão social e carência de sentimento de pertencimento desses territórios de vivência para enfrentamento da questão ambiental. Questão essa fundamental aos indivíduos, famílias e coletividade que, sensibilizados, capacitados e fortalecidos, poderão obter condições para identificar, conhecer, analisar e avaliar os motivos de ocorrência dos problemas que afetam a saúde. O sentido de pertencer nos territórios (Santos *et al.* 2001)⁸ em que vivem ainda pode contribuir para se tomar consciência dessa realidade e participar das decisões para modificá-la, a partir da concepção de participação social como uma ferramenta do processo de Educação Ambiental (Moisés *et al.*, 2010).

O direito à saúde é parte do conjunto de direitos sociais reconhecidos e garantidos no Brasil, que têm como inspiração o dever do estado no financiamento das ações de saúde e a universalidade como direito de cidadania. Ele 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 (Figueiredo *et al.*, 2017), promovendo equidade⁹.

2.1.1 Problemas atuais, problemas estruturais

⁶ Usa-se o termo nesse contexto no plural, pois há uma função adjetiva e como tal deve concordar em gênero e número com o pronome que o antecede.

⁷ Definição de Cidade Saudável segundo a OMS (1995): “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de infecções ou enfermidades” (Figueiredo *et al.*, 2017).

⁸ Considera-se aqui o conceito de território, com base no pensamento de Milton Santos. Para o autor, o território se configura como principal instância da sociedade, capaz de revelar mediações e contradições, quando observado para além do espaço físico, com incorporação de seus atores, suas competitividades, seus interesses, seus conflitos e negociações em virtude de uma regulação unificadora ou de uma fragmentação social e geográfica.

⁹ Vale ressaltar que equidade significa que todos terão acesso, mas os que mais necessitam por primeiro.

Para se entender como as questões habitacionais e de saúde estão profundamente relacionadas à formação histórica do Brasil industrial urbano, e também com o objetivo de reforçar a relevância de propostas e ações que visem articular direito à moradia pela saúde, este tópico destaca dados que demonstram que a ausência de qualidade e o contexto ambiental da habitação são algumas das principais dimensões das desigualdades ambientais, e que as más condições de moradia são um dos mecanismos pelos quais a desigualdade social e ambiental se traduz em desigualdade na saúde, o que afeta ainda mais a qualidade de vida e o bem-estar de seus moradores.

Desde o processo de industrialização no Brasil, na década de 1930, houve uma intensa migração da população rural para as cidades, em busca de trabalho e melhores condições de vida. No entanto, essa transição foi marcada pela falta de planejamento urbano e pela ausência de políticas habitacionais adequadas, o que gerou a formação de favelas e a precarização da moradia.

De acordo com a Fundação João Pinheiro (2020), o déficit habitacional é crescente no Brasil: de 5,65 milhões em 2016 aumentou para 5,87 milhões em 2019, 8% do total de domicílios. Desse 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 ônus excessivo com aluguel, quando há destinação de mais de 30% da renda domiciliar de até três salários mínimos com essa despesa. A inadequação de domicílios urbanos no Brasil 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, mostrando que a necessidade de urbanizar e qualificar moradias é maior que a necessidade de construir novas unidades:

[...] sem condições de serem habitadas em razão da precariedade das construções e que, por isso, devem ser repostas. Inclui ainda a necessidade de incremento do estoque, em função da coabitação familiar forçada (famílias que pretendem constituir um domicílio unifamiliar), dos moradores de baixa renda com dificuldades de pagar aluguel e dos que vivem em casas e apartamentos alugados com grande densidade. Inclui-se ainda nessa rubrica a moradia em imóveis e locais com fins não residenciais (FJP, 2020, p. 13).

O Déficit Qualitativo 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

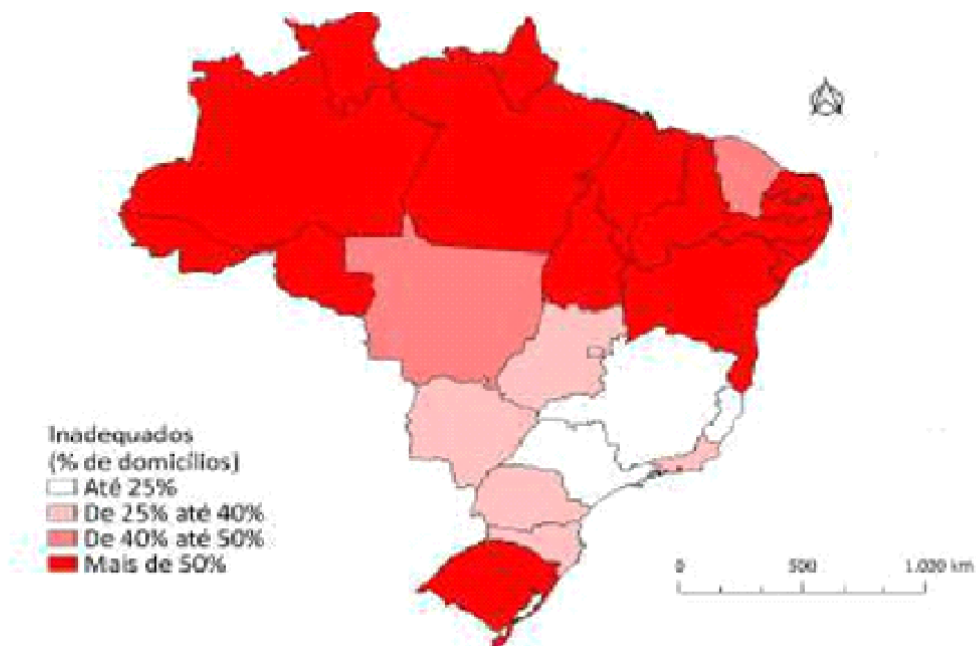
os domicílios brasileiros em 2019, seguindo o padrão verificado nos anos anteriores. No âmbito nacional, cerca de 14,257 milhões de domicílios apresentaram inadequação em, pelo menos, um tipo de serviço de infraestrutura, o correspondente a 22,8% dos domicílios particulares permanentes duráveis urbanos do país (Fundação João Pinheiro, 2020, p. 117). As inadequações edilícias aparecem em segundo lugar e, do ponto de vista regional, a região Sul, com 2,875 milhões de domicílios inadequados, é a única região cujo número de domicílios com inadequação edilícia é superior em relação à inadequação de infraestrutura.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou em 28 de junho de 2023 os primeiros resultados do Censo 2022. Os dados sobre população e domicílios servem como ponto de partida para atualizações sobre os três grandes indicadores do déficit qualitativo. Somos 203 milhões (alta de 6,4% em relação a 2010, quando éramos 190 milhões), vivendo em 90,6 milhões de domicílios (alta de 34% em 12 anos). Houve aumento de domicílios em todos os Estados e no Distrito Federal.

A relação entre o crescimento dos domicílios e população aponta para uma queda na média de moradores por domicílio: era de 3,31 no Censo 2010 e passou para 2,79 no Censo 2022. À primeira vista, a informação registrada pelo IBGE aponta a existência de famílias menores no país, mas há também, por trás desse dado, a identificação de um grande número de domicílios fechados.

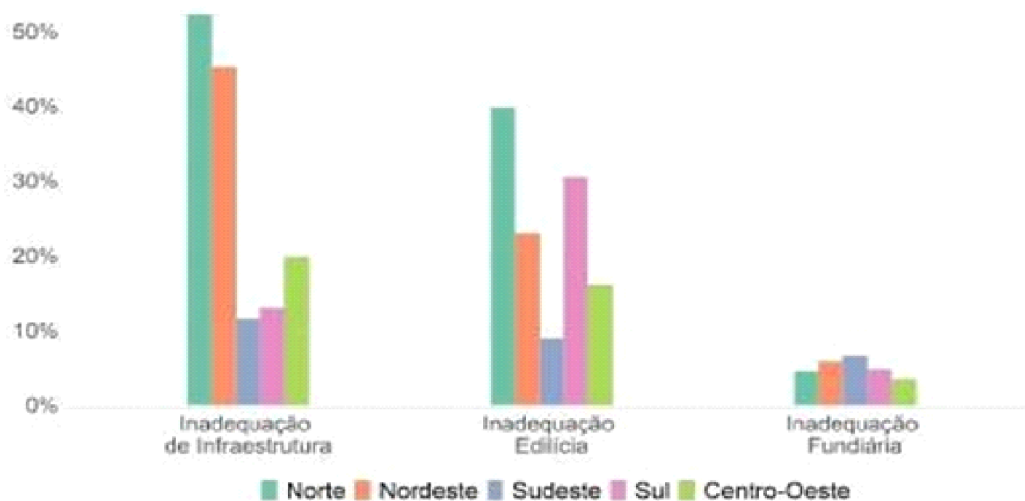
Os domicílios particulares permanentes ocupados aumentaram 26% e os não ocupados aumentaram 80% desde 2010. O número de domicílios particulares permanentes ocupados chegou a 72,4 milhões (eram 57,3 milhões) e os domicílios particulares permanentes não ocupados chegaram a 18 milhões (eram 10 milhões).

Figura 2 - Domicílios com alguma inadequação, percentual em relação aos domicílios particulares permanentes duráveis urbanos segundo unidade da Federação em 2019



Fonte: Fundação João Pinheiro (2020).

Figura 3 - Distribuição dos critérios de inadequação dos domicílios urbanos duráveis relativamente ao total de domicílios particulares permanentes duráveis urbanos, segundo regiões geográficas do Brasil em 2019

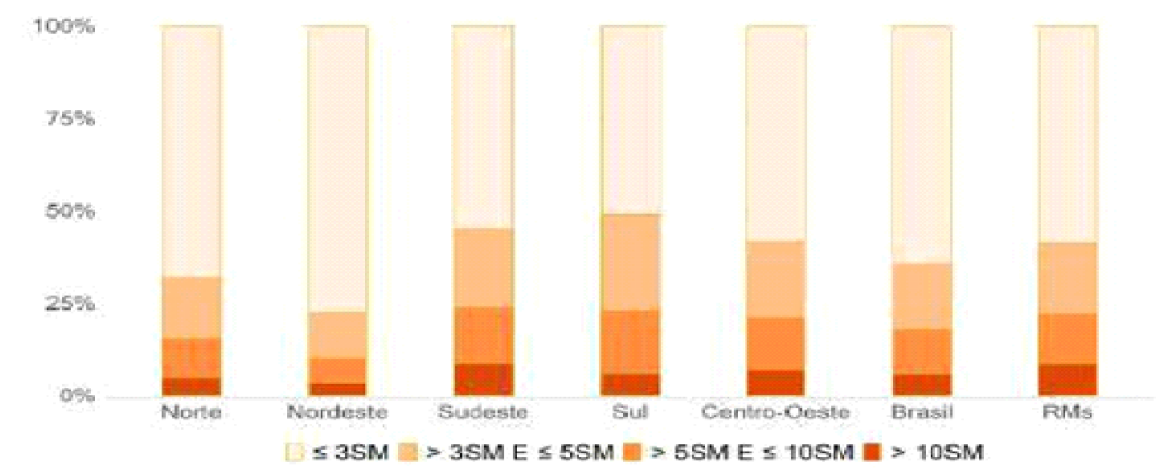


Fonte¹⁰: Fundação João Pinheiro (2020).

¹⁰ Os dados básicos foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PnadC) – (2019) e organizados pela Fundação João Pinheiro (FJP), por meio da Diretoria de Estatística e Informações (Direi). Foram levados em conta apenas domicílios duráveis, ou seja, não são considerados os improvisados e os rústicos. Foram excluídos também os cômodos, por se constituírem parcela do déficit habitacional.

Com o intuito de permitir a definição de prioridades das ações públicas na área da habitação, a Fundação João Pinheiro - FJP (2020), tratou os componentes da inadequação habitacional de forma diferenciada segundo três faixas de rendimento domiciliar: até dois salários mínimos, de dois a cinco salários mínimos e mais de cinco salários mínimos.

Figura 4 – Domicílios inadequados, por faixa de renda média domiciliar mensal em salários mínimos (SM), segundo regiões geográficas e regiões metropolitanas (RM) no Brasil em 2019

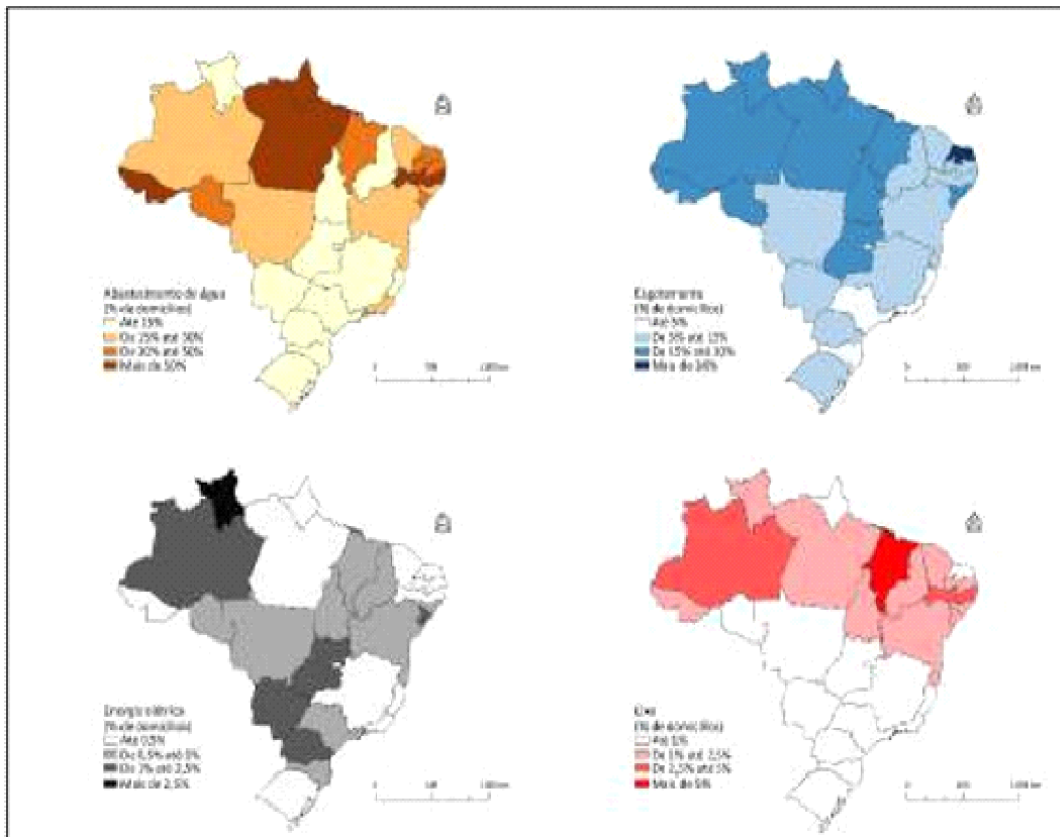


Fonte: Fundação João Pinheiro (2020).

Os subindicadores da inadequação de infraestrutura urbana: abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo e energia elétrica, concentraram-se nos segmentos até três salários mínimos, tendo mais de 50% dos domicílios com inadequação do esgotamento sanitário. Conforme apontado pela Pesquisa de Amostragem de Domicílios Contínua - PnadC 2019, há separação das categorias “fossa séptica não ligada à rede” e “fossa rudimentar”.

O abastecimento é o componente com maior número de domicílios no âmbito nacional. Atinge cerca de 10,725 milhões de domicílios brasileiros, 17,2% do total de domicílios particulares permanentes duráveis urbanos do país.

Figura 5 – Indicadores da inadequação de infraestrutura urbana, percentual em relação aos domicílios particulares permanentes duráveis urbanos segundo unidade da Federação em 2019

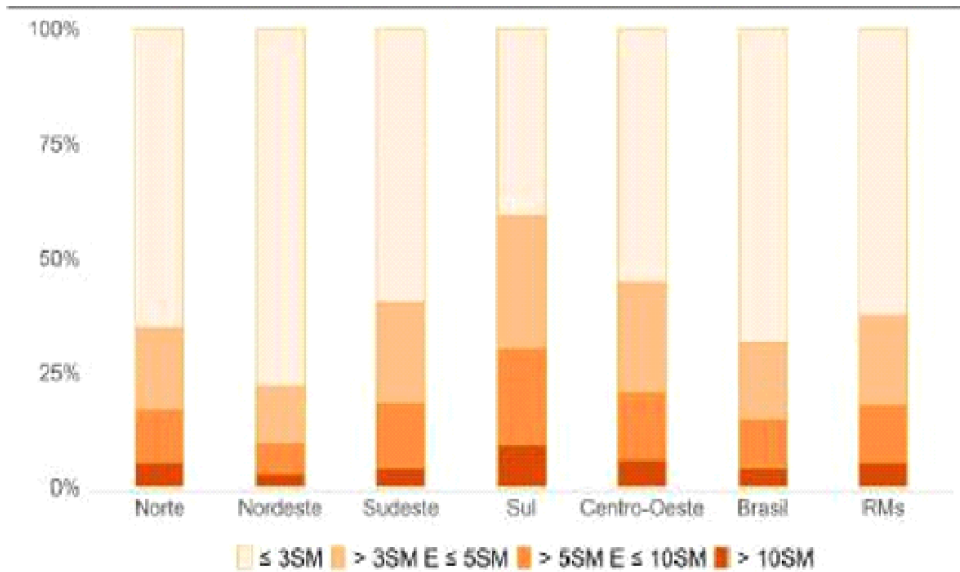


Fonte: Fundação João Pinheiro (2020).

Verifica-se que, enquanto a inadequação relacionada ao abastecimento e ao esgotamento se mostram problemas importantes no país, ainda que em magnitudes distintas, a provisão de energia elétrica e a coleta de lixo são mais localizadas.

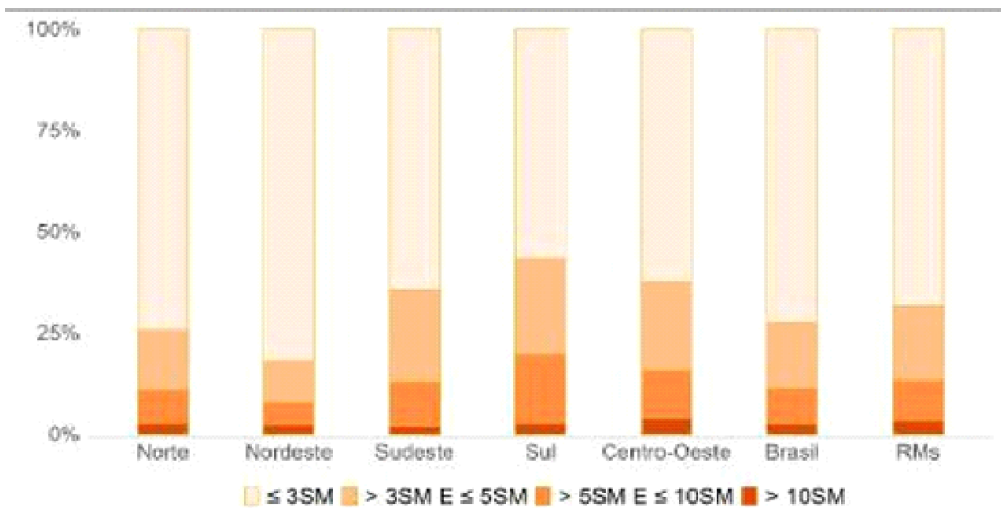
Figura 6

Figura 6 – Inadequação quanto ao abastecimento de água, por faixas de renda média domiciliar mensal, em salários mínimos (SM), segundo regiões geográficas e regiões metropolitanas (RMS) no Brasil em 2019



Fonte: Fundação João Pinheiro (2020).

Figura 7 – Inadequação quanto ao esgotamento sanitário, por faixas de renda média domiciliar mensal, em salários mínimos (SM), segundo regiões geográficas e regiões metropolitanas (RMS) no Brasil em 2019

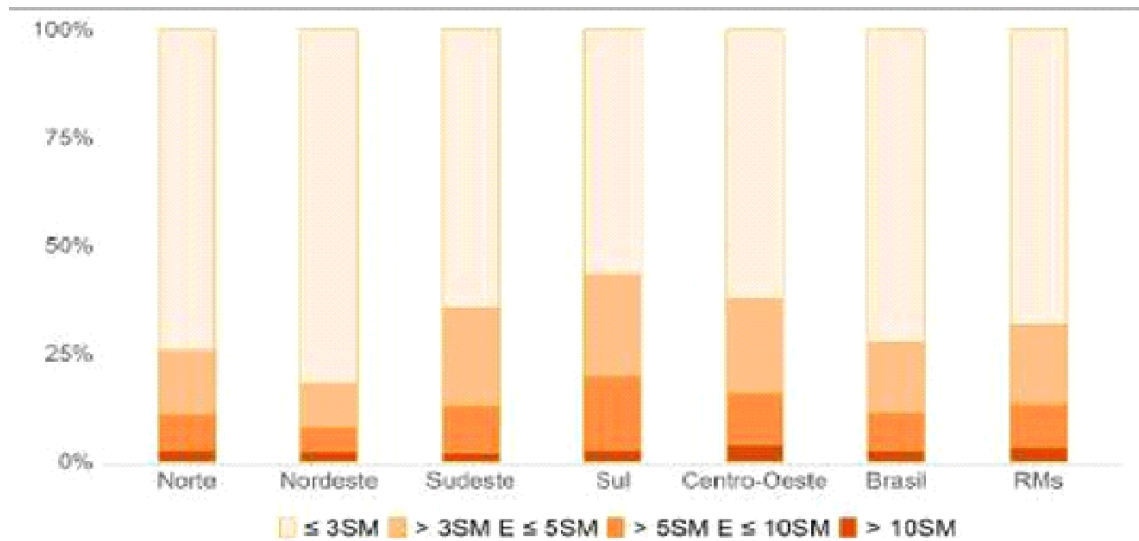


Fonte: Dados básicos: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PnadC) – (2019).

Elaboração: Fundação João Pinheiro (FJP), Diretoria de Estatística e Informações (Direi).

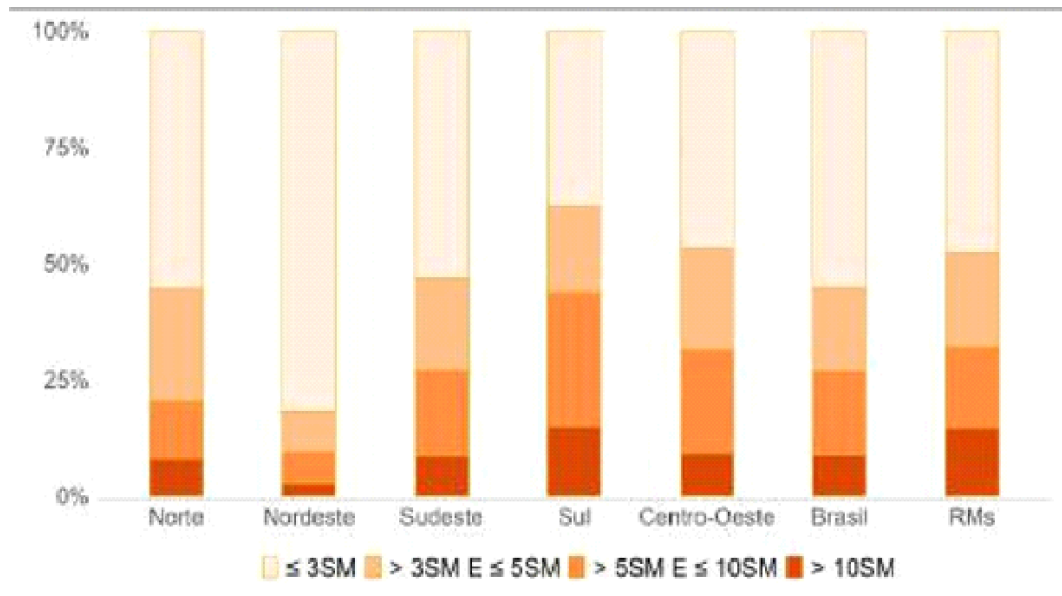
Fonte: Fundação João Pinheiro (2020).

Figura 8 – Inadequação quanto à coleta de lixo, por faixas de renda média domiciliar mensal, em salários mínimos (SM), segundo regiões geográficas e regiões metropolitanas (RMS) no Brasil em 2019



Fonte: Fundação João Pinheiro (2020).

Figura 9 Inadequação quanto à provisão de energia elétrica, por faixas de renda média domiciliar mensal, em salários mínimos (SM), segundo regiões geográficas e regiões metropolitanas (RMS) no Brasil em 2019



Fonte: Fundação João Pinheiro (2020).

Segundo o artigo “Habitação e Saúde”, da arquiteta sanitária Suzana Pasternak (2016), a habitação e o meio ambiente têm profundo impacto na saúde humana: é estimado que se passe 80% a 90% do dia em meio ambiente construído e a maioria desse tempo em casa. Assim, riscos em relação à saúde nesse ambiente são de extrema relevância. O papel da

habitação para a saúde é ainda realçado porque são justamente os mais vulneráveis (doentes, idosos, crianças, inválidos) que lá passam a maior parte do seu tempo. Segundo a autora:

Percebe-se que os indicadores que definem moradia adequada no Brasil são restritos: em relação à saúde e bem-estar, colocam parâmetros mínimos materiais de construção duráveis, existência de infraestrutura sanitária básica, adensamento máximo, sanitário exclusivo, adequação fundiária, relação aluguel/renda mínima, convivência familiar indesejada. Até na operacionalidade o conceito brasileiro é histórico e regional. São parâmetros mínimos, os possíveis para o país neste momento. Mas não os desejáveis em relação a um completo bem-estar domiciliar. Os desejáveis deveriam considerar todas as relações habitação-saúde e bem-estar (Pasternak, 2016, p. 54).

Ao se falar em habitação, deve-se levar em conta não só a unidade habitacional, mas também os aspectos de integração dessa unidade na trama urbana, além do grau de atendimento a serviços de infraestrutura e equipamento social. Assim, o conceito de habitação adequada envolve pelo menos esses dois níveis. Segundo o relatório *Housing and health guidelines* da WHO (World Health Organization, 2018), são considerados quatro aspectos na definição de habitação:

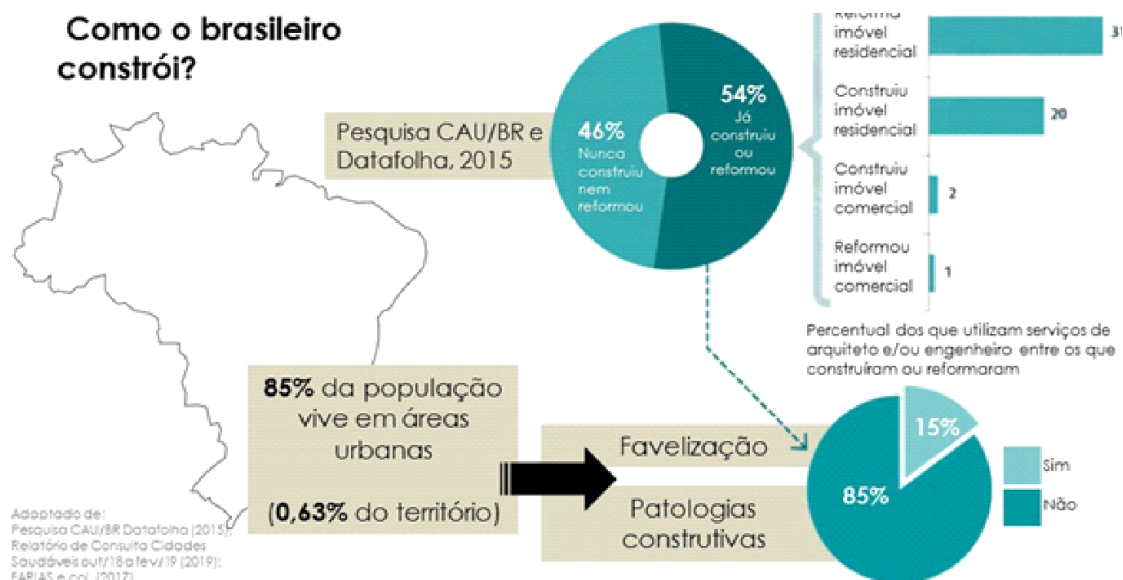
- casa (*house*) - ou seja, a estrutura física;
- lar (*home*) - a estrutura econômica, social e cultural estabelecida pela família (*household*, grupo doméstico) residente;
- bairro (*neighbourhood*) - são ruas, lojas, igrejas, escolas, área verde e de recreação, transporte etc., que circundam a casa;
- Comunidade (*community*) - inclui os que moram, trabalham ou prestam serviços no bairro.

Partindo do pressuposto de que a maioria da população do planeta habita ambientes construídos, mais especificamente cidades, e sabendo que o Brasil tinha 5.570 cidades em 2019 e 85% de sua população residindo em áreas urbanas (Mendoza *et al.*, 2019), que ocupam apenas 0,63% do território geográfico (Farias *et al.*, 2017), é premente a percepção da relação entre o espaço construído como um dos determinantes das condições de saúde das pessoas e pensar formas de melhorar as condições de habitabilidade é absolutamente necessário.

A fim de conhecer sob quais condições se encontra a construção civil no país, uma pesquisa denominada “Como o brasileiro constrói” foi realizada pelo Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil junto ao Datafolha (CAU/BR e Datafolha, 2022). Por meio dela, concluiu-se que 82% das edificações do país, incluindo as habitacionais e as comerciais, foram erguidas através de autoconstrução, isto é, sem qualquer acompanhamento de profissional

qualificado para tal. Abaixo, a Figura 10 resume e apresenta a conclusão dessa mesma pesquisa, porém com dados de 2015, e a relação com patologias construtivas, além de análise do adensamento urbano do Brasil.

Figura 10 – Como o Brasileiro Constrói e a relação com patologias construtivas



Fonte: Adaptado de: CAU/BR e DATAFOLHA (2022); MENDOZA *et al.* (2019) e FARIAS *et al.* (2017).

Esse resultado demonstrou que toda a capacidade técnica do país pleiteia espaço para atuar numa parcela mínima do mercado de construção civil, os 15%, o que convencionamos chamar, entre o meio profissional, “elite da arquitetura”, ao passo que a maior parte da população, os 85%, constroem sem qualidade e acompanhamento técnico, o que acarreta uma série de patologias construtivas como danos estruturais e insegurança.

O ônus excessivo com aluguel urbano, tido como o principal componente do Déficit Habitacional no Brasil, ganha protagonismo. Salta de 2,814 milhões de domicílios, em 2016, para 3,035 milhões de domicílios, em 2019, quando é crescente a participação das mulheres como responsáveis por domicílios: de 1,588 milhão (56%) em 2016, para 1,887 milhão (62%) em 2019. Também houve aumento no componente coabitação da participação dos domicílios cujas pessoas de referência são mulheres: de 50% (2016) para 56% (2019) (Fundação João Pinheiro, 2020).

As mulheres são protagonistas do déficit, ou seja, a maioria dos domicílios, nesse recorte da pesquisa, têm como pessoa de referência uma mulher. Por si só, esse aspecto remete

à necessidade de desenvolvimento de políticas habitacionais específicas para esse tipo de domicílio.

De acordo com os Procedimentos Especiais de Direitos Humanos das Nações Unidas, os direitos inseguros à terra para as mulheres ameaçam o progresso na igualdade de gênero e no desenvolvimento sustentável. Garantir a segurança da posse das mulheres é um mecanismo para enfrentar a discriminação na vida política e pública, na área de saúde e segurança e na vida familiar e cultural.

Segundo dados pré-COVID da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2018), agência multilateral da Organização das Nações Unidas, as mulheres realizam 76,2% do total de horas não remuneradas de trabalho doméstico e cuidado — mais de 2,5 vezes mais que os homens — uma realidade que só se aprofundou desde a pandemia. Em 2019, as mulheres representavam 39,4% do total de empregos, mas representaram quase 45% das perdas globais de empregos em 2020. Torna-se fundamental reconhecer, redistribuir e reduzir o trabalho de cuidado das mulheres, criar condições para grupos historicamente marginalizados viverem vidas autônomas, e disponibilizar sistemas de cuidados mais saudáveis e equitativos que possam apoiar e sustentar o desenvolvimento humano.

Podemos comparar alguns resultados da importância da aplicação de políticas de inclusão social e de desenvolvimento aplicadas durante a gestão dos governos populares do Partido dos Trabalhadores, nas gestões de Luiz Inácio Lula da Silva, de 2003/2006 e 2007/2010, e Dilma Rousseff, de 2011/2014 e 2015 a 31 de agosto de 2016¹¹, onde a desigualdade caiu de forma ininterrupta. Entre 2002 e 2015, com a renda anual registrando crescimento acima da média de 3% em quase todas as fatias da população adulta, 16 milhões de brasileiros haviam saído da linha da pobreza. A queda na desigualdade leva em conta o índice de Gini¹², que varia de 0 (país menos desigual) a 1 (país mais desigual). Naquele período o Brasil passou de 0,583 para 0,547, motivados, sobretudo, pelo maior acesso à educação, segundo o levantamento (Fundação João Pinheiro, 2019). Os dados são atualizados e corroborados pelo Relatório da Habitat para a Humanidade Internacional, junto ao Instituto Internacional para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (IIED), em maio de 2023, intitulado “Melhorando a habitação em assentamentos informais: avaliando os impactos no desenvolvimento humano” (Frediani,

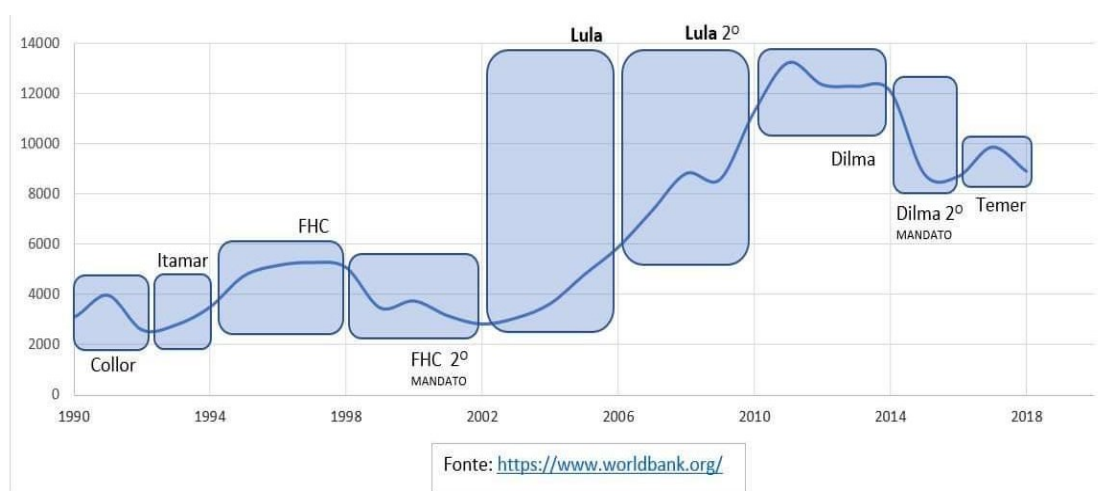
¹¹ Seu governo termina com um *impeachment* ou, como atribuído pelo partido, um golpe contra a democracia.

¹² O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos.

Cociña e Roche, 2023), que avaliou os retornos sociais ao melhorar o acesso equitativo à habitação adequada em assentamentos informais, particularmente ligados ao desenvolvimento humano, renda, saúde e educação.

O gráfico sobre o PIB per capita do Brasil e dados do site do Banco Mundial (World Integrated Trade Solutions, s.d.), que monitora o país desde 1960 e seus respectivos presidentes por período, aponta que houve um aumento de quase 4 vezes a renda anual durante a gestão do Partido dos Trabalhadores. A posição do nome do presidente no gráfico indica o sentido da economia (crescimento/decrésimo) no final de sua gestão. Os dados estão disponíveis no site do Banco Mundial e em outros órgãos internacionais de monitoramento econômico. A série vai somente até 2018. No primeiro trimestre de 2019 o PIB caiu 0,2%, segundo (UOL Economia).

Figura 11 – Gráfico sobre o PIB per capita do Brasil e os respectivos presidentes por período



Fonte: Banco Mundial (ANO).

Durante os primeiros meses da pandemia, quando a principal recomendação médica e governamental era para que as pessoas ficassem em casa, houve um aumento de 602% no número de famílias ameaçadas de despejo desde março de 2020. Em fevereiro de 2022, quando foram coletados os últimos dados disponíveis pela Campanha Despejo Zero, lançada em julho de 2020, 132.291 famílias estavam em perigo de perder a moradia.

A Campanha Despejo Zero foi promulgada em outubro de 2021 pela Lei 14.216 (BRASIL, 2021) que, por razões de emergência em saúde relativas à pandemia, suspendia, até 31 de dezembro daquele mesmo ano, o cumprimento de medida judicial, extrajudicial ou administrativa que resultasse em desocupação ou remoção forçada coletiva em imóvel privado ou público, exclusivamente urbano. A vigência da lei foi prorrogada até 30 de junho de 2022.

Em sua decisão, Barroso cita como razão para a extensão os efeitos ainda vigentes da pandemia, tanto sanitários quanto econômicos:

No contexto da pandemia da Covid-19, o direito à moradia está diretamente relacionado à proteção da saúde, havendo necessidade de se evitar ao máximo o incremento do número de desabrigados (BRASIL, 2022, p. 3).

Segundo dados da campanha, mais de 175 movimentos e organizações sociais de todo o Brasil, já engajados na causa, se juntaram na ação que visa a suspensão dos despejos e remoções que resultam em famílias e comunidades sem abrigo durante a pandemia.

3. INTERFACES ENTRE A LEI DA ASSISTÊNCIA TÉCNICA E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

A intenção deste capítulo é mostrar de que maneiras a ATHIS, enquanto um marco institucional já previsto constitucionalmente, pode desempenhar o papel de suprir necessidades habitacionais e sanitárias. Desse modo, num primeiro momento, apresenta um panorama das legislações sobre o tema, conceitos, os atores envolvidos nesse processo, a Lei de ATHIS, a Política Nacional de Promoção de Saúde e os acessos estruturados e capilarizados do Sistema Único de Saúde. Neste capítulo situam-se as políticas públicas que podem estar relacionadas ao tema da pesquisa.

Em seguida, articula-se uma nova abordagem para a relação saúde e urbanização, considerando a saúde como agente e a saúde como consequência. Através da PNPS, que visa a promoção da qualidade de vida como princípio, integra institucionalmente a pauta do planejamento urbano e disponibiliza ferramentas para a urgente inclusão da ATHIS, através das melhorias habitacionais e assessoria técnica, no fomento de uma Política de Saúde Pública e Urbana, instrumentalizando um SUS Urbano.

3.1 CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As Políticas Públicas são um conjunto de ações e decisões do governo, e não uma decisão isolada, voltada para a solução (ou não) de problemas da sociedade. Dito de outra maneira, as Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos

(nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. Ou seja, o bem-estar da sociedade é sempre definido pelo governo e não pela sociedade. Isso ocorre porque a sociedade não consegue se expressar de forma integral. Ela faz solicitações (pedidos ou demandas) para os seus representantes (deputados, senadores e vereadores) e estes mobilizam os membros do Poder Executivo, que também foram eleitos (tais como prefeitos, governadores e inclusive o próprio Presidente da República) para que atendam às demandas da população (Lopes, Amaral e Caldas, 2008).

As demandas da sociedade são apresentadas aos dirigentes públicos por meio de grupos organizados. No processo de discussão, criação e execução das Políticas Públicas, encontramos basicamente dois tipos de atores: os ‘estatais’ e os ‘privados’. É a partir dos atores protagonistas do processo, se sociedade civil organizada, ou ente público, faz-se necessário conhecer alguns dos diferentes enfoques dados ao significado de política pública. Ruas (s.d.) afirma que “embora uma política pública implique decisão política, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública”.

Para a abordagem estatista, o que determina se uma política é ou não “pública” é a personalidade jurídica do formulador. Ela admite que atores não estatais têm influência no processo de elaboração de políticas públicas, mas não confere-lhes o privilégio de estabelecer e liderar o processo. Em outras palavras, é política pública somente quando emanada de ator estatal.

Para a concepção de abordagem multicêntrica, o importante não é quem formula a política, que pode ser qualquer um, mas a origem do problema a ser enfrentado. Assim, uma política recebe o adjetivo de “pública” se o problema que tenta enfrentar é público. A abordagem multicêntrica, segundo Secchi (2013, p. 3), considera organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (policy networks), juntamente com atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas, a Sociedade Civil Organizada – SCO.

Resumidamente, tem-se que a abordagem estatista adjetiva o termo política em função do decisor e a abordagem multicêntrica adjetiva em função do objetivo da política.

A abordagem multicêntrica amplia extremamente a quantidade de políticas que possam ser classificadas como públicas, como também amplia o próprio termo política pública. Além de incorporar uma diversidade de decisores, arenas e processos, esse enfoque pode permitir uma melhor atuação do estado e atender melhor a sociedade, que quer e precisa ter as suas demandas atendidas, independentemente se pelo Estado ou pela própria sociedade.

Assim, o interesse público se forma a partir da atuação desses diversos grupos, que, com os mesmos objetivos, tendem a se unir para aumentar as possibilidades de êxito em suas reivindicações. Nesse sentido, da coalizão de forças entre os agentes interessados em pautar a ATHIS, seja por intermédio dos conselhos profissionais ou de outras instituições comprometidas com as demandas sociais, ou através da rede capilarizada da política estatal da saúde, pode-se criar estratégias e caminhos para alavancar uma implantação efetiva e democrática da ATHIS enquanto política pública de Estado.

Após o colapso do BNH, abre-se um longo período de inexistência de políticas públicas na área de habitação social e os poucos programas governamentais que seguiram investindo em habitação praticamente não proviam qualquer tipo de assistência direta à população, respondendo apenas a situações de mercado.

Com a criação do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social – SNHIS, através da Lei 11.124 em 2005 (Brasil, 2005), cuja vigência se estende até o presente, gerido pelo atual Ministério do Desenvolvimento Regional (MDR), regulamenta-se a Promoção Nacional da Política Pública de Habitação. Essa mesma Lei prevê o Plano Nacional de Habitação (PlanHab), o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social – FNHIS, e o Conselho Gestor do FNHIS, o CGFNHIS, instrumentos de combate ao déficit habitacional, configurando-se como um projeto de longo prazo, para o período de 2009 a 2023.

Com a retomada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, o FGTS, a juros baixos para financiamento de habitação e revitalização urbana, a assistência técnica é resgatada e, em dezembro de 2008, é sancionada pelo Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, a Lei 11.888 (Brasil, 2008)¹³, que cria a Assistência Técnica Pública e Gratuita às famílias de baixa renda à moradia econômica. Para acessar o FNHIS, a Lei 11.124/2005 prevê, em seu art. 12, que os Estados e Municípios devem comprometer-se a elaborar Planos Locais de Habitação de Interesse Social – PLHIS e possuírem uma estrutura baseada no esquema nacional, com conselho gestor do fundo e o fundo local de HIS, terminologia conhecida como o CPF do município.

Através do Ministério das Cidades, criado em 2003, pelo governo popular de Luiz Inácio Lula da Silva (extinto de 2019 a 2022), houve o fomento da qualificação dos quadros

¹³ No ano de 1976, com o patrocínio do CREA/RS, o sindicato dos arquitetos do Rio Grande do Sul, SAERGS, criou o programa ATME, coordenado pelos arquitetos Clovis Ilgenfritz da Silva, Newton Burmeister, Carlos Maximiliano Fayet e Claudio Casaccia, ligados ao Instituto dos Arquitetos do Brasil, o IAB, os advogados Manuel André da Rocha e Madalena Borges.

públicos de produção de Habitação Social, do planejamento nacional, estadual e municipal, das suas atuações através de seus Planos Diretores e Planos Setoriais, principalmente o PLHIS, e experiências de produção de moradia pela sociedade civil organizada.

Nos rastros de todos esses marcos na Política Habitacional, criou-se em 2009, por meio da Lei 11.977 (Brasil, 2009), o Programa Minha, Casa Minha Vida (PMCMV), cuja finalidade, segundo o *caput* do seu art. 1º, era de criar mecanismos de incentivo à produção e aquisição de novas unidades habitacionais ou requalificação de imóveis urbanos e produção ou reforma de habitações rurais, para famílias com renda mensal de até R\$ 4.650,00 (quatro mil, seiscentos e cinquenta reais). A Caixa Econômica Federal teve papel estratégico na promoção dessas políticas de planejamento, habitação e saneamento e no patrocínio de diversas iniciativas.

Na década seguinte, após a execução do programa, foram apontados diversos problemas nas habitações construídas pelo governo, como criminalidade, golpes financeiros, problemas estruturais e a localização dos condomínios, distantes dos centros urbanos. Para o antropólogo Antonio Risério, o programa construiu as favelas do amanhã e, segundo uma pesquisa feita pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e a Fundação Getúlio Vargas (FGV), divulgada em 2019, o programa levou a população às periferias. Sendo considerado pior que o BNH dos militares, que previa a remoção de pobres para a periferia, mas tinha a ideia de indústrias no entorno e quarteirões de comércio, a primeira edição do Minha Casa, Minha Vida proibia até atividade comercial.

O modo como o programa foi executado conduziu à desigualdade social na produção das cidades, devido à péssima qualidade das construções, à falta de infraestrutura urbana, serviços públicos, abastecimento, transporte, equipamentos públicos e outros serviços. Houve um movimento imenso de obras, mas quem o comandou e definiu onde se localizariam não foi o governo federal, e sim os interesses de proprietários imobiliários, incorporadores e empreiteiras.

Considerando o desenho adotado para o programa, baseado na participação do setor privado, o PMCMV relegou ao segundo plano as premissas e os debates acumulados em torno do Plano Nacional de Habitação de Interesse Social. Um dos impactos mais imediatos em relação aos programas desenvolvidos no âmbito do FNHIS foi a redução dos repasses de recursos para as ações de provisão habitacional. Desde o lançamento do PMCMV, o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social passou a concentrar seus recursos nas ações de urbanização de assentamentos precários e desenvolvimento institucional. Os recursos foram alocados em obras complementares de projetos em andamento, financiados com recursos do

Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), demonstrando o caráter subsidiário do FNHIS nas decisões de política habitacional (Cardoso *et al.*, 2011)¹⁴.

Em 2018, a Caixa Econômica Federal informou que 14,7 milhões de pessoas compraram um imóvel com o programa (7% da população brasileira). No dia 12 de janeiro de 2021, entrou em vigência a Lei nº 14.118 (Brasil, 2021), a qual instituiu o Programa Casa Verde Amarela, cujo objetivo era reformular e ampliar o PMCMV e conservar a ordem perversa da ilegalidade, desigualdade social e da lógica histórica da omissão inconstitucional do direito à moradia. Porém, com a mudança da presidência da república para o período de 2023/2026, e a recriação do Ministério das Cidades¹⁵, cuja responsabilidade de formular e implementar, de modo integrado, a Política Nacional de Desenvolvimento Urbano, permitirá que se retome a formulação e a execução das políticas de habitação, mobilidade e trânsito urbana, saneamento ambiental e demais ações de programas urbanos e metropolitanos, além de propiciar a retomada de investimentos expressivos no setor, já refletido na revisão do orçamento para o setor habitacional no ano de 2023, da ordem de R\$ 9,7 bilhões.

Diante desse desafio, fruto da coalizão de forças dos movimentos civis e instituições ligadas à arquitetura e urbanismo, o restabelecimento do PMCMV¹⁶ justifica sua relevância com o aprimoramento dos programas habitacionais existentes e diversificação das linhas de atendimento com prioridade para a Faixa 1, destinada às famílias de baixa renda. A retomada do PMCMV permitirá que se enfrentem as necessidades habitacionais das famílias de menor renda por meio de um conjunto de iniciativas destinado a ampliar o estoque de moradias, mediante a produção de novas unidades ou da requalificação de imóveis para utilização como moradia, além de tratar o estoque existente por intermédio de linhas de atendimento voltadas a promover a melhoria habitacional.

O PMCMV visa, tal como expresso no art. 1º da Medida Provisória, promover o direito constitucional à cidade e à moradia a famílias residentes em áreas urbanas e rurais, associando-o ao desenvolvimento urbano e econômico, à geração de trabalho e renda e à elevação dos padrões de habitabilidade e qualidade de vida da população. Inclui, em seu art. 2º, inciso II,

¹⁴<https://doi.org/10.1590/2175-3369.011.001.AO04>.

¹⁵ Decreto n. 11.333, de 01 de janeiro de 2023, que aprovou a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do ministério das cidades (Brasil, 2023).

¹⁶ Medida Provisória nº 1162 de 2023, que dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida, altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, a Lei nº 8.677, de 13 de julho de 1993, a Lei nº 9.514, de 20 de novembro de 1997, a Lei nº 10.188, de 12 de fevereiro de 2001, a Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, a Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020, e a Lei nº 14.382, de 27 de junho de 2022.

como objetivo, a promoção da melhoria de moradias existentes para reparar inadequações habitacionais. Em suas diretrizes destacam-se: o atendimento habitacional prioritário às famílias de baixa renda, consideradas a realidade local e a diversidade regional, urbana e rural, ambiental e climática, social, cultural e econômica do País. A concepção da habitação no sentido amplo de moradia com a integração das dimensões física, urbanística, fundiária, econômica, social, cultural e ambiental do espaço em que a vida do cidadão acontece, o estímulo ao cumprimento da função social da propriedade e do direito à moradia, nos termos do disposto na Constituição, a promoção do planejamento integrado com as políticas de desenvolvimento urbano, de habitação, de infraestrutura, de saneamento, de mobilidade e de gestão do território e de forma transversal com as políticas ambiental e climática, de desenvolvimento econômico e social e de segurança pública, entre outras, com vistas ao desenvolvimento urbano sustentável. O estímulo a políticas fundiárias que garantam a oferta de áreas urbanizadas para habitação, com localização, preço e quantidade compatíveis com as diversas faixas de renda do mercado habitacional, de forma a priorizar a faixa de interesse social da localidade, a redução das desigualdades sociais e regionais do País, a cooperação federativa e fortalecimento do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social - SNHIS, de que trata a Lei nº 11.124, de 16 de junho de 2005.

3.1.1. Instrumentos da política urbana para a gestão da saúde urbana

O Estatuto da Cidade (Lei 10.257/01) é um instrumento da política urbana por definir que a propriedade privada deve cumprir sua função social, iniciando assim um diálogo para a construção da cidade saudável. Considerando-se a obrigatoriedade da realização do Plano Diretor e sua revisão a partir do décimo ano de sua formulação, momento de muitos municípios, ele torna-se um mecanismo fundamental ao acesso da participação popular na formulação de políticas públicas de uso e ocupação do solo.

Com a regulamentação dos artigos 182 e 183 da Constituição de 1988 pela Lei nº 10.257/01 (Estatuto da Cidade), a Política Urbana ganhou uma série de instrumentos jurídicos, políticos, técnicos e financeiros que podem efetivamente transformar a realidade vivida pelas cidades. Nessa “caixa de ferramentas”, o instrumento básico de implantação da política de desenvolvimento das funções sociais da cidade (habitação, circulação, trabalho, lazer) e da propriedade urbana (serventia real) denomina-se Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (Xavier, 2021).

A instituição de Zonas Especiais de Interesse Social, também denominadas Áreas de Especial Interesse Social, é um instrumento urbanístico que flexibiliza a legislação e garante diversidade tipológica arquitetônica na cidade, além de garantir maiores meios de regularização fundiária para quem lá reside (Brasil, 2021). A aplicação desse instrumento serve como uma possibilidade de intervenção no território sem obedecer às mesmas normas estabelecidas para o entorno, por meio de mudança da lei de Uso e Ocupação do Solo do local, de maneira que se possa garantir uma atuação pública ou particular mais adequada à população mais carente (Brasil, 2021).

O plano diretor não possui instrumentos que se aproximem com a saúde. Não considera o espaço como algo que interfere na saúde das pessoas. A Lei de ATIS, regulamentada junto ao plano diretor e este junto à política de saúde e de saneamento básico pode ser o vínculo que fomenta o serviço de arquitetura social vinculada à promoção de saúde, causando não só uma mudança em cunho habitacional, mas alterando beneficentemente diversos fatores da cidade.

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, como o Ensino Público e Gratuito em todos os níveis – do fundamental ao universitário – ou, ainda, como os Serviços de Assistência Judiciária Gratuita, pode corrigir as deformações da produção do espaço urbano, garantir condições dignas de uma moradia, universalizar o acesso à arquitetura a todos os cidadãos e em benefício da cidade e da sociedade.

Malgrado os efeitos danosos e perversos impostos pela desigualdade socioeconômica, pela má distribuição de renda e da riqueza, pode-se concluir que o problema da falta de moradia e da sub-habitação deve ser entendido como um problema de “saúde urbana”. A desorganização urbana, a ocupação de áreas de risco, a precariedade técnico-construtiva e a falta de poder aquisitivo para o acesso das famílias aos serviços de arquitetura e engenharia são como problemas de “saúde da cidade” e assim devem ser enfrentados.

O Estado, além de garantir o direito constitucional à moradia, deve promover a qualidade do ambiente como suporte de uma vida saudável e segura à toda população.

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 desses profissionais pode contribuir para a cadeia construtiva dos novos assentamentos populacionais.

3.1.2. A Lei Federal 11.124/2005 – SNHIS/FNHIS

A aprovação do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social – SNHIS é considerada uma conquista dos movimentos populares, pois seu projeto de lei foi resultado de uma mobilização nacional de diversas entidades representativas dos movimentos populares de luta pela moradia. O projeto de lei foi apresentado no dia 19 de novembro de 1991 por organizações e movimentos populares urbanos filiados ao Fórum Nacional de Reforma Urbana, tendo sido assinado por mais de um milhão de pessoas e tramitando por 13 anos até ser aprovado em junho de 2005.

Marco inicial nesse quadro, a Constituição Federal (CF) de 1988 buscou a descentralização administrativa e fortaleceu o papel dos municípios. Fazem parte desse contexto a aprovação do Estatuto da Cidade, em 2001, a criação do Ministério das Cidades em 2003 e a criação do SNHIS. Neste Sistema, insere-se o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social. Esse novo desenho institucional coloca para os municípios a tarefa de criar e aperfeiçoar o seu quadro normativo próprio, a partir dos instrumentos criados pelo Estatuto da Cidade e das responsabilidades que passam a assumir, criando mecanismos administrativos, no âmbito de suas políticas habitacionais, que permitam atender às exigências dos Planos Diretores e a adesão ao SNH.

O SNHIS tem como objetivo principal o equacionamento do problema do déficit habitacional, por meio de programas e ações que invistam na melhoria das condições de habitabilidade, incorporando o planejamento e provisão habitacional, a urbanização, regularização e integração de assentamentos precários e a assistência técnica. Ele é regulamentado pela Lei Federal nº 11.124 de junho de 2005 e está direcionado à população de baixa renda, especialmente a que se encontra com rendimentos de até 03 salários mínimos. A mesma lei federal também instituiu o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social (FNHIS) e seu Conselho Gestor (CGFNHIS).

O Fundo teve sua previsão na referida lei por meio do Art. 7º, possui natureza contábil e centraliza os recursos orçamentários para os programas estruturados no âmbito do SNHIS. Entre as receitas que o compõem estão: recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, dotações do Orçamento Geral da União - OGU, classificadas na função de habitação,

receitas decorrentes da alienação dos imóveis da União e outros recursos que lhe vierem a ser destinados.

No âmbito do FNHIS verifica-se a possibilidade de destinação de recursos para a ação de Assistência Técnica gratuita nas áreas de Arquitetura, Urbanismo e Engenharia por meio do Art. 11º:

Art. 11. As aplicações dos recursos do FNHIS serão destinadas a ações vinculadas aos programas de habitação de interesse social que contemplem: [...]
§ 3º Na forma definida pelo Conselho Gestor, será assegurado que os programas de habitação de interesse social beneficiados com recursos do FNHIS envolvam a assistência técnica gratuita nas áreas de arquitetura, urbanismo e engenharia, respeitadas as disponibilidades orçamentárias e financeiras do FNHIS fixadas em cada exercício financeiro para a finalidade a que se refere este parágrafo (Brasil, 2005).

Figura 12 – Organograma da Política Nacional de Habitação



Fonte: Governo Federal; Ministério das Cidades e Secretaria Nacional de Habitação, 2014.

A partir de 2008, o FNHIS, por meio de uma modalidade denominada justamente “Produção Social da Moradia” (PSM), possibilitou que entidades privadas sem fins lucrativos, previamente habilitadas, pudessem pleitear recursos para produção ou aquisição de unidades habitacionais ou requalificação de imóveis, e também para produção ou aquisição de lotes urbanizados. O público-alvo seria, portanto, o mesmo do Crédito Solidário. Infelizmente, o atendimento foi muito limitado, tendo sido selecionados somente 61 projetos em 2008, no valor total de R\$ 115 milhões, dentre mais de mil propostas submetidas, no valor total de quase R\$ 1,7 bilhão. A ideia de PSM dentro do FNHIS não se limitou à iniciativa descrita acima: após a aprovação da Lei 11.888/2008, ele também viria a apoiar a prestação de serviços de ATHIS, a serem contratados tanto por estados e municípios como por entidades organizadoras privadas, sem fins lucrativos. Também foi inovadora a possibilidade de contratação de mão de obra para melhorias habitacionais em áreas consolidadas, em obras executadas pelos próprios

beneficiários, em regime de mutirão, autoconstrução ou autogestão – modalidade que atenderia à demanda e à necessidade de movimentos de luta pela moradia (Balbim *et al.*, 2023).

A transferência de recursos do FNHIS para estados, Distrito Federal e municípios fica condicionada à elaboração do PLHIS nos termos e prazos definidos pelo CGFNHIS. São programas financiados por esse Fundo: ações de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários, e de Habitação de Interesse Social.

O programa “Habitação de Interesse Social”, por sua vez, é composto por 4 (quatro) ações: apoio à Provisão Habitacional de Interesse Social; prestação de Serviços de Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social; apoio à Produção Social da Moradia; e apoio à Elaboração dos Planos Locais de Habitação de Interesse Social.

O Conselho Gestor do FNHIS é um órgão de caráter deliberativo, composto de forma paritária por órgãos e entidades do poder executivo e representantes da sociedade civil. A ele compete estabelecer diretrizes e critérios de alocação dos recursos do FNHIS, observados a Política Nacional de Habitação, a Lei n.º 11.124/2005, o Plano Nacional de Habitação e as diretrizes do Conselho das Cidades, bem como aprovar orçamentos e planos de aplicação e metas anuais e plurianuais dos recursos do FNHIS, entre outras.

CGFNHI é constituído pelos segmentos que compõem o Conselho das Cidades, possibilitando uma gestão democrática e participativa com representação social. De acordo com o Decreto nº 5.796/2006, o CGFNHIS é composto por representantes da: administração pública federal (com 12 representantes); de organizações da sociedade civil (com 12 representantes); 3 representantes de entidades vinculadas aos movimentos populares; de entidades vinculadas aos trabalhadores; de entidades da área empresarial; 1 da área acadêmica, profissional ou de pesquisa e 1 de organização não governamental (ONG).

O CGFNHIS definiu o Plano Local de Habitação de Interesse Social (PLHIS) como documento de caráter administrativo, que abrange um conjunto articulado de diretrizes, objetivos, metas, ações e indicadores que caracterizam, em determinado prazo, os instrumentos de planejamento e gestão dos estados, Distrito Federal e municípios para a área de habitação de interesse social. A nível municipal, o Sistema Local de Habitação de Interesse Social – SLHIS, deve ser instituído por lei municipal, possuir um sistema de gestão descentralizado, democrático e participativo, que busca compatibilizar e integrar a política habitacional e as demais políticas setoriais de desenvolvimento urbano, ambientais, de inclusão social, de saúde e saneamento municipal. Para aderirem ao Sistema, estados, Distrito Federal e municípios deverão empreender medidas de âmbito institucional, comprometendo-se a constituir o Fundo Local de Habitação de Interesse Social, criar o Conselho Gestor do Fundo Local e elaborar o Plano Local

Habitação de Interesse Social. Para os municípios abaixo de 50 mil habitantes, propõem um Plano Local de Habitação de Interesse Social Simplificado, padronizado.

De modo sintético, o PLHIS aborda o levantamento do perfil socioeconômico da população de baixa renda; a caracterização da inserção regional e urbana do município; o dimensionamento e qualificação da oferta e das necessidades habitacionais; e levantamento das condições legais, institucionais e administrativas do município na área habitacional, que são o Diagnóstico Habitacional do Município, e estabelece os princípios e diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e estratégias de ação, que são o Plano de Ação Habitacional.

A criação desse sistema colabora para o fortalecimento e institucionalização das políticas públicas de promoção da habitação em todo o país. A elaboração, em municípios de todo o país, dos Planos Locais de Habitação de Interesse Social (PLHIS) e dos Planos estaduais são ações decorrentes da estruturação do SNHIS e do FNHIS.

3.1.3. A Lei 11.888/2008 – ATHIS

Com o início na década de 1970, a ATME – Assistência Técnica para Moradia Econômica, lançada no Rio Grande do Sul, foi como um embrião para a ATHIS. Um dos criadores da ATME, Clóvis Ilgenfritz, arquiteto e urbanista, propõe um projeto de lei federal (PL 6223/02) similar à proposta da ATME na Câmara. Na época, havia uma iniciativa de assistência técnica embutida nos programas habitacionais do Banco Nacional de Habitação (BNH) que apresentavam, de maneira geral, resultados pouco qualificados aos moradores, visto que estavam notadamente direcionados e comprometidos com os interesses das grandes construtoras e financiadores.

Criado em 1964 e extinto em 1986, o BNH foi pautado pela produção majoritária de unidades habitacionais novas, no qual os chamados programas “alternativos” ou “especiais”, criados no final dos anos 1970, contemplaram a autoconstrução e a reurbanização de áreas degradadas, mas atingiram baixo desempenho quantitativo. O fechamento do BNH deu-se de forma abrupta e explicitou a falta de proposta do governo federal para o setor, seguindo-se um período de confusão institucional e crise financeira. Uma mudança de orientação teria ocorrido em meados da década de 1990, pós-Plano Real, quando a política federal ampliou a atuação no financiamento a estados e municípios para melhorar assentamentos precários (programas Pró-Moradia e Habitar-Brasil). No período 1995-1997, a maior parte dos recursos desses programas

(75,5%) foi investida em urbanização, melhoria habitacional e infraestrutura, contra 24,2% investidos em produção de moradias novas (SANTOS, op. cit., p. 24). No final desse intervalo, entrou em operação o programa Habitar-Brasil-BID (HBB), que incorporou recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e ampliou ainda mais a atuação em assentamentos precários (Balbim *et al.*, 2023).

No âmbito da legislação, uma emenda popular incluiu na Constituição Federal de 1988 um capítulo sobre política urbana tratando dos instrumentos de reforma urbana e da função social da cidade. O período de recrudescimento das liberdades e direitos do período ditatorial formatou o Movimento de Luta pela Reforma Urbana no país e a própria emenda popular, a partir de debates que foram se aprofundando desde o Congresso do Quitandinha, em 1963. A partir do final dos anos 1990, começam a surgir leis municipais visando assegurar a assistência técnica para planos, projetos e produção habitacional. Casos como esses foram se sucedendo em cidades como Porto Alegre (RS), Campo Grande (MS), São Paulo (SP), Vitória (ES) e Belo Horizonte (MG) (IAB, 2010). Em 2000, a moradia é incluída no Art. 6º da CF, passando a integrar o rol dos direitos sociais.

Em movimento paralelo, na cidade de São Paulo dos anos 1980, algumas iniciativas lideradas por movimentos sociais assessorados por equipes técnicas multidisciplinares e coordenadas por profissionais de arquitetura e urbanismo desenvolveram experiências de assistência técnica coletiva, executando projetos e obras de conjuntos habitacionais em regime de mutirão e autogestão.

Essa experiência foi institucionalizada pela Prefeitura de São Paulo através do Programa FUNAPS¹⁷ Comunitário. Esse rico processo formatou o campo profissional das Assessorias Técnicas, que teve seu auge no final dos anos 1980, mas que moldou toda uma geração de profissionais comprometidos com o tema da “produção social da moradia” (Balbim e Krause, 2014, p. 190) em São Paulo.

Ainda segundo os registros historiográficos do Manual do Instituto de Arquitetos do Brasil – IAB, no final da década de 1990 a Federação Nacional dos Estudantes de Arquitetura e Urbanismo do Brasil (FENEA) cria o Escritório Modelo de Arquitetura e Urbanismo (EMAU). De forma inédita, essa iniciativa de cunho acadêmico aproximou-se das comunidades de baixa renda, tornando-se ponto de referência país afora e formando milhares de profissionais comprometidos com a pauta.

¹⁷ Fundo de Atendimento à População Moradora em Habitações Subnormais.

Cabe também citar que, desde a extinção do Banco Nacional de Habitação (BNH), inexistia no país uma estrutura unificada de financiamento para promoção de políticas públicas habitacionais de caráter nacional. Por sua vez, no primeiro mandato dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) houve uma inovação, na forma do programa Crédito Solidário, criado em 2004. Trata-se de financiamentos a entidades privadas sem fins lucrativos, que atuam dentro dos moldes da chamada Produção Social da Moradia (PSM), que compreende formas variadas de produção da habitação, envolvendo em graus diversos os circuitos formais da economia, sejam públicos ou privados, mas guardando a organização do processo e a definição das 16 principais diretrizes do projeto e do pós-morar nas mãos e nos mecanismos de organização coletiva dos próprios moradores (Balbim; Krause, 2014, p. 190). A provisão por meio de cooperativas e associações habitacionais seria mantida a partir de 2009 em uma modalidade do programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV), denominada “Entidades”, que deu novo fôlego ao Crédito Solidário.

Somente em 2005 é criado o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social, o SNHIS, com objetivo de implementar investimentos e subsídios advindos do Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social (FNHIS), visando a gestão de recursos destinados a implementar políticas habitacionais direcionadas à população de baixa renda, para viabilizar programas no âmbito do SNHIS.

Em dezembro de 2008 é sancionada pelo Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva a Lei nº 11.888, que cria a Assistência Técnica Pública e Gratuita às famílias de baixa renda, também conhecida como “Lei de ATHIS”, a herdeira da ATME de 1976.

Diretamente ligada à política nacional de habitação, à assistência técnica pública e gratuita para famílias de baixa renda, é um instrumento da política urbana que assegura o direito para o projeto e a construção de habitação de interesse social. A Lei Federal nº 11.888/2008 é parte integrante do direito social à moradia previsto na Constituição Federal, Art. 6º, e consoante ao especificado no 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.

A lei tem sido chamada de “SUS da habitação”, em uma referência ao sistema único de saúde nacional, público e gratuito, na provisão de novas políticas de ocupação e gestão do território. Com o intuito de priorizar a inclusão social nas estruturas urbanas existentes e a conservação ambiental, a Lei da ATHIS instaura uma nova dimensão cultural no processo de

urbanização das cidades brasileiras na busca pela qualidade do espaço construído, no planejamento urbano democrático com vistas a cidades saudáveis.

Contudo, a sua efetivação como Política Pública, enquanto instrumento do Plano Nacional de Habitação (PlanHab), a ser executada em todo território nacional, sofreu reveses pelo programa Minha Casa, Minha Vida ao fragilizar o previsto no artigo 6º da Lei 11.888, nos artigos 7º e 11º da Lei 11.124, e negar os objetivos da ATHIS, como preconizados no artigo 2º da Lei 11.888:

I - otimizar e qualificar o uso e o aproveitamento racional do espaço edificado e de seu entorno, bem como dos recursos humanos, técnicos e econômicos empregados no projeto e na construção da habitação; II - formalizar o processo de edificação, reforma ou ampliação da habitação perante o poder público municipal e outros órgãos públicos; III - evitar a ocupação de áreas de risco e de interesse ambiental; IV - propiciar e qualificar a ocupação do sítio urbano em consonância com a legislação urbanística e ambiental (Brasil, 2008).

O que se tem presenciado, até o momento, sobre programas habitacionais produzidos pelo poder público em larga escala, são deformações e lacunas. A produção arquitetônica e urbanística é equiparada, em custos, com serviços como terraplanagens, fundações, acabamentos etc., e a qualidade da moradia, fruto de um bom projeto que atenda as reais necessidades de seus moradores, fica sujeita à legislação de licitações e, nesse contexto, é notável a baixa qualidade espacial das habitações produzidas e a repetição de projetos e soluções sem nenhuma particularidade ou adaptação aos diferentes locais ou mesmo às condições familiares específicas aos quais se destinam.

Essas ações, geralmente, não atendem às demandas isoladas, ou seja, às famílias que não pertencem a um movimento organizado ou não residam em vilas ou favelas. Não há solução para a qualificação da moradia desse segmento, que acaba empurrado para as soluções de mercado, na prática, inacessíveis para suas faixas de renda. É nessa relação com o mercado que aparecem as grandes contradições, motivadas pelo baixo poder aquisitivo da população. Os indicadores apontam que a maior concentração do déficit habitacional do país é de famílias com ganho (quando existente) de até três salários mínimos.

A falta de alternativas de habitação econômica fez da autoconstrução a solução encontrada por uma parcela significativa da população para resolver os seus problemas de moradia. Para a população de baixa renda, a construção da casa própria se dá normalmente sem a orientação técnica. Trabalhando nos finais de semana ou nas horas de folga e absorvendo boa parte das economias, sem ao menos ter a garantia da posse da propriedade e da segurança de

sua estrutura. Quando a autoconstrução ocorre em áreas de risco ou de interesse ambiental, coloca a vida de todos os moradores em perigo frente a eventos como deslizamentos de encostas, alagamentos ou inundações.

Contudo, dois fatores competem para dificuldade de implementação dessa lei: demais legislações e capital humano e econômico. Isso se dá porque, de acordo com a Constituição Federal de 1988, compete à União privativamente legislar sobre desapropriação, instituir as diretrizes da política de transportes e mobilidade. Já o saneamento compete aos estados e regiões metropolitanas e aglomerações por ele agrupadas. Por fim, a competência da gestão do solo urbano cabe aos municípios, juntamente com a regularização fundiária. Como indicam Félix e Nori (2020, online):

Na prática, as políticas necessárias para implementação da assistência técnica à moradia de interesse social no território municipal, dependem fundamentalmente de que sejam aprovadas leis por cada câmara de vereadores e decretos emitidos pelos prefeitos de cada município. Neste sentido, para implementação desta importante lei 11.888/2008 são necessários dois movimentos institucionais: aprovação de uma EC – Emenda Constitucional que institua o papel e atribuições de cada ente federativo (União, Estados e Municípios) no estabelecimento de uma Política Nacional de Assistência Técnica ou aprovação em âmbito local (Câmara de vereadores) de uma legislação sobre o assunto (Félix e Nori, 2020).

Especificamente a respeito da ATHIS, foi recomendado pelo documento “*The right to Adequate Housing*” (UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991) ou “O Direito à Moradia Adequada” (em livre tradução), do Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos, o atendimento de uma série de quesitos e frentes de atuação, como:

(1) Segurança da posse: A regularização fundiária é necessidade básica e provedora de garantia da segurança da posse;

(2) Estrutura institucional adequada: Além do poder público atuante, outras instituições podem agir como ATHIS: universidades e outras instituições de educação, autarquias como os conselhos de arquitetura, de engenharias, serviço social e a Ordem de Advogados, além da iniciativa privada (escritórios, profissionais autônomos) são capazes de agir em conjunto na promoção de assistências. Ademais, Organizações Não Governamentais (ONGs) também têm forte impacto na atuação, juntamente com associações de moradores;

(3) Aplicabilidade da Habitação Saudável como parâmetro de qualidade e norteador dos projetos, obras e reformas: garantindo segurança, qualidade ambiental, sanitária e proteção física;

(4) Preço: medidas públicas que viabilizem os investimentos na moradia por meio da transferência de renda e linhas de crédito, como o Bolsa Família e o Construcard, do governo Federal, para compra de material de construção e reforma, poderiam ser ampliadas para contratação de profissionais técnicos;

(5) Valor: essa construção deve ser adequada àquele que habita, representando também a identidade cultural desse. Para isso, o método construtivo e materiais empregados devem ser pensados com essa perspectiva também.

A ATHIS atende a população onde ela está, evitando a criação de novas demandas por infraestrutura, serviços e transporte; assegura a construção de moradias em áreas adequadas em conformidade com a legislação urbanística e ambiental, qualificando o espaço urbano; inclui a população de baixa renda em políticas sociais e no mercado formal por meio da regularização do imóvel; promove a construção civil de pequena escala associada à habitação popular, a partir da compra de materiais e contratação de mão de obra local; capacita a comunidade nos sistemas de mutirão; melhora a qualidade de vida da população no rendimento escolar; diminui os custos com saúde pública, pois casas bem iluminadas, ventiladas e com infraestrutura instalada previnem o surgimento de doenças e acidentes domésticos.

Trata-se de uma política que, além de assegurar moradia adequada com segurança e habitabilidade à população de baixa renda, ainda movimentar a economia e o comércio local, gera emprego e renda na área da construção civil, melhora a qualidade de vida e diminui os gastos com saúde pública associados às condições de salubridade da habitação e de seu entorno.

Em síntese, a moradia adequada deve prover mais do que quatro paredes e um telhado. E é por meio dessa interpretação que a lei da ATHIS foi criada e deve atuar.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Como dito, o objetivo deste texto é compreender possíveis intersectorialidades entre Política Habitacional via ATHIS e a Política de Saúde, que se baseie numa implementação capaz de traduzir as práticas sociais. Para tanto, neste tópico, será necessário fazer uma breve reconstituição histórica dos avanços institucionais da política de promoção de saúde, para então vislumbrarmos aberturas para a inclusão de questões ligadas à habitabilidade, salubridade, relativas à qualidade das moradias e o processo entre saúde e doença, na perspectiva da promoção de saúde através de melhorias habitacionais.

Lançando as bases da medicina comunitária brasileira, foram surgindo experiências de integração ensino-serviço, a partir da organização dos Departamentos de Medicina Preventiva

nas universidades brasileiras entre as décadas de 60 e 70 e buscavam a interiorização da medicina, passando a fazer parte dos programas de formação médica. Alguns desses exemplos incluíram práticas de medicina comunitária nas cidades de Montes Claros (Minas Gerais) e Murialdo (Rio Grande do Sul). Essa última, inclusive, foi responsável pelo desenvolvimento de um programa de residência multiprofissional em saúde (Conill, 2008). Inspirado nessas experiências, o governo federal lançou, no fim da década de 70, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), voltado para a expansão da cobertura de serviços. A proposta inicial era implantar ações elementares de saúde em comunidades de até 20.000 habitantes do Nordeste brasileiro, utilizando como força de trabalho pessoas recrutadas na própria comunidade, o que se repetiria mais tarde, em relação aos agentes comunitários de saúde (ACS), no Programa de Saúde da Família (Fausto; Matta, 2007).

O movimento da promoção da saúde teve na Carta de Ottawa¹⁸ seu marco histórico. Por conseguinte, a Saúde Pública começou a trazer as pessoas para o centro do processo do cuidado, organizando suas práticas não mais exclusivamente em torno da doença (Czeresnia e Freitas, 2003, p. 20). Esse documento categorizou ações para que todos os países pudessem implementar estratégias de Promoção da Saúde, indicando a adoção de medidas necessárias, o que incluía políticas públicas saudáveis em setores não relacionados à saúde.

A Carta de Ottawa 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. Também elencou as estratégias de Promoção da Saúde: (1) a defesa das causas da saúde (*advocacy*) 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, e 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 Pan-Americana de Saúde, 1986). Tratou-se do documento de referência para as conferências posteriores¹⁹ e oficializou a racionalidade de saúde para além do campo biomédico. O conjunto de Conferências trouxe à

¹⁸ A Carta de Ottawa é um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Trata-se de uma Carta de Intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal (Organização Pan-Americana de Saúde, 1986).

¹⁹ Declaração de Adelaide, OMS -1988 apud BRASIL, 2002; Declaração de Sundswall, OMS -1991; Declaração de Santafé de Bogotá, OMS, 1992 apud BRASIL, 2001 e Declaração de Jacarta, OMS, 1997.

luz de discussão as questões urbana, sanitária e habitacional como cofatores de responsabilidade no desenvolvimento sustentável das cidades e de impacto na saúde dos habitantes.

Paralelamente, a OMS e agências regionais iniciaram o Movimento Cidades Saudáveis em 1986, também como desdobramento da Conferência de Ottawa. Tratou-se de uma resposta aos problemas urbanos contemporâneos (aumento populacional, adensamento, falta de infraestrutura, etc.), identificando o município como agente mais direto de aplicabilidade das políticas de promoção da saúde.

O Movimento Cidades Saudáveis, projeto de desenvolvimento social, que teve a saúde e suas múltiplas determinações como centro de atenções, foi parte de um conjunto de políticas urbanas com participação da ONU, OMS, do Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos (ONU-Habitat), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e do Fundo das Nações Unidas para a Criança (Unicef), que visou intervir diretamente nos meios urbanos, influenciando políticos e planejadores locais e proporcionando melhora na qualidade de vida das populações a nível local (Costa, 2022).

A contar da Constituição de 1988, posterior implantação do SUS e descentralização da saúde na década de 1990, através da Lei 8.080/1990, o gestor municipal passa a ser o responsável pela Saúde de seus municípios e direciona a reorganização da atenção básica baseada em espaços geográficos, considerados territórios dinâmicos, pois envolvia equipamentos e relações sociais que estavam sempre em processo. As proposições têm tido nos municípios o lugar privilegiado para a implementação de estratégias de saúde, tendo em vista que, pelas características do SUS, a menor esfera pública e mais próxima da população é o município. Tal perspectiva caracteriza uma concepção de território no setor Saúde que delimita uma população, vivendo em tempo e espaço determinados, com necessidades e problemas de saúde com um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (Mendes, 1993).

A incorporação de um conceito de saúde mais abrangente passou a ser vista tanto como resultante das condições de vida, acesso aos serviços de Saúde, como também de fatores individuais, que busquem um estilo de vida saudável, além da relação com o Meio Ambiente, que procura romper com abordagem biologicista, própria da formação em saúde, para um olhar voltado para os determinantes sociais de Saúde. A partir das definições constitucionais, das legislações que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004- 2007), foi aprovada, em

2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde²⁰ - PNPS, visando o enfrentamento dos desafios de produção da saúde e a qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Quando se combina uma visão mais abrangente de saúde, onde o papel do ambiente físico e social torna-se modelador da saúde das pessoas, onde necessita-se aferir as consequências das doenças tendo como objeto as desigualdades injustas e evitáveis do ambiente físico, social e em saúde, se confere uma abertura para a proposição da inclusão de profissionais externos à saúde, como arquitetos e urbanistas e de engenheiros sanitaristas de forma pública e gratuita, na rede de Saúde dos municípios.

A PNPS de 2006 e sua reformulação de 2014 é um marco histórico da República brasileira, por participar institucionalmente na pauta do planejamento urbano disponibilizando outras ferramentas. O objetivo dessa 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.

Nessa perspectiva, identificou-se um crescimento de dispositivos interdisciplinares e intersetoriais que contribuem para o desenvolvimento de cidades saudáveis, tendo o planejamento urbano como uma das ferramentas para a melhoria da qualidade de vida, colaborando na promoção da saúde. Ao estudar e refletir essa reformulação, foi possível identificar relações significativas entre as políticas de promoção da saúde e de saúde urbana, do Estatuto da Cidade e a Lei de ATHIS. A ideia é mostrar o número de indicações dentro da política de promoção da saúde relacionadas ao planejamento urbano. Ambas se relacionam com o estatuto da cidade e com as participações sociais e territórios.

²⁰ De acordo com o glossário do Centro Cultural do Ministério da Saúde (s.d.) , Promoção da saúde se define como: “(...)conjuntos de ações sanitárias integradas, inclusive com outros setores do governo e da sociedade, que busca o desenvolvimento de padrões saudáveis de: qualidade de vida, condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, atividade física, lazer entre outros”.

Figura 13 – Quadro com aproximações entre o Estatuto da Cidade, a PNPS de 2014 e a Lei de ATHIS. Adaptado de LABINUR, 2016²¹

Lei 10.257/2001 (Estatuto da Cidade)	Portaria 2.446/2014 (PNPS 2014)	Lei 11.888/2008 (ATHIS)	Os Dispositivos tratam
Art. 3º, inciso IV; Art. 41, § 3º	Art. 7º, inciso III	Art. 2º, § 2º, inciso I, II	Mobilidade; Acessibilidade; Desenvolvimento seguro (saneamento, habitação, transporte).
Art. 1º	Art. 7º, inciso V	Art. 2º, § 2º, inciso III, IV	Bem-estar; Ambiente Saudável
Art. 2º, inciso II; Art. 45	Art. 7º, inciso VII	Art. 3º, § 1º, § 2º, inciso I	Participação popular; Autonomia

Fonte: Adaptado de Sperandio, Francisco Filho e Mattos (2016).

Figura 14 - O quadro especifica dispositivos da reformulação da PNPS de 2014 e a correlação dos princípios e as abordagens que permeiam a questão do planejamento urbano

PNaPS Portaria 2.446/14	Característica	Abordagem
Art. 5º, inciso II	Equidade	Planejamento de ações de promoção da saúde, favorecendo a construção de espaços de produção social saudável, em vista aos direitos humanos.
Art.7º, incisos II, IV, V, VI, VIII	Objetivo da PNPS/14	Mobilidade e acessibilidade saudável e segura; promover a cultura da paz em territórios e municípios; apoiar a produção de ambientes saudáveis em busca do bem viver; valorizar os saberes populares; autonomia para sujeitos e coletividade.
Art. 8º, inciso IV	Transversalidade	Ambientes Saudáveis
Art. 9º, incisos II e VIII	Intra e Intersetorialidade	Estratégias para promover a saúde; participação e disseminação dos saberes
Art. 10, incisos II, III e VIII	Prioritária	Alimentação saudável com inclusão social e diminuição da pobreza (hortas urbanas); práticas corporais e atividades físicas, ciclovias); promoção do desenvolvimento sustentável na cidade.
Art. 11, inciso X	Pacto Interfederativo	Intercâmbio de experiências, pesquisas e estudos que visam o aperfeiçoamento tecnológico e disseminação do conhecimento.

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral,

²¹ Brasil. São Paulo. Campinas. Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo, Universidade Estadual de Campinas. Laboratório de Investigações Urbanas (LABINUR/FEC-Unicamp).

universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (Centro Cultural do Ministério da Saúde, s.d.).

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) estão (1) a universalização, onde a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar esse direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais; (2) a equidade, cujo objetivo é diminuir desigualdades, investindo mais onde a carência é maior; e (3) a integralidade, onde as ações devem estar conectadas, desde o acesso à promoção da saúde, à prevenção de doenças, ao tratamento e reabilitação. Esse princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

3.3.1. Redes de Atenção à Saúde

Constatou-se até aqui que, por meio de ações de melhorias de infraestrutura e melhorias edilícias, e pela atuação intersetorial entre diferentes áreas, ações de promoção de saúde através da moradia repercutem na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Buscou-se mostrar em que medida uma compreensão mais abrangente de saúde pública e os avanços institucionais do SUS permitem aberturas para políticas intersetoriais que incluam melhorias habitacionais. Neste tópico, devemos mostrar, de modo mais situado, a forma como isso se efetiva, através das já existentes redes de atenção à saúde primária.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a

determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por essa população. As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos:

- A população;
- A estrutura operacional;
- O modelo de atenção à saúde.

3.3.1.1 A população

O primeiro elemento das redes de atenção à saúde, e sua razão de existir, é uma população. O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

3.3.1.2 A estrutura operacional

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto às ligações que comunicam os diferentes nós. O quinto é o componente que governa as relações entre os quatro primeiros.

A equipe da atenção primária à saúde se organiza a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem

procedimentos mais caros; mais equitativos por que discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade por que colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e ofertam tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde.²²

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a realização de visita domiciliar, a execução de ações de educação e atenção à saúde no âmbito da unidade básica ou em outros espaços comunitários, como escolas ou praças, por exemplo. Tão logo tem início o trabalho das equipes, todos devem participar do processo de territorialização e mapeamento do território, identificando grupos, famílias e ambientes de maior vulnerabilidade (Ministério da Saúde, 2012). Nesse momento, geralmente, são confeccionados os mapas, com divisão das áreas de responsabilidade de cada equipe, sendo estas, então, subdivididas em microáreas, uma para cada Agente Comunitário de Saúde (ACS). Essa lógica facilita o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, segundo os três pilares da Vigilância à Saúde: território, problemas e práticas de saúde (HINO ~~et al.~~, 2011). Assim, o mapeamento de uma área que concentra muitos casos de tuberculose por ventilação e iluminação inadequadas, por exemplo, poderia, em tese, sofrer intervenção através da mobilização comunitária fomentada pelas equipes de saúde.

Os pontos de atenção secundários são os nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular, ou seja, a correspondência entre a quantidade de serviços aplicados, usando determinada tecnologia, e a produção ou resultado máximo obtido.

Os pontos de atenção terciários são mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. São os sistemas de apoio, os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

A construção social das redes de atenção à saúde precisa ser alimentada por bons sistemas de informação em saúde. Eles compreendem os determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde operam; os insumos

²² Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008: A atenção primária à saúde: agora mais do que nunca. Brasília: OMS; 2008. Acessado em 28 de novembro de 2021.

dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política e a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; a performance dos sistemas de atenção à saúde; os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde; e a equidade em saúde.

O quarto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas logísticos, o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde.

O quinto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas de governança. A governança das redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita.

3.3.1.3 O modelo de atenção à saúde

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde, que são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

3.3.2 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família²³

A concepção da Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica à Saúde, remonta ao ano de 1920, época da publicação do Relatório Dawson, na Inglaterra, que influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, um modelo assistencial organizado por centros de saúde primários e secundários, uma gama de serviços prestados no domicílio e hospitais-escola (Starfield, 2004). Os centros de saúde primários e os cuidados domiciliares

²³ As informações contidas nesse tópico foram, em boa parte, obtidas no trabalho de Durovni (2013).

deveriam ser regionalizados, possibilitando aos médicos de formação generalista ofertar cuidado acessível às pessoas, resolvendo a maior parte dos problemas de saúde, segundo as necessidades locais. Dessa forma, autoridades sanitárias desenvolveram o conceito de distrito sanitário e de cuidado integral, reunindo ações preventivas e curativas.

Em setembro de 1978 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, na antiga União Soviética, organizada pela OMS. Como resultado dessa conferência, a APS foi definida como estratégica para a ampliação da cobertura dos sistemas nacionais de saúde, almejando o desenvolvimento social para o alcance da meta de saúde para todos no ano 2000. Deliberou-se, então, que a APS deveria ser desenvolvida para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento, adequando-se às possibilidades locais e contando com a participação comunitária (Santos e Andrade, 2007).

Segundo Starfield (2002) e Mendes (2011²), são sete os atributos da APS que devem nortear a organização de sistemas e serviços de saúde: a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, coordenação da atenção, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Os quatro primeiros aspectos, para Mendes (2011²), são essenciais e os três últimos, atributos derivados. De acordo com esse autor, só existirá uma APS de qualidade quando todos os atributos estiverem plenamente desenvolvidos, para o desempenho das três funções primordiais da APS: resolubilidade, comunicação e responsabilização.

Mendes (2011²) conceitua a focalização na família como o reconhecimento de que esta é o sujeito da atenção. Ele define orientação comunitária como “reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem” (Mendes, 2011², p. 9759). Esse atributo exige dos profissionais o diagnóstico situacional das potencialidades e fragilidades do território em que se inserem, bem como a articulação com outros setores, como educação, assistência social e habitação, por exemplo. A competência cultural é o atributo através do qual as crenças, valores e preferências dos indivíduos são não apenas reconhecidos, como também valorizados no processo do cuidado (Mendes, 2011²). As formas de se compreender a APS sempre foram, historicamente, muito diversas; desde as que a entendiam como um programa seletivo de prestação de cuidados para pobres, até uma filosofia que compreenderia a saúde como um direito humano fundamental (Santos e Andrade, 2007²).

O histórico da APS brasileira relaciona-se ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a partir de 1940, e suas ações tinham como objetivo central

proporcionar serviços médico-sanitários às regiões brasileiras produtoras de materiais estratégicos para o Brasil, como a borracha (na Amazônia) e o minério de ferro (no Vale do Rio Doce). Os objetivos econômicos eram claros, limitando-se às áreas estratégicas, sem qualquer articulação com as demais instituições de saúde. Mais tarde, SESP ampliou o seu campo de atuação, sendo transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FESP), vinculada ao Ministério da Saúde (MS). De acordo com esses autores, a FESP funcionou como um laboratório para o aprimoramento de princípios que hoje fundamentam o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), como o trabalho multiprofissional, a abordagem familiar e o enfoque intersetorial, dentre outros.

O governo federal lançou, no fim da década de 70 do século passado, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), voltado para a expansão da cobertura de serviços.

Seguindo-se ao PIASS, que apresentou a viabilidade de um novo modelo assistencial, em 1981 foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Esse programa pretendia expandir e universalizar os serviços públicos de APS, integrando os sistemas previdenciários às demais instituições públicas de saúde, por intermédio de municípios e estados. A partir desse programa surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que precederam a construção do SUS (CORBO et al., 2007).

O SUS brasileiro, criado após muito debate e insatisfação de diversos segmentos sociais, que vinham ocorrendo desde a Reforma Sanitária, reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição Federal de 1988. Essa opção por um sistema de saúde universal caminhou na contramão de outros países latino-americanos que, nessa época, foram estimulados por agências internacionais a adotar modelos seletivos de atenção à saúde (FAUSTO e MATTA, 2007; BAPTISTA e MACHADO, 2007).

3.3.3 Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção e mudanças de paradigma na saúde

Experiências distintas, ocorrendo em diferentes regiões do país, antecederam e tiveram influência sobre a escolha da Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira. Iniciou-se em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, em 1983, com o Grupo Hospitalar Conceição instituindo um programa de medicina comunitária com proposta de atendimento multidisciplinar, o Serviço de Medicina de Família. Em Campinas

(São Paulo) e em Betim (Minas Gerais) foi denominada “em defesa da Vida”, uma prática de atenção com ênfase na reforma da atividade clínica, do processo de trabalho em saúde, da relação entre gestores e profissionais de saúde, bem como da relação destes últimos com as pessoas a quem atendem, resultando em relações mais horizontalizadas.

Em 1992, o Programa Médico de Família (PMF) foi implantado em Niterói, Estado do Rio de Janeiro, inspirado no modelo de medicina familiar cubano. O PMF tem uma equipe composta de médico generalista e auxiliar de enfermagem, sendo o último, habitualmente, um morador da comunidade. De acordo com Aguiar (1998), a implantação do PMF em Niterói priorizava a instalação das unidades de atendimento em bairros e aglomerados urbanos de baixa renda, sendo o programa custeado pela Prefeitura Municipal de Niterói. Através do repasse de recursos municipais, as Associações de Moradores efetivavam o pagamento dos profissionais lotados nas unidades, admitidos segundo a Consolidação das Leis do Trabalho. Com relação ao apoio às equipes, um grupo de trabalho multiprofissional ficava responsável por: seleção e supervisão de profissionais, apoio matricial, educação continuada e, ainda, por viabilizar as referências e contrarreferências dos pacientes no sistema de saúde.

Contemplado no plano de governo do Ceará entre 1987 e 1988, o programa de agentes de saúde enfrentou um período de seca, afetando amplas áreas do estado. Nesse cenário, foram contratadas, através de fundos federais de emergência, mais de 6.000 pessoas leigas e moradoras das regiões afetadas (95% das quais mulheres), para o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde. Após uma capacitação de 15 dias, essas pessoas trabalharam em 118 municípios do sertão, por até um ano, promovendo cuidados básicos e estratégicos de saúde: aleitamento materno, terapia de reidratação oral e imunizações.

Os resultados obtidos no Ceará influenciaram na opção do Ministério da Saúde pela implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, denominado Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1992. A equipe do PACS é composta por agentes comunitários e enfermeiro. Esses profissionais devem residir nas comunidades de atuação, concluir um curso introdutório de capacitação e trabalhar em regime de 40 horas semanais. A atividade profissional do agente comunitário de saúde foi criada através da Lei Federal 10.507, de 2002 (Brasi, 2002) e regulamentada pela Lei 11.350, de 2006 (Brasil, 2006).

Para o Ministério da Saúde, o ACS é, sobretudo, um agente de mudanças, que deve ser capaz de integrar conhecimentos populares e técnicos, considerando-se o seu trabalho uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades. Entre as principais atribuições do ACS

estão: a territorialização, o cadastramento e acompanhamento das famílias, a realização de visita domiciliar, a articulação intersetorial, as ações de promoção e de vigilância da saúde, dentre outras.

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu um pouco mais tarde, em 1994, ampliando as categorias profissionais e compondo a equipe mínima com um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS em número suficiente para garantir a cobertura de 100% da população cadastrada, não ultrapassando 12 ACS por equipe. A partir de 1996, compreendendo o papel estratégico da Saúde da Família na organização da APS no Brasil, e a fim de interromper o caráter vertical e provisório que o conceito de programa poderia apontar, o MS passou a adotar a denominação Estratégia de Saúde da Família (ESF), compreendendo o PACS.

Os profissionais de Saúde Bucal passaram a fazer parte das equipes com maior vigor a partir de janeiro de 2004, após a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Esse time de profissionais é composto por um cirurgião-dentista, um auxiliar e um técnico de saúde bucal, vinculados a duas ou três equipes de Saúde da Família.

Um marco importante para a consolidação e expansão da ESF foi a Norma Operacional Básica 01/96, que operou mudança na lógica do financiamento, criando o Piso da Atenção Básica (PAB), que previa remuneração per capita para incentivar o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde (o PAB fixo). A porção variável do PAB garante recursos para a adesão dos municípios a determinadas estratégias, como a ESF, PACS e assistência farmacêutica básica, por exemplo.

Iniciou-se em 2002, através do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), apoiado pelo Banco Mundial, um novo ciclo de expansão da ESF. O PROESF tinha, então, três objetivos principais: expandir a ESF em municípios de grande porte, desenvolver recursos humanos em saúde e realizar monitoramento e avaliação das ações já desenvolvidas pela ESF. O volume de recursos previsto para os anos da vigência do projeto (2002-2009) foi de US\$ 550 milhões, sendo metade desse financiamento realizado pelo governo federal e o restante pelo Banco Mundial.

No âmbito do SUS, a Saúde da Família é considerada estratégia essencial para a reorganização da atenção básica. Na Estratégia Saúde da Família (ESF) se prevê investimento em ações coletivas e a reconstrução das práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial em um dado território. Nessa toada, foi formulado o Programa de Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, prevendo ações de

profissionais da saúde dentro das escolas. Trata-se de um processo de adesão que visa a melhoria da qualidade da educação e saúde dos educandos, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Ainda em 2007, e na estratégia de expansão da ESF, foi publicada a portaria que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde, passo importante para a legitimação dessa modalidade de especialização envolvendo diversas especialidades da área da saúde. Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ampliando o escopo de atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e institucionalizando o apoio matricial.

Segundo estimativa do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, em julho de 2013 a população coberta por equipes de Saúde da Família, composta por uma equipe mínima de um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 ACS por equipe, ultrapassava 108 milhões, representando cerca de 55,7% de cobertura populacional, presentes em 5.309 municípios. Nessa competência, o número de equipes de Saúde da Família cadastradas no sistema é 34.185.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), composto por agentes comunitários e enfermeiro, por sua vez, está presente em 5.417 municípios brasileiros, com cobertura populacional estimada em 64,3%, o que significa quase 125 milhões de pessoas cobertas. Nessa mesma competência, há o registro de 4.935 municípios brasileiros com equipes de Saúde Bucal.

3.4 A VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE

Integrando o Sistema Único de Saúde, a Vigilância Ambiental em Saúde, mais precisamente em sua estruturação, apresenta-se como um avanço fundamental nas ações de promoção e proteção à saúde da população. Por meio do monitoramento e do controle de uma variedade de problemas decorrentes do desequilíbrio do meio ambiente, visa eliminar ou reduzir a exposição humana a fatores ambientais prejudiciais à saúde.

Após a Conferência Pan-Americana sobre Saúde, Ambiente e Desenvolvimento (COPASAD), realizada em 1995, e o processo conduzido pelo Ministério da Saúde de elaboração da Política Nacional de Saúde Ambiental ocorrido no período de 1998-1999, a principal iniciativa no âmbito do Ministério da Saúde, relacionada à temática entre saúde e

ambiente, foi a estruturação de uma área de vigilância ambiental em saúde na FUNASA. Em seu conceito, objetivos, bases legais, instrumentos, estrutura, organização e financiamento, com base no Decreto nº 3.450, de 9 de maio de 2000, estabeleceu na FUNASA a competência institucional pela “gestão do sistema nacional de vigilância ambiental” e instituiu as principais atribuições das três instâncias de governo, descrevendo as ações específicas da vigilância ambiental em saúde e as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco físicos, químicos e biológicos do meio ambiente, relacionados às doenças e agravos à saúde.

Para a implementação da Vigilância Ambiental em Saúde já existem instrumentos legais do SUS, definidos por meio de leis, decretos e portarias. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que, nos artigos 3º, 6º, 7º, 15º e 16º, se refere à organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e as atribuições relacionadas à área de saúde ambiental, conforme transcrito segue:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil, 1990).

A Vigilância Ambiental em Saúde deve dispor de informações específicas dos seguintes sistemas: a) Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Fatores Biológicos; b) Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Contaminantes Ambientais; c) Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado à Qualidade da Água de Consumo Humano (Siságua); d) Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado à Qualidade do Ar; e) Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado à Qualidade do Solo; f) Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado a Desastres Naturais; g) Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado a Acidentes com Produtos Perigosos; h) outros sistemas que se fizerem necessários.

A FUNASA é uma fundação pública federal vinculada ao Ministério da Saúde, criada em 1991, a partir da fusão da Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp), da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e outras entidades. Para sua implementação, buscou articular-se a instituições dos setores público e privado que compõem o SUS e demais integrantes das áreas de meio ambiente, saneamento e saúde, e promoveu ações integradas com o propósito de exercer a vigilância dos fatores de riscos ambientais que pudessem afetar a saúde da população.

Para tal, mostrou-se necessário construir indicadores que permitiriam uma visão abrangente e integrada da relação saúde e ambiente. Os indicadores de saúde ambiental são utilizados para tomada de decisões por intermédio do uso de diferentes ferramentas, tais como a estatística, a epidemiologia e a utilização destes nos sistemas de informação geográfica. Essas estatísticas são produzidas por meio da interação dos registros dos diversos sistemas da área de saúde com dados ambientais, gerando indicadores que correlacionam variáveis das duas áreas.

Questões como tecnologias para tratamento capazes de assegurar qualidade, processos para controle de vetores, avaliação de efeitos sobre a saúde provocados pelo ambiente, definição de parâmetros e níveis de tolerância, identificação de populações em risco especial, entre outros, são importantes tópicos de investigação em saúde e ambiente. O georeferenciamento de dados utilizado é ferramenta fundamental para referenciar registros tabulares a um lugar da superfície da terra ou unidade territorial (bairro, município, localidade, etc.)

Considera-se fundamental a realização de estudos e análises que permitam relacionar os efeitos à saúde com determinados fatores como a moradia, utilizando indicadores de saúde e ambiente, sistemas de informação, ou ainda, estudos epidemiológicos. A confecção de mapas de riscos ambientais com o uso de sistemas de informações geográficas e de estudos de análise de riscos são capazes de identificar danos à saúde antes mesmo que os efeitos possam surgir ou sejam identificados pelos sistemas de informação do SUS, podendo auxiliar a tomada de decisão nas diversas instâncias do sistema.

Os dados contidos no Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde – SINVAS - devem ser compatíveis com os Sistemas de Informação da Vigilância Epidemiológica e dos grandes bancos de dados de saúde existentes no país, assegurando, desta forma, que não haja duplicidade de ação e que a, partir do cruzamento das informações dos sistemas de informação do Sinvas (Ministério da Saúde, 2001)²⁴ com os demais sistemas, seja possível a construção e identificação de indicadores de saúde ambiental.

A implementação do Projeto de Estruturação da Vigilância em Saúde do Sistema Único de Saúde (VIGISUS) tem colaborado no sentido de implementar o conceito de vigilância em saúde, possibilitando a incorporação de uma visão mais ampla do conjunto de fatores ambientais, decorrentes da atividade humana ou da natureza, que deverão ser sistematicamente monitorados levando-se em consideração o território onde essas interações entre o homem e o

²⁴ Instrução Normativa nº 1, de 25 de setembro de 2001.

meio ambiente ocorrem, elegendo o município como o espaço privilegiado das práticas de saúde pública para o acompanhamento e o controle dos efeitos ambientais na saúde humana.

Na área de engenharia de saúde pública, o trabalho da FUNASA²⁵ compreendeu o desenvolvimento de várias ações de prevenção e controle, não só por intermédio do abastecimento de água e esgotamento sanitário, mas também do destino adequado do lixo, das melhorias sanitárias domiciliares, drenagem e o manejo ambiental para o controle de vetores, dentre eles, o transmissor da malária, da esquistossomose, além de melhorias habitacionais em áreas de doença de Chagas e de educação sanitária. Coube à fundação pública federal a responsabilidade de alocar recursos não onerosos para ações de saneamento, financiando a universalização de sistemas de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário e gestão de resíduos sólidos urbanos.

A Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, regulamentou a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, municípios e do Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças e definiu a sistemática de financiamento, os critérios para habilitação e certificação de estados e municípios, estabeleceu também a competência da FUNASA pela gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. Tal competência foi corroborada pela Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Ainda em 2004, implementou-se o Projeto de Saneamento Ambiental em Regiões Metropolitanas (Portaria Interministerial GM/MCIDADES/MS nº 165, de 20/4/2004).

A partir da instituição das diretrizes nacionais para o saneamento básico (Lei nº 11.445, de 5/1/2007) e do lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), no ano de 2007, coube à FUNASA, na área de saneamento, a gestão dos convênios e recursos em municípios com população até 50 mil habitantes. Por meio do Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Densp), a fundação fomentou ações de saneamento para o atendimento, bem como implementou ações de saneamento em áreas rurais e comunidades tradicionais de todo o Brasil, tais como as populações remanescentes de quilombos, assentamentos de reforma agrária, comunidades extrativistas e populações ribeirinhas. Apesar do Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD) não ser exclusivamente destinado a áreas rurais, foi nesses ambientes onde ele teve maior aplicação em operações com pessoas físicas e na modalidade Aquisição de Material de Construção.

²⁵ A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) foi recriada a partir de 01 de junho de 2023, pelo Congresso Nacional, após a votação da medida provisória que definiu a estruturação dos ministérios do Governo Federal. A fundação havia sido extinta pelo governo petista no dia 1º de janeiro de 2023 e havia tido suas atribuições divididas entre os ministérios da Saúde e das Cidades.

O Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD) surgiu com a necessidade de promover soluções individualizadas de saneamento em diversas situações, principalmente nas pequenas localidades e periferias das cidades. O nome da atividade originou-se da abordagem feita pelos auxiliares de saneamento da ex-Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP)²⁶ junto aos interessados, no sentido de que estes promovessem “melhorias” em suas casas. A partir dessa prática, o nome “melhorias” passou a conceituar a atividade que, pioneiramente, tornou-se um dos programas de saneamento desenvolvidos pela FUNASA.

As operações das áreas de Saneamento Básico e Infraestrutura Urbana, complementares aos programas habitacionais, foram consideradas indispensáveis à melhoria das condições de habitabilidade e da qualidade de vida da população-alvo dos programas do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Os agentes Financeiros estavam atrelados ao Sistema Financeiro da Habitação - SFH na forma definida pelo Conselho Monetário Nacional (Redação dada pela Resolução nº 535, de 1º.08.2007). Os financiamentos na área do saneamento eram destinados aos órgãos públicos, da administração direta ou indireta, gestores públicos dos serviços de saneamento, bem como às empresas, públicas ou privadas, concessionárias dos serviços de saneamento ou entidades voltadas a implementar investimentos em projetos de saneamento.

Os tomadores de financiamentos com recursos do FGTS foram destinados a três áreas de aplicação²⁷: Habitação Popular com uma distribuição percentual de recursos de 65%, Saneamento Básico com 30% e a Infraestrutura Urbana com 5%.

A partir do ano de 1998, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vem incentivando a implantação nos seus países membros, incluindo o Brasil, da estratégia da Atenção Primária Ambiental (APA), visando a estruturação de instrumentos voltados à saúde ambiental, sob a ótica das estratégias da Agenda 21, utilizando os conceitos de desenvolvimento sustentável e dos espaços, ambientes e cidades saudáveis.

²⁶ A Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) originou-se do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), agência bilateral criada em 17 de julho de 1942, no contexto da Segunda Guerra Mundial. Subordinado ao Ministério da Educação e Saúde, visava implantar ações de combate à malária e a outras endemias, nas áreas de extração da borracha, na Amazônia, e de minérios, no vale do rio Doce, regiões estratégicas para os esforços de guerra. Suas atribuições abarcavam desde o saneamento do vale do Amazonas, a profilaxia e assistência sobre malária, a construção e administração de escolas de enfermagem, hospitais e centros de saúde, a formação e o aperfeiçoamento de médicos, enfermeiras e engenheiros sanitaristas, até a colaboração com o Serviço Nacional de Leprosia e a criação de sistemas de águas e esgoto. Com a reforma administrativa do governo Collor, foi criada a Fundação Nacional de Saúde, instituída pela lei n. 81, de 6 de dezembro de 1990, resultado da fusão da FSESP com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Casa de Oswaldo Cruz, s.d.).

²⁷ Resolução CC/FGTS nº 460 de 14/12/2004. Tal resolução foi revogada pela Resolução CC/FGTS Nº 1018 de 18/11/2021.

4. A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E MORADIA

A 8ª Conferência Nacional de Saúde caracterizou a saúde como um direito, e resultado das condições de habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Logo, é resultado de uma organização social da produção que pode gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986). 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.

Este capítulo versa sobre os parâmetros, diretrizes e conceitos, num olhar ampliado de saúde, que enfatize suas relações intrínsecas com as condições de vida das populações, ressaltando suas diferentes dimensões – físicas, psicológicas e sociais, e os complexos processos condicionantes e determinantes de sua produção social. O conceito também abarca outros sentidos da integralidade, que incluem as condições de produção e promoção da saúde. Nessa direção, a respeito da relação entre a habitação e a saúde, a prática da integração interdisciplinar e a pesquisa de tecnologias apropriadas às condições territoriais como instrumentos para a estruturação da inserção da ATHIS na saúde pública, compreende o aprimoramento das condições de saúde e qualidade de vida, bem como o fortalecimento da autonomia de indivíduos e grupos.

Desta forma, considera-se fundamental a realização de estudos e análises que permitam relacionar os efeitos à saúde com determinados fatores ambientais, como o território e a habitação, utilizando indicadores de saúde e ambiente, sistemas de informação, ou ainda, estudos epidemiológicos. A confecção de mapas de riscos ambientais habitacionais com o uso de sistemas de informações geográficas e de estudos de análise de riscos, podem prevenir e promover saúde antes mesmo que os efeitos possam surgir ou sejam identificados pelos sistemas de informação já existentes no SUS.

4.1 FUNÇÃO DA HABITAÇÃO, HABITABILIDADE E A HABITAÇÃO SAUDÁVEL

A habitação é um direito humano fundamental desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 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 Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991, p.2), do qual Brasil é signatário, a moradia digna deve ser vista como “direito de viver em algum lugar em segurança, paz e dignidade”.

A Habitabilidade trata dos requisitos relativos à eficiência arquitetônica no cumprimento das funções para que o espaço seja percebido como uma habitação. No Brasil, a ABNT NBR 15575 “*Edificações habitacionais - Desempenho*” (ABNT, 2013) fornece os parâmetros mínimos que a construção deve ter para que se atenda essas necessidades de segurança, estabilidade, sustentabilidade, saúde, higiene e qualidade do ar, entrada de iluminação natural, consumo de água e outros.

De maneira sucinta, Cohen (1993) mesclou as condições de Habitabilidade e da Habitação como: (1) função técnica, atendendo às normas relativas aos materiais construtivos, ventilação, iluminação, insolação, conforto térmico e acústico, incêndio, eletricidade, gases e poluição do ar; (2) função sanitária, que corresponde às questões de fornecimento e distribuição de água, esgoto, sistema de drenagem de águas pluviais e coleta de lixo; (3) função sociocultural, obedecendo a padrões socioculturais da comunidade em que a(s) pessoa(s) se insere(m); (4) função física, como abrigo seguro contra intempéries e violência; e (5) função psíquica, que diz respeito à individualidade, privacidade e sociabilidade, além da acessibilidade e facilidade no desempenho das diversas atividades intradomiciliar, inclusive a limpeza²⁸.

O documento da ONU, intitulado “*The right to adequate housing*” sobre os Direitos Humanos, identifica 7 aspectos que devem ser observados para que uma moradia seja caracterizada como adequada. São elas (UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991):

1. Segurança jurídica da posse: todas as pessoas devem possuir segurança e proteção legal contra despejos forçados, assédio e quaisquer ameaças.
2. Disponibilidade de serviços, materiais, instalações e infraestrutura: todas as moradias devem prover de instalações essenciais à saúde, segurança, conforto e nutrição de quem lá reside;

²⁸ COHEN, S. C. Reabilitação de Favela: Até que ponto a Tecnologia Empregada é Apropriada? 1993. 262 f. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 1993.

3. Acessibilidade de preços: os recursos financeiros pessoais ou domésticos devem cobrir os custos necessários à sobrevivência. Cabe aos Estados-membros assegurar que os custos sejam proporcionais aos níveis de renda, subsidiando àqueles que não sejam capazes de se custear com completa autonomia, inclusive fornecendo materiais para adequação das moradias;
4. Habitabilidade: a habitação é o fator ambiental de maior relevância sobre as condições de saúde de uma população;
5. Acessibilidade: o alojamento deve ser acessível a todos que têm direito, o que inclui pessoas com problemas de saúde de qualquer tipo (persistente ou não), vítimas de desastres ou qualquer outro grupo. E cabe aos Estados-membros realizarem políticas de habitações que contemplem todos os grupos;
6. Localização: a moradia deve se localizar onde haja possibilidade plena de acesso a serviços de saúde, emprego, educação e instalações sociais. Em áreas urbanas e rurais;
7. Adequação cultural: O método construtivo, materiais empregados e políticas públicas de apoio à população devem permitir a expressão popular das pessoas e sua diversidade cultural. Mesmo em momento de readequação e aplicação de novas tecnologias, quando necessário.

Do ponto de vista do ambiente como determinante da saúde, 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 (COHEN, 2004, p. 13).

Após o documento *“Housing: the implications for Health”* (World Health Organization, 1987), que instituiu os primeiros parâmetros a respeito da relação entre a habitação e a saúde, e do movimento Municípios Saudáveis, surge a *Red Interamericana de La Vivienda Saludable* (RED VIVSALUD), com reflexos no Brasil por meio da Rede Brasileira de Habitação Saudável - RBHS, (COHEN *et al.*, 2007).

A RBHS foi criada no ano de 2002 e abrange ao todo 12 países, com a finalidade de tornar saudável qualquer ambiente construído. Sua atuação fundamenta-se em enfoques sociológico e técnico de enfrentamento dos fatores de risco e uma adequada promoção da saúde. Tal enfrentamento se dá em relação à localização físico-geográfica-ambiental, à construção, à habitação, à adaptação, ao gerenciamento, ao uso e à manutenção do ambiente construído e de seu entorno. O principal desafio dos projetos é a consolidação da intervenção sobre os fatores

determinantes da saúde no espaço construído. A RBHS é uma ferramenta para a operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde, no âmbito da habitação. Sua estratégia se baseia no enfoque intersetorial e multidisciplinar, na participação comunitária e na aliança em rede. Seu propósito é identificar, avaliar e manejar a questão da habitação saudável na esfera local. Para tanto, desenvolve um plano de atividades baseado na construção de capacidades, no desenvolvimento de projetos e pesquisas e na realização de serviços técnico-científicos. Também é objetivo da RBHS desenvolver metodologias de ensino, investigação e procedimentos para implementação da vigilância epidemiológica e ambiental em saúde.

A Rede Amazônica da Habitação Saudável (RAHS) foi criada em 2003 e, em conjunto com a RBHS, atua nas seguintes linhas de pesquisa: habitação e saúde, promoção da saúde, saneamento e saúde ambiental e gestão ambiental e saúde. Utiliza a mesma didática da rede nacional, centrando suas investigações nos determinantes socioambientais da saúde e nos fatores de risco e de vulnerabilidade no ambiente construído e em seu entorno, articulando-se com a Estratégia Saúde da Família. As linhas de pesquisa em que trabalha servem para minimizar os impactos das mudanças climáticas, em busca da salubridade e sustentabilidade ambiental por intermédio de pesquisa primária e do diagnóstico de contaminação e impactos ambientais nos recursos hídricos, solo e na atmosfera, com metodologia participativa. Os projetos, como as redes, objetivam fortalecer a gestão intersetorial, tendo como fundamento a promoção da saúde, a conservação ambiental, a participação da sociedade civil e a integração das políticas sociais, econômicas e ambientais.

O documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) intitulado “*WHO Housing and Health Guidelines*” (World Health Organization, 2018), sintetiza a relação direta entre a qualidade do ambiente construído, especificamente a habitação, e questões de saúde dos indivíduos. De acordo com esse mesmo documento: a habitação estruturalmente deficiente e sem acessibilidade aumenta os acidentes domésticos; a insegurança da posse é estressante; a ineficiência em termos de conforto ambiental gera problemas respiratórios, cardiovasculares e aumenta reações alérgicas; o desabastecimento causa insegurança alimentar; e a superlotação aumenta o risco para doenças infecciosas. Em síntese:

A qualidade e o contexto ambiental das habitações são algumas das principais dimensões das desigualdades ambientais. As más condições habitacionais são um dos mecanismos pelos quais a desigualdade social e ambiental se traduz em desigualdade na saúde, o que afeta ainda mais a qualidade de vida e o bem-estar (World Health Organization, 2018).

As análises da metodologia de Habitação Saudável preveem 4 fatores de destaque: (1) familiar: individual ou de grupo acometido por enfermidade; (2) habitacional intradomiciliar: observando as condições de habitabilidade e salubridade do ambiente construído que interfiram na saúde; (3) habitacional externo: atentando à infraestrutura imediatamente próxima à habitação; e (4) o contexto da comunidade atendida e suas particularidades (COHEN, 2004). Todos esses fatores atuam independentemente e em conjunto e devem ser compreendidos para que intervenções sejam eficientes e as propostas bem recebidas pela população.

Figura 15 - Níveis ou escalas de complexidade para avaliar a qualidade da habitação



Fonte: Costa (2015).

Na Figura 15 é possível analisar o todo em que uma habitação se insere, considerando a moradia apenas como uma das partes de um organismo completo que é a cidade. Tal qual um organismo vivo, é necessário que se atenda parâmetros específicos para bom funcionamento interno da moradia; os materiais que revestem a construção, inclusive as janelas, precisam ser eficientes para atuarem na proteção e trocas de calor com o ambiente externo (conforto ambiental), permitindo a alimentação e saída de rejeitos (saneamento) e conexão direta com o ambiente imediato ou peridomicílio, representado pelo primeiro círculo. Entre o peridomicílio (entorno físico) e o clima correspondente à região onde aquela habitação é inserida, há a responsabilidade de atendimento das necessidades dos moradores pelo poder público, o que inclui fornecimento de infraestrutura urbana, sanitária, espaços de lazer, de cultura, segurança, entre outros. E é nessa região que se dá a conexão entre o entorno urbano, de maior distância, e aquele da habitação, garantido pela mobilidade urbana e pela proximidade com as demais

regiões. Esses níveis ou escalas de complexidade interferem diretamente na qualidade ambiental daquela habitação, inclusive para fins imobiliários, posto que regiões com maior oferta de infraestrutura são mais valorizadas e têm melhores impactos na saúde dos moradores (Costa, 2022).

A habitação saudável é um abrigo que suporta um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Uma habitação saudável proporciona uma sensação de lar, incluindo um sentimento de pertença, segurança e privacidade. Habitação saudável também se refere à estrutura física da moradia e à medida em que ela permite a saúde física, inclusive por ser estruturalmente sólida, por fornecer abrigo contra os elementos e o excesso de umidade e por facilitar temperaturas confortáveis, saneamento e iluminação adequados, espaço suficiente, combustível seguro ou conexão à eletricidade e proteção contra poluentes, riscos de lesões, mofo e pragas. Se a habitação é saudável, também depende de fatores externos. Depende da comunidade local, que possibilita interações sociais que apoiam a saúde e o bem-estar. Finalmente, a habitação saudável depende do ambiente habitacional imediato e da medida em que este fornece acesso a serviços, espaços verdes e opções de transporte ativo e público, bem como proteção contra resíduos, poluição e efeitos de desastres, sejam naturais ou humanos.

4.2 SAÚDE URBANA, UM CONCEITO AMPLIADO DA SAÚDE PÚBLICA

Na perspectiva assumida pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva, a Abrasco, o conceito de Saúde Pública é distinto da proposição por uma Saúde Coletiva. A Saúde Pública toma como objeto de trabalho os problemas de saúde, definidos em termos de mortes, doenças, agravos e riscos em suas ocorrências no nível da coletividade; ou seja, parte-se da ausência de doenças.

A Saúde Coletiva, por sua vez, toma como objeto as necessidades de saúde, ou seja, todas as condições requeridas não apenas para evitar a doença e prolongar a vida, mas também para melhorar a qualidade de vida e, no limite, permitir o exercício da liberdade humana na busca da felicidade. Considerando o cenário maciçamente 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 *et al.*, 2008, p. 1789).

Em relação à saúde urbana, a análise de um modelo adaptado nos mostra uma rede de interações não lineares, representando a saúde da população urbana com influências mundiais, nacionais e das características do município. Destaca-se como fatores proximais e modificáveis as condições urbanas de moradia e trabalho que caracterizam o cotidiano das pessoas e são entendidas como condições preexistentes.

Figura 16 – Modelo conceitual de saúde urbana



Fonte: adaptado de World Health Organization, Galea & Vlahov, Freudenberg N et al. Krieger N.

O reconhecimento da Saúde, em seu conceito ampliado²⁹ como eixo central, enquanto equilíbrio do homem com o ambiente que sofre influência dos fatores humanos, condições ecológicas e estruturas sociais, e a importância ambiental na integração entre as ações curativa e preventiva, faz com que a perspectiva da promoção da Saúde que incorpora um ecossistema estável, a conservação de recursos e a justiça social como fundamentais para Saúde, ganhem

²⁹ O conceito ampliado de saúde enfatiza suas relações intrínsecas com as condições de vida das populações, ressaltando suas diferentes dimensões – físicas, psicológicas e sociais, e os complexos processos condicionantes e determinantes de sua produção social. Embora em sua acepção mais corriqueira a atenção integral se refira à garantia de acesso a todos os níveis de atenção necessários para tratamento e reabilitação da saúde, o conceito também abarca outros sentidos da integralidade, que incluem as condições de produção e promoção da saúde. Nessa direção, compreende o aprimoramento das condições de saúde e qualidade de vida, bem como o fortalecimento da autonomia de indivíduos e grupos (8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasil, 1996).

força. 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, 2011).

Observando as diretrizes da Lei de ATHIS e as premissas do modelo exposto, vemos que a saúde deve ser o centro de todas as políticas urbanas, cultura, educação, saneamento, habitação, e que há correlação entre as linhas de ação da lei de assistência técnica e a abordagem do conceito de saúde urbana. A interdisciplinaridade entre Saúde, ATHIS e Saneamento aborda a saúde urbana e envolve a relação Meio Ambiente-Território-Saúde. Identificar as potencialidades e dificuldades de um determinado território, numa ótica estrutural, física e cultural e, a partir dessa análise e observação compreender as barreiras impostas pela dinâmica do território, é fundamental no enfrentamento de problemas e necessidades que afligem as comunidades.

Percebe-se, dessa forma, que as intervenções em saúde devem ampliar seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes num olhar para o ambiente urbano num contexto amplo, incluindo os ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos. A ATHIS pode ser uma ferramenta de combate ao Déficit Habitacional Qualitativo através da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS. Os princípios e valores elencados na PNPS, aliadas às ferramentas do Planejamento Urbano, podem promover, como resultante, Cidades Saudáveis.

4.3 AS DIRETRIZES DE HABITAÇÃO E SAÚDE E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL - ODS - DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS

O impacto da habitação na saúde e a prevalência de más condições de habitação em todo o mundo justificam a necessidade de diretrizes para uma ampla gama de aspectos habitacionais, incluindo infraestrutura vital, moradia física, uso da moradia e localização da moradia. Nessa rede de interações não lineares, representando a saúde da população urbana com influências mundiais, destacam-se as diretrizes de habitação e saúde da OMS, das

Diretrizes de Habitação e Saúde (*Housing and health guidelines* - HHGL), que fornecem recomendações baseadas em evidências para condições e intervenções de habitação saudáveis.

A OMS tem diretrizes para a qualidade do ar interior ou água e saneamento, mas faltam diretrizes internacionais abrangentes sobre os riscos à saúde associados à habitação, destacando que estas podem ser uma forma fundamental de melhorar a saúde da população e moldar políticas atuais e futuras de saúde pública. A abordagem da OMS relativa à habitação saudável restringe-se a pesquisas com objetivos racionais, público-alvo, abrangência e cobenefícios do HHGL; mapeia os principais riscos para a saúde associados ao ambiente habitacional, avalia a carga de doenças associadas à habitação, bem como a relação entre os determinantes sociais da saúde, habitação e saúde.

Esses HHGL se somam às diretrizes existentes da OMS e apoiam a realização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), incluindo o ODS 3, para garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as faixas etárias e o ODS 11, para tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis, numa abordagem setorial sistematizada, enfatizada na Nova Agenda Urbana para o desenvolvimento urbano sustentável estabelecida na Habitat III.

As vinculações entre ODS e melhorias habitacionais são reveladoras da centralidade e do potencial que as melhorias habitacionais, enquanto política pública, têm para atuar como um guarda-chuva de políticas setoriais que convergem para a Agenda 2030. A Nota Técnica produzida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (Balbim, Krause, Santiago e Cunha, 2023), do governo federal, em parceria com o CAU-BR, numa publicação preliminar, buscou evidenciar a transversalidade da temática das melhorias habitacionais frente aos ODS.

Verificou-se que ações de melhorias habitacionais, elencadas a partir da estruturação programática impactam todos os 17 ODS, 9 deles de maneira direta e outros 8 de maneira indireta, havendo 26 indicadores brasileiros funcionais à avaliação de melhorias habitacionais, além de 12 indiretamente relacionados.

Além da análise quanto aos possíveis impactos, foram elencados as metas nacionais e os indicadores de cada um dos ODS que mais se relacionavam com essas ações e diretrizes de um programa de melhorias habitacionais. Ao todo foram elencadas 27 metas nacionais e 38 indicadores relacionados às melhorias habitacionais, revelando a aderência dessa política ao quadro amplo dos ODS e, sobretudo, indicando a diversidade de possibilidades de se avaliar os esforços que possam vir a ser feitos pelo Estado e pela sociedade. A relação entre os ODS, melhorias habitacionais e indicadores associados estão presentes no quadro abaixo.

Figura 17 – Quadro com relação entre os ODS, melhorias habitacionais e indicadores associados

ODS	Tipo de ação relacionada à melhoria	Impacto	Meta (nacional)	Indicador	Observações e comentários
Objetivo 1 - Erradicação da Pobreza Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares	- Garantia de acesso a serviços básicos, infraestruturas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e energia elétrica - Regularização fundiária (componente coadjuvante) - Capacitação para uso de tecnologias de construção e reforma apropriadas	Direto	1.4 - Até 2030, garantir que todos os homens e mulheres, particularmente os pobres e vulneráveis, tenham direitos iguais aos recursos econômicos, bem como o <u>acesso a serviços básicos, propriedade e controle sobre a terra</u> e outras formas de propriedade, herança, recursos naturais, <u>novas tecnologias apropriadas</u> e serviços financeiros, incluindo microfinanças	1.4.1 - Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos 1.4.2 - Proporção da população adulta total com direitos de posse da terra garantidos, com documentação legalmente reconhecida e que percebe os seus direitos à terra como seguros, por sexo e por tipo de posse	Potencial associado a outros ODS na área de capacitação e mão-de-obra.
Objetivo 2 - Fome Zero e Agricultura Sustentável Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável	- Melhorias que viabilizam o preparo de alimentos nas residências (acesso à água, energia, local adequado para cozinha) - Projetos associados de agricultura familiar, em especial a urbana, contribuem para aumentar a segurança alimentar	Indireto	Não se aplica	Não se aplica	Ações referentes à agricultura familiar, seja urbana ou rural, estão sendo consideradas pois fomentam o cooperativismo e a autogestão, elementos caros para intervenções via melhorias habitacionais.
Objetivo 3 - Saúde e Bem-Estar Assegurar uma vida saudável e promover	- Garantia de acesso a serviços básicos, infraestrutura – notadamente	Direto	3.3 - Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, <u>tuberculose</u> , malária e doenças tropicais	3.3.2 - Incidência de <u>tuberculose</u> por 100.000 habitantes	Acerca das DTNs ¹¹ , algumas delas são diretamente relacionadas às condições da moradia e

¹¹ Maiores informações em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-1-2022-doencas-tropicais-negligenciadas-opas-pede-fim-dos-atrasos-no-tratamento-nas#:-:~:text=Hansen%C3%A9Dase%20dengue%2C%20leishmaniose%2C%20esquistossomose,em%20risco%20mais%20de%202020.>

ODS	Tipo de ação relacionada à melhoria	Impacto	Meta (nacional)	Indicador	Observações e comentários
o bem-estar para todos, em todas as idades	abastecimento de água e esgotamento sanitário, mas também coleta de resíduos sólidos e manejo de águas pluviais - Dotar habitações de iluminação e ventilação natural, e isolamento ou impermeabilização de fundações e paredes		negligenciadas, e combater a hepatite, <u>doenças transmitidas pela água</u> , e outras doenças transmissíveis 3.9 - Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e <u>poluição do ar e água</u> do solo	3.3.5 - Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN) 3.9.1 - Taxa de mortalidade por <u>poluição ambiental</u> (externa e doméstica) do ar 3.9.2 - Taxa de mortalidade atribuída a <u>fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene</u>	do saneamento, e nesse sentido, são diretamente impactadas pelas melhorias habitacionais.
Objetivo 4 - Educação de Qualidade Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos	- Melhorias habitacionais que viabilizam e oportunizam o estudo extraclasse	Indireto	4.a - Construir e melhorar instalações físicas para educação, apropriadas para crianças e sensíveis às deficiências e ao gênero, e que proporcionem ambientes de aprendizagem seguros e não violentos, inclusivos e eficazes para todos	4.a.1 - Proporção de escolas com acesso a: (a) <u>eletricidade</u> ; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) <u>água potável</u> ; (f) <u>instalações sanitárias separadas por sexo</u> ; e (g) <u>instalações básicas para lavagem das mãos</u> (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	Acesso à moradia adequada pode aumentar a expectativa de frequência escolar (HABITAT FOR HUMANITY & IIED, 2023). Um achado da pesquisa em parceria com o CAU/BR foi a vinculação entre frequência escolar e qualidade do aprendizado quando existe na moradia um local adequado para estudo.

ODS	Tipo de ação relacionada à melhoria	Impacto	Meta (nacional)	Indicador	Observações e comentários
Objetivo 5 - Igualdade de Gênero Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas	- Garantia a serviços básicos dentro da moradia, principalmente abastecimento de água - Ampliação da moradia em casos de adensamento excessivo	Direto	5.2 - Eliminar todas as <u>formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas</u> , incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos 5.4 - Reconhecer e valorizar o trabalho de assistência e doméstico não remunerado, por meio da <u>disponibilização de serviços públicos, infraestrutura e políticas de proteção social</u> , bem como a promoção da responsabilidade compartilhada dentro do lar e da família, conforme os contextos nacionais	5.2.1 - Proporção de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que sofreram violência física, sexual ou psicológica, por parte de um parceiro íntimo atual ou anterior, nos últimos 12 meses, por forma de violência e por idade 5.4.1 - Proporção de tempo gasto em trabalho doméstico não remunerado e cuidados, por sexo, idade e localização	Garantia a serviços básicos dentro da moradia diminui o tempo de trabalho doméstico, possibilitando outras atividades como educação, e evita assédio em locais públicos (fontes de água, instalações sanitárias etc.). - Ampliação da moradia garante um ambiente seguro e não adensado, o que contribui para diminuir a ocorrência de violência de gênero
Objetivo 6 - Água Potável e Saneamento Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos	- Melhorias que promovam o acesso ao abastecimento de água (sem intermitência) - Melhorias sanitárias domiciliares e outras que promovam o acesso às instalações de higiene (banheiro de uso exclusivo)	Direto	6.1 - Até 2030, alcançar o <u>acesso universal e equitativo a água potável e segura</u> para todos 6.2 - Até 2030, alcançar o <u>acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos</u> para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade	6.1.1 - Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura 6.2.1 - Proporção da população que utiliza (a) serviços de saneamento gerenciados de forma segura e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Quanto à meta 6.b, pode ser aplicada também aos casos de esgoto sanitário condominial, comum em assentamentos precários e comunidades rurais (mas o indicador teria que ser refinado, pois não tem essa "desagregação").

ODS	Tipo de ação relacionada à melhoria	Impacto	Meta (nacional)	Indicador	Observações e comentários
			6.b - Apoiar e fortalecer a participação das comunidades locais, para melhorar a gestão da água e do saneamento	6.b.1 - Participação das comunidades locais na gestão de água e saneamento	
Objetivo 7 - Energia Limpa e Acessível Garantir acesso à energia barata, confiável, sustentável e renovável para todos	- Acesso à energia elétrica nas habitações - Acesso à energia sem interrupção/intermitência do serviço	Direto	7.1 - Até 2030, assegurar o <u>acesso universal, confiável, moderno e a preços acessíveis a serviços de energia</u>	7.1.1 - Percentagem da população com acesso à eletricidade 7.1.2 - Percentagem da população com acesso primário a combustíveis e tecnologias limpas	
Objetivo 8 - Emprego Decente e Crescimento Econômico Promover o crescimento econômico sustentável, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos	- Criação de empregos no contexto da melhoria habitacional - Melhoria habitacional favorece as condições para busca de emprego e acesso ao emprego (p. ex. mobilidade) - Criação de empregos nos assentamentos precários - Fomento dos pequenos negócios, empreendedorismo, economia solidária, autogestionária e cooperativismo - Valorização do trabalho das mulheres nos canteiros autogestionários - Capacitação para projeto	Direto	8.3 - Promover políticas orientadas para o desenvolvimento que apoiem as atividades produtivas, <u>geração de emprego decente</u> , empreendedorismo, criatividade e inovação, e incentivar a formalização e o crescimento das micro, pequenas e médias empresas, inclusive por meio do acesso a serviços financeiros 8.5 - Até 2030, alcançar o emprego pleno e produtivo e trabalho decente todas as mulheres e homens, inclusive para os jovens e as pessoas com deficiência, e remuneração igual para	8.3.1 - Proporção de trabalhadores ocupados em atividades informais, por setor e sexo 8.5.1 - Salário médio por hora de empregados por sexo, por ocupação, idade e pessoas com deficiência 8.5.2 - Taxa de desocupação, por sexo, idade e pessoas com deficiência 8.6.1 - Percentagem de jovens (15-24) que não estão na força de trabalho (ocupados e não ocupados), não são	

ODS	Tipo de ação relacionada à melhoria	Impacto	Meta (nacional)	Indicador	Observações e comentários
	e execução de intervenções autogestionárias - Valorização do trabalho de assistência técnica (arquitetos, engenheiros, assistentes sociais, etc) - Valorização e formalização do trabalho de autopromoção habitacional / autogestão		trabalho de igual valor 8.6 - Até 2020, reduzir substancialmente a proporção de jovens sem emprego, educação ou formação	estudantes e nem estão em treinamento para o trabalho	
Objetivo 9 - Indústria, Inovação e Infraestrutura Construir infraestrutura resiliente, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação	- Inovação de materiais e técnicas construtivas utilizadas nos melhoramentos - Desenvolvimento de tecnologias industriais baseadas ou adequadas a soluções comunitárias	Indireto	9.3 - Aumentar o acesso das <u>pequenas indústrias</u> e outras empresas, particularmente em países em desenvolvimento, aos serviços financeiros, incluindo <u>crédito acessível e propiciar sua integração em cadeias de valor e mercados</u>	9.3.1 - Proporção do valor adicionado das empresas de "pequena escala" no total do valor adicionado da indústria 9.3.2 - Proporção de microempresas com empréstimos contraídos ou linhas de crédito	Foram selecionados a meta e os indicadores relacionados a pequenas indústrias, pois há maior chance que estas venham a aderir a uma política de melhoria habitacional em escala.
Objetivo 10 - Redução das Desigualdades Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles	- Valorização dos imóveis - Interiorização da melhoria habitacional (para diminuição das desigualdades regionais)	Indireto	10.1 - Até 2030, progressivamente alcançar e sustentar o crescimento da renda dos 40% da população mais pobre a uma taxa maior que a média nacional 10.2 - Até 2030, empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos, independentemente da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra	10.1.1 - Taxa de crescimento das despesas domiciliares ou rendimento per capita entre os 40% com os menores rendimentos da população e a população total 10.2.1 - Proporção das pessoas vivendo abaixo de 50% da mediana da renda, por sexo, idade e pessoas com deficiência	Os achados da pesquisa em parceria com o CAU/BR revelaram e explicitaram a necessidade da interiorização do trabalho de assistência técnica, no sentido de alcançar localizações urbanas e rurais onde normalmente não chega o trabalho do arquiteto e urbanista, e que também são localizações com pouca

ODS	Tipo de ação relacionada à melhoria	Impacto	Meta (nacional)	Indicador	Observações e comentários
					dinâmica econômica.
Objetivo 11 - Cidades e Comunidades Sustentáveis Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis	- Todas as ações relacionadas à melhoria habitacional contribuem para que as cidades e comunidades se tornem mais inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis, com especial destaque para: - Acesso à habitação segura, adequada e acessível para todos - Manutenção da população em suas moradias, prevenindo o espraiamento urbano - Redução do risco de desastres e da injustiça ambiental	Direto	11.1 - Até 2030, garantir o acesso de todos à <u>habitação segura, adequada e a preço acessível, e aos serviços básicos e urbanizar as favelas</u> 11.3 - Até 2030, aumentar a <u>urbanização inclusiva e sustentável</u> , e as capacidades para o planejamento e gestão de assentamentos humanos participativos, integrados e sustentáveis, em todos os países 11.5 - Até 2030, reduzir significativamente o número de mortes e o número de pessoas afetadas por catástrofes e substancialmente diminuir as perdas econômicas diretas causadas por elas em relação ao produto interno bruto global, incluindo os desastres relacionados à água, com o foco em proteger os pobres e as pessoas em situação de vulnerabilidade	11.1.1 - Proporção de população urbana vivendo em assentamentos precários, assentamentos informais ou domicílios inadequados 11.3.1 - Razão da taxa de consumo do solo pela taxa de crescimento da população 11.5.1 - Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuído a desastres por 100 mil habitantes 11.5.2 - Perdas econômicas diretas em relação ao PIB, incluindo danos causados por desastres em infraestruturas críticas e na interrupção de serviços básicos	A incidência é maior na meta 11.1 (e possivelmente também na 11.5, menor, pois a eliminação de situações de risco deve depender em menor parte das melhorias habitacionais, e mais de ações de (re)urbanização), mas a grande justificativa do ponto de vista da sustentabilidade está em tentar atender a meta 11.3, no sentido de evitar o espraiamento urbano. A propósito, esse é um dos indicadores tier III, que ainda não foram desenvolvidos.
Objetivo 12 - Consumo e Produção Responsáveis	- É possível incentivar o consumo e a produção sustentáveis, por meio dos	Direto	12.2 - Até 2030, alcançar a gestão sustentável e o <u>uso eficiente dos recursos</u>	12.2.1 - Pegada material, pegada material per capita e pegada material em	Na meta e nos indicadores o impacto pode ser indireto, mas o princípio

ODS	Tipo de ação relacionada à melhoria	Impacto	Meta (nacional)	Indicador	Observações e comentários
Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis	materiais e tecnologias utilizadas – como kits pré-fabricados, utilizando materiais locais e mais sustentáveis; além da otimização de recursos, já habitual nos processos de autoconstrução - Economia do reuso		<u>naturais</u>	percentagem do PIB 12.2.2 - Consumo interno de materiais, consumo interno de materiais per capita e consumo interno de materiais por unidade do PIB	de reaproveitamento a partir da qualificação de um estoque que, por sua vez, evita a produção de novas unidades, garante um impacto direto no objetivo em si.
Objetivo 13 - Ação Contra a Mudança Global do Clima Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos (reconhecendo que a Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima [UNFCCC] é o fórum internacional intergovernamental primário para negociar a resposta global à mudança do clima)	- As melhorias habitacionais de um modo amplo contribuem para aumentar a resiliência das cidades e para a prevenção de desastres ou do número de pessoas diretamente afetada por eles	Direto	13.1 - Reforçar a resiliência e a capacidade de adaptação a riscos relacionados ao clima e às catástrofes naturais em todos os países	13.1.1 - Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuído a desastres por 100 mil habitantes 13.1.2 - Número de países que adotam e implementam estratégias nacionais de redução de risco de desastres em linha com o Quadro de Sendai para a Redução de Risco de Desastres 2015-2030 13.1.3 - Proporção de governos locais que adotam e implementam estratégias locais de redução de risco de desastres em linha com as estratégias nacionais de redução de risco de desastres	A redução do risco de desastres já está contemplada no ODS 11. O indicador 13.1.1 é idêntico ao 11.5.1. O impacto das melhorias habitacionais, ainda que direto, varia conforme o risco, por exemplo situações de seca são claramente amenizadas pelo armazenamento de água. A respeito dos modos e práticas tradicionais de moradia, estes também contribuem para a resiliência das habitações.

ODS	Tipo de ação relacionada à melhoria	Impacto	Meta (nacional)	Indicador	Observações e comentários
Objetivo 14 - Vida na Água Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável	- Efeito cascata (<i>spillover effect</i>) - Melhorias habitacionais resultam em habitações que impactam menos o meio ambiente, poluem menos a água e o solo, contribuindo assim para a conservação dos oceanos	Indireto		Nenhum	A promoção de melhorias habitacionais, especialmente relacionadas a inadequações urbanísticas e edificações, contribui para reduzir ou eliminar fontes de poluição da água que, assim, contribuem indiretamente para a conservação dos oceanos.
Objetivo 15 - Vida Terrestre Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade	- Efeito cascata (<i>spillover effect</i>) - Melhorias habitacionais resultam em habitações que impactam menos o meio ambiente, poluem menos a água e o solo, contribuindo assim para a conservação dos ecossistemas terrestres	Indireto	15.1 - Até 2020, assegurar a conservação, recuperação e uso sustentável de ecossistemas terrestres e de água doce interiores e seus serviços, em especial florestas, zonas úmidas, montanhas e terras áridas, em conformidade com as obrigações decorrentes dos acordos internacionais 15.3 - Até 2030, combater a desertificação, restaurar a terra e o solo degradado, incluindo terrenos afetados pela desertificação, secas e inundações, e lutar para alcançar um mundo neutro em termos de degradação do solo	15.1.1 - Área florestal como proporção da área total do território 15.3.1 - Proporção do território com solos degradados	A promoção da requalificação do estoque imobiliário ao invés da produção de novas unidades evita a expansão da mancha urbana e seu possível avanço sobre áreas preservadas.

ODS	Tipo de ação relacionada à melhoria	Impacto	Meta (nacional)	Indicador	Observações e comentários
Objetivo 16 - Paz, Justiça e Instituições Eficazes Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis	- Efeito cascata (<i>spillover effect</i>) - Uma política de melhorias habitacionais estimulada pelo Estado contribui não apenas para promover justiça social e ambiental, mas também para fortalecer as instituições públicas	Indireto	16.1 - Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares 16.6 - Desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis	16.1.1 - Número de vítimas de homicídio intencional, por 100 000 habitantes, por sexo e idade 16.1.4 - Proporção da população que se sente segura quando caminha sozinha na área onde vive 16.6.2 - Proporção da população satisfeita com a última experiência com serviços públicos	O impacto depende da organização de uma política pública de acesso à justiça e do fortalecimento das instituições.
Objetivo 17 - Parcerias e Meios de Implementação Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável	- Efeito cascata - Em grande parte das iniciativas relacionadas a melhorias habitacionais as parcerias são fundamentos das estratégias desenvolvidas, considerando atores como a comunidade, movimentos sociais, profissionais e técnicos relacionados ao processo, instituições públicas, privadas e organismos internacionais	Indireto	17.3 - Mobilizar recursos financeiros adicionais para os países em desenvolvimento a partir de múltiplas fontes 17.17 - Incentivar e promover parcerias públicas, público-privadas e com a sociedade civil eficazes, a partir da experiência das estratégias de mobilização de recursos dessas parcerias	17.3.1 - Investimento direto estrangeiro, assistência oficial ao desenvolvimento e Cooperação Sul-Sul, como proporção do rendimento nacional bruto 17.3.2 - Volume de remessas (em dólares dos Estados Unidos) como proporção do PIB total	Impacto indireto. E "parcerias" aqui se refere à cooperação internacional.

Fonte: (Balbim, Krause, Santiago e Cunha, 2023)

4.3.1 Principais riscos à saúde relacionados à habitação

A habitação se tornará cada vez mais importante para a saúde devido às mudanças demográficas e climáticas. O número de pessoas com mais de 60 anos, que passam a maior proporção do seu tempo em casa, dobrará até 2050. Em países de alta renda, cerca de 70% do tempo das pessoas é gasto dentro de casa. Dentro em alguns lugares, inclusive onde os níveis de desemprego são mais altos e onde mais pessoas estão empregadas em indústrias domésticas, essa porcentagem é ainda maior. Crianças, idosos e pessoas com deficiência ou doença crônica provavelmente passam a maior parte do tempo em casa e, portanto, estão mais expostos a riscos de saúde associados à moradia. As mudanças nos padrões climáticos associados às mudanças climáticas também sublinham a importância da habitação fornecer proteção contra o frio, o calor e os eventos climáticos extremos.

A habitação precária é um risco para a saúde e bem-estar das pessoas, expostas ao estresse, seja por ser estruturalmente deficiente, ou por estar construída em locais inseguros, não haver a segurança da posse e estarem expostos ao risco de despejos forçados. Normalmente, encontram-se em locais com maior probabilidade de expor os ocupantes a riscos como deslizamentos de terra, inundações e poluição industrial. A má construção ou manutenção

aumenta a probabilidade de que as pessoas escorreguem ou caiam e a falta de acessibilidade expõe seus moradores com deficiência e idosos ao risco de lesões, estresse e isolamento. Habitações que são difíceis ou caras de aquecer podem contribuir para resultados respiratórios e cardiovasculares ruins, enquanto altas temperaturas internas podem aumentar a mortalidade cardiovascular. A poluição do ar interno prejudica a saúde respiratória e pode desencadear reações alérgicas e irritantes, como a asma. Habitações lotadas aumentam o risco de exposição a doenças infecciosas e estresse. As instalações inadequadas de abastecimento de água e saneamento afetam a segurança alimentar e a higiene pessoal. O desenho urbano que desencoraja a atividade física contribui para a obesidade e condições relacionadas, como diabetes e problemas de saúde mental e cardiovascular.

A moradia em favelas (o termo preferido do UN-Habitat) e a moradia informal apresentam riscos particulares à saúde. Atualmente, cerca de 1 bilhão de pessoas vivem em condições de favela, que muitas vezes se desenvolvem devido à exclusão dos processos de planejamento. Seus moradores estão expostos a muitos dos riscos associados à habitação, que levam a acidentes domésticos, como moradias estruturalmente defeituosas, instalações habitacionais inadequadas e superlotação, mas também enfrentam riscos específicos para a saúde devido ao saneamento precário e conexões elétricas inseguras, materiais de construção tóxicos, instalações de cozinha sem ventilação, instalações inseguras, infraestrutura, incluindo estradas. As favelas e assentamentos informais geralmente abrigam migrantes, refugiados e deslocados internos. Há uma estimativa de 1 bilhão de migrantes no mundo hoje: 250 milhões de migrantes internacionais e 763 milhões de migrantes internos. Esse número inclui 65 milhões de pessoas que foram deslocadas à força e precisam de soluções habitacionais urgentes.

Um grande número de pessoas vive em condições precárias de moradia. Por exemplo, 6% dos domicílios na América Latina e no Caribe (em comparação com 0,4% na União Européia) têm mais de três pessoas por quarto. Cerca de 9% da população global não tem acesso a uma fonte de água potável melhorada (não contaminada). Quase metade de todas as pessoas que usam fontes de água potável de má qualidade ou contaminadas vivem na África Subsaariana, enquanto um quinto vive no sul da Ásia. Além disso, 41% da população mundial cozinha e aquece suas casas usando lareiras e fogões simples que queimam combustíveis sólidos. Isso resulta em ar interno poluído e ventilação inadequada (World Health Organization, 2018).

Globalmente, muitas casas apresentam defeitos estruturais. Por exemplo, 15% da população europeia vive em habitações com infiltrações no telhado, paredes, pavimentos ou fundações úmidas, ou apodrecimento nos caixilhos das janelas, pavimentos e outros elementos

estruturais. Quase 20% relatam que sua habitação não os protegeu contra o calor excessivo durante o verão, enquanto 13% relatam que sua habitação não era confortavelmente quente durante o inverno. No Reino Unido, 72% dos adultos com problemas de mobilidade relataram que a entrada em sua moradia não era devidamente acessível. Nos Estados Unidos da América, 5,2% do parque habitacional é classificado como inadequado, apresentando problemas físicos graves ou moderados, como deficiências de aquecimento, encanamento ou manutenção.

As condições de saúde relacionadas à moradia apresentam uma importante carga de saúde. Parte disso é atribuível ao acesso precário à água e à má qualidade do ambiente interno, que, segundo o relatório Água, saneamento e higiene (WASH, 2021) foram responsáveis por 829.000 mortes por doenças diarreicas em todo o mundo em 2016. Isso constitui 1,9% da carga global de doenças medida em anos de vida ajustados por incapacidade Deficiência de vida ajustada aos anos (DALYs). Em 2016, 3,8 milhões de mortes em todo o mundo foram atribuídas à poluição do ar doméstica pelo uso de combustíveis sólidos para cozinhar, quase todas ocorreram em países de baixa e média renda. Cerca de 15% dos novos casos de asma infantil na Europa podem ser atribuídos à umidade interna, representando mais de 69.000 DALYs potencialmente evitáveis e 103 mortes potencialmente evitáveis todos os anos.

A habitação também contribui para a carga de doenças ao expor as pessoas a substâncias perigosas ou a doenças infecciosas. Por exemplo, quase 110.000 pessoas morrem todos os anos na Europa como resultado de lesões em casa ou durante atividades de lazer, e outras 32 milhões precisam de internação hospitalar devido a essas lesões. Na Europa, estima-se que 7.500 mortes e 200.000 DALYs são atribuíveis à falta de protetores de janela e detectores de fumaça. Aproximadamente 10% das admissões hospitalares por ano na Nova Zelândia são atribuíveis à aglomeração domiciliar. Em 2012, a Índia registrou mais de 2.600 mortes e 850 de vários ferimentos resultantes do colapso de mais de 2.700 edifícios. No Quirguistão, a aglomeração de domicílios causa 18,13 mortes por 100.000 por tuberculose (TB) por ano. Estima-se que a exposição ao chumbo tenha causado 853.000 mortes em 2013 (World Health Organization, 2018).

Embora todos possam estar expostos aos riscos associados a moradias insalubres, as pessoas de baixa renda e grupos vulneráveis são mais propensas a viver em moradias inadequadas ou inseguras, ou a ter sua moradia totalmente negada. Segundo Rolnik (2009), a medida em que os eventos climáticos extremos afetam os aglomerados urbanos não está apenas relacionada com a sua localização, mas também com a qualidade e o nível das infraestruturas e

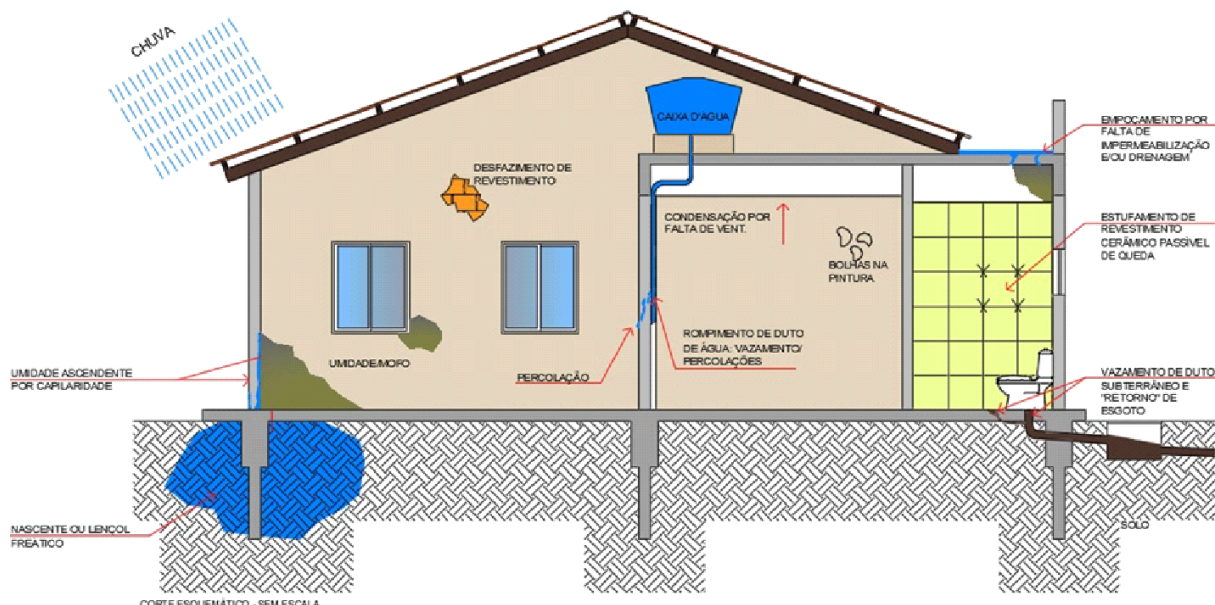
da prestação de serviços: “Para qualquer cidade, a escala do risco destes eventos climáticos extremos é também muito influenciada pela qualidade da habitação e da infraestrutura naquela cidade e pelo nível de preparação entre a população da cidade e os principais serviços de emergência”. As comunidades pobres podem ser especialmente vulneráveis, em particular aquelas concentradas em assentamentos não planejados e sem serviços dentro de áreas urbanas, que tendem a ser construídos em locais perigosos e serem susceptíveis a uma série de catástrofes relacionadas com as alterações climáticas. Vivendo numa situação de pobreza e exclusão, carecem de recursos adequados para se protegerem. Os efeitos relacionados com as alterações climáticas agravam os riscos e vulnerabilidades existentes (Rolnik, 2009).

4.3.2 Principais Patologias que afetam a habitação

Embora não pretenda-se exaurir o universo de possibilidades de adequações e construções dentro do melhor método de arquitetura e engenharias, foi desenvolvido um pequeno compilado de contribuição técnica, de propostas de melhorias habitacionais focadas numa população que geralmente não conta com recursos financeiros suficientemente vultosos, nem mesmo profissionais qualificados para realizarem maiores mudanças, com o objetivo de mitigar a transmissibilidade e reduzir a disseminação de bactérias e vírus em ambiente residencial, seguindo as boas práticas construtivas.

A figura abaixo apresenta as principais patologias observadas em moradias inadequadas, que servem como objeto de melhorias habitacionais. Sobre as quais, cita-se: umidade; empoçamento; falta de impermeabilização; falta de ventilação/iluminação; falta de revestimentos; estufamento e/ou descolamento de revestimentos; e vazamentos.

Figura 18 – Principais patologias construtivas relacionadas com doenças respiratórias



Fonte: Adaptado de Ruas (2012, p. 16)

4.4 INDICADORES DE VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL³⁰

No embasamento das análises em Habitação Saudável, a ONU (Organização das Nações Unidas) e a OMS (Organização Mundial de Saúde) fornecem de forma considerável um bom material (EUROPE; RANSON, 1988; OPAS, 2004; UN, 2014; World Health Organization, 2018; OHCHR, 2020). Também utiliza-se de indicadores ambientais do IBGE para demonstrar a inadequação habitacional no momento dos recenseamentos (BRASIL, Ministério da Economia; IBGE, 2010). Já a Fundação Pinheiro apresenta a metodologia desenvolvida para o cálculo do déficit habitacional nacional (FJP, 2021b), além de avaliar as informações na Ficha de Cadastro Domiciliar do Sistema e-SUS Atenção Básica (ANEXO A), assim como o quadro de “Indicadores de vulnerabilidades em habitações localizadas em assentamentos urbanos irregulares”, apresentado pela pesquisadora Cohen e colaboradores (2010). As normas técnicas nacionais contribuem para o entendimento a respeito dos indicadores de vulnerabilidades ambientais e sociais que podem tender a doenças. Agrupou-se esses elementos, indicando os que são vulneráveis e que devem ser analisados em visitas

³⁰ As informações contidas nesse tópico foram, em boa parte, obtidas no trabalho Costa (2022).

técnicas domiciliares buscando identificar os principais fatores ambientais e patologias

Figura 19 - Elementos de análise de vulnerabilidade social e ambiental

construtivas que podem impactar em patologias clínicas.

Elementos de análise de vulnerabilidade ambiental	
Social	Renda familiar
	Situação de posse da moradia - se imóvel próprio, locatário ou outro
Urbanístico e Sanitário	Geomorfologia do terreno - se está situado em área de inundação ou deslizamento
	Drenagem urbana
	Esgotamento aparente
	Forma de escoamento de rejeitos da habitação
	Mobilidade urbana
	Proximidade de equipamentos urbanos
	Distanciamento entre a edificação e demais elementos
	Coleta de lixo - direta, armazenamento, intermitência, queima de lixo ou outro

Arquitetônicas	Dimensionamento	Número de habitantes	
		Número de famílias coabitantes	
		Presença de cozinha	
		Presença de unidade sanitária exclusiva	
		Espaço de circulação adequado	
		Uso da moradia como local de trabalho - necessidade de flexibilização	
		Flexibilidade e comunicação entre espaços	
	Conforto Ambiental	Vent. / Ilum.	Presença de elementos obstruindo a ilum. e ventilação adequadas
			Ausência de janelas/vãos voltados para áreas abertas
			Aberturas insuficientes para aeração dos cômodos
			Necessidade de ventilação mecânica
		Temperatura interna adequada	
		Adensamento: 3 ou mais indivíduos por cômodo utilizado como dormitório	
	Fontes de ruído - poluição sonora		
	Umidade e Mofo	Pisos	Ausência de piso revestido em áreas secas
			Inadequação de piso em áreas secas
			Ausência de piso revestido em áreas molhadas
			Inadequação de piso em áreas molhadas
		Paredes	Ausência de revestimentos em áreas secas
			Inadequação de revestimentos em áreas secas
			Ausência de revestimentos em áreas molhadas
			Inadequação de revestimentos em áreas molhadas
			Ausência de revestimentos em paredes externas
			Inadequação de revestimentos em paredes externas
			Lacuna de fechamento entre a parede e a cobertura
			Infiltração ascendente e altura
			Infiltração descendente e altura
Infiltração em vãos de janelas e aberturas			
Coberturas		Laje não impermeabilizada exposta às intempéries	
		Infiltração em tetos de cômodos	
	Telhados quebrados		
	Ausência de qualquer tipo de cobertura no cômodo		
Acessibilidade	Presença de morador com necessidades especiais		
	Ausência de rampas		
	Circulações inadequadas		
	Portas com aberturas insuficientes		
	Banheiros inadequados		
Escadas inadequadas			

Infraestrutura	Civil	Presença de trincas/fissuras na edificação
		Ferragem aparente em estruturas
		Inadequação de muros (quando existirem)
	Instalações elétricas inadequadas e aparentes	
	Hidrossanit.	Instalações hidrossanitárias inadequadas
		Verificar existência de tubulação de chumbo
		Ausência de Caixa d'água
		Caixa d'água sem vedação
	Gás	Proteção de botijão e distanciamento de áreas sociais
		Proteção de tubulação
Ventilação fixa aberta em cômodo com aparelho de gás		
Hábitos e animais	Consumo de água não tratada	
	Consumo de água diretamente da torneira	
	Lixo domiciliar guardado em recipiente aberto	
	Presença de animais domésticos	
	Presença de animais silvestres	
	Hábito de lavagem de áreas molhadas	
Segurança	Telhados em amianto	
	Ambientes com telhado aparente em amianto/fibrocimento sem forro	
	Caixa d'água em amianto	
	Ausência de guarda-corpo em escadas e lajes de uso comum	

Fonte: Costa (2022).

Com base nas informações coletadas nesse checklist resumido, apresenta-se as análises que influenciam nas patologias construtivas e na qualidade habitacional:

a. Social – A renda familiar indica as condições financeiras que realmente a família possui para realizar as melhorias necessárias, visando solucionar as patologias construtivas pela própria família. Ainda, o potencial desse núcleo familiar em suprir os demais custos com a moradia, tais como água, energia, gás, alimentação, entre outros.

A insegurança quanto à situação da posse da moradia pela família acaba por gerar estresse, além das situações de despejos forçados, entre outros. Já uma moradia cara, ou seja, dispendiosa em relação à renda familiar, acaba por obrigar seus membros a reduzir gastos, como por exemplo com alimentação, transportes, energia e cuidados com a saúde e principalmente qualquer investimento, dessa forma reduzindo o poder econômico e bem-estar familiar (World Health Organization, 2018; SHANNON et al., 2018).

b. Urbanística e Sanitária – A localização da moradia e o relevo do terreno possibilitam identificar situações de riscos de inundações, deslizamentos, erosões; a infraestrutura urbana; energia elétrica, rede de água e de esgoto, escoamento das águas pluviais. A proximidade de

estruturas urbanas como: escolas, terminais de ônibus, hospitais, entre outros; a distância entre a moradia e indústrias; o tipo de coleta de lixo, se por via de caminhão, contêineres, simplesmente descarte em terrenos ou queima desses resíduos. Também é importante mencionar a distância adequada entre as moradias de muros que possibilitem a ventilação e de iluminação natural.

c. Dimensionamento - É necessário avaliar os requisitos físicos mínimos para a habitação dos indivíduos e o número de pessoas que moram naquele espaço. Levando-se em conta as necessidades humanas básicas (cozinhar, fazer a própria higiene, estudar e/ou trabalhar, repousar, etc.), é essencial unidade sanitária exclusiva, cozinha e circulações necessárias; além dos requisitos ambientais de flexibilidade, devido à possibilidade de ampliação e de transformação para atendimento a outras demandas naquele espaço, em especial as necessidades de trabalho e estudo.

d. Conforto ambiental - Estuda-se as necessidades de iluminação e ventilação, identificando se alguns elementos externos e internos (como paredes e outros) obstruem a troca de ar dos cômodos e se existe falta ou insuficiência de janelas e vãos que atendam tais necessidades. Inclusive as dimensões das aberturas de janelas e portas devem favorecer a entrada de sol e renovação de ar na casa. Tem-se estabelecido na NBR 15575-1 “Edificações habitacionais - Desempenho - Parte 1: Requisitos gerais” (ABNT, 2013) os requisitos mínimos aplicáveis às edificações habitacionais no Brasil. Da mesma forma, o Código Civil (BRASIL, 2001) também estabelece padrões mínimos aplicáveis quando não há legislação a nível municipal ou estadual que considere as necessidades de urbanismo.

Outros pontos determinantes são: a temperatura interna adequada para os cômodos, que pode variar de acordo com a região em que se localiza a moradia. O guia “*WHO Housing and Health Guidelines*” da OMS (World Health Organization, 2018) caracteriza que a temperatura interna ideal da habitação para países e regiões frias é de 18°C, ao passo que, para países e regiões de clima quente, é de 24°C. Informa também, através de uma revisão sistemática, que ambientes internos com temperaturas abaixo de 18°C podem ser correlacionados com o aumento da morbidade e mortalidade de doenças respiratórias, mortalidade de bebês, aumento de admissões hospitalares, doenças cardiovasculares e aumento da pressão sanguínea, depressão e distúrbios no sono (BARNARD et al., 2018). Por sua vez, a revisão sistemática de Head e colaboradores (2018) concluiu que há relação entre ambientes internos com temperatura acima de 24°C e desconforto térmico, taxas mais altas de mortalidade

por todas as causas, incidência de doenças cardiovasculares, aumento de hospitalizações de emergência, insolação dentro de casa, hipertermia e desidratação.

Portanto, há de se observar a localização e a temperatura externa para avaliar qual seria a temperatura interna ideal. No Brasil, a NBR 15220-3 “Desempenho térmico das edificações – Parte 3: Zoneamento bioclimático brasileiro e diretrizes construtivas para habitações unifamiliares de interesse social” (ABNT, 2005) faz uma análise mais específica, de acordo com a zona bioclimática em que aquela habitação está inserida, sugerindo as melhores opções de proteção térmica para aquele local.

O adensamento excessivo de cômodos, isto é, mais de 3 pessoas ocupando o cômodo utilizado como dormitório (IBGE, 2013; World Health Organization, 2018) traz efeitos adversos para a saúde física e mental daqueles 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: TB, 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 no sono (SHANNON et al., 2018).

O sexo, status de relacionamento, idades e número de pessoas também são dados relevantes, já que interferem nas dinâmicas internas dentro daquela habitação. Por exemplo: em um cômodo com espaço exímio, quando há uma cama compartilhada para duas pessoas, pode existir ou não adensamento excessivo – não será quando for um casal, mas será quando não (World Health Organization, 2018).

e. Umidade e mofo - A incidência solar direta cumpre função de higienizar ambientes, reduzindo a proliferação de fungos e bactérias. Além disso, a ventilação atua na aeração ambiental. Por sua vez, a impermeabilização e drenagem adequadas evitam impactos em estruturas e acúmulo de água/umidade. Quando já supridas essas correções, as condições de pisos, paredes e teto precisam ser avaliadas para retificar as patologias ocorridas em decorrência dessa inadequação anterior.

A ausência de pisos revestindo áreas secas e molhadas, assim como a inadequação desses (descolados, quebrados, etc.) devem ser avaliadas. Além disso, a ausência ou inadequação de revestimentos em paredes internas e externas e de áreas secas e molhadas dos compartimentos.

Lacunhas de fechamentos entre paredes e cobertura, além da identificação de tipos de infiltrações: ascendente, descendente, entre compartimentos ou em decorrência de vedação inadequada de janelas e aberturas devem ser analisadas em todo conjunto arquitetônico.

A cobertura necessita de análise como agente de interação na causa da proliferação de bactérias internamente. Assim, lajes não impermeabilizadas expostas às intempéries, gerando infiltrações em tetos, além de telhados quebrados ou mesmo a ausência completa de fechamentos em ambientes (que deveriam ser cobertos) devem ser analisadas.

f. Acessibilidade - No caso da presença de algum(a) morador(a) com necessidades especiais, é de extrema necessidade atentar para a ausência de rampas ou mesmo inclinação inadequada; a largura de circulações; aberturas de portas; e inadequação de banheiros.

A NBR 9050/2020 “Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos” (ABNT, 2020) deve nortear o projeto, materiais e proporções adequadas para correção das patologias encontradas, tendo em vista o conforto da pessoa com necessidades especiais: seja ela visual, motora, auditiva ou mental.

g. Infraestrutura - As características construtivas da habitação e dos materiais utilizados devem prover condições adequadas de salubridade aos seus usuários, dificultando o acesso de insetos e roedores e propiciando níveis aceitáveis de material particulado em suspensão, de construções e reformas.

A presença de trincas/fissuras na edificação, além de ferrugem aparente em estruturas e até mesmo a inadequação de muros podem ser fatores preponderantes de exposição dos usuários daquela construção, posto que a qualidade construtiva apresenta risco de quedas ou rompimentos.

Além disso, as habitações deveriam ser dotadas de instalações hidráulicas, sanitárias, elétricas e eletrônicas e, quando possível, de distribuição de gás natural. No caso de botijão de gás, o mesmo deve ser instalado em adequação à ABNT.

g.1) Instalações hidráulicas e sanitárias – compreendem os sistemas prediais de coleta de esgoto, suprimento de água fria e quente, coleta de águas pluviais, armazenamento e coleta de resíduos sólidos. As instalações hidrossanitárias devem cumprir as normas da ABNT: NBR 10844: “Instalações prediais de águas pluviais”; NBR 8160: “Sistemas prediais de esgotamento sanitário, projeto e execução”; NBR 5626: “Instalações prediais de água fria”; NBR 7198: “Projeto e execução de instalações prediais de água quente”; e NBR 6493: “Emprego de cores para identificação de tubulações e cores”.

g.2) Instalações elétricas e eletrônicas – o sistema elétrico em habitação deve obedecer à NBR 5410 “Instalações Elétricas de Baixa Tensão”;

g.3) Instalações de distribuição de gás natural: As instalações de gás natural devem cumprir a normas da ABNT NBR 15526: “Redes de distribuição interna para gases combustíveis em instalações residenciais — Projeto e execução” e NBR 13523 “Central predial de gás liquefeito de petróleo”, que se aplica às edificações e construções em geral, em execução ou sujeitas à reforma ou reconstrução, ou ainda àquelas submetidas a pequenas reformas ou reparos. É fundamental que locais que contenham aparelhos que utilizem gás mantenham ventilação aberta permanentemente equivalente ao mínimo de 1/10 da área da janela para dispersão dos gases e segurança dos moradores, além de 1,50m de altura mínima em relação ao piso, de acordo com a ABNT NBR 13103 “Instalação de aparelhos a gás para uso residencial - Requisitos”. O distanciamento do botijão de áreas de permanência, quando da inadequação habitacional, deve ser tratado como medida essencial de segurança.

h. Hábitos e presença de animais - Os hábitos de vida dos moradores devem ser norteadores da análise, além de equipamentos e mobiliário. Isso se deve pela variedade de comportamentos e impactos que podem gerar na forma de viver. Logo, deve ser considerada a flexibilidade e comunicação entre os espaços, de modo a promover interações sociais e maior aeração possível, a utilização de água filtrada, forma de guardar e descartar o lixo, frequência de compras de insumos e alimentos (com impacto no dimensionamento de ambientes) e até mesmo o hábito de lavagem de áreas molhadas, bastante comum em assentamentos informais no Brasil.

Quanto à presença de animais, há de se pensar o local onde se vive como meio de transmissão de doenças quando não há um revestimento adequado de pisos, posto que os excretos dos animais podem se acumular ou proliferar bactérias naquele ambiente. Já a presença de animais silvestres pode facilitar a entrada de outros vírus e bactérias para o corpo humano, como foi o caso do SARS-CoV-2.

i. Segurança – Outro fator preponderante é a presença de materiais com potencial carcinogênico como o amianto e o cobre.

Em assentamentos humanos informais, é recorrente a presença de construções com telhamento em amianto (ou asbesto)³¹. Produto banido em mais de 60 países e proibido no Brasil desde 2017, o amianto foi amplamente utilizado na construção civil para produção de

³¹ Baseado em observação realizada pela autora, que tem experiência de atuação em favelas e ainda é forte a presença desse tipo de telhamento, posto que os moradores não realizaram a troca das coberturas após a proibição do material no país.

produtos em fibrocimento, especialmente de telhas, caixas d'água e tubulações (CONJUR, 2017; MENDES, 2001). No entanto, é altamente nocivo para a saúde humana, especialmente para casos de exposição ocupacional, podendo causar câncer (asbestose, um tipo de pneumoconiose grave) e mesotelioma maligno de pleura (CAPELOZZI, 2001; MENDES, 2001). Quando exposto em ambiente sem a devida proteção, as fibras em suspensão no ar ainda podem trazer riscos à saúde. E, no caso de quebra ou remoção dessas peças em fibrocimento, há risco tal qual à condição de exposição ocupacional. No caso de telhados, há a necessidade de proteger a família desse amianto através da instalação de forros no teto, ao passo que em caixas d'água a troca por modelos mais modernos é essencial.

Deve-se atender às normas específicas para cálculo e dimensionamento das caixas d'água, a fim de prever a instalação de acordo com o perfil de consumo daquela família. São elas: NBR 14.799:2018: caixa d'água com corpo em polietileno, com tampa em polietileno ou em polipropileno, para água potável, de volume nominal até 2000L (inclusive) – requisitos e métodos de ensaios; NBR 14.800:2018: caixa d'água com corpo em polietileno, com tampa em polietileno ou em polipropileno, para água potável, de volume nominal até 2000L (inclusive) – instalação em obra; NBR 13.210:2015: caixa d'água de poliéster reforçado com fibra de vidro para água potável – requisitos e métodos de ensaio; e NBR 5626:1998: instalação predial de água fria. Para o caso de tubulações em cobre, há necessidade de substituição por outras em PVC.

Deve-se atentar para as escadas existentes: alturas de espelhos e comprimento de pisos, além das diferenças entre os degraus da escada. A NBR 9050/2020 indica os parâmetros mínimos para o projeto de escadas, seguindo a Fórmula de Blondel:

$0,63 \text{ m} \leq p + 2e \leq 0,65 \text{ m}$, que indica a proporção em metros entre piso e espelho (altura) de degraus: a soma entre piso (p) e o dobro da medida do espelho (e) deve estar entre 63cm e 65cm para conforto do usuário. Recomenda-se as medidas ideais do piso (p) ou do espelho (e): pisos (p): $0,28 \text{ m} \leq p \leq 0,32 \text{ m}$ espelhos (e): $0,16 \text{ m} \leq e \leq 0,18 \text{ m}$. Dessa forma, o piso deve medir entre 28cm e 32cm de profundidade e o espelho entre 16cm e 18cm para melhor conforto do usuário. Quando não for possível utilizar essas medidas para vencer o vão necessário com o comprimento disponível, deve-se respeitar o limite de 18,50cm de altura de espelho. Já a largura de uma escada interna de uma habitação deve conter a medida mínima de 80cm com patamares de, no mínimo, 80x80cm.

Para o uso de bocel ou quina em escadas, indica-se o limite de 1,5cm para evitar batidas e quedas. Além disso, deve-se considerar também os materiais de revestimentos da escada, sobre os quais cita-se: material antiderrapante ou o uso de fita antiderrapante na beirada de cada degrau (ABNT, 2020; FIOCRUZ; NUBIO, 2020).

Por sua vez, para os corrimãos, deve-se considerar: instalação em ambos os lados da escada com altura de 1 metro de altura e inclinação entre 30° e 35° e, quando construído em madeira, não deve apresentar farpas, saliências ou emendas; há também a necessidade de prolongamento de 30cm nas extremidades para garantir a segurança do usuário (ABNT, 2020; FIOCRUZ; NUBIO, 2020). A ausência de guarda-corpos deve ser considerada não somente em escadas, mas em lajes em geral quando puderem ser acessadas. No Brasil, em 2009, segundo o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2009), 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 aponta que uma pessoa morre a cada três dias por queda de laje no Estado. 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. Desse total, 136 pessoas morreram. No total, as internações custaram R\$ 3,2 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS) paulista. Segundo a cirurgiã-geral Silvana Nigro, gerente 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 nesses pavimentos superiores.

Muitas famílias constroem as lajes em suas residências para usarem como área de recreação e lazer ou mesmo como local para armazenarem mobílias e outros objetos, mas se esquecem de adicionarem um muro de tijolos ou mesmo uma grade como forma de proteção da área e evitar acidentes. Isso também propicia alto risco de choques elétricos, já que, dependendo da altura das lajes, os moradores podem ficar mais próximos aos fios de energia. As quedas em laje podem provocar desde lesões mais leves, como escoriações e contusões, até fraturas de membros superiores e inferiores, lesões de coluna, traumatismos de tórax, abdômen e crânio.

Um estudo efetuado na Comunidade de Paraisópolis, em São Paulo, para o Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis (PECP), foi realizado de setembro a dezembro de 2007. Foram aplicados 1.490 questionários, preenchidos no ambulatório da comunidade carente por pais que tiveram filhos que sofreram algum tipo de trauma durante o período de 20 meses que antecederam a pesquisa.

Nos dados analisados, houve predominância de traumatismos entre meninos (59,6%) e a média de idade foi de 5,2 anos. O nível de escolaridade predominante entre os pais foi do ensino fundamental incompleto. O cuidador principal identificado foi a mãe (69,4%). Das crianças que sofreram trauma, 56,4% pertenciam a famílias numerosas (≥ 6 pessoas), moravam em casas de até três cômodos com renda familiar de até R\$ 1.000,00 (76,6%). O acesso fácil a substâncias perigosas foi considerável e o livre acesso a lajes foi relatado em 92,8% dos casos. Os principais mecanismos de trauma foram quedas e queimaduras. Neste estudo a criança vítima de queda tinha menos de 5 anos de idade.

Por segurança, é absolutamente necessário garantir a altura mínima de 1 metro de altura para evitar quedas e acidentes. Em áreas utilizadas como coberturas, esse guarda-corpo pode ganhar a função de platibanda, também vindo a esconder da fachada o telhado.

4.4.1 Habitat para a Humanidade Internacional – Programa Nossa Casa 2023.

Avaliação dos impactos no desenvolvimento humano promovidos pelas melhorias habitacionais em assentamentos informais.

O recém-lançado relatório da Habitat para a Humanidade Internacional, junto ao Instituto Internacional para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (IIED), em maio de 2023, 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 (Frediani, Cociña e Roche, 2023). No Brasil, por exemplo, seria possível subir 14 posições no IDH (Índice de Desenvolvimento Humano)³².

O documento avalia os retornos sociais ao melhorar o acesso equitativo à habitação adequada em assentamentos informais, particularmente ligados ao desenvolvimento humano. A metodologia utilizada para a análise baseou-se em extensa revisão da literatura sobre as conexões entre moradia adequada em assentamentos informais e cada uma das três dimensões do IDH, que considera: um padrão de vida decente (medido pelo rendimento nacional bruto per

³² O IDH é um índice sintético desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano, no início da década de 1990, como uma métrica alternativa para o progresso do desenvolvimento. Em termos de seu valor numérico, “o IDH estabelece um mínimo e um máximo para cada dimensão, chamada de ‘traves’, então mostra onde cada país se posiciona em relação a esses postes da meta. Isso é expresso como um valor entre 0 e 1. Quanto maior o desenvolvimento humano de um país, maior o valor do IDH” (Human Development Reports, s.d.)

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).

Por meio de um exercício de modelagem estatística, a análise mostra que a moradia adequada é uma infraestrutura para o bem-estar e a sustentabilidade, um facilitador chave para dimensões do desenvolvimento humano, com impactos diretos para os moradores de assentamentos informais em sistemas sociais mais amplos. A modelagem estatística nesse relatório foi estimada sobre uma tipologia de países em vez de países individuais. Foram usados dados disponíveis de 102 países de renda média e baixa. A metodologia gera 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”, usando dados do UN-HABITAT e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD para 2018³³.

O estudo vai além ao fornecer uma abordagem integrada, que mede os retornos sociais gerais em múltiplas dimensões simultaneamente, modelando o que aconteceria se as melhorias habitacionais em assentamentos informais ocorressem em grande escala num país inteiro. Para desenvolver essas estimativas, uma série de suposições sobre os dados projetados em diferentes cenários, dos mais cautelosos aos mais otimistas, e quatro tipos de países teóricos, foram usados para ilustrar o impacto potencial de melhorar a habitação em assentamentos informais em larga escala.

Esse relatório concentra sua análise nos retornos do investimento em moradia adequada em assentamentos informais em termos de IDH, em vez de um foco puro no crescimento econômico e de forma mais sintética do que um painel de indicadores. Como o IDH inclui em seu índice uma medida de crescimento econômico, o relatório apresenta uma série de constatações em relação aos retornos associados ao aumento da renda e dos resultados econômicos, expandindo seu foco para a atenção nas múltiplas dimensões de qualidade de vida. Indiscutivelmente, a estrutura dos ODS também visa ir além do PIB sozinho e segue uma abordagem semelhante que se expande em várias dimensões, fazendo uso de um painel de indicadores sem agregar em um índice. A justificativa é que o PIB e o RNB não capturam totalmente a qualidade de vida das pessoas em um país.

³³ Uma vantagem de usar dados de 2018 para indicadores de IDH é que eles correspondem a dados de saúde e educação pré-COVID. A crise da COVID levou a uma diminuição da expectativa de vida e das matrículas escolares, o que se espera que seja um fenômeno parcialmente temporário. Os dados de 2018 não são afetados por esse fenômeno.

Em termos de renda, a modelagem mostra que, em nível nacional, o acesso equitativo à moradia adequada em assentamentos informais pode gerar um impacto direto de até 10,5% de crescimento econômico, medido como renda nacional bruta, ou RNB, ou renda interna bruta, ou PIB, per capita.

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.

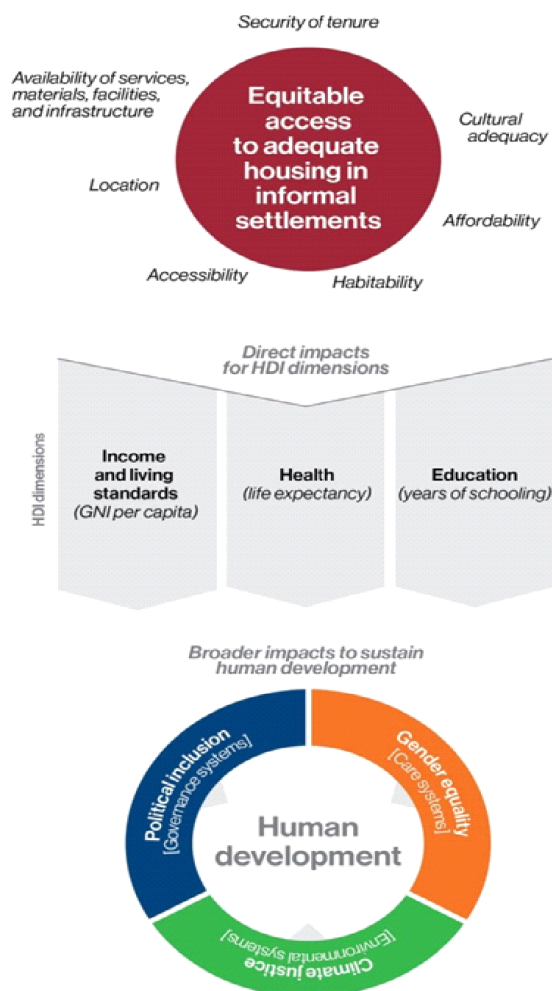
Em termos de educação, os anos de escolaridade esperados em alguns países podem aumentar em até 28% devido ao acesso à moradia adequada nesses assentamentos. Globalmente, 41,6 milhões de crianças e jovens poderiam ser matriculados na educação primária e secundária por causa de melhorias habitacionais em assentamentos informais. Isso equivale a 16,1% do total de crianças e jovens que atualmente faltam à educação.

Ao oferecer acesso à moradia adequada em assentamentos informais, em escala global, pode-se saltar até 18 posições no ranking de países do IDH e gerar 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. O acesso equitativo a uma moradia adequada em assentamentos informais tem implicações mais amplas para os sistemas econômicos, de saúde e educação de toda a sociedade. Além disso, tem 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.

Embora os programas de urbanização nem sempre incluam todas as dimensões da habitação, esse relatório se baseia em evidências deles quando fazem referência a uma ou mais das sete dimensões da habitação adequada. 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. Essas 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.

Figura 20 – Acesso equitativo à moradia adequada em assentamentos informais, compreendendo os retornos sociais



Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

A Tabela abaixo apresentada fornece uma sinopse das evidências emergentes da metodologia utilizada para a análise sobre as conexões entre moradia adequada em assentamentos informais e cada uma das três dimensões do IDH, tanto por meio quantitativo quanto pesquisa qualitativa, e resume essas interligações. Posteriormente, a análise modela o que aconteceria se as melhorias habitacionais em assentamentos informais ocorressem em grande escala em todo o país e, de fato, globalmente.

Figura 21 – Tabela com interseções entre dimensões do IDH e elementos de moradia adequada

Elementos de moradia adequada	Dimensões do IDH		
	Renda e outros resultados econômicos	Resultados de saúde	Resultados de educação e aprendizagem
Segurança de posse	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da base de ativos domésticos. - A estabilidade residencial aumenta a empregabilidade e a segurança dos meios de subsistência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da saúde mental. - Aperfeiçoamento em Nutrição Infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> - A estabilidade residencial implica um ambiente escolar mais constante, melhorando a matrícula e a frequência escolar.
Disponibilidade de serviços, materiais, instalações e Infraestrutura	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de descartáveis; receita devido à redução nos custos dos serviços. - Redução da pobreza de tempo, especialmente entre mulheres e meninas. 	<ul style="list-style-type: none"> - O acesso à água e ao saneamento leva ao declínio das doenças transmitidas pela água e reduz os custos com a saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> O acesso à eletricidade aumenta a capacidade de aprendizagem em casa das crianças. O acesso adequado à água reduz a escassez de tempo e aumenta a frequência escolar.
Acessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> Redução da "pena de pobreza". O aumento da renda disponível, permite o investimento em atividades geradoras de renda. 	<ul style="list-style-type: none"> O aumento do rendimento disponível permite às famílias responder às despesas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> O aumento da renda disponível permite que as famílias cubram as despesas de aprendizagem.
Localização	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do acesso aos meios de subsistência. Redução de gastos com transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> A proximidade com os serviços de saúde leva à redução da mortalidade infantil. Menor exposição a riscos ambientais. 	<ul style="list-style-type: none"> A proximidade das escolas aumenta a matrícula escolar e a participação na educação pós-obrigatória, particularmente entre meninas e mulheres.
Habitabilidade	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da renda disponível com o dinheiro economizado em reparos e melhorias. 	<ul style="list-style-type: none"> Redução do impacto de lesões domésticas que levam à morte. Redução de infecções respiratórias. Aperfeiçoamento em saúde mental. • Redução da superlotação, levando a menos incidentes de tuberculose, gripe e doenças respiratórias, especialmente entre crianças pequenas. Redução de infecções por malária. 	<ul style="list-style-type: none"> A redução da superlotação, melhora a capacidade de aprendizagem das crianças em casa, melhora as conquistas de alfabetização e o desempenho escolar e reduz o abandono escolar.
Acessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da renda disponível, refletido em mais investimentos privados em habitação. Acesso a espaço para atividades geradoras de renda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da segurança e redução de mortes no trânsito. • Redução de crimes e homicídios. 	<ul style="list-style-type: none"> Melhor acesso à infraestrutura de transporte aumenta a matrícula escolar, principalmente para meninas.
Adequação Cultural	<ul style="list-style-type: none"> Tipologias habitacionais respondendo a diversas oportunidades de subsistência. 	<ul style="list-style-type: none"> Opções de moradia culturalmente adequadas, aumentam o sentimento de pertencimento, melhora a saúde mental e capacidade de viver uma vida saudável. 	<ul style="list-style-type: none"> A adequação cultural favorece as condições sociais e ambientais que favorecem a aprendizagem.

Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

Embora as descobertas dessa revisão sejam significativas, elas fornecem uma imagem parcial porque avaliam o impacto em cada dimensão separadamente, geralmente focando

apenas em alguns aspectos delas, por exemplo, o impacto das melhorias habitacionais em uma doença específica, também em uma pequena área geográfica ou comunidade, perdendo o potencial de ampliar tais intervenções.

A tipologia agrupa os países de forma a permitir estimativas mais sutis dos retornos. Ela utiliza o nível de desenvolvimento humano e a concentração da população em favelas, porém, não estabelece uma correlação. Usando dados do UN-HABITAT e do PNUD para 2018, os quatro tipos de países tomados como exemplos ilustrativos do impacto potencial são:

Tipo 1: IDH alto e baixo percentual de favelados. Com um IDH de 0,798, esse tipo de país tem um nível de desenvolvimento humano muito alto e estaria entre a 68ª e a 69ª posições entre mais de 190 países do mundo. Também se caracteriza por ter uma grande porcentagem da população vivendo em áreas urbanas (61%), mas uma proporção relativamente baixa da população urbana vivendo em favelas (11%). No geral, apenas 7% da população nacional desse país fictício vive em favelas. Esse tipo de país é particularmente comum na Europa e na Ásia Central, como Turquia e Albânia.

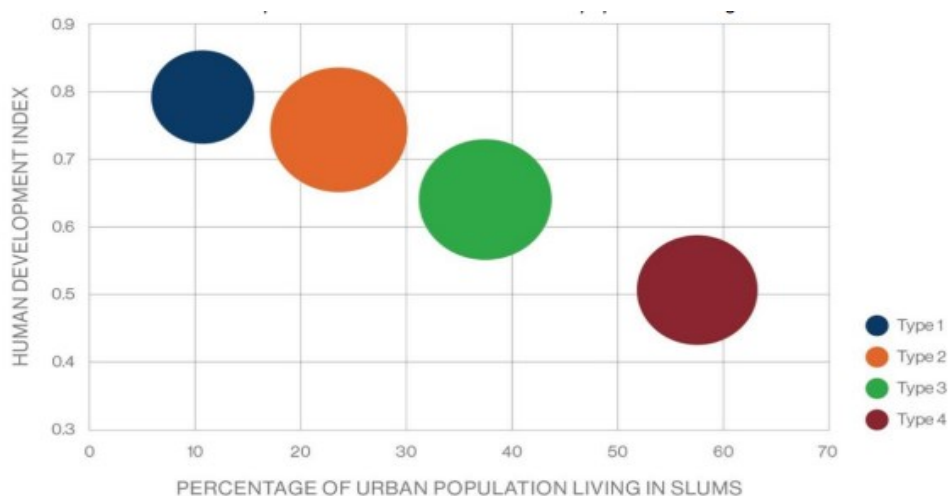
Tipo 2: IDH alto e alto percentual de favelados. Com um IDH de 0,748, esse tipo de país também possui alto nível de desenvolvimento humano e estaria classificado entre a 94ª e a 95ª posições. Tal como o Tipo 1, caracteriza-se por ter uma grande porcentagem da população a viver em áreas urbanas (68%), mas diferencia-se por concentrar uma maior proporção da população urbana a viver em bairros degradados (24%). No geral, 16% da população nacional vive em favelas. Esse tipo é semelhante a muitos países relativamente prósperos em todo o mundo, como Tailândia, Panamá, Colômbia e África do Sul. O Brasil possuía em 2018 um IDH de 0,759.

Tipo 3: IDH médio e alto percentual de favelados. Com um IDH de 0,643, esse tipo de país possui um nível de desenvolvimento humano médio a baixo, situando-se entre a 129ª e a 130ª posições. Caracteriza-se por ser um país mais rural, com apenas 38% da população vivendo em áreas urbanas. Uma grande proporção da população nas áreas urbanas vive em favelas (38%). No geral, 14% da população nacional vive em favelas. Esse tipo de país é mais comum na África subsaariana ou entre os países menos ricos de outras regiões. Países semelhantes a este tipo de país incluem Gabão, Namíbia, Zimbábue, Mongólia, Bolívia, Filipinas, Nepal, Índia e Bangladesh.

Tipo 4: Baixo IDH e alto percentual de favelados. Com um IDH de 0,520, esse tipo de país apresenta baixo nível de desenvolvimento humano, situando-se entre a 168ª e a 169ª posição. Caracteriza-se também por ser um país predominantemente rural, com apenas 36% da população vivendo em áreas urbanas. Uma característica fundamental desse tipo é que mais da

metade de sua população urbana vive em favelas (58%). No geral, 21% da população nacional vive em favelas. Esse tipo de país é quase exclusivo da África subsaariana³⁴ exceto por países excepcionalmente pobres de outras regiões, como o Haiti. Países semelhantes a este tipo incluem Malawi, Etiópia, Chade e Sudão.

Figura 22 – Composição da tipologia, nível de desenvolvimento humano e população urbana residente em assentamentos informais. Nota: O tamanho da bolha corresponde ao número total de populações urbanas que vivem em assentamentos informais



Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

Figura 23 – Tabela com descrição da tipologia segundo nível de desenvolvimento humano, urbanização e concentração de pessoas vivendo em assentamentos informais. Nota: Dados correspondentes a 2019, os mais recentes do UN-HABITAT sobre assentamentos informais

³⁴ Continente africano situado ao sul do Deserto do Saara.

	Tipo 1 IDH alto com baixo percentual de moradores de favelas	Tipo 2 IDH alto com alto percentual de moradores de favelas	Tipo 3 IDH médio com alto percentual de moradores de favelas	Tipo 4 Baixo IDH com alto percentual de favelados
Indicadores de Desenvolvimento Humano				
Nível de Desenvolvimento Humano	Alto	Alto	Médio	Baixo
Índice de Desenvolvimento Humano	0,798	0,748	0,643	0,52
Classificação do país	69	95	130	169
Dimensões do IDH				
Nível de vida (RNB per capita)	18.903	12.856	6.314	3.149
Expectativa de vida	75,6	73,2	70	61,5
Anos de escolaridade esperados	15,7	14,3	11,9	9,3
Anos médios de escolaridade	9,5	9	6,7	5
Porcentagem da população urbana	61%	68%	38%	36%
Porcentagem da população urbana que vive em bairros degradados	11%	24%	38%	58%
Porcentagem da população nacional que vive em bairros degradados.	7%	16%	14%	21%

Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

Os dados e suposições subjacentes à modelagem estatística fornecem uma medida quantitativa do impacto em termos de renda, expectativa de vida e anos de educação em assentamentos informais. Dependendo das suposições que sustentam os cálculos, o cenário otimista é o que gera maior efeito; o cenário cauteloso é baseado em um conjunto mais conservador de suposições; e o cenário moderado está em algum lugar no meio.

Relativo à renda, a análise assume um ganho de 25-30% no cenário moderado e apenas 10% no cenário cauteloso, ambas estimativas muito conservadoras. O cenário otimista assume um retorno maior de 50%, que visa capturar não apenas os múltiplos efeitos no ganho direto de renda, mas também a geração de negócios e empregos, entre outros elementos resumidos na seção anterior.

Relativo à saúde, com base nas evidências, o modelo assume uma redução da mortalidade em crianças menores de 5 anos (com chances de sobrevivência variando de 1,35 no cenário cauteloso a 2 no cenário otimista). Também assume uma redução em várias causas de morte, incluindo as devidas à infecção por malária e doenças de veiculação hídrica, as causadas por lesões domésticas ou poluição do ar doméstico e as relacionadas à tuberculose e outras doenças associadas à superlotação, com estimativas que vão de 12,5% a 50%. O modelo estima a redução da mortalidade usando as tabelas de mortalidade da OMS e estimando o impacto na expectativa de vida. As evidências indicam que, depois de melhorar suas condições de moradia, as pessoas que vivem em assentamentos informais terão uma vida mais longa e saudável.

Relativo à educação, o modelo usa os resultados da pesquisa existente para assumir um aumento considerável na matrícula primária (de 1,25 no cenário cauteloso para 2 no cenário otimista) e um aumento na matrícula e progressão para a educação secundária e terciária.

Figura 24 – Tabela com 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. • 9% de ganho de renda devido à eletricidade. 	<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.

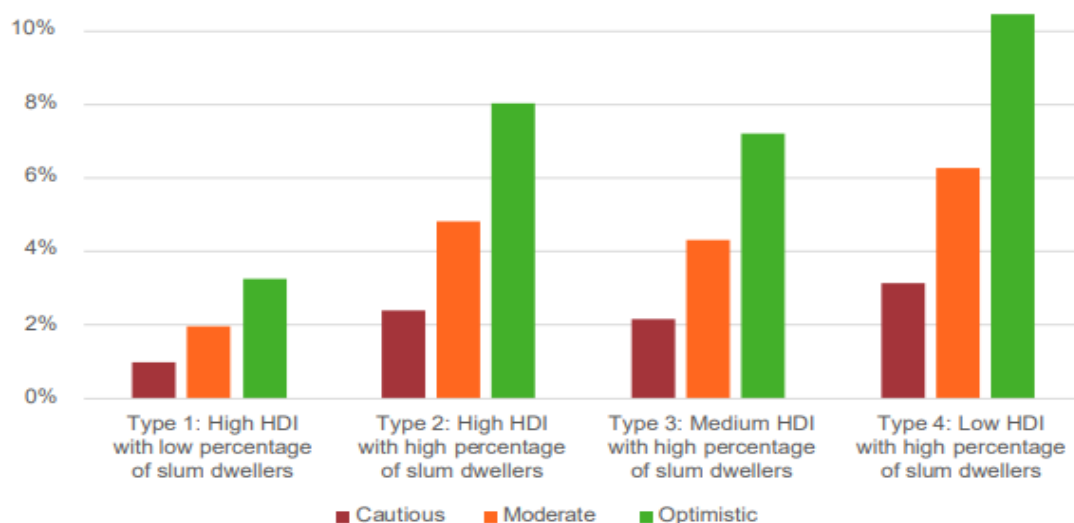
Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

O crescimento econômico foi medido primeiro usando o RNB per capita e depois o PIB per capita como uma verificação de robustez. A modelagem estatística indica que até 10,5% do crescimento econômico pode ser atribuído ao impacto direto da melhoria da habitação em assentamentos informais. 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; período dos governos populares do Partido dos Trabalhadores.

A modelagem sugere que um aumento substancial no tamanho da economia – e de fato nos padrões médios de vida – seria esperado como um efeito direto de habitação adequada em assentamentos informais em escala nacional. Em comparação, o Banco Mundial estimou que para fechar as lacunas nos serviços de água e saneamento e em 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. Vale a pena ressaltar que o aumento na renda nacional provavelmente é maior do que o custo de melhorar os assentamentos informais.

Figura 25 – Modelagem - Percentual potencial de ganho de crescimento econômico como resultado do acesso à moradia adequada em assentamentos informais em quatro tipos de países, para cenários cautelosos, moderados e otimistas



Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

A expectativa de vida apresentou um crescimento de até 4% ou um aumento de 2,4 anos de vida em média apenas devido ao efeito direto da melhoria das moradias em assentamentos informais; um aumento significativo que indica uma redução considerável na mortalidade em cada faixa etária. Globalmente, até 738.565 mortes evitáveis seriam evitadas anualmente em um cenário otimista, ou cerca de 204.000 e 363.000 em um cenário cauteloso ou moderado, respectivamente. Esse número por si só é superior ao número global total de mortes atribuídas à malária (409.000 em 2019). Os números mostram que os países reduzirão

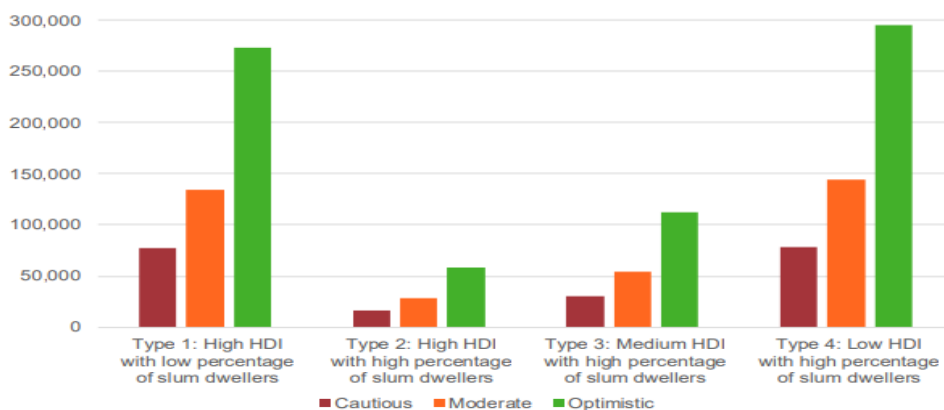
consideravelmente a morbimortalidade como resultado de uma política habitacional progressiva.

Figura 26 – Tabela com total de mortes evitáveis evitadas como resultado da garantia de moradia adequada em assentamentos informais

	Cauteloso	Moderado	Otimista
Tipo 1: IDH alto com baixo percentual de moradores de favelas	77.770	134.739	272.814
Tipo 2: IDH alto com alto percentual de moradores de favelas	16.564	28.714	58.109
Tipo 3: IDH médio com alto percentual de moradores de favelas	30.987	54.958	112.218
Tipo 4: IDH baixo com alto percentual de moradores de favelas	78.586	144.286	295.424
Total de mortes evitáveis globalmente (excluindo países de alta renda e países afetados por conflitos de alta intensidade)	203.907	362.697	738.565

Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

Figura 27 – Modelagem - Mortes evitáveis globais evitadas como resultado do acesso à moradia adequada em assentamentos informais em quatro tipos de países, para cenários cautelosos, moderados e otimistas.



Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

A expectativa de vida nacional apresenta uma média, mas os residentes em assentamentos informais viverão vidas consideravelmente mais saudáveis e mais longas como resultado da redução da carga que as moradias precárias causam à saúde. Nota-se que as estimativas estão medindo apenas o impacto direto das melhorias habitacionais em

assentamentos informais, onde estima-se um efeito de transbordamento considerável na saúde em toda a sociedade como resultado da redução da pressão no sistema de saúde.

Relativo ao acesso à educação, a modelagem estatística indica que os anos de escolaridade esperados podem aumentar em até 28% (variando de 5,6 a 28% dependendo do cenário e tipo de país). De acordo com os cálculos, para o cenário otimista, até 41,6 milhões de crianças e jovens em todo o mundo que, de outra forma, não teriam acesso à educação, poderiam estar matriculados na educação primária e secundária. Isso equivale a 16,1% do número total de crianças e jovens atualmente sem educação em todo o mundo.

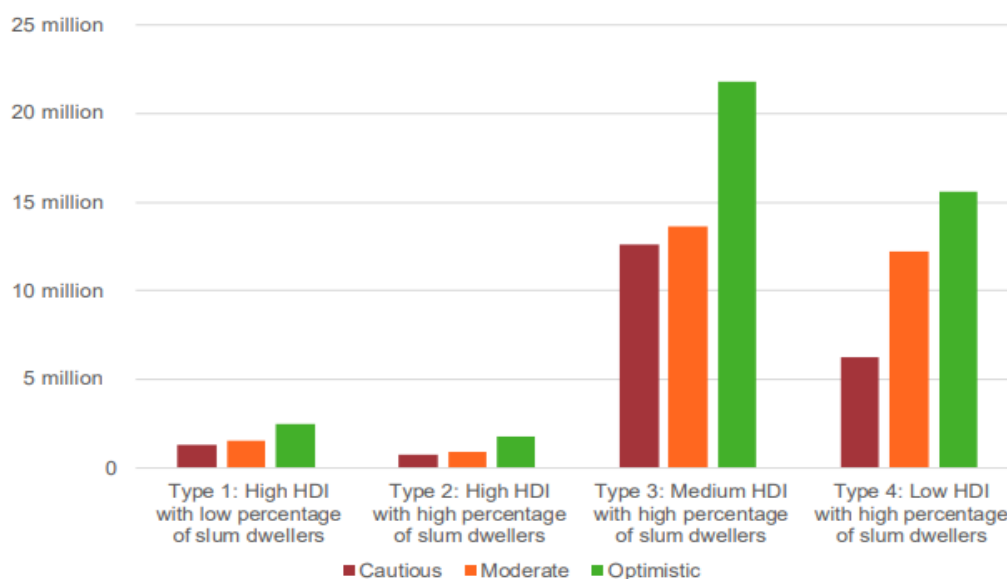
O maior aumento relativo à educação, para matrícula primária e a progressão escolar, é observado em países com níveis médios e baixos de desenvolvimento humano (tipos 3 e 4), onde as taxas de matrícula são particularmente baixas. Para os países do Tipo 3 (aqueles com nível médio de desenvolvimento humano), o aumento pode variar de 8,9 a 15,5%. Na prática, os países do Tipo 4 podem ver um aumento dos anos esperados de escolaridade de 9,3 para até 11,9, em média. Em comparação, Gana levou 12 anos para ver um nível equivalente de progresso.

Figura 28 – Total de crianças e jovens fora da escola que podem ser evitados como resultado da garantia de moradia adequada em assentamentos informais.

	Cauteloso	Moderado	Otimista
Tipo 1: IDH alto com baixo percentual de moradores de favelas	1.339.923	1.539.607	2.501.758
Tipo 2: IDH alto com alto percentual de moradores de favelas	774.102	896.910	1.748.654
Tipo 3: IDH médio com alto percentual de moradores de favelas	12.595.968	13.620.812	21.819.561
Tipo 4: IDH baixo com alto percentual de moradores de favelas	6.260.889	12.216.207	15.593.676
Total de crianças e jovens fora da escola evitados globalmente (excluindo países de alta renda e países afetados por conflitos de alta intensidade)	20.970.882	28.273.536	41.663.649

Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

Figura 29 – Modelagem - Número de crianças e jovens fora da escola evitados como resultado do acesso à moradia adequada em assentamentos informais em quatro tipos de países, para cenários cautelosos, moderados e otimistas.



Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

Figura 30 – Variação das dimensões do IDH de acordo com os cenários (apenas impacto direto).

Country type	GNI per capita			Life expectancy			Expected years of schooling		
	Original	Model	Percent variation	Original	Model	Percent variation	Original	Model	Percent variation
Optimistic									
Type 1	18,903	19,520	3.3%	75.6	76.4	1.0%	15.7	17.6	12.1%
Type 2	12,856	13,887	8.0%	73.2	74.1	1.2%	14.3	16.2	13.1%
Type 3	6,314	6,770	7.2%	70.0	71.2	1.7%	11.9	13.7	15.5%
Type 4	3,149	3,479	10.5%	61.5	63.9	3.9%	9.3	11.9	28.1%
Moderate									
Type 1	18,903	19,273	2.0%	75.6	76.0	0.5%	15.7	16.9	7.6%
Type 2	12,856	13,474	4.8%	73.2	73.6	0.6%	14.3	15.3	6.6%
Type 3	6,314	6,588	4.3%	70.0	70.6	0.9%	11.9	13.0	9.6%
Type 4	3,149	3,347	6.3%	61.5	62.7	2.0%	9.3	11.3	22.2%
Cautious									
Type 1	18,903	19,088	1.0%	75.6	75.8	0.3%	15.7	16.7	6.5%
Type 2	12,856	13,165	2.4%	73.2	73.5	0.4%	14.3	15.1	5.6%
Type 3	6,314	6,451	2.2%	70.0	70.4	0.5%	11.9	12.9	8.9%
Type 4	3,149	3,248	3.1%	61.5	62.2	1.2%	9.3	10.3	11.3%

Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

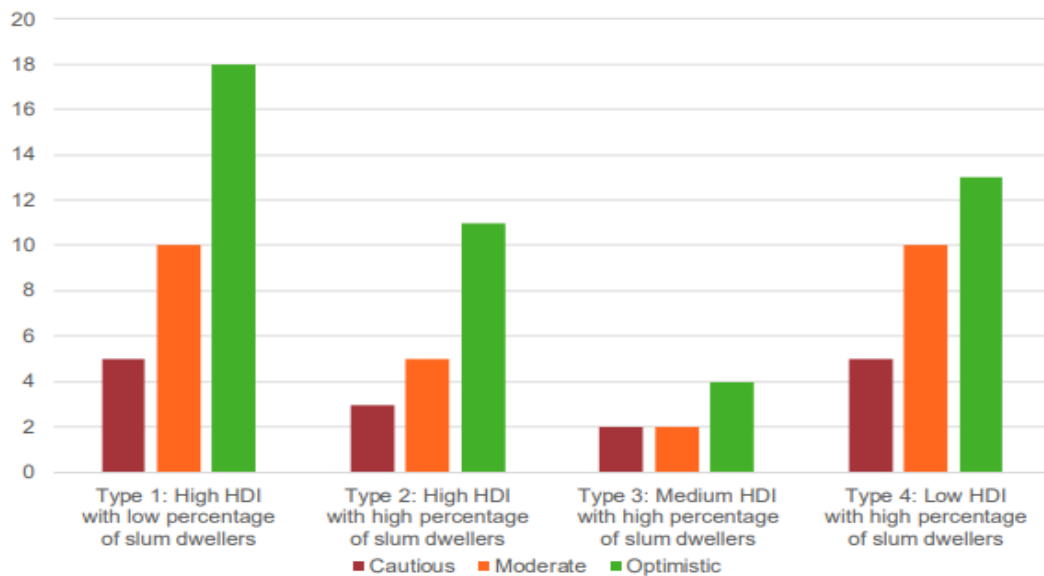
Nessa seção do relatório é analisado o efeito conjunto das três dimensões do desenvolvimento humano para modelar como elas impactam as pontuações do IDH. A modelagem estatística mostra que proporcionar acesso à moradia adequada em assentamentos informais pode levar a um salto de até 18 posições no ranking de países do IDH e a uma mudança no nível de desenvolvimento humano de baixo para médio ou de alto para muito alto. A maior variação percentual na pontuação do IDH é observada entre o Tipo 4, com variação de até 8,4% no cenário otimista (3,2% e 5,9% nos cenários cauteloso e moderado, respectivamente). Este tipo de país pode sofrer uma mudança de 5 para 13 em seu ranking de países, passando de baixo para médio nível de desenvolvimento humano. Já o Tipo 1 terá variação de até 2,9% no cenário otimista (1,4% e 1,8% nos cenários cauteloso e moderado, respectivamente). Apesar de um aumento muito menor na pontuação do IDH, um país do Tipo 1 pode ver uma mudança entre 5 e 18 em sua classificação de país. Essa variação é parcialmente explicada pela distribuição dos países no ranking mundial e, em parte, pelo efeito diverso que a garantia de moradia adequada em assentamentos informais tem em diferentes perfis de países.

Figura 31 - Variação do IDH de acordo com os cenários (somente impacto direto).

Country type	HDI			HDI level		HDI ranking		
	Original	Model	Percent variation	Original	Model	Original	Model	Variation
Optimistic								
Type 1	0.798	0.822	2.9%	High HD	Very High HD	69	51	18
Type 2	0.748	0.774	3.6%	High HD	High HD	95	84	11
Type 3	0.643	0.672	4.4%	Medium HD	Medium HD	130	126	4
Type 4	0.520	0.564	8.4%	Low HD	Medium HD	169	156	13
Moderate								
Type 1	0.798	0.813	1.8%	High HD	Very High HD	69	59	10
Type 2	0.748	0.762	1.9%	High HD	High HD	95	90	5
Type 3	0.643	0.660	2.6%	Medium HD	Medium HD	130	128	2
Type 4	0.520	0.551	5.9%	Low HD	Medium HD	169	159	10
Cautious								
Type 1	0.798	0.810	1.4%	High HD	Very High HD	69	63	6
Type 2	0.748	0.758	1.4%	High HD	High HD	95	92	3
Type 3	0.643	0.657	2.2%	Medium HD	Medium HD	130	128	2
Type 4	0.520	0.537	3.2%	Low HD	Low HD	169	164	5

Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

Figura 32 - Posições que saltaram no ranking de países do IDH como resultado do acesso à moradia adequada em assentamentos informais em quatro tipos de países, para cenários cautelosos, moderados e otimistas.



Fonte: Frediani, Cociña e Roche (2023).

Os impactos diretos na renda, saúde e educação que esse relatório identifica têm vários efeitos colaterais, como a redução do estresse nos sistemas de assistência e saúde, melhorando as 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.

O escopo quantitativo desses efeitos colaterais, no entanto, é difícil de estimar, em parte devido à falta de dados adequados para causalidades tão complexas. Mas há evidências suficientes para apoiar que os impactos indiretos são significativos. 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, esses efeitos de transbordamento são 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. De forma mais ampla, o Banco Mundial mostra que mais de 80% dos anos de vida perdidos em desastres nos passados 30 anos vieram de países de renda baixa e média, com evidências mostrando que o impacto dos desastres no PIB é 20 vezes maior nesses países do que nos de renda mais alta. Evidências do Sri Lanka, por exemplo, mostram que os residentes de assentamentos informais arcam com o custo dos danos e das medidas de enfrentamento de curto prazo das enchentes recorrentes, seja usando seus recursos limitados ou tomando empréstimos de fontes informais. Pesquisas em Lima, Peru, identificaram os efeitos dos riscos cotidianos e desastres de pequena escala que perpetuam os ciclos de acumulação de riscos para aqueles que vivem em assentamentos informais. Um estudo em vários países do Sudeste Asiático analisa como as famílias se adaptam a eventos climáticos extremos, como inundações, secas e tempestades, e mostra que o tipo de habitação e o tamanho da família são fatores-chave que influenciam até que ponto as famílias são proativas nas medidas de adaptação. Uma publicação do Banco Mundial de 2016 mostra que políticas que tornam as pessoas mais resilientes podem economizar até US\$ 100 bilhões por ano. Da mesma forma, o BID sugere que para cada dólar investido em adaptação, US\$ 3,50 de perdas materiais podem ser evitadas, mesmo sem considerar outros benefícios sociais e ambientais não monetizados.

A sociedade civil organizada e os acadêmicos têm amplamente reconhecido as implicações da produção de moradias em assentamentos informais para o empoderamento comunitário. Olhando particularmente para a produção habitacional, impulsionada por coletivos, a inclusão política tem se traduzido em ganhos concretos em termos de acesso à terra, segurança fundiária e reconhecimento de direitos para os sistemicamente marginalizados. Reconhecer o conhecimento local e a mobilização coletiva é priorizar mecanismos que colocam ênfase na agência dos residentes e na governança territorial (por exemplo, promoção do acesso da comunidade ao financiamento, formas de gestão coletiva da terra e diversos mecanismos de posse, autoconstrução assistida, etc.). Isso pode se traduzir em contestar narrativas de criminalização, acesso à terra, luta contra despejos e condenação de violações de direitos por meio de vias legais. Além do nível local, há experiências importantes de intensificação de mobilizações coletivas por moradia com implicações políticas mais amplas. Movimentos sociais e federações de habitação em todo o país (como aqueles organizados através das filiais locais da Slum Dwellers International, ou movimentos nacionais com forte influência política,

como UMM no Brasil e FUCVAM no Uruguai) são uma prova do alcance que a mobilização comunitária em torno da habitação pode ter.

4.4.2 Habitat para a Humanidade Brasil - Programa WASH. Relatório da Pesquisa de Percepção de Mudanças³⁵.

A organização Habitat para a Humanidade Brasil promove a moradia como um direito constitucional e um fator fundamental para o desenvolvimento das famílias e comunidades, desenvolve também programas de construção e melhorias habitacionais de moradias precárias para famílias de áreas urbanas e rurais. No escopo de desenvolvimento das ações está o Programa WASH (da sigla em inglês, água, saneamento e higiene), que realiza intervenções que priorizam o acesso à 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.

Para execução das ações do Programa WASH, a Habitat Brasil conta com o apoio de organizações parceiras executoras. Durante o ano de 2021, foram contratados 35 parceiros para a implementação de 612 melhorias habitacionais, espalhadas por 41 comunidades em 10 Estados do Brasil.

A fim 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 com foco no acesso à água, saneamento e higiene, em intervenções realizadas em 2020 e 2021. Com o apoio de uma consultoria externa para orientação, deu-se início a análise de documentos e instrumentos utilizados na execução do programa, bem como a construção de uma matriz com as mudanças possíveis de serem verificadas, além da elaboração de indicadores e seus meios de verificação, aplicados a uma parcela das famílias atendidas, com números coletados por meio da aplicação de questionário com perguntas relacionadas ao tipo de melhoria recebida no imóvel. As famílias são de diferentes regiões do Brasil e estão dentro da estatística de famílias brasileiras que vivem em domicílios com uma ou mais inadequações e em situação de vulnerabilidades sociais e econômicas.

³⁵ As informações contidas nesse tópico foram obtidas, em boa parte, no Relatório da Habitat para a Humanidade Internacional da Habitat para a Humanidade Brasil Relatório da Pesquisa de Percepção de Mudanças, Programa Wash em 2021 (Habitat Para A Humanidade Brasil, 2021).

Nessa pesquisa de percepção de mudança, buscou-se explicitar a correlação entre habitação e saúde, coletar e sistematizar dados a partir da percepção de mudança das famílias atendidas com as melhorias habitacionais, considerando aspectos relacionados à: salubridade do ambiente, saúde dos membros da família, autoestima e bem-estar dos membros da família, limpeza da casa e hábitos de higiene, economia na conta de energia elétrica, economia de tempo, acesso à água, funcionalidade da casa, acessibilidade e segurança.

A análise contemplou o perfil socioeconômico de 185 famílias, a fim de entender a condição de vida, focando questões referentes a gênero, idade, deficiência, doença crônica, baixa escolaridade, condições precárias e/ou inadequadas de moradia e saneamento.

O resultado positivo na saúde dos moradores beneficiados foi um dos principais indicadores do levantamento, reforçando a relação entre saúde e acesso à moradia digna. 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. Além disso, 88% dos núcleos familiares entrevistados confirmaram a importância das intervenções para a prevenção da Covid-19.

Foi avaliada a maneira como os membros das famílias passaram a enxergar a sua própria identidade após as intervenções e 98% dos pesquisados afirmaram que as mudanças contribuíram para a 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.

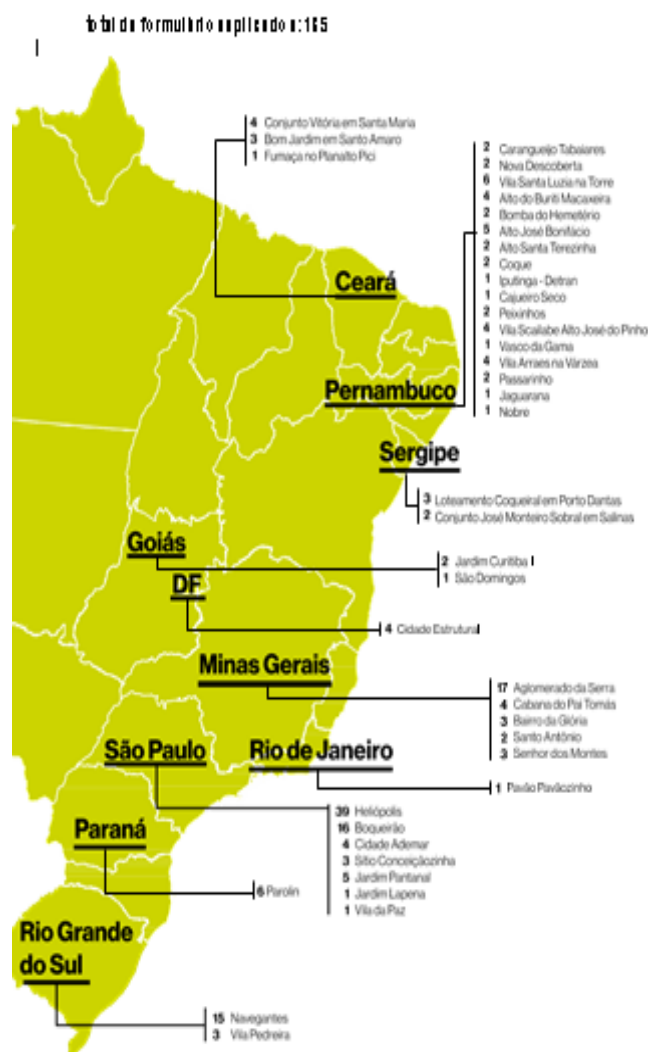
Por atender às famílias majoritariamente pertencentes à classe social D, com renda de 0 a 2 salários mínimos, segundo a classificação do IBGE, o viés econômico do projeto tornou-se ainda mais importante. A diminuição na conta de energia elétrica foi um dos aspectos percebidos por todas as famílias e, no que se refere ao fluxo de água nas casas, das 51 famílias que receberam reservatórios, 96% apontaram melhoria no abastecimento.

A segurança, a privacidade e a acessibilidade surgem como fatores importantes: 94% das famílias participantes do projeto sentiram-se mais seguras e 96% dos pesquisados disseram ter maior privacidade dentro da própria casa devido à 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.

Das 185 famílias, 80% são chefiadas por mulheres, sendo que 43% dessas famílias são compostas exclusivamente pela figura materna e seus filhos, ou seja, famílias com mãe solo. São mulheres que estão expostas a uma sobrecarga de responsabilidades, pois se tornam as

provedoras do lar e se dividem entre as funções domésticas, o mercado de trabalho e a educação dos filhos, além de outros fatores, como o ônus excessivo com o aluguel urbano, que pode remeter a uma situação de vulnerabilidade social. De acordo com dados do IBGE, no estudo de “Desigualdades sociais por cor e raça no Brasil”, temos mais de 11,4 milhões de famílias formadas por mães solteiras, sendo que a grande maioria delas é negra (7,4 milhões).

Figura 33 - Comunidades Pesquisadas, em 2022, pela Aplicação do Questionário de Percepção de Mudanças com as famílias atendidas pelo Programa Wash em 2021.



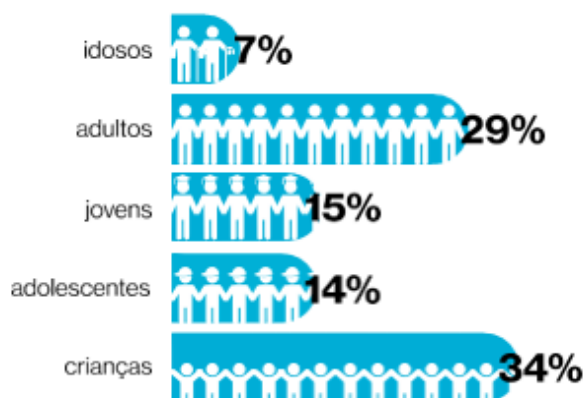
Fonte: Habitat Para a Humanidade Brasil (2021).

Segundo a pesquisa do Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2011, p.31), na 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. Todos esses indicadores reafirmam a importância de priorizar o público de cor/raça negra, no que diz respeito à promoção das melhorias habitacionais e acesso a políticas públicas.

O processo de seleção de famílias, aplicado pela Habitat Brasil, tem como prioridade atender as famílias que apresentam em sua composição membros na faixa etária de vulnerabilidade. Das 185 famílias pesquisadas, totalizando 778 pessoas beneficiadas, 55% são crianças, adolescentes e idosos, ou seja, mais da metade das pessoas atendidas estão no considerado grupo de vulnerabilidade social. Esse público necessita de proteção especial, conforme dispositivo em lei, o ECA – Estatuto da Criança e Adolescente, Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 e o Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de outubro de 2003.

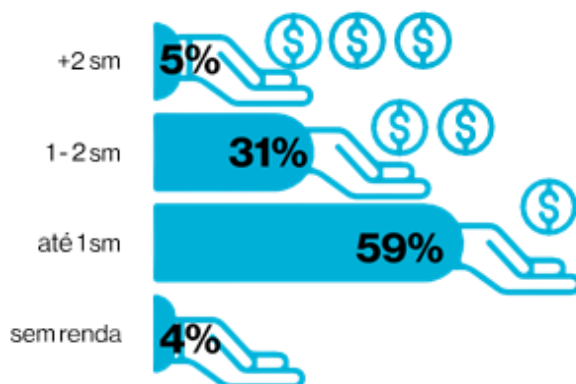
Figura 34 - Faixa Etária das famílias atendidas pelo Programa Wash em 2021.



Fonte: Habitat Para a Humanidade Brasil (2021).

Considerando o perfil das famílias entrevistadas, 94% delas declararam ter renda entre 0 e 2 salários mínimos, sendo o mais predominante a renda de até 1 salário (59%). A maioria das famílias estão enquadradas na classe social D (com per capita até meio salário mínimo), que, segundo os valores de renda definidos pelo IBGE, pertencem ao grupo classificado como baixa renda. Além disso, 4% das famílias declaram não ter renda nenhuma, sobrevivendo com a ajuda de parentes ou de outras pessoas. Nos casos em que a renda familiar ultrapassa os dois salários (5%), observou-se o valor da renda per capita era de até meio salário mínimo, ou são famílias atendidas por projetos específicos, como o programa de melhorias habitacionais para famílias que têm crianças com microcefalia, causada pelo Zika vírus.

Figura 35 - Renda Familiar das famílias atendidas pelo Programa Wash em 2021.



Fonte: Habitat Para a Humanidade Brasil, (2021).

Sobre a situação do vínculo empregatício, 75% dos responsáveis familiares estão inseridos no mercado informal, estão desempregados ou não possuem renda própria, apenas renda proveniente de outro membro da família ou de programas governamentais.

Figura 25: Vínculo Empregatício das famílias atendidas pelo Programa Wash em 2021.



Fonte: Habitat Para a Humanidade Brasil, (2021).

A baixa escolaridade, outro critério de análise social, também é caracterizada por vulnerabilidade social, pois os poucos anos de estudo refletem em menores chances de ascensão social, de oportunidades melhores de emprego e de acesso a remunerações com salários maiores. Das famílias pesquisadas, 8% dos responsáveis familiares declararam-se como não

alfabetizados e 50% declararam ter o Ensino Fundamental Incompleto, ou seja 58% dos responsáveis familiares estão inseridos na faixa classificada como baixa escolaridade. Apenas 1% dos chefes de famílias concluíram o ensino superior. Quando cruzamos os dados da escolaridade com o valor da renda familiar, entende-se melhor a situação precária vivenciada por essas famílias.

Figura 36 - Escolaridade dos Responsáveis pelas famílias



Fonte: Habitat Para a Humanidade Brasil (2021).

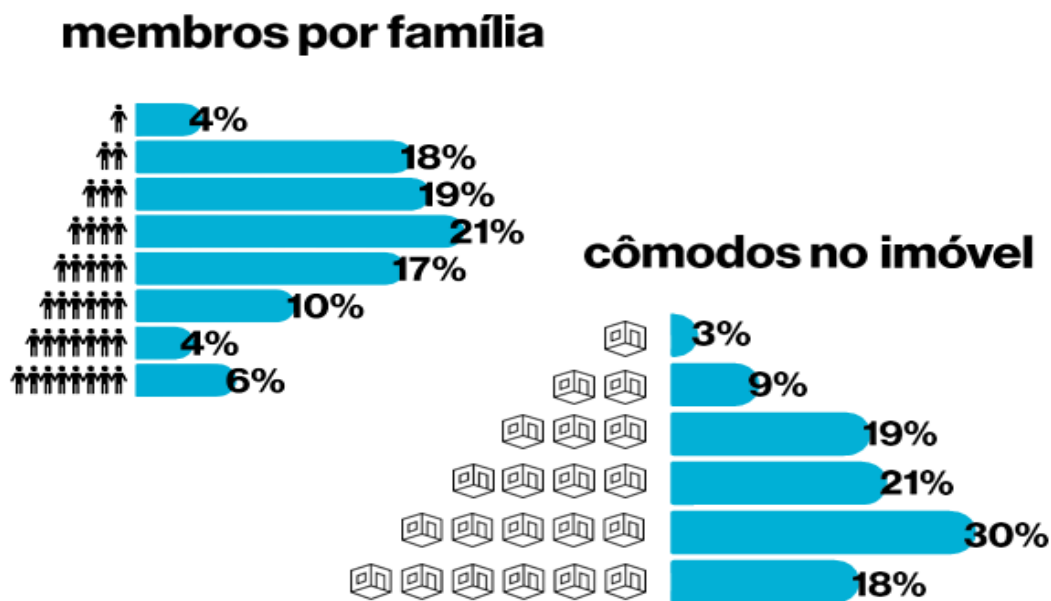
Considerando o número de membros por família, 37% das famílias são compostas por cinco ou mais membros e 31% vivem em moradias com até 3 cômodos. Cruzando as informações, verificamos que 22 famílias são compostas por quatro ou mais membros e vivem em imóveis com apenas um dormitório, ou seja, em condições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

O super adensamento é um fator de relevância na saúde mental e física da família: a falta de privacidade pode trazer sequelas mentais. Os membros da família necessitam de privacidade. Um domicílio em que os pais e os filhos dormem todos juntos traz prejuízos à privacidade do casal, bem como a suscetibilidade a violências sexuais a crianças e adolescentes. A aglomeração de pessoas também tem efeito na educação de crianças e adolescentes, pois pode prejudicar no estudo, leitura e concentração no ambiente doméstico. Outro fator relacionado à aglomeração de pessoas é citado em um estudo realizado com crianças menores de 5 anos no sul do Brasil:

A aglomeração, o número de pessoas por peça do domicílio é comum nas famílias mais pobres, nas quais a taxa de natalidade é comumente elevada e as condições de moradia são ruins. A aglomeração é um dos

fatores de risco mais bem estabelecidos para doenças respiratórias agudas, existe clara associação entre as doenças respiratórias e a aglomeração ou as variáveis que se relacionam com ela, como a ordem de nascimento na família, o número de crianças menores de 5 anos no domicílio e a frequência a creches (Prietsch *et al.*, 2003, p 304).

Figura 37 - Membros por Família e Cômodos no Imóvel

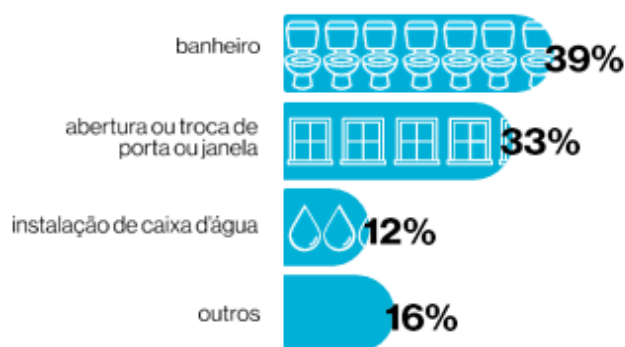


Fonte: Habitat Para a Humanidade Brasil (2021).

As principais intervenções realizadas na melhoria de banheiro foram trocas e/ou novas instalações das peças hidrossanitárias (Vaso Sanitário, Chuveiro e Lavatório) e representaram 39%; revestimento nas paredes, impermeabilização, colocação de piso e/ou azulejo, instalação de vitrô, instalação de porta, instalação elétrica e instalação de barras de apoio. A melhoria de abertura e/ou troca de porta ou janela ofereceu melhores condições de ventilação, iluminação natural aos ambientes da casa e representaram 33% das intervenções. As instalações de reservatório de água com adequações hidráulicas proporcionaram às famílias condições de armazenamento de água, a fim de suprir ausência de abastecimento de água da rede pública e representaram 12%. Outras intervenções, cerca de 16%, envolveram principalmente: reboco, contrapiso, pintura, reparos ou troca de telhado, instalação de pia da cozinha, instalação de tanque, obras de acessibilidade para PCD ou com mobilidade reduzida, reparos ou troca das instalações elétricas e hidráulicas. A mesma família pode ter recebido mais de uma melhoria classificada nessas categorias.

Do total das 185 famílias, 160 receberam melhoria de banheiro e 136 de abertura e/ou troca de porta ou janela, sendo que 81 famílias foram contempladas com ambas as melhorias, o que propiciou conforto e salubridade ao imóvel.

Figura 38 - Melhorias Habitacionais por categoria



Fonte: Fonte: Habitat Para a Humanidade Brasil (2021).

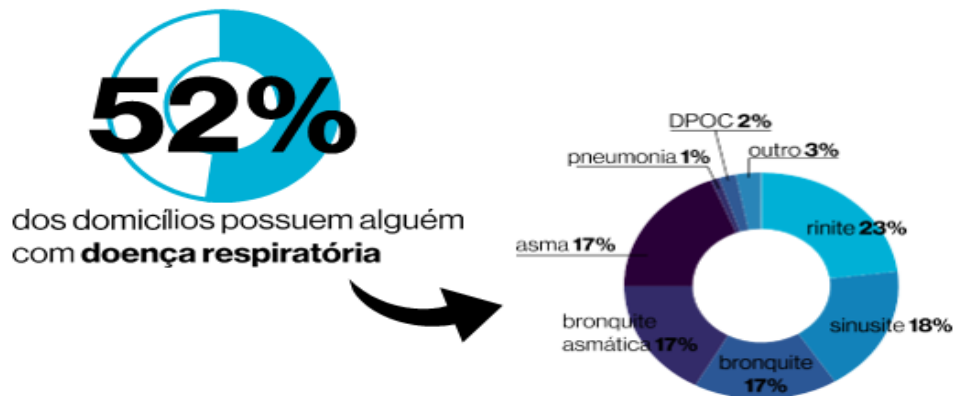
Os responsáveis pelas famílias pesquisadas avaliaram como era o ambiente da sua casa antes e depois das intervenções realizadas pela Habitat Brasil. Segundo a pesquisa, 76% deram nota entre 0 e 2 para o ambiente antes das intervenções e 92% das famílias deram nota 5, que significa muito satisfeito, para o ambiente depois das intervenções; demonstrando assim uma percepção de mudança bastante positiva nas condições de salubridade do imóvel.

Em relação a doenças, 52% das famílias atendidas são compostas por um membro ou mais acometidos por problemas respiratórios. Um estudo transversal, de base populacional, realizou um inquérito domiciliar com 1.185 crianças e adolescentes de São Paulo, SP, de 2008 a 2009, com o intuito de estimar a prevalência de bronquite aguda, rinite e sinusite em crianças e adolescentes e identificar fatores associados. As doenças respiratórias foram mais prevalentes em grupos populacionais com características definidas, como grupo etário, doenças auto-referidas, tipo de moradia e obesidade. Concluiu-se que o tipo de moradia, relacionado principalmente ao baixo número de cômodos (de um a três) no domicílio, o baixo nível socioeconômico, a aglomeração e baixo padrão de moradia podem elevar o risco de uma infecção pulmonar por vírus ou bactérias, principalmente entre crianças. Outra informação relevante nesse estudo foi sobre a cor da pele:

A cor da pele preta ou parda e moradia em domicílios com menor número de cômodos também estiveram associados à bronquite aguda. Embora as relações de cor da pele não sejam definidas por um grupo social, diferenças étnicas estão associadas a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver de conjuntos de indivíduos.

Assim, negros são considerados mais suscetíveis às doenças infecciosas respiratórias. Aglomeração e baixo nível socioeconômico são importantes fatores para doenças respiratórias agudas baixas, assim como alergias e comorbidades associadas, como a asma (Sousa *et al.*, 2012, p. 19).

Figura 39 - Famílias atendidas e membros acometidos por problemas respiratórios



Fonte: Habitat Para a Humanidade Brasil, (2021).

A bronquite aguda associou-se significativamente à idade, à cor da pele, à presença de alergia, de asma, ao número de noites de internação (quatro a sete noites) e ao número de cômodos no domicílio. A rinite esteve associada à idade, à presença de alergia, de asma, à escolaridade do chefe da família e à caracterização do domicílio. A sinusite associou-se à idade, ao IMC (Índice de Massa Corporal), à presença de alergia e à presença de asma.

Figura 40 – Distribuição da população estudada segundo variáveis investigadas. São Paulo, SP, 2008-2009. (n.=1185)^a

Variável	n	%	IC95%
Sexo			
Masculino	596	49,9	46,5;53,3
Feminino	589	50,1	46,7;53,5
Idade (anos)			
0 a 4	316	22,5	19,4;26,0
5 a 9	189	28,2	24,8;32,0
10 a 14	318	25,9	22,8;29,3
15 a 19	362	23,3	19,7;27,4
Cor da pele			
Branca	691	61,9	56,8;66,7
Preta/Parda	483	38,1	33,3;43,2
Índice de massa corporal (> 12 anos)			
Abaixo do peso	116	21,0	17,2;25,2
Peso normal	366	65,0	60,1;69,6
Sobrepeso	63	10,7	8,3;13,8
Obeso	19	3,3	1,9;5,6
Presença de alergia			
Não	954	78,9	75,3;82,1
Sim	230	21,1	17,9;24,7
Presença de asma			
Não	1.093	90,9	88,3;93,3
Sim	92	9,1	7,0;11,7
Internação nos últimos 12 meses			
Não	1.110	94,9	93,3;96,1
Sim	75	5,1	3,9;6,7
Noites de internação (internados nos últimos 12 meses)			
Até 3	39	63,8	50,4;75,4
4 a 7	19	18,8	11,7;28,8
Mais de 7	17	17,4	8,5;32,1
Escolaridade do chefe da família (em anos)			
Nunca ou até 3	140	10,2	7,9;13,0
4 a 7	358	24,5	20,5;28,9
8 a 11	506	48,5	44,1;53,0
12 ou mais	156	16,8	12,9;21,7
Renda do chefe da família (salários mínimos)^b			
Menor ou igual a 1	296	25,0	21,3;29,2
> 1 a 2,5	469	40,8	36,2;45,5
> 2,5 a 4	161	16,5	13,5;20,0
> 4	148	17,7	13,6;22,8
Caracterização do domicílio			
Casa	1.109	93,7	89,5;96,3
Apartamento	58	6,3	3,7;10,5
Tipo de moradia			
Cedida	162	15,2	11,4;20,0
Alugada	328	28,7	24,0;33,9
Própria	653	56,1	50,2;61,8
Número de cômodos no domicílio			
1 a 3	491	39,9	34,3;45,8
4 e mais	693	60,1	54,2;65,7
Destino do esgoto			
Sistema público de esgoto	999	86,9	80,1;91,7
Outros	171	13,1	8,3;19,9
Cão no domicílio			
Não	698	57,7	53,3;62,1
Sim	487	42,3	37,9;46,7
Gato no domicílio			
Não	1.026	86,7	83,0;89,7
Sim	159	13,3	10,3;17,0

^a Variável que apresentou maior número de perdas obteve n = 1.074.

^b Renda do chefe da família em salários mínimos (1 salário mínimo: R\$ 510,00).

Fonte: Sousa *et al.*, (2012).

Segundo dados da pesquisa, 89% das famílias que têm um ou mais membros com problemas respiratórios declararam ter percebido melhoras nos sintomas ocasionados pelas doenças após as intervenções realizadas, sendo que 69% avaliaram com nota 5 a sua percepção de melhora dos sintomas.

A mudança positiva na autoestima foi relatada por 98% das famílias que passaram pelas melhorias realizadas em seus imóveis, sendo atribuído por 93% dos responsáveis pela família a nota 5 em relação a esse quesito. Durante a pesquisa, muitas famílias declararam que tinham vergonha de receber seus vizinhos e parentes em suas casas, sobretudo por causa da condição precária dos seus banheiros.

Três famílias pesquisadas receberam em seus imóveis intervenções relacionadas ao sistema elétrico. Todas declararam ter percebido uma diminuição na conta de energia elétrica.

Em relação à contaminação da Covid-19, a pesquisa demonstrou que 88% das famílias atendidas declararam que as intervenções realizadas em suas moradias contribuíram para a prevenção da doença. Moradias em assentamentos informais densamente povoadas, com passagens estreitas, aglomerados de casas e super adensamento nos domicílios tornam-se fatores de risco para muitas doenças contagiosas. Como usual em assentamentos informais, a infraestrutura em si é mal construída e perigosa, com mofo nas paredes e tetos, goteiras nos telhados, pouca ventilação e iluminação natural, sem ambientes adequados para higienização.

Ainda de acordo com a pesquisa, 98% das famílias entrevistadas declararam que as melhorias realizadas em seus imóveis facilitaram a limpeza da casa.

A situação precária dos banheiros encontrados dificultava o processo de higienização devido à falta de revestimentos nos pisos e nas paredes, sendo que muitos desses banheiros nem sequer contavam com descargas, lavatórios ou chuveiros instalados. Isso tudo dificultava a limpeza, tanto do ambiente quanto da higiene pessoal. Além da limpeza do banheiro, as famílias também demonstraram sentir prazer em tomar banho, chegando a aumentar a quantidade de banhos diários, sobretudo as crianças. Dos responsáveis que receberam a melhoria de banheiro, 96% declararam que ficou mais fácil realizar as atividades de higiene após as intervenções.

As 160 famílias atendidas com melhoria de banheiro avaliaram a estrutura de seus banheiros antes e depois das intervenções realizadas. A nota predominante antes das intervenções foi 0 (58%) e depois das intervenções foi 5 (88%). Alguns banheiros antes das intervenções já estavam em boas condições, mas necessitavam de ações específicas, como por

exemplo barras de apoio ou piso antiderrapante para oferecer maior segurança de uso a todos os membros da família.

Das 51 famílias pesquisadas que receberam reservatório de água em suas casas, 96% declararam que o abastecimento ficou melhor. Em muitas comunidades, a falta de abastecimento de água é corriqueira. O abastecimento ocorre em dias alternados, ou apenas por algumas horas durante determinado horário do dia. A falta de abastecimento de água regular, somado à inexistência de um reservatório de água, especialmente em tempos de pandemia, deixam as famílias mais suscetíveis a vários tipos de doenças. A água é essencial para o processo de higienização das mãos e dos alimentos.

As famílias pesquisadas atribuíram uma nota para a privacidade de sua casa antes e depois das intervenções realizadas: 95% atribuíram nota entre 0 e 3 antes das intervenções e 93% nota 5 para a privacidade da sua casa após as instalações de uma porta ou janela, por exemplo, ou de esquadrias que proporcionam conforto acústico.

Em 2021 foram realizadas melhorias nas casas de 20 famílias com crianças portadoras de microcefalia devido à contaminação com o Zika vírus, o que significa 21% das famílias priorizadas no Programa WASH. Desde 2015, quando a epidemia começou, até 2018, o Ministério da Saúde notificou 17.041 casos que são possivelmente conectados à infecção pelo Zika Vírus. A maioria desses casos se encontra na região Nordeste do país (58.5%), sendo Pernambuco o estado que apresentou maior número de casos (16.4%). Mais de 2700 casos foram notificados, 471 confirmados e 180 investigados naquele ano. Crianças com microcefalia podem apresentar diferentes graus de déficit intelectual, de fala e distúrbios motores, nanismo, problemas de visão e/ou audição, além de outras deficiências associadas a anormalidades neurológicas.

Figura 41 - Índice de deficiência e mobilidade reduzida



Fonte: Habitat Para a Humanidade Brasil (2021).

Das 38 famílias que têm membros com deficiência ou mobilidade reduzida, 95% declararam que as intervenções realizadas melhoraram a acessibilidade da casa e 87% atribuíram nota 5 para melhora nessa acessibilidade.

De acordo com o estudo, 94% dos pesquisados declararam que sua casa ficou mais segura depois das intervenções realizadas e 86% atribuíram nota 5 para sua percepção em relação à melhora na segurança. No banheiro, as principais intervenções para segurança foram: instalação de barras de apoio, pisos antiderrapantes, reparos na elétrica para instalação de chuveiros, em outros ambientes foram: instalações de janelas com grades e troca de portas de entrada que já não possuíam mais fechaduras. Outro fator relevante para se considerar nesse tópico de segurança é o impacto dessas melhorias na saúde mental das famílias. O estudo da Universidade de Boston (EUA) ((Habitat para a Humanidade Brasil, s.d) verificou que mães que enfrentam algum problema habitacional têm de duas a três vezes mais probabilidade de apresentar sintomas depressivos do que mães que vivem em uma moradia estável. Proporcionar, por meio da Melhoria Habitacional, um domicílio mais seguro pode ter impactos positivos na saúde mental.

Quando se fala sobre habitação, refere-se não somente ao local de moradia da família, sua unidade habitacional, mas à relação de sua moradia com o entorno, sua inserção dentro da cidade, sua ligação com a malha urbana, seu acesso à infraestrutura urbana e aos equipamentos públicos comunitários. A habitação adequada não está apenas relacionada ao espaço físico individual e à estrutura econômica e social da família, mas se conecta ao bairro em que a família está inserida. Dessa forma, a moradia adequada não tem alcance apenas em âmbito individual. Moradias adequadas têm alcance coletivo, impactam a comunidade e, conseqüentemente, podem impactar outros setores, como por exemplo a saúde pública.

No estudo feito pela Dra. Megan Sandel, professora de pediatria na Faculdade de Medicina e Saúde Pública da Universidade de Boston (EUA) e diretora associada da Grow Clinic for Children, no Centro Médico de Boston (EUA) ela afirma que:

O lugar que você mora pode ser um dos principais indicadores da sua saúde. Cada vez mais, nós, da área da saúde, estamos reconhecendo que apenas 10% a 20% da saúde de nossos pacientes é prevista pelos cuidados que eles recebem em hospitais e consultórios. A maioria dos fatores que predizem a saúde está relacionada ao local onde você mora. Estamos pensando, cada vez mais, em habitação como assistência médica e como algo que precisamos investir e apoiar para melhorar a saúde de nossos pacientes (Habitat para a Humanidade Brasil, s.d., n.p.).

Diante do exposto e através dos dados coletados pelas respostas das famílias na pesquisa de percepção de mudança, identifica-se mudanças relacionadas à higiene pessoal, salubridade do ambiente, economia de tempo com trabalho doméstico, redução de riscos relacionados à segurança das casas, aumento de segurança pessoal, melhor acessibilidade, maior privacidade, mudança na autoestima, menor adoecimento, mudança de hábitos, percepção de conforto e bem-estar. A pesquisa propiciou a oportunidade de verificar as mudanças positivas que as melhorias trouxeram para a vida das famílias atendidas. O Programa WASH tem uma relevância significativa na questão do déficit qualitativo da habitação, sendo um modelo eficaz e replicável dentro de uma política pública de melhoria habitacional. O Brasil não tem políticas públicas atuantes no déficit qualitativo, que atinge aproximadamente 25 milhões de brasileiros, que vivem ou sobrevivem em moradias inadequadas.

4.4.3. Relatório de pesquisa Protocolo de Intenções IPEA/CAU-BR: Projeto “Modelagem lógica para estruturação programática da assistência técnica de habitação de interesse social (ATHIS)”³⁶.

A partir dos investimentos realizados pelo Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil (CAU/BR), na promoção da política de ATHIS, especialmente em relação às particularidades de cada um dos 27 estados (CAU/UF) e da necessidade de compressão e sistematização das práticas que contribuem para a efetivação do direito à assistência técnica de habitação de interesse social, nasce o relatório “Modelagem lógica para estruturação programática da assistência técnica de habitação de interesse social (ATHIS)”. O documento corresponde aos trabalhos desenvolvidos no período entre outubro/2022 e abril/2023, no âmbito do Protocolo de Intenções nº 04/2022 IPEA e CAU/BR, firmado entre o IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, fundação pública federal cujo objetivo é fornecer suporte técnico e institucional às ações governamentais, possibilitando a formulação de políticas públicas e programas de desenvolvimento, e o CAU/BR, conjunto autárquico federal que possui a função de “orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de arquitetura e urbanismo”.

³⁶ Esse tópico contém informações encontradas no Relatório de pesquisa: Protocolo de Intenções IPEA/CAU-BR: Projeto “Modelagem lógica para estruturação programática da assistência técnica de habitação de interesse social (ATHIS)” (Balbim, Krause, Santiago, Benedetto *et al.*, 2023).

Como objetivo compartilhado desse Protocolo de Intenções, a principal contribuição que as duas instituições entenderam ser possível dar para a consecução do direito à ATHIS foi, a partir da modelagem programática, estruturar uma proposta de fundo público, com a participação decisiva e descentralizada do conjunto dos CAU, para a efetivação da ATHIS na escala e diversidade que essa política, que promove melhorias habitacionais e do habitat, demanda no Brasil. No impulsionamento da melhoria habitacional e da melhoria do habitat a partir a requalificação urbana e edilícia, bem como da regularização fundiária, é de necessidade fundamental que o Estado brasileiro tenha uma política específica voltada ao déficit qualitativo que possa dialogar com um estoque imobiliário composto de algo como 25 milhões de moradias, segundo a Fundação João Pinheiro (2020).

4.4.3.1 O método do modelo lógico

Desde 2005 o IPEA vem apoiando esforços de organização de políticas públicas – formulação, revisão e avaliação – com base no método do Modelo Lógico. Naquele ano ocorreu um piloto da aplicação dessa metodologia nos programas do Plano Plurianual (PPA) do governo federal. A partir desse momento vários foram os esforços do Instituto que concorreram para o aprimoramento da metodologia.

O método adotado tem como base as formulações desenvolvidas e sistematizadas por Martha Cassiolato e Simone Guerresi na *Nota Técnica nº 6: Como elaborar Modelo Lógico* (Cassiolato e Guerresi, 2010) para a formulação de programas de políticas públicas e avaliação de resultados. Essa metodologia, por sua vez, recebeu influências também do Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos, do grupo GTZ e do Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus.

Ao longo dos anos o IPEA adaptou e formulou instrumentos metodológicos com vistas a explicitar a “teoria” das intervenções, ou seja, “o objetivo lógico subjacente e não explícito que permite organizar uma intervenção em função dos efetivos resultados alcançáveis” (Cassiolato e Guerresi, 2010, p. 16). A partir de 2010 e a partir dessa base metodológica original desenvolvida pelo IPEA, em subseqüentes trabalhos em parcerias com a Caixa Econômica Federal (CEF), as Secretarias Nacionais de Saneamento e de Habitação do Ministério das Cidades e com a Prefeitura de São Paulo, foi possível desenvolver uma metodologia de

estruturação e avaliação de programas nova e adaptada à realidade brasileira, trata-se da modelagem lógica a partir de uma “engenharia reversa”.

Em 2010 e 2011 foi realizada uma pesquisa no Complexo do Alemão (Balbim et al., 2013), conjunto de favelas no Rio de Janeiro que foi incluída no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Trata-se de um esforço pioneiro para um desenho de avaliação, seja pela escala de intervenção (um projeto individual e emblemático) como pelo conteúdo de políticas urbanas necessárias a uma intervenção abrangente para estruturação do território.

Paralelamente, foi desenvolvida uma metodologia particular de meta-avaliação, ou seja, avaliação da qualidade de ações pós-ocupação de projetos do programa Habitar-BrasilBID (Balbim et al., 2012), que iniciara sua operação no final da década de 1990.

A seguir, generalizando-se a experiência da pesquisa no Complexo do Alemão, foi proposta matriz de indicadores para avaliação a ser aplicada ao conjunto de intervenções de urbanização de assentamentos precários (Balbim et al., 2013) e saneamento integrado incluídas no PAC, sob responsabilidade do Ministério das Cidades. Ambas as matrizes e todo o conjunto de documentação para a avaliação de cada uma das intervenções foram posteriormente editados como normativos dos programas federais³⁷.

Os desenhos de avaliação do PAC do Complexo do Alemão (Balbim *et al.*, 2013) e do conjunto de intervenções de urbanização de assentamentos precários (Balbim *et al.*, 2012) e de saneamento integrado do PAC consolidaram esse novo método do Modelo Lógico. Em comum, esses programas já estavam em funcionamento, sem que houvesse clareza sobre a forma de avaliação que seria esperada, situação que motivou o uso de técnicas de “engenharia reversa” para explicitar as premissas dos projetos/programas.

Vale também ressaltar a aplicação do Modelo Lógico a uma política pública municipal que já vinha sendo formulada e parcialmente implementada no município de São Paulo. Dessa vez, a mesma ferramenta serviu para organizar um programa de ações e critérios para avaliação dos Eixos de Estruturação da Transformação Urbana estabelecidos no Plano Diretor Estratégico de 2014. Tais eixos foram definidos como áreas de influência da rede estrutural de transporte coletivo, aptas ao adensamento construtivo e populacional e à combinação entre usos mistos, residenciais e não residenciais. Assim, o Modelo Lógico foi utilizado para avaliar os limites e

³⁷ As portarias do MCidades/MDR que dispõem sobre a avaliação estão disponíveis em: https://www.gov.br/mdr/pt-br/acesso-a-informacao/regras-para-acesso-aosrecursos/Portaria_693_de_2018_versao_consolidada.pdf
O Manual de Orientações para Avaliação de Resultados Pós-intervenção está disponível em https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/Links/12072021_Habitacao_Manual_de_Orienta%C3%A7%C3%B5es_para_Avalia%C3%A7%C3%A3o_de_Resultados_vs0.pdf

as possibilidades da aplicação de diversos instrumentos urbanísticos nessas áreas (Balbim; Krause, 2016).

Fazendo uso de representação gráfica para explicitar o problema, a metodologia é estruturada a partir dos seguintes componentes, representados de maneira esquemática nas figuras a seguir:

- A Árvore de Problemas que define o problema, suas causas críticas e suas consequências;
- A Matriz do Modelo Lógico da intervenção completa que indica a forma de estruturação do projeto para alcance dos resultados e que conecta itens financiáveis a ações, produtos, resultados intermediários e ao resultado final;
- As Referências Básicas do Projeto, Ação, Programa ou Política, com o enunciado do problema, dos objetivos e a definição do público-alvo;
- A identificação dos Fatores Relevantes de Contexto, que terão influência sobre o projeto, mas que estão fora do controle do CAU;
- Os resultados intermediários, que contribuem para atingir o resultado final desejado;
- O mapeamento das ações desenvolvidas ou a serem desenvolvidas para atingir os resultados almejados; e
- Os produtos resultantes das ações, que efetivamente contribuem para chegar nos resultados almejados.

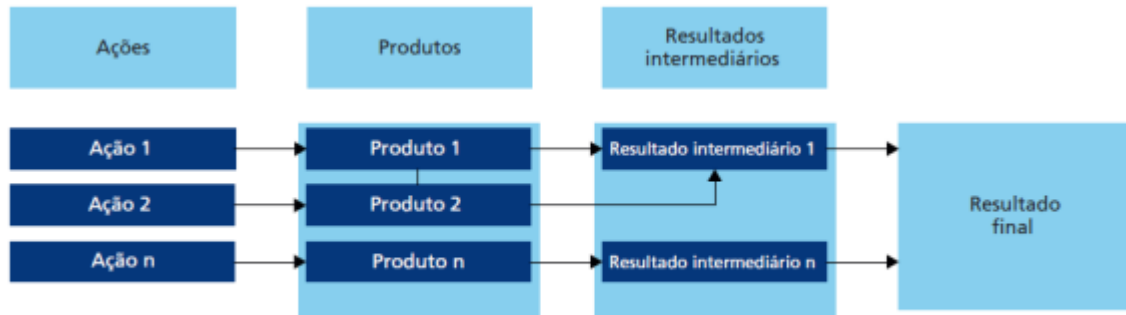
Figura 42 - Esquema dos componentes do Modelo Lógico.



Fonte: Elaborado pelos autores com base em Cassiolato e Guerresi (2010).

Fonte: Balbim, Krause, Santiago e Cunha (2023).

Figura 43 - Esquema de estruturação das ações, produtos e resultados



Fonte: Adaptado de Balbim et al. (2013).

Fonte: Balbim, Krause, Santiago e Cunha (2023).

Tratando-se de uma modelagem reversa, torna-se possível, a partir de um programa, de ações e intervenções existentes e em curso, encontrar e sistematizar o fundamento explicativo desse programa, ação e/ou intervenção. Essa situação ocorre pois os elementos que compõem o modelo lógico certamente existem, mas nem sempre se encontram explícitos ou organizados na estrutura dos programas, ações e intervenções (Balbim *et al.*, 2013, p. 9).

Desse modo, a partir dos documentos existentes acerca das ações ou itens financiáveis, constrói-se uma estrutura geral de todas as ações passíveis de serem executadas e elencam-se os produtos entregues por cada uma delas. A partir desses produtos são estruturados os encadeamentos para que os mesmos concorram para os resultados intermediários e esses, encadeados, para o resultado final previamente definido na modelagem lógica. Essa forma reversa busca, ao mesmo tempo retratar o programa existente e, se possível, em função da demanda, revelar lacunas de ações e produtos.

No caso da modelagem em execução com o CAU/BR, foram várias as ações e produtos novos elencados para que os resultados possam ser atingidos. Isso se deve à relativa novidade da ação de fomento à ATHIS, ainda não estruturada como programa e ao fato de que parte substancial das ações práticas em execução são provenientes da escala dos estados, ou seja, dos CAU/UF. De todo modo, buscou-se apresentar de maneira sistemática a “teoria” explicativa por trás das práticas de fomento à ATHIS e o encadeamento lógico para a obtenção dos resultados.

Tida como solução inicial, a proposição de um fundo “redistributivo” do orçamento dos CAU/UF, após este estudo, foi revista e aperfeiçoada buscando a composição de um fundo que possa contar com diversas fontes de recursos alinhadas programaticamente, sendo o CAU

um dos protagonistas da proposição de uma política pública de ATHIS, com o CAU/BR e os CAU/UF estabelecendo uma relação mútua que subsidie e fomente o aprimoramento da ATHIS como política de Estado e como campo de atuação profissional.

4.4.3.2. Aplicação do Modelo Lógico para ATHIS a partir das ações do CAU

A aplicação da metodologia se deu a partir de resultados advindos de três frentes, sendo elas: (i) questionário em meio digital enviado pelo CAU/BR a cada CAU/UF a fim de conhecer as experiências em ATHIS de cada um destes; (ii) entrevistas com os CAU/UF, principal frente de trabalho, conduzidas pelo IPEA, nas quais se seguiu um roteiro em busca da identificação das ações desenvolvidas em ATHIS, bem como seus respectivos produtos e resultados intermediários, além das percepções sobre qual o principal problema que a ATHIS contribui para solucionar, suas causas e consequências, da mesma maneira como os objetivos das ações de ATHIS e dos fatores de contexto favoráveis e desfavoráveis, que se encontram fora de sua governabilidade; e (iii) informações disponíveis nos sítios eletrônicos de cada CAU/UF.

Foram enviadas solicitações de agenda em diferentes meios, assim como um roteiro das perguntas que seriam realizadas durante as entrevistas. O contato foi feito inicialmente pelo sistema oficial do CAU de comunicação interna (SICCAU), também foram contatados coordenadores de comissões e conselheiros que tratam do tema em todas as UF. Ainda assim, não foi possível realizar entrevistas com representantes de todos os estados, seja por falta de agenda ou de retorno aos contatos realizados pela equipe do CAU/BR. Desse modo, na frente das entrevistas foram realizados 23 encontros com os CAU/UF no período de 29/11/2022 a 14/12/2022, não sendo possível realizar a entrevista com quatro CAU/UF: CAU/AM, CAU/TO, CAU/MT e CAU/ES. Não obstante, foi possível obter informações advindas das outras frentes sobre estes CAU/UF. A maior parte das entrevistas ocorreu de maneira remota, sendo o CAU/RS e o CAU/SP visitados presencialmente pela equipe devido à relevância e disseminação de suas experiências em ATHIS.

As entrevistas foram conduzidas pelo IPEA, seguindo-se o roteiro constante no Anexo I. A partir das entrevistas, do questionário digital previamente respondido pelos CAU/UF sobre as ações desenvolvidas em ATHIS, além das informações disponíveis nos sítios eletrônicos dos CAU/UF, foram elaborados três quadros para cada CAU/UF, representando o modelo lógico

correspondente às ações, percepções e expectativas de 24 cada estado. A totalidade dos quadros elaborados encontra-se no Anexo I.

A partir dos quadros elaborados seguiu-se a etapa de elaboração da matriz do modelo lógico síntese dos CAU/UF. Para tanto, tendo como entradas os quadros elaborados para cada CAU/UF e as transcrições das entrevistas realizadas, os membros da equipe do IPEA e CAU/BR reuniram-se presencialmente a fim de elaborar, coletivamente, a matriz do modelo lógico síntese dos CAU/UF. Um exemplo dos quadros elaborados é apresentado nas Figuras a seguir.

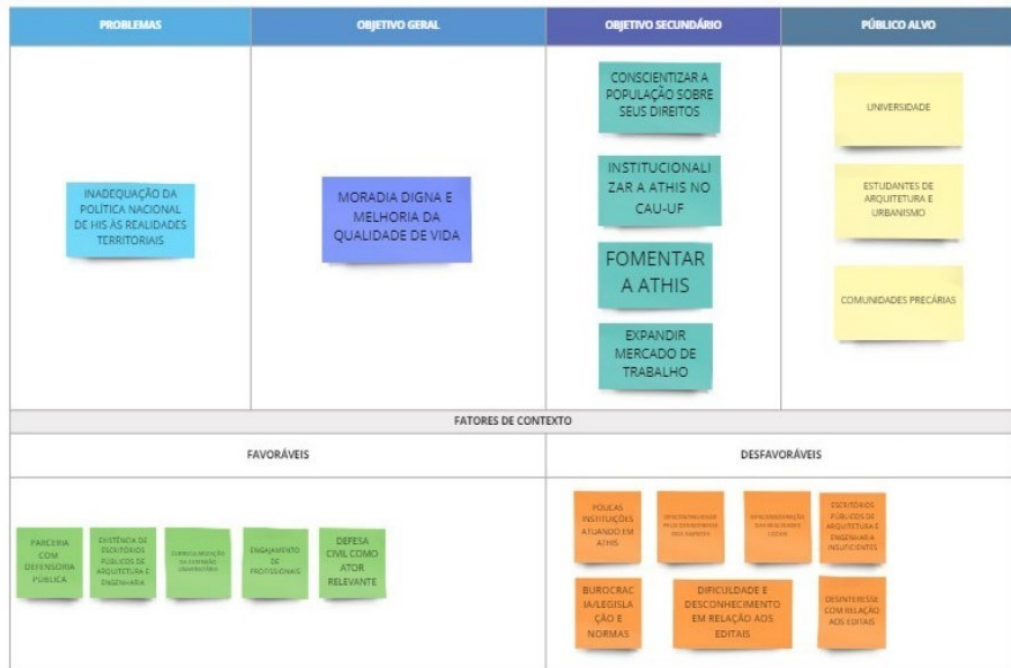
Figura 44 - Exemplo do quadro ‘Árvore do Problema’, elaborado a partir de cada CAU/UF entrevistado.



Fonte: Elaborado pela equipe do projeto.

Fonte: Balbim, Krause, Santiago e Cunha (2023).

Figura 45 - Exemplo do quadro de objetivos, público-alvo e fatores de contexto elaborado para cada CAU/UF entrevistado.



Fonte: Elaborado pela equipe do projeto.

Fonte: Balbim, Krause, Santiago e Cunha (2023).

Figura 46 - Exemplo do quadro ‘Ações, Produtos e Resultados Intermediários’



Fonte: Elaborado pela equipe do projeto.

Fonte: Balbim, Krause, Santiago e Cunha (2023).

A partir dos quadros elaborados seguiu-se a etapa de elaboração da matriz do modelo lógico síntese dos CAU/UF. Para tanto, tendo como entradas os quadros elaborados para cada CAU/UF e as transcrições das entrevistas realizadas, os membros da equipe do IPEA e CAU/BR reuniram-se presencialmente a fim de elaborar, coletivamente, a matriz do modelo lógico síntese dos CAU/UF.

A etapa de compilação das entrevistas e demais entradas de informação para a elaboração da matriz síntese do modelo lógico ocorreu nos meses de dezembro de 2022, janeiro e fevereiro de 2023 e resultou nos seguintes produtos:

1. Problema – percebido pelos CAU/UF e CAU/BR – que a ATHIS contribui para enfrentar;
2. Causas e causas críticas deste problema;
3. Consequências da persistência deste problema;
4. A árvore do problema, resultante da combinação dos itens anteriores;
5. Objetivos do CAU com o desenvolvimento de ações de ATHIS;
6. Público-alvo das ações do CAU relacionadas à ATHIS para além dos beneficiários definidos na Lei n. 11.888/2008;

7. Fatores de contexto favoráveis e desfavoráveis às ações relacionadas à ATHIS;
8. Resultado Final almejado com o desenvolvimento das ações de ATHIS;
9. Resultados Intermediários que contribuem para chegar ao resultado final;
10. Ações desenvolvidas – e ainda não desenvolvidas – pelos CAU/UF e CAU/BR para chegar aos resultados supracitados; e
11. Produtos já existentes – e ainda não existentes – também essenciais para atingir os resultados intermediários e final. Os elementos anteriormente citados conformam a matriz do modelo lógico para o CAU com relação à ATHIS, e a seguir estes serão abordados em maior detalhe.

Os trabalhos desenvolvidos da parceria entre o IPEA e o CAU/BR com relação à formatação de um modelo programático para a ATHIS revelaram que o sistema CAU tem expertise e experiência para contribuir decisivamente na proposição de uma estrutura programática para a ATHIS e que existem outras formas de financiar etapas da ATHIS a partir do CAU e/ou da política pública.

Nesse sentido, buscou-se propor uma estrutura programática que possa dar suporte efetivo às ações de ATHIS, permitindo dar escala e abrangência ao que já vem sendo desenvolvido. Identificou-se a necessidade premente de unificar o entendimento sobre ATHIS no sistema CAU, bem como de reduzir as desigualdades (financeiras e institucionais) no desenvolvimento de ações entre os CAU/UF, garantindo a efetivação da ATHIS em todo o país.

4.4.3.3. Elementos do Modelo Lógico do CAU com relação à ATHIS

O **problema** elaborado a partir da convergência dos elementos presentes nas 23 entrevistas com os CAU/UF foi sobre “ Políticas públicas relacionadas à HIS não aderem às realidades territoriais e não reconhecem a economia da autoprodução habitacional, contribuindo para a permanência da precariedade e a não consecução do direito à moradia digna e da saúde do habitat e, conseqüentemente, não valorizando simbólica e economicamente a atividade profissional de arquitetura e urbanismo dedicada à ATHIS”.

Como **causas e conseqüências do problema** foram identificadas as causas críticas, definidas como aquelas que têm alto impacto potencial para produzir mudanças no problema. Além disso, as causas críticas impactam diretamente não apenas no problema, mas também em outras causas. Finalmente, conclui-se que as causas críticas são aquelas sobre as quais é

politicamente oportuno agir. As causas definidas para o problema foram construídas a partir de três eixos identificados: realidade sócio territorial; políticas públicas; e formação e atuação profissional. Assim sendo, a Tabela abaixo apresenta as causas críticas associadas aos três eixos.

Figura 47 - Causas críticas associadas aos três eixos.

Causa Crítica	Eixo	Nível (1 mais distante e 5 mais próximo do problema)
Desconhecimento do direito à A.T.	Realidade sócio territorial	4
Falta de entendimento e estruturação da política de ATHIS por parte dos atores públicos	Realidade sócio territorial	4
Não reconhecimento da autopromoção como alternativa habitacional	Realidade sócio territorial	4
Agentes financeiros e operadores não reconhecem a lógica da melhoria habitacional	Política Pública	4
Incompatibilidade das normas técnicas para efetivação das melhorias habitacionais	Política Pública	4

Causa Crítica	Eixo	Nível (1 mais distante e 5 mais próximo do problema)
Processo de formação do arquiteto não contempla ATHIS	Formação e atuação profissional	5
Falta de valorização do profissional no campo da ATHIS	Formação e atuação profissional	4
Receio de responsabilização civil ao atuar em áreas precárias e irregulares	Formação e atuação profissional	4
Dificuldade de compreensão sobre o tema	Formação e atuação profissional	3
Falta de responsabilidade social	Formação e atuação profissional	3
Falta de informação	Formação e atuação profissional	3
Fragilidade jurídica da atuação em áreas precárias/irregulares	Formação e atuação profissional	3

Fonte: Balbim, Krause, Santiago e Cunha (2023).

Observando-se as causas críticas definidas, nota-se que a maior parte delas relaciona-se a questões informacionais e de compreensão sobre a política habitacional, além disso, o eixo políticas públicas traz duas causas críticas relacionadas à operacionalização da política de

ATHIS. Como um efeito dominó, os operadores e agentes financeiros que atuam na operacionalização da política habitacional encontram-se pouco familiarizados com a lógica relacionada à ATHIS, tendo o conselho conhecimento notório na área, inclusive com potencial para atuação em conjunto com outros atores públicos atuantes no setor, como o CEAU³⁸. A atuação do CAU nessas causas críticas trará benefícios não apenas para a consecução do direito à ATHIS, mas também para a atuação profissional em arquitetura e urbanismo.

³⁸ O CEAU-CAU/BR é o Colegiado das Entidades Nacionais de Arquitetos e Urbanistas. O CEAU agrega as entidades que vieram ‘antes’ do CAU e que inclusive possuem grande protagonismo e participação no processo de criação do Conselho. São elas, o IAB (Instituto de Arquitetos do Brasil), a AsBEA (Associação Brasileira de Escritórios de Arquitetura), a FNA (Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas), a ABEA (Associação Brasileira de Ensino de Arquitetura e Urbanismo), a ABAP (Associação Brasileira de Arquitetos Paisagistas) e, por fim, a FENEA (Federação Nacional de Estudantes de Arquitetura).

Figura 48 - Consequências da manutenção do problema

Consequência	Eixo	Nível (1 a 3 - 1 mais distante e 3 mais próximo)
Agravamento das condições da saúde das famílias	Realidade sócio territorial	3
Agravamento das condições de insalubridade das moradias	Realidade sócio territorial	3
Aprofundamento da degradação do habitat	Realidade sócio territorial	3
Aprofundamento da segregação e das desigualdades socioespaciais	Realidade sócio territorial	3
Agravamento das consequências de epidemias e pandemias	Realidade sócio territorial	2
Aprofundamento da marginalização, da estigmatização e da perda da dignidade	Realidade sócio territorial	2
Aprofundamento e multiplicação das condições relacionadas à violência urbana e doméstica	Realidade sócio territorial	2
Aumento das catástrofes relacionadas a eventos climáticos extremos	Realidade sócio territorial	2
Agravamento dos riscos de colapso da autoconstrução não assistida tecnicamente	Realidade sócio territorial	1
Dificuldades de estabelecer e valorizar o convívio doméstico e familiar	Realidade sócio territorial	1
Maior dificuldade de acesso a urbanidade (saúde, lazer, educação, cultura)	Realidade sócio territorial	1
Maior dificuldade de empregabilidade	Realidade sócio territorial	1
Continuidade do descolamento das políticas públicas das realidades territoriais	Política Pública	3
Permanência da política habitacional dedicada exclusivamente a novas unidades	Política Pública	3
Permanência e aprofundamento da precariedade das moradias associada à falta de infraestruturas urbanas	Política Pública	3
Desvalorização da profissão e de seus profissionais, com efeitos econômicos e simbólicos (elitização)	Formação e atuação profissional	3
Permanência de restrição do campo profissional e das possibilidades de formação	Formação e atuação profissional	3
Sobrecarga das atribuições institucionais do CAU/UF	Formação e atuação profissional	3

Fonte: Balbim, Krause, Santiago e Cunha (2023).

Nota-se uma maior concentração das consequências associadas à manutenção do problema no eixo das realidades sócio territoriais, em uma primeira análise na permanência de um cenário de cidade dividida que resulta no agravamento das condições de saúde das famílias, em moradias mais insalubres, maior segregação e agravamento das desigualdades socioespaciais, além de maior degradação do habitat.

Ainda nesse eixo, observam-se consequências associadas ao clima e à saúde pública, como é o caso do aumento das catástrofes relacionadas a eventos climáticos extremos e o agravamento das consequências de epidemias e pandemias, deixando ainda maiores as vulnerabilidades dessas populações prejudicadas pela injustiça ambiental³⁹, fruto do perfil da ocupação, com consequências relacionadas ao aprofundamento da marginalização, estigmatização e perda da dignidade, bem como do agravamento da violência urbana e doméstica em diversos eixos, ainda no eixo das realidades sócio territoriais.

Tais consequências resultam, em última instância, no agravamento de questões estruturais amplas, como o risco de colapso resultante da autoconstrução sem assistência técnica, passando por dificuldades que impactam diretamente a qualidade de vida das pessoas que habitam em condições precárias, afetando seu acesso à urbanidade nos diversos eixos como saúde, lazer, educação, cultura e também da empregabilidade. No eixo da política pública, as consequências observadas se inter-relacionam, já que a permanência de políticas públicas descoladas das realidades territoriais e dedicadas exclusivamente à produção de novas unidades ignoram a existência da maior parte das cidades brasileiras, que permanecem em situação de precariedade e por vezes não recebem as infraestruturas urbanas essenciais à saúde do habitat.

Finalmente, no campo da formação e atuação profissional, as consequências da permanência e inação com relação ao problema mantêm os profissionais da arquitetura e urbanismo com seu campo de atuação limitado e elitizado, sendo inclusive desvalorizados econômica e simbolicamente. Esse cenário da profissão, por sua vez, contribui para sobrecarregar o Conselho de Arquitetura e Urbanismo, que atua de maneira isolada nos vácuos da política habitacional.

A construção coletiva do problema, bem como a análise de suas causas e consequências, a identificação das causas críticas e a relação hierárquica destas é apresentada,

³⁹ A justiça ambiental está associada a princípios e práticas que tem por objetivo garantir que não haja nenhum grupo social – seja este um grupo étnico, racial, de classe ou de gênero –, sofra de maneira mais intensa e/ou desproporcional os efeitos ambientais oriundos da degradação do espaço coletivo (Acselrad, Herculano e Pádua, 2004, p.).

de maneira esquemática, na **árvore do problema**, que auxilia na compreensão de como tais elementos se combinam para chegar ao problema e quais consequências são advindas dele. Esse esquema também auxilia na visualização de onde se deve atuar com maior empenho para minimizar as consequências do problema e buscar sua resolução. O apontamento das causas críticas e suas relações, além da organização de causas em três diferentes campos – realidade sócio territorial; política pública; e formação e atuação profissional – destacam prioridades e formas possíveis de organização da política e da instituição para fazer frente ao problema.

A atuação programática do CAU/BR compondendo aquilo que poderá vir a ser uma política pública de ATHIS estrutura-se em quatro objetivos relacionados a essa instituição, que tiveram sua formulação a partir das entradas das entrevistas realizadas junto aos CAU/UF. A identificação dos objetivos elencados individualmente por cada CAU/UF permitiu a elaboração, por parte da equipe CAU/BR-IPEA, dos **quatro objetivos** apresentados a seguir.

O primeiro objetivo traz os elementos mais evidentes relacionados à ATHIS, quais sejam a melhoria habitacional relacionada à garantia da moradia digna. Além disso, incorporou-se o conceito de saúde do habitat, que engloba as condições edilícias, sanitárias, ambientais e paisagísticas relacionadas à moradia e ao conjunto urbano que garantam qualidade e adequação do ambiente interno e externo da casa, assegurando a dignidade da vida de seus moradores e a valorização do lugar de vida.

1. Promover a melhoria habitacional visando a saúde do habitat e a moradia digna.
2. Ampliar o campo de trabalho dos profissionais de arquitetura e urbanismo através da sensibilização e do fomento para atuação com ATHIS, notadamente via interiorização e com especial atenção a comunidades tradicionais e povos indígenas.
3. Fortalecer a institucionalização da política pública de ATHIS democrática e participativa, com ganhos de escala e perene, mediante ações continuadas.
4. Conscientizar a população dos seus direitos e consolidar uma cultura técnica aderente às condições da precariedade, garantindo processos continuados de melhoria habitacional.

Desse modo, os quatro objetivos apresentados constituem mais um dos elementos do modelo lógico que servem de base para a construção programática relacionada à política pública de ATHIS. Os objetivos podem e devem orientar e calibrar ações estratégicas da instituição na proposição e efetivação de programas e ações.

A análise das entrevistas realizadas com os CAU/UF, bem como das ações já desenvolvidas por estes e pelo CAU/BR no campo da ATHIS evidenciaram a existência de cinco grupos que constituem o **público-alvo** das ações do CAU na promoção da ATHIS.

O primeiro grupo é o de profissionais, o segundo grupo observado é o de comunidades em assentamentos precários, o terceiro grupo do público-alvo é o poder público, o quarto grupo alvo de ações relacionadas à ATHIS é a comunidade acadêmica e, finalmente, o quinto grupo que compõe o público-alvo da ATHIS é o grupo dos movimentos sociais.

Os **fatores relevantes de contexto** são elementos da metodologia do modelo lógico que buscam identificar possíveis influências do contexto na implementação das ações relacionadas à ATHIS. Os fatores de contexto encontram-se fora da governabilidade dos responsáveis pela execução das ações de ATHIS, nesse caso os CAU/UF, e podem favorecer a implementação do programa, quando são considerados fatores favoráveis, mas também podem prejudicar ou até mesmo impedir essa implementação, sendo nesse caso identificados como desfavoráveis. O panorama de fatores de contexto identificados a partir das entrevistas com os CAU/UF foi de 145 fatores de contexto favoráveis e 153 fatores de contexto desfavoráveis.

Foram definidas oito categorias para os fatores de contexto favoráveis, sendo elas: articulação, parceria, poder público, multidisciplinaridade, profissionais, universidade, legislação e questões sócio territoriais.

Os fatores de contexto desfavoráveis foram organizados em sete categorias: política pública, profissional, política, desarticulação, questões sócio territoriais, legislação e universidade. A existência de categorias iguais ou semelhantes àquelas dos fatores de contexto favoráveis revela que as mesmas questões ou questões das mesmas áreas podem contribuir para ou dificultar a implementação da ATHIS.

Os resultados, na estrutura da metodologia do modelo lógico, dividem-se em **resultados intermediários e resultado final**.

Foram elaborados o resultado final e seis resultados intermediários divididos em dois eixos: (i) políticas públicas e (ii) setor econômico / formação. O resultado final elaborado foi: **Através das ações definidas pela Lei de ATHIS e com a participação dos profissionais de arquitetura e urbanismo: Direito à moradia digna e à saúde do habitat assegurados, garantindo a autonomia das famílias em relação às prioridades do projeto, a conscientização de seus direitos e os meios para a execução total ou incremental das obras.**

É possível observar como o **Resultado Final** encontra-se diretamente **articulado com o problema**, trazendo os profissionais de arquitetura e urbanismo definitivamente para a implementação da política, que após implementada contribui não apenas para a moradia digna em detrimento da precariedade habitacional, mas também possibilita a autonomia às famílias

em relação à moradia, uma vez que estas possuem conhecimento sobre seus direitos e quais são os instrumentos para efetivá-los de maneira segura, atendendo suas necessidades particulares.

No caso dos Resultados Intermediários, a seguir são apresentados os três relacionados ao eixo das políticas públicas:

1. Capacidades técnicas e de gestão administrativas, jurídicas e operacionais instaladas no poder público suficientes e aderentes à dimensão das precariedades habitacionais e politicamente comprometidas com a efetivação das políticas de ATHIS.

2. Programas e ações associados às políticas públicas de assessoria técnica e melhoria do habitat, públicos e privados, aderentes às diversidades sociais e desigualdades territoriais com efetiva participação das comunidades e movimentos sociais.

3. Programas e ações associados às políticas públicas de assessoria técnica e melhoria do habitat, públicos e privados, aderentes às diversidades sociais e desigualdades territoriais com efetiva participação das comunidades e movimentos sociais.

Os três últimos **resultados intermediários** associam-se ao **campo econômico associado à ATHIS**, assim como à **formação dos profissionais**.

4. Setor econômico e circuitos locais de produção relacionados à ATHIS estruturados e atividade profissional visibilizada e valorizada simbolicamente e remunerada de maneira competitiva.

5. Escritórios e profissionais de arquitetura e urbanismo capacitados para a atuação multidisciplinar em ATHIS em todo o território, sensíveis às diversidades sociais e às realidades da precariedade habitacional e agindo com responsabilidade social.

6. Estrutura curricular do ensino superior e extensão universitária transformados e adaptados à realidade das precariedades habitacionais e do ambiente construído, garantindo a formação de profissionais de arquitetura e urbanismo comprometidos e suficientes para a efetivação da ATHIS.

A partir das três fontes de informação utilizadas para elaboração do modelo lógico, foram elencadas 154 ações desenvolvidas pelos CAU/UF no campo da ATHIS.

Na Tabela a seguir são apresentadas estas categorias, assim como as **ações, produtos resultantes** de cada uma, além dos resultados intermediários que estas ações contribuem para alcançar.

Figura 49 - Dez temas estratégicos para atuação em ATHIS

Temas Estratégicos para atuação em ATHIS
Avaliação
Diagnóstico e Banco de Dados
Elaboração de Projeto
Eventos de Capacitação
Eventos de Divulgação
Eventos de Sensibilização
Interno
Materiais de Comunicação
Obra
Formação Universitária

Fonte: Balbim, Krause, Santiago e Cunha (2023).

As dez temáticas e suas ações⁴⁰ permitem constatar que o CAU já tem desenvolvido diversas ações no campo da ATHIS, ainda que, na maior parte das vezes, de maneira pouco articulada. Essa diversidade de ações, ainda que não concatenadas até o momento, revela esforços robustos que possibilitam uma construção programática que se quer consistente e, sobretudo, aplicável. Entretanto, deve-se lembrar e considerar que o vasto conhecimento acumulado por parte do CAU/BR e dos CAU/UF acerca dos processos, da prática e dos obstáculos e potencialidades existentes não reflete a totalidade aqui representada. Ou seja, o todo, ou a busca de se estruturar uma organização programática para o fomento de ATHIS a partir do CAU/BR não se resume à diversidade e potencialidade da soma das partes.

A análise estratégica conduzida permitiu produzir uma estruturação programática aderente à escala nacional do CAU/BR e em sintonia com as ações, os objetivos e demais esforços de cada um dos CAU/UF.

A partir de todos os elementos e grupos de informação que constituem o modelo lógico, poderiam ser extraídas considerações estratégicas com vistas a: i) o aprimoramento das

⁴⁰ As ações completas estão descritas no Relatório de pesquisa Protocolo de Intenções IPEA/CAU-BR: *Projeto Modelagem lógica para estruturação programática da assistência técnica de habitação de interesse social (ATHIS)* (Balbim, Krause, Santiago, Benedetto et al., 2023).

ações empreendidas, e ii) a formulação de uma estruturação programática adequada à escala nacional de fomento a partir do CAU/BR.

Para o aprofundamento de uma análise estratégica que busca a estruturação programática na escala nacional, são destacados quatro grupos de informações: público-alvo; causas e causas críticas; fatores de contexto e o encadeamento de ações, produtos e resultados.

- **Público-alvo:** grupo de profissionais; grupo das comunidades em assentamentos precários; poder público; comunidade acadêmica e movimentos sociais.

Os três eixos em que foram segmentadas as causas contribuem para revelar a complexidade do problema que a ATHIS visa enfrentar. No eixo das realidades sócio territoriais são:

- **Causas e causas críticas:**
 1. relativo à política pública: modificação do modelo; desconhecimento de direitos; a inação do poder público; políticas de governo; descontinuidade;
 2. relativo à formação e atuação profissional: currículo das escolas; elitização da profissão; remuneração.

Tendo em consideração que as causas críticas contemplam três requisitos, quais sejam: (i) possuem alto impacto na mudança do problema; (ii) impactam diretamente no problema e em outras causas; e (iii) há oportunidade política em agir sobre essas causas, nota-se que boa parte das causas identificadas como críticas encontram-se na esfera da informação, comunicação, compreensão e conhecimento de direitos e possibilidades.

Observar os fatores de contexto nos permite identificar articulações que se reflitam em estratégias e táticas de ações, bem como a análise das ações, segundo categorias, na busca por resultados.

Quando analisadas as ações por categoria, pode-se apontar as seguintes estratégias que se sugere que sejam assumidas pelo CAU/BR. São elas: Categoria Ações Internas; Categoria Diagnóstico e Banco de Dados; Categoria Avaliação; Categoria Obra; Categoria Formação Universitária; Categoria Materiais de Comunicação; Categoria Evento de Divulgação; Categoria Evento de Sensibilização e Categoria Evento de Capacitação.

A partir da avaliação estratégica das 154 ações levantadas junto aos CAU/UF e organizadas na modelagem lógica já apresentada, foram propostas e serão apresentadas a seguir **46 ações para a Modelagem Programática do CAU/BR**, sendo 33 delas advindas do grupo de 154 ações e outras 13 ações novas propostas com base nas ações existentes e na análise estratégica. Essas 46 ações foram reunidas em quatro grupos, oriundos da agregação dos dez temas inicialmente formulados. Importante apontar que, apesar de ser uma reformulação com a

adição de novas ações e produtos, esse conjunto de 46 ações e seus produtos concorrem para a efetivação dos mesmos 06 Resultados Intermediários originais, já apontados anteriormente, e o mesmo Resultado Final.

As ações e produtos que compõem uma estruturação programática da ATHIS na escala nacional foram organizadas em 04 grandes grupos: **categoria diagnóstico, avaliação e parcerias; categoria divulgação, capacidades públicas e profissionais; obra e formação universitária.**

Outro passo relevante a ser realizado posteriormente pelo CAU/BR em parceria com os CAU/UF é a revisão do conjunto de ações para a definição de ações estratégicas na escala estadual, as quais seriam financiadas pelo orçamento da contribuição obrigatória redistribuída de 2% de cada CAU/UF. Nesse caso, como já mencionado, há a possibilidade de que um fundo redistributivo tenha o caráter programático.

Foi possível, ao longo deste trabalho, identificar que o sistema CAU tem expertise e experiência para contribuir decisivamente na proposição de uma estrutura programática para a ATHIS e que existem outras formas de financiar etapas da ATHIS a partir do CAU e/ou da política pública. Nesse sentido, buscou-se propor uma estrutura programática que possa dar suporte efetivo às ações de ATHIS, permitindo dar escala e abrangência ao que já vem sendo desenvolvido. Identificou-se a necessidade premente de unificar o entendimento sobre ATHIS no sistema CAU, bem como de reduzir as desigualdades (financeiras e institucionais) no desenvolvimento de ações entre os CAU/UF, garantindo a efetivação da ATHIS em todo o país. Tida como solução inicial, a proposição de um fundo “redistributivo” do orçamento dos CAU/UF, após este estudo, foi revista e aperfeiçoada buscando a composição de um fundo que possa contar com diversas fontes de recursos alinhadas programaticamente, sendo o CAU um dos protagonistas da proposição de uma política pública de ATHIS, com o CAU/BR e os CAU/UF estabelecendo uma relação mútua que subsidie e fomenta o aprimoramento da ATHIS como política de Estado e como campo de atuação profissional.

Por outro lado, avalia-se e considera-se a limitação do papel do sistema CAU na formulação de políticas públicas, entendendo a necessidade de que parcerias como essa com o IPEA sejam multiplicadas, notadamente a partir da composição de uma matriz geral de ações que envolva outros setores e áreas de conhecimento além de profissionais de arquitetura e urbanismo.

4.5 EXPERIÊNCIAS QUE SE UTILIZAM DA OFERTA DE SERVIÇOS PÚBLICOS E INSTRUMENTALIZAM A INCLUSÃO DA QUESTÃO HABITACIONAL NA ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Partindo de uma visão tripartite entre ATHIS, Saneamento e Saúde, mapeou-se uma plêiade de iniciativas com implicações recíprocas entre a questão habitacional e a construção de políticas de saúde, realizadas por instituições sem fins lucrativos. Essas experiências, ocorridas em seu contexto geográfico específico, contribuíram para a construção de dados e indicadores para diagnósticos e relatórios, como também mitigaram precariedades e vulnerabilidades. Seus produtos podem incitar o Poder Público a tratar a qualidade da habitação com vistas nos impactos na saúde ao fornecer material substancial para embasar análises em Habitação Saudável e subsidiar a elaboração de ações e políticas públicas.

Foram identificadas nas iniciativas a participação e o protagonismo de arquitetos e urbanistas e interfaces entre a ATHIS – a Assistência Técnica em Habitação de Interesse Social – e questões de saúde pública, pela abordagem intersetorial entre habitação e saúde.

Para tal, é necessária uma leitura territorializada integrada da relação saúde e ambiente. Essas estatísticas podem ser produzidas por meio da interação dos registros dos diversos sistemas da área de saúde com dados ambientais e gerar indicadores que correlacionem variáveis das duas áreas, com o objetivo de fornecer subsídios para inclusão de referências habitacionais e socioambientais na Política Nacional de Promoção de Saúde do SUS, voltada às populações cujas vulnerabilidades se transversalizam com precariedades urbanas.

Há ciência que a diversidade das iniciativas dificulta uma análise comparativa mais sistemática. No entanto, o objetivo no tópico não é esse. Entende-se que o tema é atual e relativamente recente; nesse sentido, adotou-se uma postura de identificar como cada iniciativa contribui com o problema identificado. Portanto, as análises descrevem cada uma delas, identifica aproximações, diferenças e, ao fim, expõem suas principais contribuições.

4.5.1 O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) Favelas em Manguinhos.

Em 22 de janeiro de 2007, o governo federal anunciou a implantação do PAC como proposta de aplicação de investimento público em diversos eixos tidos como fundamentais ao desenvolvimento do país: infraestrutura; estímulo ao crédito e ao financiamento; melhora do ambiente de investimento; desoneração e administração tributária; medidas fiscais de longo

prazo; consistência fiscal (Costa *et al.*, 2014). De forma geral, o discurso governamental ressaltava a “necessidade de acelerar, de forma sustentável, o crescimento do investimento global da economia” (Costa *et al.*, 2014, p. 249). Para tanto, pautou-se na análise de que a política econômica do primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva tenha estabilizado a economia, gerando com isso as bases para um crescimento com distribuição de renda. A apresentação do PAC apostava que o desafio para os anos 2007-2010 seria crescer de forma acelerada e sustentável, aproveitando o momento histórico de grande potencial de expansão da economia brasileira, que apontava para o “crescimento do PIB e do emprego, intensificando ainda mais a inclusão social e a melhoria na distribuição de renda do País” (Costa *et al.*, 2014, p. 250).

A área de investimento em infraestrutura estava subdividida em três linhas específicas: logística (rodovias, ferrovias, portos, aeroportos e hidrovias); energia (geração e transmissão de energia elétrica, petróleo, gás natural e combustíveis renováveis); social e urbano (saneamento, habitação, transporte urbano, luz para todos e recursos hídricos).

Nesse espectro, o PAC Social e Urbano – a urbanização integrada de favelas, mais conhecido como PAC Favelas, ganha destaque em várias regiões do país. No Rio de Janeiro, em específico, as maiores intervenções (em termos de ações urbanísticas e recursos alocados) ocorreram no Complexo do Alemão, no Complexo de Manguinhos e na Rocinha, por intermédio da parceria entre os governos federal, estadual e municipal. O PAC Favelas seguiu as diretrizes do Programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários do Ministério das Cidades, cujas intervenções propostas objetivavam a implantação de ações necessárias à regularização fundiária, segurança, salubridade e habitabilidade de população localizada em área inadequada à moradia, visando a sua permanência ou realocação, por intermédio da execução de ações integradas de habitação, saneamento e inclusão social. O chamado Trabalho Social seria outro elemento de destaque do PAC Favelas, sendo sua realização condição necessária para o repasse dos recursos.

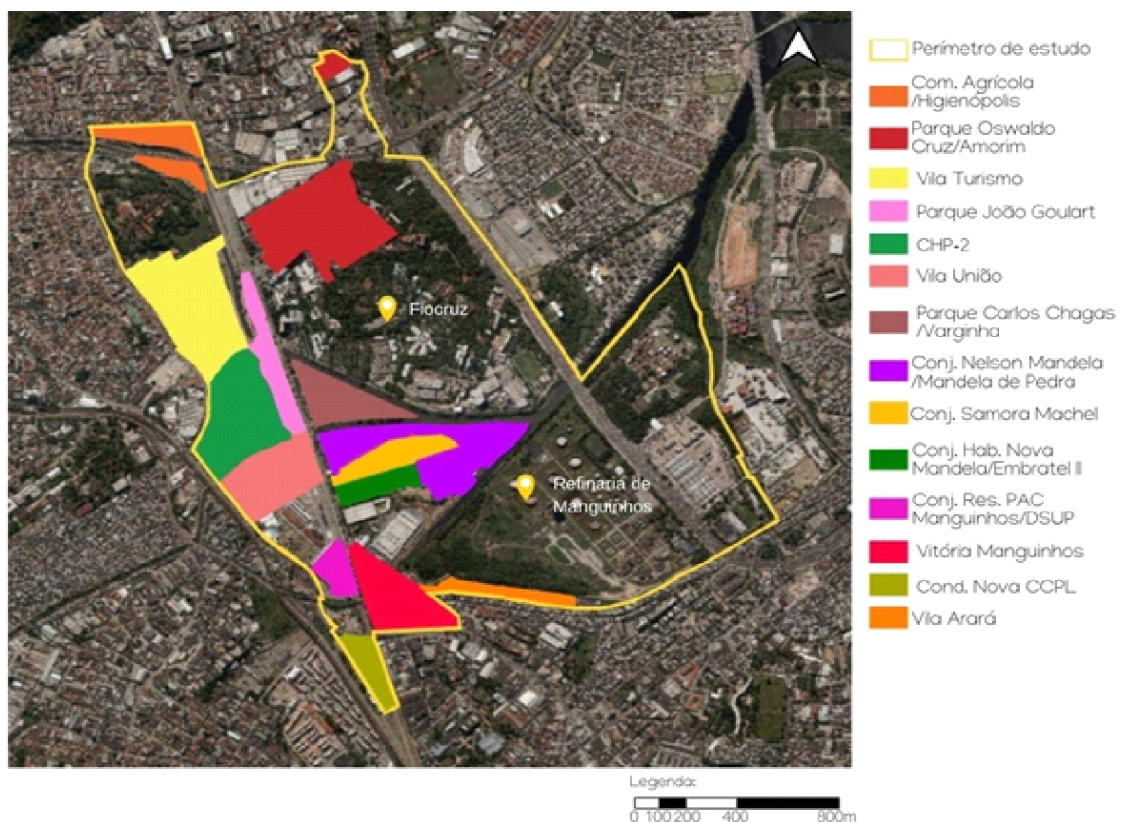
O fato de Manguinhos ter sido considerada uma “área residencial localizada em uma encruzilhada circulatória de ordem metropolitana” (Plano de Desenvolvimento Urbanístico..., 2005, p. 5) chamou a atenção para o conjunto de comunidades de Manguinhos e suas relações com um entorno ampliado. Assim, o termo Complexo de Manguinhos passou a significar o conjunto formado pelas comunidades de Manguinhos e sua sociedade civil, das áreas formais e subnormais localizadas em seu entorno e com as quais mantém intrínseca relação na origem

dos problemas urbanísticos identificados (Plano de Desenvolvimento Urbanístico..., 2005, p. 5).

Historicamente, o Complexo Manguinhos é formado por 14 AHI, porém, em 2022, por meio de análise de dados disponibilizados pelo Sistema de Assentamentos de Baixa Renda (SABREN), constam oficialmente 8 assentamentos na região, que seguem discriminados juntamente aos respectivos códigos: Favela Vitória Manguinhos; Favela Vila União/Cabo Verde; Favela CHP-2; Favela Parque João Goulart; Favela Vila Turismo/Bragança/Gil Gaffree; Favela Conjunto Nelson Mandela/Mandela de Pedra; Favela Parque Carlos Chagas/Varginha; Favela Parque Oswaldo Cruz/Morro do Amorim/Amorim (Costa *et al.*, 2014). Nota-se que o termo ‘favela’ foi mantido por ser a nomenclatura oficial utilizada pela Prefeitura do Município do Rio de Janeiro.

A Lei nº 4.379, de 20 de junho de 2006, declarou como Áreas de Especial Interesse Social os bairros Vila União (VII R.A.), pertencentes ao Complexo e possibilitou as intervenções do PAC-Favelas naquela área a partir de 2008.

Figura 50 - Distribuição territorial do Complexo de Manguinhos



Fonte: Adaptado de Costa *et al.* (2014).

O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) Favelas em Manguinhos iniciou seu projeto básico em 2007, em um sistema tripartite entre os entes públicos, que se propunha a realizar uma série de intervenções habitacionais, urbanísticas e sanitárias na região para melhorar das condições de habitabilidade do local.

Os moradores avaliaram as obras do PAC na localidade como importantes para a população, especialmente para os mais pobres. Em geral, consideravam que as ações do PAC produziriam mudanças positivas na saúde, na educação e no lazer da população, sendo tais expectativas calcadas, sobretudo, na construção de edificações específicas voltadas para esses tipos de funções, como a Escola Estadual Luiz Carlos da Vila, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o Complexo Esportivo, habitações, o recenseamento de moradores de áreas de risco, a criação do Centro de Referência da Juventude, a Clínica da Família Victor Valla, o Centro de Geração de Renda, o Centro de Apoio Jurídico e o Canteiro PAC Social, a Creche João Goulart e Mandela de Pedra e a elevação da via férrea (Rambla) com estação intermodal e pontes sobre o Canal do Cunha e o Rio Faria Timbó (BRASIL, 2010). Em relação à saúde, alguns moradores apontaram ainda a importância da ampliação do acesso à água e a construção de redes de esgoto sanitário.

O trabalho previsto para 20 anos começou em 2008, com objetivo de resolver os problemas de infraestrutura urbana através de um Plano de Desenvolvimento Urbano, e seguiria com a ampliação da oferta de habitações, serviços, esporte e lazer num Parque Metropolitano a ser criado após a Rambla, elevado da via férrea para conexão completa entre os dois lados do Complexo e ao bairro do Jacarezinho, porém, não foi implantado em sua totalidade, tampouco resolveu problemas antigos da região como as enchentes. O PAC Manguinhos privilegiou obras faraônicas em detrimento às demandas locais (PEREIRA, 2013; ALVIM, 2014b; CARDOSO *et al.*, 2016), não resolveu o déficit habitacional, a carência de saneamento básico e a incidência de doenças com taxas preocupantes.

Foi através do PAC que o atendimento público de saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, foi ampliado e passou a cobrir todo o território do Complexo de Manguinhos. Entretanto, em 06 de janeiro de 2021, a UPA 24H de Manguinhos foi fechada (G1 RIO, 2021),

em plena pandemia, e sua administração, que era de responsabilidade do Território Integrado de Atenção à Saúde Manguinhos, pela Fiotec/Fiocruz⁴¹, passou para a ser do Viva Rio⁴².

O Índice de Desenvolvimento Social (IDS) da Área de Planejamento (AP) em 2010, onde o bairro de Manguinhos se situa, era de 0,571 e sintetiza a situação local, assim como o IDS do bairro de Manguinhos de 0,518 (DATA RIO, 2018). Esse resultado para o bairro o situa na 155ª posição dentre os 160 bairros da cidade. O IDS é um índice que se correlaciona com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), gerado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e agregado de aspectos urbanos. Utiliza os setores censitários do IBGE como referência e utiliza dimensões de acesso a saneamento básico, qualidade habitacional, grau de escolaridade e disponibilidade de renda através de 10 variáveis. Tem variação numa escala de 0 a 1 (0= menor valor; 1 = maior valor) (CAVALLIERI; LOPES, 2008).

Em Manguinhos, merece destaque a metodologia de construção de dados e indicadores ambientais de vulnerabilidade, produzidos pelo projeto de pesquisa desenvolvido pela Fiocruz chamado “Uma Proposta de Habitat Saudável em Comunidade Vizinha ao Campus Fiocruz da Mata Atlântica”. Arelado ao Programa de Implantação do Campus Mata Atlântica, em parceria com a ENSP, ambos da Fiocruz, o estudo investigou a comunidade Curicica I, localizada em Jacarepaguá, na cidade do Rio de Janeiro, e teve como objetivo a elaboração e disponibilização de metodologia transdisciplinar e participativa para intervenção em assentamentos urbanos irregulares, visando à promoção da qualidade de vida e saúde dos moradores. O estudo analisou abordagens relativas à habitação saudável e enfatiza o conceito da OPAS, que compreende a habitação em seus aspectos socioespaciais.

O projeto teve como propósito acompanhar, em tempo real, a implantação de uma política pública urbana, numa perspectiva antropológica, que pressupõe a tentativa de se construir uma relação de simetria, de interlocução consentida, e realizou um trabalho de campo em Manguinhos, com observação direta e participante, além da realização de entrevistas, a fim de se apreender a implantação do PAC pela ótica dos moradores da região, diretamente afetados. Buscou compreender fatores sociais e as características físicas das edificações do Complexo para a elaboração de indicadores.

⁴¹ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é uma instituição nacional de pesquisa e desenvolvimento em ciências biológicas, vinculada ao Ministério da Saúde. É a mais importante instituição de ciência e tecnologia em saúde da América Latina, sendo referência em pesquisas na área de saúde pública.

⁴² O Viva Rio é uma organização não governamental, fundada, em 1993, por representantes de vários setores da sociedade civil.

O processo de criação de indicadores de vulnerabilidade física foi fundamentado na pesquisa quantitativa realizada mediante aplicação de questionário e elaboração de croquis, diagnosticando as condições de habitabilidade das moradias. Esses indicadores constituíram ferramenta significativa para a identificação das características que interferem diretamente na saúde dos moradores e propiciaram o mapeamento de medidas necessárias à obtenção de um habitat saudável. Assim, são instrumentos consistentes para o diagnóstico de áreas de habitação de interesse social e para o desenvolvimento da metodologia proposta no projeto, destinada à elaboração de políticas públicas (Cohen *et al.*, 2010).

Conforme pode ser observado na tabela abaixo, para o desenvolvimento dos indicadores de vulnerabilidade física, foram consideradas as características das edificações que se relacionam diretamente à saúde dos moradores, tornando-a mais vulnerável a doenças.

A observação das condições das habitações/domicílios fundamentou-se na análise dos seis indicadores explicitados na tabela, que, de um modo geral, foram compostos por duas ou mais variáveis. Assim, os domicílios foram classificados de acordo com os problemas identificados em cada um deles, mediante a sua classificação em quatro faixas de vulnerabilidade física, criadas para expressar diferentes níveis de salubridade: Faixa 1, correspondendo às habitações que apresentaram até um indicador de vulnerabilidade física; Faixa 2, às habitações que revelaram a presença de dois ou três indicadores; Faixa 3, para os casos de presença de quatro ou cinco indicadores; Faixa 4, para as situações com seis indicadores presentes.

Figura 51 - 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 Leishmaniose
	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).

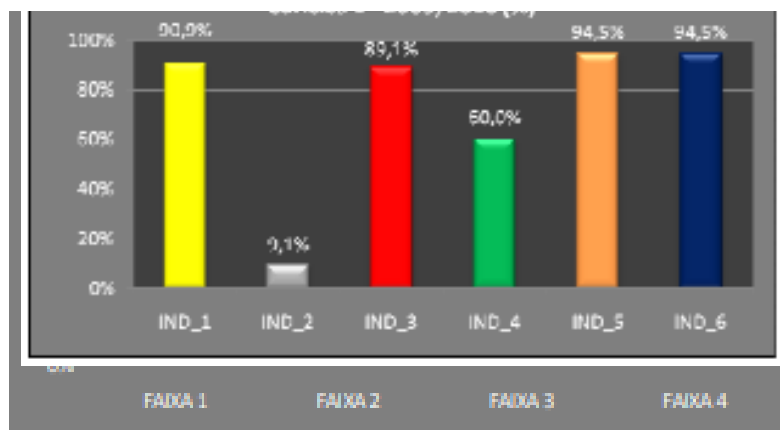
Nessa perspectiva, as habitações da comunidade de Curicica 1 têm suas vulnerabilidades físicas evidenciadas nos dois quadros, abaixo. O primeiro aponta os percentuais constatados por tipo de indicador. A análise desse gráfico expressa alguns aspectos comuns presentes na maioria dos domicílios, ou seja, com exceção do indicador de

adensamento domiciliar, os demais demonstram a elevada fragilidade das situações construtivas e de uso das edificações que abrigam os domicílios investigados.

Fonte: (COHEN *et al.*, 2010).

Figura 52 - Indicadores de Vulnerabilidade Física das Habitações da Comunidade de Curicica I – 2009/2010.

Figura 53 - Classificação dos domicílios por faixa de insalubridade na Comunidade de Curicica I – 2009/2010.



Fonte: COHEN *et al.* (2010).

A renda média das famílias girou em torno de R\$564,00, sendo que 29% dos entrevistados encontra-se em situação de extrema pobreza (renda per capita de até R\$100,00, de acordo com os critérios do governo federal). Além disso, 7,4% das famílias (712) têm algum membro com deficiência, seja física ou mental. O resultado das médias, em relação aos domicílios, é: 26,7% dos domicílios não contam com módulo hidrossanitário completo (banheiro com pia, chuveiro e vaso sanitário); 25,4% das construções têm excesso de pessoas por cômodo utilizado como dormitório, ou seja, mais de 3 pessoas ocupam um mesmo ambiente para dormir; 17,6% das famílias relataram problemas de umidade e falta de ventilação nas moradias, gerando doença respiratória em algum integrante; 62,31% das moradias têm abastecimento de água inadequado (abastecimento intermitente ou falta pelo menos algumas horas ao longo do dia) e 46,46% contam com abastecimento de água e esgotamento irregular.

Por sua vez, em relação a reformas e melhorias habitacionais: dentre os territórios avaliados, apenas 9,63% das famílias afirmou ter realizado alguma obra em casa nos últimos 2 anos. E para a pergunta “se você recebesse um empréstimo de R\$10.000,00, que obras gostaria

de realizar?”, as respostas predominantes foram “conserto” (41,52%), seguido por “acabamento” (37,16%) e, por fim, “ampliação/alteração” (21,29%).

A respeito do planejamento das obras, dos 995 respondentes, 77 fizeram projetos sozinhos no papel (7,74%) e apenas 4 (0,4%) fizeram projeto com arquiteto, sendo que 769 famílias (77,29%) não fizeram qualquer tipo de projeto. Além disso, respondendo à pergunta sobre “qual a origem da mão de obra para realização da obra?”, a média dos territórios é: 30,84% das famílias afirmou utilizar mão de obra de alguém conhecido; 30,98% afirma fazer a própria obra; 17,17% usou de alguma indicação de amigos e 21,01% respondeu que utilizou outro tipo de mão de obra.

Outra base de informações importante para a formulação de indicadores ambientais de vulnerabilidade do projeto Curicica I foi a “Ficha de cadastro domiciliar e territorial” do Sistema e-SUS Atenção Básica (ANEXO A), que contém informações das moradias, materiais de construção e condições sanitárias (BRASIL, Ministério da Saúde; SAS, 2014). Os dados contidos nessa ficha são relativos a:

- (a) tipo de acesso ao domicílio – pavimento, chão batido, fluvial, outro;
- (b) material predominante na construção das paredes externas do domicílio – alvenaria/tijolo com ou sem revestimento, taipa com ou sem revestimento, madeira aparelhada, material aproveitado, palha, outro material;
- (c) abastecimento de água – rede encanada até o domicílio, carro pipa, poço/nascente no domicílio, cisterna, outro;
- (d) água para consumo no domicílio – filtrada, fervida, clorada, mineral, sem tratamento;
- (e) forma de escoamento do banheiro ou sanitário – rede coletora de esgoto ou pluvial, fossa séptica, fossa rudimentar, direto (para rio, mar ou outro), céu aberto, outra forma;
- (f) destino do lixo – coletado, queimado/enterrado, céu aberto, outro;
- (g) presença de animais no domicílio – sim, não;
- (h) quais animais – gato, cachorro, pássaro, outro; e quantos;
- (i) e número de membros da família.

As favelas não são tumores a serem extirpados do corpo da cidade, mas sim parte integrante dela. Porém, essas populações mantêm-se em estado constante de vulnerabilidade. A sequência de escassez de investimentos sociais, enfrentados desde 2016, com a Emenda

Constitucional Nº 95, de 15 de Dezembro de 2016⁴³, que limitou o crescimento das despesas do governo brasileiro durante 20 anos, afetou negativamente a saúde e a educação, que foram agravadas pela pandemia do COVID em 2019. Atrelado a uma governança federal de extrema direita entre os anos de 2018 a 2022, que cancelou a leitura da população naquele ano, mascarando a realidade desses territórios, os serviços públicos essenciais e os programas sociais foram dilacerados, perpetuando a cidade informal. Segundo o Mapa da Desigualdade Metropolitana, elaborado pela Casa Fluminense (2023), dependendo do lugar onde se mora na cidade, pode haver uma expectativa de vida de até 22 anos de diferença. É um *apartheid* disfarçado. O controle territorial no enfrentamento de milícias, tráfego, clientelismo.

A escuta que propicie construção levou a conhecer a realidade de Manginhos como modelo de leitura metodológica na construção de indicadores relacionados às carências habitacionais e os diagnósticos de doenças. 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 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 do Sars-Cov-2. A conexão entre saúde e condição de habitabilidade é essencial na agenda das políticas intersetoriais, sobretudo em escala local, e possibilita novos olhares à formulação de políticas públicas. O poder público municipal deve ser o protagonista nas políticas de direito à moradia digna, uma das estratégias é o levantamento de dados, a implementação da Assistência Técnica em Habitação de Interesse Social (ATHIS) e os demais instrumentos que subsidiem essas ações.

Sabendo das dificuldades de se obter dados atualizados sobre a moradia, a experiência a seguir do IAB/Núcleo Maringá buscou construir um instrumento de diagnóstico habitacional junto com os agentes municipais de saúde, a partir do sistema existente e capilarizado do programa saúde da família. Esse primeiro contato entre saúde e moradia pode ser efetuado pelos ACS, visto que ainda não há a disponibilidade pública e gratuita de profissionais da arquitetura e essa estratégia se mostrou eficiente nos processos de formulação dos planos diretores participativos municipais.

⁴³ A Emenda Constitucional nº 95, também conhecida como a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, alterou a Constituição brasileira de 1988 para instituir o Novo Regime Fiscal, no âmbito dos orçamentos fiscal e da seguridade social da união, alcançou os três poderes, além do Ministério Público da União da Defensoria Pública da União. Durante o processo legislativo recebeu diversas denominações: PEC do Teto, PEC 241 na Câmara dos Deputados PEC 55, no Senado Federal. Seus opositores cunharam para ela o epíteto de PEC da Morte.

4.5.2 IAB/Núcleo Maringá e a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde

Em um cenário de contenção orçamentária por parte dos agentes públicos, de 2017 a 2022, um dos principais debatedores da habitação no país foi um conselho profissional. Esse aspecto traz como pano de fundo um Poder Público omissivo e negligente frente a demandas sociais e obrigações legais, mas, também possibilitou ao Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil se consolidar enquanto articulador de agentes, de modo a orientá-los sobre possíveis formas de se implantar a ATHIS.

O recorte do Estado do Paraná, como modelo de leitura metodológica e construção de políticas públicas, trouxe 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), Termo de Fomento 01/2021, patrocinado pelo CAU/BR. 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” contou com um aporte de recursos no total de R\$ 187.620,00 (cento e oitenta e sete mil, seiscentos e vinte reais), sendo aplicado pelo CAU/BR o valor de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais).

Os atores envolvidos nesse projeto são arquitetas e urbanistas da equipe de produção do Núcleo Maringá do Departamento do Paraná do Instituto de Arquitetos do Brasil (IAB), 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.

O estudo de caso da aplicação desse instrumento foi desenvolvido na cidade de Maringá e consiste na construção de um instrumento de diagnóstico habitacional municipal a partir da ação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com a capacitação de profissionais de diversas áreas para aplicação desse instrumento, que atuarão como multiplicadores desse conhecimento aos ACS. Esse instrumento de pesquisa de dados foi desenhado com base na metodologia da Fundação João Pinheiro (FJP), que é utilizada para calcular o déficit habitacional quantitativo e qualitativo no Brasil. O último diagnóstico habitacional municipal foi realizado pelo Plano Local de Habitação de Interesse Social (PLHIS) em 2010, com dados do IBGE de 2000.

O diagnóstico georreferenciado visa compor uma base de dados territorializados das inadequações de moradias em escala local, que auxiliarão a revisão do plano local de habitação,

para direcionar, de maneira assertiva, necessidades reais de intervenção, recursos públicos do Fundo Municipal de Habitação de Interesse Social (FMHIS) em políticas de melhorias habitacionais, previstas pela Lei Municipal 11.541/2022 (Maringá, 2022), que instituiu o Programa Municipal de Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social, conquista essa acelerada pelas ações de fomento e patrocínio das instituições de arquitetura.

Segundo o conceito da FJP, o déficit habitacional é calculado a partir de quatro componentes. O primeiro diz respeito às habitações e domicílios precários, como as habitações improvisadas – carros, barcos, barracas – e casas construídas sem parede de alvenaria ou madeira, que costumam resultar em insalubridade e proliferação de doenças. O segundo parâmetro analisado é a coabitação familiar, que ocorre quando duas ou mais famílias convivem juntas em um mesmo ambiente no qual não dispõem de liberdade e privacidade. O terceiro componente é o ônus excessivo do custo do aluguel urbano para famílias que possuem renda de até três salários mínimos e que gastam, no mínimo, 30% de sua renda com aluguel do imóvel onde vivem. E o quarto e último parâmetro é a quantidade – ou adensamento – excessivo de moradores por dormitório em imóveis alugados. São considerados, nesse parâmetro, os domicílios alugados que possuem mais de três moradores por dormitório.

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 ODS 3, 6 e 11, intimamente ligados. Foram incorporados os formulários eletrônicos do sistema e-SUS que compõem os dados da “Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial” ou “Ficha A”, fornecida pelo Ministério da Saúde aos municípios, preenchidos pelos Agentes Comunitários de Saúde e o Sistema de Saúde. O município desenvolveu um sistema lógico próprio, que organiza o funcionamento da rede de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações. Ele conta com dois formulários, um relativo ao cadastro do usuário, outro do cadastro do domicílio.

Figura 54 - Parcial do Formulário eletrônico do sistema e-SUS que compõem os dados da “Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial” ou “Ficha A”.

Cep [] Localidade 6308 MARINGÁ

Logradouro [] Nr. [] End. complem. []

Complem. [] Bairro []

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

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

Tipo de Domicílio <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outros	Situação Moradia <input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	Condição de Posse <input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro/Meeiro <input type="radio"/> Assentado <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário <input type="radio"/> Comodatário <input type="radio"/> Ben. Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica	Abastecimento Água <input type="radio"/> Rede Pública <input type="radio"/> Poço/Nascente <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outros	Energia elétrica (S/N) <input checked="" type="checkbox"/> Nr. comodors [] Vlr. Renda [] Localização <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural
Tipo de Revest. Externo <input type="radio"/> Alvenaria Revestida <input type="radio"/> Alvenaria não Revest. <input type="radio"/> Taipa Revestida <input type="radio"/> Taipa não Revestida <input type="radio"/> Madeira <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Outro	Tipo de Acesso <input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	Destino do Lixo <input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queim./Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro	Tipo de Saneamento <input type="radio"/> Sist. de Esgoto <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para Rio <input type="radio"/> Outra Forma	Tratamento Água <input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem tratamento

Fonte: Elaborado pela autora em visita à Secretaria de Saúde de Maringá-PR (outubro de 2022).

Figura 55 - Inicial do aplicativo de entrada de dados, o CSEntry, do município de Maringá-PR.



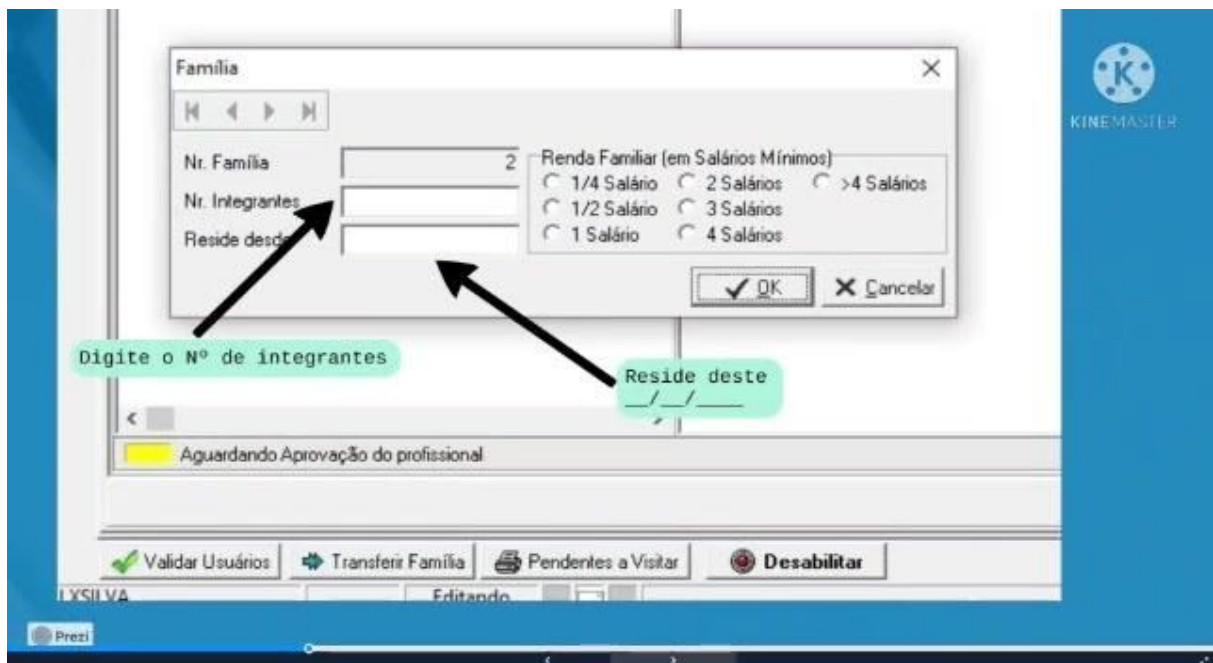
Fonte: Elaborado pela autora em visita à Secretaria de Saúde de Maringá-PR (outubro de 2022).

Figura 56 - Parcial do aplicativo de entrada de dados, o CSEntry, do município de Maringá-PR. Cadastro do domicílio.



Fonte: Elaborado pela autora em visita à Secretaria de Saúde de Maringá-PR (outubro de 2022).

Figura 57 - Parcial do aplicativo de entrada de dados, o CSEntry, do município de Maringá-PR. Cadastro do domicílio, aba Família.



Fonte: Elaborado pela autora em visita à Secretaria de Saúde de Maringá-PR (outubro de 2022).

Figura 58 - 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. complem. []

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

Situação Moradia

- Próprio
- Financiado
- Alugado
- Arrendado
- Cedido
- Ocupação
- Situação de Rua
- Outra

Condição de Posse

- Proprietário
- Parceiro/Meeiro
- Arrendatário
- Posseiro
- Comodatário
- Ben. Banco da Terra
- Não se aplica

Abastecimento Água

- Rede Pública
- Poço/Nascente
- Cisterna
- Carro Pipa
- Outros

Energia elétrica (S/N)

Nr. cômodos: 5

Vlr. Renda: 0

Tipo de Revest. Externo

- Alvenaria Revestida
- Alvenaria não Revest.
- Taipa Revestida
- Taipa não Revestida
- Madeira
- Material Aproveitado
- Palha
- Outro

Tipo de Acesso

- Pavimento
- Chão Batido
- Fluvial
- Outro

Destino do Lixo

- Coletado
- Queim./Enterrado
- Céu Aberto
- Outro

Tipo de Saneamento

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

Localização

- Urbana
- Rural

Tratamento Água

- Filtrada
- Fervida
- Clorada
- Mineral
- Sem tratamento

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

Fonte: Elaborado pela autora em visita à Secretaria de Saúde de Maringá-PR (outubro de 2022).

Figura 59 - Parcial do aplicativo de entrada de dados, o CSEntry, do município de Maringá-PR. Cadastro do domicílio, aba Dados Gerais.

Cep: [] Logradouro: 291278 SHIBAZABURO KATAZATO Nr. 129 End. complem. []

Complem. [] Bairro: 9544 JARDIM ALVORADA

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

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

Em caso de Doença Procura

- Hospital
- Unidade de Saúde
- Benzedeira
- Farmácia
- Outros

Meio de Transporte que Mais Utiliza

- Ônibus
- Caminhão
- Carro
- Carroça
- Outros

Nr. Pessoas Cobertas por Plano Saúde: 0

Participa de Grupos Comunitários

- Cooperativa
- Grupo Religioso
- Clubes
- Associação
- Outros

Meios de Comunicação que mais utiliza

- Rádio
- Televisão
- Outros

Beneficiária do Programa Bolsa Família?

Está inserida no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?

NIS do Responsável: []

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

Fonte: Elaborado pela autora em visita à Secretaria de Saúde de Maringá-PR (outubro de 2022).

As informações contidas no campo “Condições de moradia” (e-SUS, s.d.) tanto do e-SUS quanto do sistema desenvolvido pelo município, não são suficientes para direcionar políticas específicas relacionadas à investimentos em ATHIS e outras políticas habitacionais, tais como a identificação de famílias em coabitação, armazenamento de água inadequado, coberturas inadequadas, inexistência de unidade sanitária exclusiva, ônus excessivo com aluguel, acessibilidade para portadores de deficiência, etc. Sendo assim, 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).

Partindo dos objetivos e metas propostos para o projeto, a principal diretriz foi criar um instrumento que pudesse ser incorporado na rotina das visitas das equipes de Saúde da Família (ESF), contribuindo com o conhecimento da realidade habitacional das famílias atendidas e conscientizando a gestão pública sobre a necessidade de inserir arquitetos urbanistas nessas equipes, visto as limitações dos agentes em suas atribuições. Levando em conta que os ACS visitam constantemente os domicílios, o diagnóstico habitacional poderá ser contínuo, acompanhando a situação das famílias ao longo dos anos, se mostrando uma oportunidade também de terem seu trabalho cada vez mais reconhecido.

O Projeto de Lei nº 1802, de 2019, transformado na Lei 14.536 (Brasil, 2023), de 20 de janeiro de 2023, e sancionada pelo Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, ajusta à legislação e define que os agentes comunitários de saúde (ACS) e os agentes de combate às endemias (ACE) são profissionais de saúde. No país, são 265 mil agentes comunitários, que atuam no campo da Saúde da Família, na prevenção de doenças e na promoção da saúde em ações domiciliares, comunitárias, individuais e coletivas. Além deles, outros 61 mil profissionais de combate às endemias atuam na vigilância epidemiológica e ambiental, na prevenção e controle de doenças e na promoção da saúde. Essa ação fortalece a atenção básica à saúde, e fortalece a luta de também haver profissionais arquitetos e urbanistas, bem como engenheiros sanitaristas, reconhecidos como profissionais da saúde urbana, compondo o quadro técnico da rede da Saúde da Família.

Desenhado a partir da metodologia da Fundação João Pinheiro, o questionário, com seus conceitos e definições, teve foco nas condições sanitárias e de moradia que afetam a saúde dos cidadãos, e visou conduzir dados a compor o campo moradia do formulário/questionário do e-SUS e do sistema próprio de Maringá, além de instrumentalizar o diagnóstico habitacional

do município, intentando tornar-se um modelo para as cidades brasileiras para identificar inadequações de moradia e condições sanitárias e, posteriormente, servir de treinamento aos Agentes Comunitários de Saúde. O questionário, (ANEXO B), foi programado para aplicação em Maringá/PR por meio de um aplicativo de entrada de dados, o *CSEntry*, e de processamento, o *Census and Survey Processing System* (CSPPro) (ATHIS IAB Maringá, s.d). O instrumento, uma vez inserido na rotina da Estratégia Saúde da Família e nos sistemas de informações municipais integrados e georreferenciados, poderá subsidiar políticas de melhorias habitacionais e de promoção da saúde. Para melhor explicar como se almeja a integração dos dados, dois aplicativos seguem paralelos: um utilizado pelas ACS, o *CSEntry*, do sistema do município, e outro desenvolvido pela FJP. Este pode ser utilizado por outros atores, cujas informações inseridas serão anexadas numa aba do aplicativo do município, que consequentemente alimentará o programa exclusivo do município, o E-SUS, do SUS, e as secretarias de Habitação e Urbanismo. A expectativa é a interação dos dados entre secretarias e a possibilidade de agentes externos credenciados alimentarem com dados atualizados o cadastro municipal.

A possibilidade de integrar os sistemas de saúde e planejamento encontra no cadastro imobiliário a chave de vinculação. Visualiza-se que, depois do setor de saúde, o de urbanismo será o que terá mais impacto na diminuição das desigualdades sociais. Portanto, subsidiar Políticas de Melhorias Habitacionais com dados territorializados passa pela mobilização das Secretarias de Urbanismo e Habitação, de Saúde e instituições parceiras, enfatizando-se sobre a importância de se pensar políticas intersetoriais para a promoção da Assistência Técnica de Habitação de Interesse Social.

O projeto foi desenvolvido em quatro ações durante os meses de fevereiro e outubro de 2022. Primeiramente, foram apresentados o plano de trabalho e a equipe, com reuniões de alinhamento entre as instituições parceiras, relacionando-se à seguinte meta: “Mobilizar as Secretarias de Urbanismo e Habitação, de Saúde e instituições parceiras, introduzindo sobre a importância de pensar políticas intersetoriais para a promoção da Assistência Técnica de Habitação de Interesse Social”.

Em seguida, foram realizadas as oficinas para construção do instrumento de diagnóstico habitacional atrelado ao formulário de cadastro das famílias preenchido pelos ACS, com assessoria da Fundação João Pinheiro, para cumprimento da seguinte meta: “Construir um instrumento de diagnóstico habitacional, que se torne um modelo para as cidades brasileiras para identificar inadequações de moradia, baseado nos formulários eletrônicos preenchidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), desenhado a partir da metodologia da Fundação

João Pinheiro”. Nessa fase, pude participar de duas reuniões online, mais ampliadas, que ocorreram nas datas de 13/04/2022, 09/06/2022 e contaram com uma gama de profissionais multidisciplinares como geólogo, sociólogo, economista, técnicos de informática e arquitetos.

Figura 60 - Participação da pesquisadora na construção do instrumento de diagnóstico habitacional.



Fonte: Ferreira (2022).

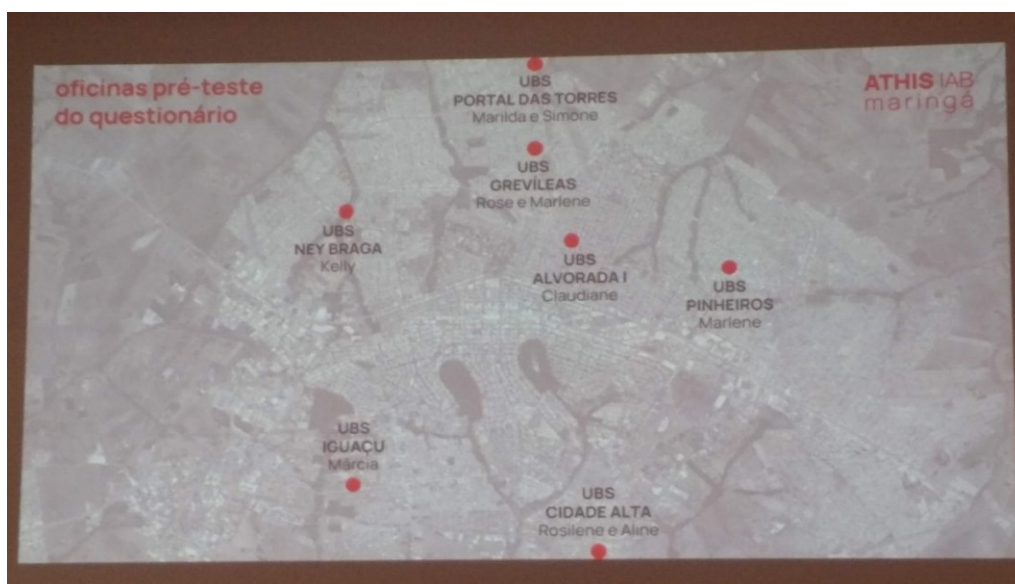
A partir dessa etapa, foi realizado um pré-teste para a capacitação das profissionais multiplicadoras, nos dias 26, 27 e 28 de julho de 2022, onde pude participar de toda a prática e agenda do projeto para aqueles dias. O pré-teste da capacitação ocorreu na Universidade Estadual de Maringá, a UEM, onde 10 ACS, pertencentes a 7 (sete) Unidade Básica de saúde do município, participaram. A ideia foi apresentar os tablets fornecidos pela prefeitura, repassar todas as perguntas do questionário e, em dupla, as ACS simularem entrevistas. No segundo dia da capacitação, a visita ocorreu numa das unidades de saúde entre técnicos de informática da prefeitura e os da FJP, para apresentar o aplicativo de entrada de dados, o *CSEntry*, e de processamento, o *Census and Survey Processing System (CSPro)*. O terceiro dia foi de aplicação dos questionários pelas agentes em algumas residências já programadas para as visitas. Após o trabalho de campo, as ACS retornavam à unidade de saúde de sua responsabilidade e descarregavam os dados coletados dos tablets para o sistema central.

Figura 61 - Oficina de capacitação das profissionais ACS multiplicadoras.



Fonte: acervo próprio, UEM, Maringá-PR (2022).

Figura 62 - Unidades de saúde selecionadas para a Oficina de capacitação das profissionais ACS multiplicadoras.



Fonte: acervo próprio, UEM, Maringá-PR (2022).

Figura 63 - Simulação das ACS, aplicando o formulário, para a Oficina de capacitação das profissionais ACS multiplicadoras.



Fonte: acervo próprio, UEM, Maringá-PR (2022).

Figura 64 - Registro da pesquisadora com as ACS de Maringá-PR e as arquitetas e urbanistas do IAB/PR Núcleo Maringá.



Fonte: acervo próprio, UEM, Maringá-PR (2022).

Após o pré teste aplicado em 10 (dez) ACS, ocorreu, nos dias 11 e 14 de outubro, com a assessoria da Fundação João Pinheiro, de forma virtual, a oficina de capacitação de mais 31 (trinta e um) ACS e 9 (nove) arquitetos, cumprindo as metas “Capacitar profissionais multiplicadores para aplicação do instrumento na cidade de Maringá/PR, e treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde”; “Incentivar a inserção do arquiteto e urbanista nas equipes da Estratégia Saúde da Família”; e “Sensibilizar os multiplicadores, que disseminarão o conhecimento aos Agentes Comunitários de Saúde, do direito à moradia digna e da ATHIS por meio da capacitação para aplicação do instrumento de diagnóstico habitacional”.

Como produto da finalização da construção do instrumento foi elaborado um Manual de Campo (Ferreira, 2022) para a capacitação e divulgação da Lei de ATHIS municipal e que se relaciona com as metas: “Conscientizar a sociedade sobre os benefícios da arquitetura e urbanismo unindo forças dos arquitetos e urbanistas com Agentes da Saúde para ampliar o conhecimento da ATHIS como um direito de toda a população”; “Incentivar a inserção do arquiteto e urbanista nas equipes da Estratégia Saúde da Família”; e “Construir um material de divulgação da Lei de ATHIS municipal para distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares”. Conscientizar a sociedade sobre os benefícios da arquitetura e urbanismo unindo forças dos arquitetos e urbanistas com Agentes da Saúde pode ampliar o conhecimento da ATHIS como um direito de toda a população.

O IAB/Núcleo Maringá e entidades apoiadoras lançaram uma Nota Técnica onde se destaca o trecho citado: “Considerando o processo de revisão do Plano Diretor de Maringá (2020-2030) e a possibilidade de reestruturação do Sistema Municipal de Planejamento e Gestão (art. 174 da Lei Municipal nº 632/2006) é possível estabelecer uma estrutura de Escritório Público de ATHIS, vinculada à Universidade Estadual de Maringá (UEM), por meio do Observatório das Metrópoles, uma estrutura multidisciplinar que possui profissionais qualificados, criando mecanismos que facilitem o estabelecimento de convênios entre as instituições de ensino superior na cidade, tais como Termos de Cooperação ou de parceria institucional. Além disso, sugere-se um redirecionamento de recursos do Programa Municipal de Bolsas de Estudo (PROMUBE), instituído pela Lei Municipal nº 7.359/2006, para atividades de extensão universitária, a fim de viabilizar essas ações de ATHIS em rede na cidade de Maringá e dar um retorno à sociedade maringaense desse investimento na educação universitária”⁴⁴.

⁴⁴ Trecho da Nota Técnica enviada ao poder público municipal, quanto à implementação da assistência técnica pública e gratuita para a habitação de interesse social em Maringá-PR, de 15 de dezembro de 2021, do Núcleo Maringá do Departamento do Paraná do Instituto de Arquitetos do Brasil e Observatório das

Dada movimentação conseguiu acelerar a aprovação da Lei nº 11.541, de 18 de outubro de 2022, instituída no município com o Programa Municipal de Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social, para serviços de projetos, acompanhamento e execução de obras de habitação destinadas a famílias de baixa renda. Os beneficiários podem acessar via dois modelos, ou de forma isolada, atendidos por entidades de classe profissionais de arquitetos e engenheiros, ou organizados por entidades organizadoras de famílias, fundamentados pelo processo autogestionário e regime de democracia direta.

A divulgação da cerimônia de encerramento do projeto, ocorrida em 20 de outubro de 2022, contou com a diplomação dos Arquitetos e Urbanistas e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) capacitados, da entrega de exemplares físicos do Manual de Campo, dos flyers sobre a Lei Federal 11.888/2008 e da assinatura do Termo de Cooperação Técnica, Processo nº 2060.01.0000755/2022-48, entre as entidades parceiras para continuidade de ações de Assistência Técnica em Habitação de Interesse Social (ATHIS).

Como parte dos eventos que marcaram o encerramento do projeto, houve a participação da equipe e a FJP no evento “Saúde e Moradia: integrando dados e ações práticas”, parte do Circuito Urbano 2022, com apoio institucional do ONU-Habitat, que ocorreu também em 20 de outubro de 2022. A experiência foi compartilhada juntamente com outros projetos produzidos como a ONG Soluções Urbanas, o Instituto Pereira Passos e o projeto Nenhuma casas sem banheiro do CAU/RS.

Novo Edital de chamamento público nº 002/2022 para assistência técnica para a habitação de interesse social – ATHIS – termo de fomento nº 002-002/2022-CAU/PR foi firmado em 15 de dezembro de 2022, com o CAU/PR e o IAB/PR núcleo Maringá, voltado à Promoção da difusão do conhecimento voltado à Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social e na Elaboração de cadastramento e levantamento de necessidades habitacionais em um determinado território.

A proximidade com o ente público se mantém em 2023, através do acordo de cooperação técnica entre o IAB/Núcleo Maringá, a FJP, o município de Maringá, por intermédio da Secretaria de Saúde, Secretaria de Urbanismo e Habitação, para a elaboração de diagnóstico habitacional de uma UBS do município. A unidade escolhida contém 3600 (três

Metrópoles Núcleo UEM/Maringá, tendo como apoio direto à nota o CAU/BR, o CAU/PR, o Movimento Social Popular em Defesa da Regularização do Conjunto Santa Rosa de Iguatemi, Movimento Pelos Direitos do Distrito de Iguatemi e Jardim São Domingos e Movimento Pelos Direitos dos Entregadores: Ajudantes e Motoristas de Caminhões e Utilitários de Maringá e Região, além de diversas entidades como signatários.

mil e seiscentos) domicílios, sendo possível levantar, no decorrer de 2023, 1200 (uma mil e duzentas) unidades habitacionais. Juntamente com o Observatório das Metrôpoles intenta-se mapear com ferramentas de georreferenciamento, relações entre condições de saúde e inadequações.

As famílias da UBS estão no recorte de vulnerabilidade social e a leitura dos dados abrange questões de idade, raça, gênero, bem como doenças presentes. O processo contou com a capacitação dos ACS da UBS e de estagiários em arquitetura e urbanismo da UEM, com aplicação da metodologia desenvolvida junto à FJP, em forma de questionário por aplicativos; da FJP e do sistema próprio do município para as ACS, onde se inseriu uma aba destinada à moradia, que alimenta também o E-SUS e, conseqüentemente, a Secretaria de Habitação e Urbanismo. Também intenta-se o fomento de bolsas de estudo via lei estadual específica para a viabilização de uma residência em ATHIS na UEM.

Dessa experiência vivida em Maringá, o Núcleo acessou um edital do CAU/Ceará, para a replicação da propriedade intelectual compartilhada no município de Sobral.

Visto a repercussão positiva do 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” e a possibilidade de replicação da experiência, a equipe do IAB/Núcleo Maringá-PR vislumbra a possibilidade de continuidade do processo, seja por acesso a editais de patrocínio do conselho de arquitetura, tanto a nível nacional como estadual, ou pelo próprio ente público, que, já sensibilizado e parceiro na etapa de diagnóstico, financie a construção de um plano estratégico de melhorias habitacionais com foco em saúde.

Tanto os dados parciais levantados em Maringá como os de Sobral puderam compor a Nota Técnica produzida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (Balbim, Krause, Santiago e Cunha, 2023) e avançam no esforço pela construção de uma Política Nacional de Melhorias Habitacionais.

4.5.3 O CAU/RS e o Programa Nenhuma Casas sem Banheiro

A proposta de institucionalizar a assistência técnica no âmbito legislativo está diretamente ligada à atuação das entidades representativas dos profissionais de arquitetura e urbanismo, iniciada nos anos 1970, no contexto do Sindicato dos Arquitetos no Estado do Rio Grande do Sul (SAERGS). No ano de 1976, especificamente, em publicação do SAERGS que

obteve patrocínio do CREA/RS⁴⁵, cria-se a proposta de Assistência Técnica à Moradia Econômica, o Programa ATME, coordenado pelos arquitetos Clovis Ilgenfritz da Silva, Newton Burmeister, Carlos Maximiliano Fayet, Claudio Casaccia e os Advogados Manuel André da Rocha e Madalena Borges (IAB, 2010).

Presidente por duas gestões do CAU/RS, Tiago Holzmann da Silva, filho de Clovis Ilgenfritz da Silva, criou um comitê assessor dentro do conselho, o Gabinete da ATHIS, que fomenta e financia iniciativas que alavancam a participação de profissionais arquitetos, como agentes de saúde urbana, nas demandas habitacionais do território. Para tanto, iniciou, em 19 de abril de 2021, junto com a Secretaria de Obras e Habitação do Rio Grande do Sul (SOP), um Termo de Cooperação para a implementação do projeto Nenhuma Casa sem Banheiro, em 30 cidades da Região Metropolitana de Porto Alegre.

Essa parceria entre uma autarquia federal e o poder público possibilitou o aporte de R\$ 480 mil do CAU/RS e mais R\$ 1,7 milhão do governo do estado, para o atendimento a 300 famílias. Enquanto coube ao conselho profissional de arquitetos e urbanistas o desenvolvimento dos projetos a serem executados por seus profissionais, restou ao governo estadual a compra de materiais e o repasse de recursos aos municípios, que firmassem parceria com a SOP para implementação do projeto sanitário.

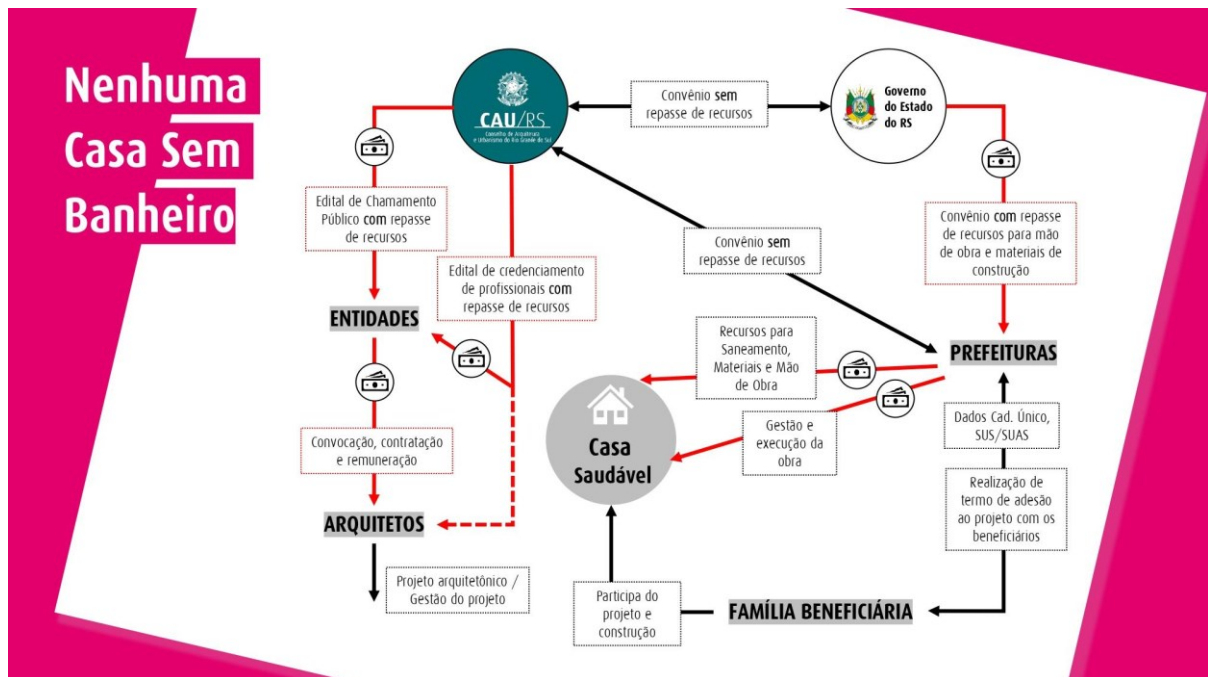
“É um grande primeiro passo para a implantação em escala estadual de um sistema de atendimento permanente para as famílias beneficiadas pela Lei da ATHIS (11.888/2008)”, comemora o presidente do CAU/RS, Tiago Holzmann da Silva.

“O Termo de Cooperação assinado demonstra o acerto do CAU/RS de atuar junto aos gestores públicos na conscientização da importância da casa como um dos elementos principais na prevenção de doenças, em especial, nesse grave momento que passamos com a pandemia”, acrescenta o Chefe de Gabinete do Conselho, Paulo Henrique

Soares

⁴⁵ Até 2011, os profissionais de arquitetura e urbanismo estavam vinculados ao sistema CONFEA/CREA. A lei do CAU foi promulgada em dezembro de 2010, no ano de 2011 o Conselho foi estruturado minimamente e a partir de 2012 o CAU passou a ser o órgão fiscalizador da profissão.

Figura 65 - Fluxograma do Termo de Cooperação do projeto



Fonte: Programa Mais Arquitetos CAU/BR. Superando a Crise habitacional e sanitária. Semana da Habitação, agosto de 2022.

Os municípios são selecionados conforme dados do Departamento de Economia e Estatística (DEE) do governo do Estado e entram com contrapartidas para a execução das melhorias sanitárias domiciliares, recursos orçamentários próprios, horas máquina, banco de materiais, entre outros, e cabe às entidades a responsabilidade pela coordenadoria local dos trabalhos realizados pelos profissionais de AU.

Mesmo não sendo dever dos conselhos profissionais suprir as lacunas do Estado no cumprimento de seus deveres atribuídos em marcos legais, a contribuição de recursos dos Conselhos de Arquitetura e Urbanismo, seja a nível nacional ou estadual, através de editais de chamada pública para patrocínio, impulsionaram alternativas para viabilizar a política de ATHIS; a divulgação dessa política; a proposição de ações para viabilizar sua realização; e o fomento às boas práticas e a articulação política entre os diferentes agentes do estado.

Na busca por contribuir com a sociedade no direito à moradia digna e para que os agentes públicos, que possuem o dever constitucional de agir para promover habitação social cumpram com seus papéis institucionais, nasceram iniciativas como o Nenhuma Casa sem Banheiro e o projeto Construindo Dignidade, do Sindicato dos Empregados no Comércio de Laguna, que viram na figura do FUNASA o caminho para implantar a ATHIS através do saneamento básico.

A partir dos desdobramentos do projeto do CAU/RS, o CAU/DF também aderiu ao programa de saneamento Nenhuma Casa sem Banheiro, cujo objetivo é executar melhorias sanitárias para quem vive em áreas e situação de vulnerabilidade social, por meio de programas e ações que possibilitem a execução de atividades ligadas à Assistência Técnica em Habitação de Interesse Social (ATHIS). Os primeiros banheiros foram construídos em 2020 e a ideia inicial foi o enfrentamento à pandemia de Covid-19. Em parceria com a CODHAB, Companhia de Desenvolvimento Habitacional do Distrito Federal, investiu-se R\$ 360 mil em 35 famílias selecionadas. Os beneficiados foram escolhidos a partir de encaminhamento do Centro de Referência de Assistência Social (Cras), sendo a família assistida por um assistente social da cooperativa e um arquiteto para discutir o projeto do banheiro. A Codhab viabilizou as obras e cedeu a equipe social e técnica para orientar os profissionais do CAU. Já o conselho disponibilizou os profissionais de arquitetura e urbanismo para desenvolver o projeto de construção, reforma, ou adaptação de unidades sanitárias.

Escritórios Públicos de ATHIS inseridos no sistema de planejamento municipal (nas Secretarias de Obras ou de Habitação) e/ou em universidades públicas (vinculados a centros de pesquisa e projetos de extensão) podem criar uma estrutura organizada para atender às necessidades de melhorias habitacionais da população. São exemplos as cidades de Brasília (DF), Conde (PB), Belo Horizonte (MG), Santa Rosa (RS) e Salvador (BA). Destaca-se o projeto de Arquitetura Social da Secretaria Municipal de Infraestrutura e Obras Públicas de Salvador (BA), que funciona em parceria com seis faculdades da cidade no formato de “ateliê escola”, com aproximadamente 30 de estudantes de Arquitetura e Urbanismo e de Engenharia Civil supervisionados por profissionais graduados.

4.5.4 O CAU/SC e o Projeto Construindo Dignidade

Nesse sentido, o CAU/SC passa a disponibilizar conteúdos para subsidiar o debate de uma agenda pública, de maneira a descentralizar as informações e levar conhecimento para o maior número possível de pessoas, através de uma linguagem pedagógica e acessível sobre os instrumentos contidos na legislação nacional.

O Projeto Construindo Dignidade, que viabilizou a construção de banheiros/ unidades sanitárias no loteamento São Judas Tadeu, em Laguna, foi objeto da parceria entre o Sindicato dos Empregados no Comércio de Laguna e o Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Santa

Catarina – CAU/SC, através do Edital de Fomento de Chamada Pública nº 02/2019. O Edital visou a seleção de projetos relevantes, de âmbito municipal e/ou estadual, que promovessem o conhecimento e o fortalecimento da Arquitetura e Urbanismo no Estado de Santa Catarina no âmbito da temática da Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social (ATHIS). O Termo de Fomento previa a concessão máxima de 8 cotas, com valor de R\$ 5.000,00 cada, totalizando R\$ 40.000,00 de patrocínio do CAU/SC, com contrapartida de R\$ 5.000,00 providas do patrocinado, neste caso o Sindicato, e mais R\$ 5.000,00 de outras parcerias, num montante de R\$ 50.000,00.

O Plano de trabalho contou com o diagnóstico da leitura da realidade, o projeto a ser executado e as metas a serem atingidas, atendendo um número significativo de famílias e constituindo impacto social, urbano e ambiental com a melhoria das condições de vida dos beneficiários. Para atingir esse objetivo, com apoio de assessoria técnica, o projeto mobilizou as famílias contempladas, outras entidades sociais e o poder público. O projeto base da unidade sanitária utilizado foi orçado pelo Sistema Nacional de Preços e Índices para a Construção Civil – SINAPI, desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e Caixa Econômica Federal, acrescido do sistema de tratamento individual (fossa, filtro e sumidouro ou vala de infiltração para 5 pessoas).

Conforme a Lei da ATHIS, as intervenções devem ser realizadas prioritariamente em Zona Especial de Interesse Social (ZEIS) e, conforme a Lei de Zoneamento, Uso e Ocupação do Solo do município de Laguna, Lei nº 1658/2013, o loteamento São Judas Tadeu é caracterizado como regular e incentivado pela prefeitura.

O assentamento possui área total pouco superior a 5 hectares, onde atualmente residem mais de 100 famílias e, segundo informações fornecidas pelo Plano Municipal de Habitação de Interesse Social de Laguna – PLHIS (2009):

É basicamente composto por grupos de famílias ligadas ao trabalho urbano. Está localizado no bairro Barbacena distante do centro urbano, embora apresente potencial para ocupação de baixa renda. A área é propícia para ocupação por ser plana e estável, porém, sofre com problemas de drenagem. A implantação das edificações ocorreu em grande parte de forma ordenada, com divisão das quadras e lotes. As construções em sua maioria compreendem edificações térreas, pequenas e inacabadas, com alguns casos precários e com avançado estado de depreciação. Em grande parte são em alvenaria ou mistas com parte em madeira com poucos casos de reaproveitamento de materiais. O traçado viário existente é regular com as ruas em largura padrão e não apresenta pavimentação e nem meio fio. A falta de infraestrutura local é o maior problema enfrentado pelos moradores, sem sistema de saneamento ou drenagem, com rede elétrica de predomínio de instalação regular (Prefeitura Municipal de Laguna, 2008).

Nos registros preliminares foram identificadas demandas por construção de novos banheiros, bem como para adequação e conclusão de obras pré-existentes. O sistema de tratamento sanitário ora inexistente, ora incompleto e/ou mau dimensionado, caracteriza ambientes precários, insalubres, mal acabados, com instalações inadequadas, estruturas incompletas, improvisações, ausência de acabamentos e de peças de louças sanitárias.

Para estimar o custo médio para a construção de unidades sanitárias, foi elaborado um orçamento base no valor de R\$ 8.669,47 (M.O. R\$ 3.880,33 e Mat. R\$ 4.786,90) e para o sistema de tratamento individual considerando 5 pessoas por moradia, de mais R\$ 7.790,88 (M.O. R\$ 3.555,85 e Mat. R\$ 4.147,32), totalizando um valor de R\$ 16.460,35.

Verificou-se, através da Tabela abaixo, que o valor médio disponível para cada imóvel (equivalente a uma cota de patrocínio) é insuficiente nos casos onde houver a necessidade de construção de unidades sanitárias completas. Dessa forma, adequações de atendimento como a execução do sistema de tratamento individual e apenas melhorias das unidades internas nas residências foram necessárias.

As principais despesas custeadas com recursos do Termo de Fomento nº 02/2019 destinaram-se a garantir a construção das unidades sanitárias, dividindo-se entre mão-de-obra especializada, aquisição de materiais de construção e estrutura para o mutirão de ajuda mútua (ferramentas, seguro, EPI, transporte, alimentação, uniforme, material de mobilização social, entre outros). Custos indiretos necessários à execução do objeto, dentre as quais transporte, cópias e impressões especiais, impostos e taxas, correios, entre outros também estão nesse cômputo. Por se tratar de um projeto de pequena escala e valor reduzido, não houve remuneração para assessoria. A gratuidade do custo do arquiteto e urbanista e técnicos que executaram o projeto compuseram contrapartida ao investimento do CAU/SC.

Figura 66 - Estimativa de despesas as serem realizadas na execução do projeto

Etapa	Descrição da despesa	Custo	Total
Etapa 1 - Organização geral do projeto e levantamentos.		-	2.821,34
	Transporte	250,00	
	Cópias e impressões especiais	250,00	
	Arquiteto e Urbanista - Levantamentos	1.814,54	
	Sindicato - Coordenação Geral	506,80	
Etapa 2 – Projetos e aprovação.		-	5.071,34
	Transporte	900,00	
	Cópias e impressões especiais	200,00	
	Capacitação	500,00	
	Uniformes (camisetas)	250,00	
	Taxas e impostos	900,00	
	Arquiteto e Urbanista - Projetos	1.814,54	
	Sindicato - Coordenação Geral	506,80	
Etapa 3 - Execução das obras.		-	41.162,68
	Transporte	1.700,00	
	Cópias e impressões especiais	200,00	
	Mão-de-obra	10.000,00	
	Materiais de construção	20.000,00	
	Ferramentas	500,00	
	Seguro	320,00	
	EPI	800,00	
	Alimentação	3.000,00	
	Arquiteto e Urbanista - Execução	3.629,08	
	Sindicato - Coordenação Geral	1.013,60	
Etapa 4 - Avaliação e conclusão.		-	2.551,34
	Cópias e impressões especiais	200,00	
	Correios	30,00	
	Arquiteto e Urbanista - Relatórios	1.814,54	
	Sindicato - Coordenação Geral	506,80	
Total Geral			51.606,70
	Termo de Fomento	40.000,00	
	Contrapartida	11.606,70	

Fonte: Plano de Trabalho do Projeto Construindo Dignidade

A participação comunitária foi assegurada na etapa da execução das obras através de mutirão e contou com o apoio de mão-de-obra e equipamentos especializados. Nesse sentido, a creche Casa da Gente - Centro de Educação Social e Cultural São Judas Tadeu, que atende parte das famílias dos beneficiários com educação e ações sócio assistenciais, foi mobilizada e manifestou seu apoio ao projeto. Um grupo de Coordenação Geral do Termo de Fomento, reunindo representantes do sindicato, técnicos, dos parceiros e dos beneficiários, ficou encarregado da coordenação, planejamento, execução e monitoramento das principais ações que garantiram a viabilização do projeto. Ao total, foram creditadas mais de 1300 horas/homem de contrapartida física do patrocinado e de outros parceiros, além da utilização da estrutura do Sindicato (como sala, internet, telefone, consumo de água e luz, remuneração de serviços contábeis e de assessoria jurídica, material de escritório, etc.). As atividades do profissional Arquiteto e Urbanista e outros técnicos que não vinculados ao Sindicato foram ofertadas através

de serviço voluntário, nos termos da Lei nº 9.608/1998 e formalizadas através da celebração de termo de adesão entre a entidade e os respectivos prestadores.

O somatório e resultado de todos esses fatores indicou as metas do projeto em promover o acesso ao saneamento básico; capacitar e desenvolver experiências para habilitar a entidade a participar de projetos destinados à edificação, reforma, ampliação ou regularização fundiária da habitação; além de desenvolver um processo de mobilização e envolvimento das famílias beneficiárias, outras entidades sociais e o poder público.

Figura 67 - Estrutura do Projeto Construindo Dignidade



Fonte: Plano de Trabalho do Projeto Construindo Dignidade

As intervenções sanitárias realizadas em 08 (oito) residências unifamiliares impactaram diretamente 30 pessoas e indiretamente toda a comunidade. Conforme o Censo do IBGE 2010, havia 98 domicílios particulares permanentes ocupados, sendo 324 pessoas residentes.

As ações contaram com o levantamento dos imóveis; a confecção e aprovação junto aos órgãos públicos dos projetos e peças técnicas; a execução das obras; e a prestação de contas.

Para a aferição do cumprimento das metas, foram juntados documentos, relatórios fotográficos do acompanhamento da execução das obras e realizada a prestação de contas.

Figura 68 - Cronograma de Execução do Projeto

Mês	Descrição da Atividade
Mês 1.	Etapa 1 - Organização geral do projeto e levantamentos.
	Definição de detalhes para consecução do projeto;
	Estabelecimento de parcerias;
	Pactuação de objetivos e responsabilidades;
	Mobilização social das famílias; e, Levantamento das edificações.
Mês 2.	Etapa 2 – Projetos e aprovação.
	Elaboração dos projetos técnicos da edificação;
	Aprovação junto à Prefeitura;
	Formação e capacitação dos diversos atores envolvidos;
	Mobilização de atividades para arrecadação e compra de materiais; e, Preparação para etapa de execução de obras.
Mês 3.	Etapa 3 - Execução das obras.
	Organização da estrutura para o mutirão de ajuda mútua;
	Mobilização de atividades para arrecadação e compra de materiais; e, Execução das obras.
Mês 4.	Etapa 3 - Execução das obras.
	Organização da estrutura para o mutirão de ajuda mútua;
	Mobilização de atividades para arrecadação e compra de materiais; e, Execução das obras.
Mês 5.	Etapa 4 - Avaliação e conclusão.
	Finalização do projeto;
	Registros; e, Elaboração da prestação de contas.

Fonte: Plano de Trabalho do Projeto Construindo Dignidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, epidemias geraram o nascimento de movimentos públicos de saneamento e saúde, como a epidemia de cólera do século XIX⁴⁶ e o movimento de Reforma Sanitária⁴⁷. Novamente um evento pandêmico, em pleno século XXI, escancarou marcos históricos da urbanização brasileira e trouxe à tona o caráter estrutural e conjuntural das

⁴⁶ A terceira pandemia de cólera (1846-60) ficou conhecida como a “doença da miséria”. Doença típica da era pré-industrial e dos países pobres, ela teve origem na Índia, e se espalhou para a Europa a partir de Bengala, após infectar o exército britânico. Em 1924, atingiu a Ásia. A segunda pandemia, ainda maior que a anterior, começou em 1929 e alcançou a Europa e a América.

⁴⁷ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

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” para a política social, que não faziam parte do Cadastro Único dos programas de transferência de renda do governo e nem do mercado de trabalho formal, na sua maioria, moradores de assentamentos informais nas cidades e compondo grupos mais vulnerabilizados. Em dois anos (2019 a 2021), 9,6 milhões de pessoas tiveram sua renda comprometida e ingressaram no grupo de brasileiros que vivem em situação de pobreza, os mais impactados pela pandemia, segundo a ONU-Habitat, Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos.

Os espaços urbanos podem produzir e são produzidos por geografias altamente racializadas, segregadas, estratificadas e impactadas ambientalmente. As cidades, produtos desses processos, são particularmente vulneráveis aos problemas que afetam a equidade urbana em razão das condições sociais em que vivem. Estima-se que cerca de 1,8 bilhão de pessoas, ou seja, mais de 20% da população mundial, carece de moradia adequada (UN-Habitat, 2020).

As precariedades habitacionais são relatadas desde o século XIX, quando se relacionava aos cortiços das cidades industriais e, no século XX, as favelas emergiram como o novo modelo de habitação precária da classe trabalhadora que se desenvolveram, principalmente, nas periferias das cidades dos países subdesenvolvidos.

A escala da atual crise habitacional exige ação direta para responder às necessidades de mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo que não têm acesso à moradia adequada em assentamentos informais. Estima-se que o investimento total necessário para financiar as melhorias necessárias nos assentamentos informais é de US\$ 6 trilhões globalmente (Frediani, Cociña e Rocha, 2023). Segundo o Relatório “Melhorando a habitação em assentamentos informais: avaliando os impactos no desenvolvimento humano”, de 2023, da ONU Habitat Internacional (Frediani, Cociña e Rocha, 2023), responder a essa crise de direitos humanos implica lidar com todas as dimensões do direito à moradia adequada: segurança de posse; disponibilidade de serviços, materiais, instalações e infraestrutura; acessibilidade; habitabilidade; localização; e adequação cultural. O desafio habitacional requer investimento e intervenção transformadora e abrangente. As conexões entre moradia adequada em assentamentos informais e cada uma das três dimensões do IDH: renda, saúde e educação

também permitem e maximizam a justiça climática, a inclusão política, a igualdade de gênero, as condições de governança e os processos políticos com participação social.

As emergências globais em andamento têm impactado impetuosamente os que vivem em condições mais inseguras, superlotadas e marginalizadas. Moradores de assentamentos informais em cidades do Sul Global⁴⁸, por exemplo, foram afetados desproporcionalmente por crises associadas ao aumento dos custos de energia, mudança climática, conflitos armados e COVID-19, alimentando um ciclo de pobreza e marginalização que se cruza com desigualdades de gênero, raça, etnia, classe e habitabilidade (Frediani, Cociña e Rocha, 2023). As condições atuais ficarão mais complexas em meio a futuras mudanças demográficas e ambientais.

No Brasil, de acordo com a Fundação João Pinheiro (2020), a inadequação de domicílios urbanos, compostos por moradias sem acesso à infraestrutura urbana adequada, inadequação edilícia e inadequação fundiária, 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, mostrando que a necessidade de urbanizar e qualificar moradias é maior que a necessidade de construir novas unidades.

Diante disso, é premente a percepção da relação entre o ambiente construído como um dos determinantes das condições de saúde das pessoas. Portanto, pensar formas de melhorar as condições de habitabilidade é absolutamente necessário. A habitabilidade trata dos requisitos relativos à eficiência arquitetônica no cumprimento das funções para que o espaço seja percebido como uma habitação. Ao se falar em habitação, deve-se considerar não só a unidade habitacional, mas também os aspectos de integração dessa unidade na trama urbana, além do grau de atendimento a serviços de infraestrutura e equipamento social. Identificar as potencialidades e dificuldades de um determinado território, numa ótica estrutural, física e cultural e, a partir dessa análise e observação, compreender as barreiras impostas pela dinâmica do território, é fundamental no enfrentamento de problemas e necessidades que afligem as comunidades.

Considerando o cenário massivamente urbano de nosso país, pode-se considerar que a saúde ganha uma particularidade em sua definição, adequando-se mais propriamente ao termo Saúde Urbana. A incorporação de uma visão mais ampla do conjunto de fatores ambientais,

⁴⁸ O termo Sul Global é usado aqui para se referir amplamente às regiões da África, Ásia, América Latina e Caribe e Oceania. Ele “faz referência a toda uma história de colonialismo, neoimperialismo e mudanças econômicas e sociais diferenciais através das quais grandes desigualdades nos padrões de vida, expectativa de vida e acesso a recursos são mantidas”.

decorrentes da atividade humana ou da natureza, envolve equipamentos e relações sociais de um território dinâmico. Ao se perceber o espaço geográfico onde essas interações entre o homem e o meio ambiente ocorrem, parte-se da necessidade de se aferir as consequências das doenças tendo como objeto o ambiente físico, social e em saúde como modelador da saúde das pessoas. A construção social da saúde, nas dimensões da biologia humana, do ambiente, dos estilos de vida e da organização dos serviços de saúde, deve ser encarada como necessidade social e de saúde que envolve riscos, controle de riscos, danos, e dos condicionantes e determinantes, caracterizando a moradia e o seu perímetro imediato, como agente de impacto direto nos quadros de saúde dos moradores de determinada localidade. Dessa forma, a habitação saudável depende do ambiente habitacional imediato e da medida em que este fornece acesso a serviços, espaços verdes e opções de transporte ativo e público, bem como proteção contra resíduos, poluição e efeitos de desastres, sejam naturais ou humanos. Percebe-se a necessidade de se construir dados e indicadores que demonstrem essa relação e subsidiem agendas de políticas públicas transversalizadas.

Partindo do pressuposto de que “respostas somente serão possíveis dentro de uma perspectiva trans e interdisciplinar” (Proietti e Caiaffa, 2005 p. 941), a pesquisa identificou relações significativas entre as políticas de promoção da saúde, de saúde urbana, e de vigilância ambiental, com o Estatuto da Cidade e a Lei de ATHIS 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, num olhar para a Saúde do Habitat. Com o objetivo de reforçar a relevância de propostas e ações que visem articular direito à moradia e à saúde, esse trabalho partiu da ênfase habitacional com a promoção de saúde considerando a saúde como agente e consequência.

De forma objetiva, buscou-se apresentar metodologias e experiências que possam estimar subsídios na agenda das políticas intersetoriais, sobretudo em escala local, para novos olhares à formulação de políticas públicas. Também visou compreender possíveis arranjos entre Política Habitacional via ATHIS e a Política de Saúde, como o Projeto do IAB/núcleo Maringá/PR, que se baseiam numa implementação capaz de traduzir as práticas sociais, vislumbrando aberturas para a inclusão de questões ligadas à habitabilidade, salubridade, relativas à qualidade das moradias e o processo entre saúde e doença, na perspectiva da promoção de saúde através de melhorias habitacionais e de saneamento. Na intenção da proposição, a pesquisa destaca a estrutura da rede do SUS como o lugar privilegiado para a

implementação de estratégias de saúde em setores não relacionados à saúde, que fomente uma Política de Melhorias Habitacionais e possa abarcar profissionais externos à área da saúde, num olhar para a Saúde Urbana, ou a Saúde do Habitat. Partindo de uma visão tripartite entre ATHIS, Saneamento e Saúde, pretendeu contribuir com enlaces institucionais para a inserção da Assistência Técnica de HIS na Política Nacional de Promoção de Saúde - PNPS.

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), da Vigilância Ambiental em Saúde, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) 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.

Encarar a saúde como resultante de um processo de produção social passa pelo caminho de integração da agenda da promoção da saúde com as raízes da saúde coletiva e os compromissos históricos do movimento sanitário e do Sistema Único de Saúde (SUS), além de se incorporar a dimensão da sustentabilidade ambiental, inevitável na agenda contemporânea de todas as sociedades (Costa *et al.*, 2014). O trabalho de produção social da saúde é altamente complexo e perpassa a construção de ações e culturas que contribuem para a mudança na dinâmica social geradora de lugares insalubres. Faz-se necessário incorporar o conceito de território, em articulação com o de comunidade, na análise dos determinantes socioambientais e dos processos saúde-doença, bem como nas ações de promoção a serem construídas (Porto, Zancan e Pivetta, 2014). Com base no pensamento de Milton Santos, o território é a principal instância da sociedade, capaz de revelar mediações e contradições quando observado para além do espaço físico, com incorporação de seus atores, suas competitividades, seus interesses, seus conflitos e negociações em virtude de uma regulação unificadora ou de uma fragmentação social e geográfica.

A caracterização da saúde como um direito é resultado das condições de habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, é resultado de uma organização social da produção que pode gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Essa 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 é parte do conjunto de direitos sociais reconhecidos e garantidos no Brasil, que têm como inspiração o dever do estado no

financiamento das ações de saúde e a universalidade como direito de cidadania. Ele se entrecruza com o direito à cidade na medida em que, 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 habitação é um direito humano fundamental desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 entende a moradia como um direito social. Entretanto, apenas com a instituição do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social (SNHIS), a ~~moradia~~ ~~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 Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991, p.2), do qual Brasil é signatário, a moradia digna deve ser vista como “direito de viver em algum lugar em segurança, paz e dignidade”. Com a regulamentação dos artigos 182 e 183 da Constituição pela Lei nº 10.257/01 (Estatuto da Cidade), a Política Urbana ganhou uma série de instrumentos jurídicos, políticos, técnicos e financeiros que podem efetivamente transformar a realidade vivida pelas cidades.

A ATHIS pode ser uma ferramenta de combate ao Déficit Habitacional Qualitativo através da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS. Os princípios e valores elencados na PNPS, aliadas às ferramentas do Planejamento Urbano, podem promover, como resultante, Cidades Saudáveis. O Estatuto da Cidade é um instrumento da política urbana por definir que a propriedade privada deve cumprir sua função social, iniciando assim um diálogo para a construção da cidade saudável. O Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Participativo é o instrumento básico de implantação da política de desenvolvimento das funções sociais da cidade (habitação, circulação, trabalho, lazer), da propriedade urbana (serventia real) e também um mecanismo fundamental à acessibilidade acerca da participação popular na formulação de políticas públicas de uso e ocupação do solo.

O plano diretor municipal não possui instrumentos que se aproximem com a saúde. Não considera o espaço como algo que interfere na saúde das pessoas. A Lei de ATHIS, regulamentada junto ao plano diretor e este junto à política de saúde e de saneamento básico, pode ser o vínculo que fomente o serviço de arquitetura social vinculada à promoção de saúde e causar, não só uma mudança em cunho habitacional, mas alterar beneficentemente diversos fatores da cidade. A interdisciplinaridade entre Saúde, ATHIS e Saneamento aborda a saúde urbana e envolve a relação Meio Ambiente-Território-Saúde.

Pode-se intuir que o problema da falta de moradia e da sub-habitação deve ser entendido como um problema de “saúde urbana”. A desorganização urbana, a ocupação de áreas de risco, a precariedade técnico-construtiva e a falta de poder aquisitivo para o acesso das famílias aos serviços de arquitetura e engenharia são como problemas de “saúde da cidade” e assim devem ser enfrentados. 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 todos os cidadãos e beneficiar 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 desses 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 à toda população, através de profissionais da saúde urbana.

O Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil, desde 2015, vem desenvolvendo atividades práticas, formativas e políticas para promoção da Lei da ATHIS (Lei Federal 11.888/2008) no território nacional. Visando a cultura de ATHIS, a formação profissional e a promoção do enfrentamento à falta de moradia adequada como ferramentas na construção de uma política pública para moradia digna, em 2021, diversos CAU/UF e o próprio CAU Brasil, publicaram editais de fomento para viabilizar ações que respondessem a demandas por melhorias habitacionais para população de baixa renda nas diferentes regiões e realidades brasileiras. Transcorridos oito anos do início deste movimento, o CAU atingiu o patamar de R\$ 23 milhões de investimento (2015-2022) no fomento da ATHIS, distribuídos em todos os estados da Federação. Desse total, o Conselho Federal investiu, aproximadamente, R\$ 4 milhões, entre celebração de acordos de cooperação técnica com o Governo Federal, eventos de sensibilização, campanhas e vídeos institucionais orientativos por meio de ações vinculadas ao Programa Mais Arquitetos, atividade transversal, promovida pela gestão 2021-2023, que abarca o tema da ATHIS, entre outros eixos. Chamamentos públicos focados em ações concretas de ATHIS propiciaram a aproximação de autarquias nos estados para realização de editais conjuntos. Em um cenário de contenção orçamentária por parte dos agentes públicos, de 2017 a 2022, um dos principais debatedores da habitação no país foi um Conselho

profissional, que se consolida enquanto articulador de agentes nas possíveis formas de implantar a ATHIS e atua de maneira isolada nos vácuos da política nacional.

Essa diversidade de ações revela esforços robustos que possibilitam uma construção programática que se quer consistente e, sobretudo, aplicável à escala nacional do CAU/BR e em sintonia com as ações, objetivos e demais esforços de cada um dos CAU/UF. Foi possível, pela pesquisa junto ao IPEA no âmbito do Protocolo de Intenções nº 04/2022 IPEA e CAU/BR, identificar que o sistema CAU tem expertise e experiência para contribuir decisivamente na proposição de uma estrutura programática para a ATHIS e que existem outras formas de financiar etapas da ATHIS a partir do CAU e/ou da política pública.

Alguns exemplos desses arranjos dos CAU/UF com o poder público municipal, com foco em saneamento e na construção de dados habitacionais para diagnósticos e análises de dados quantitativos e qualitativos, citados na pesquisa, mostram adesão dentro dos conselhos estaduais e podem fomentar ações públicas de melhorias de forma capilarizada nos estados e em escala nacional, pulverizando iniciativas e possibilitando novas abordagens à formulação de políticas públicas. A abordagem multidisciplinar, propiciada pela Lei de ATHIS, combina conhecimentos de diferentes disciplinas, inclui diferentes vozes e perspectivas da sociedade civil, considera tendências sociais, tecnológicas, demográficas e ambientais, permitindo antecipar desafios e oportunidades que podem afetar a implementação das políticas.

Por outro lado, avalia-se e considera-se a limitação do papel do sistema CAU na formulação de políticas públicas, entendendo a necessidade de que parcerias com agentes públicos sejam multiplicadas, notadamente a partir da composição de uma matriz geral de ações que envolva outros setores e áreas de conhecimento além de profissionais de arquitetura e urbanismo.

Percebe-se, dessa forma, que as intervenções em saúde devem ampliar seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes num olhar para o ambiente urbano, incluindo os ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos. O Sistema Único de Saúde pode integrar uma multidisciplinaridade de profissionais, num olhar à saúde urbana, e se traduzir num SUS Urbano.

Avalia-se que ações de fomento e efetivação do direito de ATHIS devam envolver no plano federal, prioritariamente, o Ministério das Cidades, o Ministério do Desenvolvimento Social, o Ministério da Saúde, o Ministério da Cultura (notadamente, mas não exclusivamente, o IPHAN), o Ministério da Educação (nos debates acerca da curricularização da ATHIS no

ensino da arquitetura e na estruturação de um programa sustentável de Residências em ATHIS, aos moldes do modelo da Medicina), a Secretaria de Economia Solidária do MTE e a CEF. Considera-se que cada um desses ministérios poderia contribuir de diversas formas para a efetivação da ATHIS como política pública, a começar pela focalização em segmentos de públicos-alvo e beneficiários prioritários, passando pelo planejamento de ações, sua programação orçamentária na esfera federal e chegando, por exemplo, à realização sistemática de seleção de propostas a serem elaboradas por parte de estados, municípios e organizações não governamentais. Em comum, a organização dessas ações deveria guiar-se por princípios de multidisciplinaridade e deveria compreender a delimitação de perímetros de ação como diretriz prioritária, ou seja, compreender o território, o local e suas comunidades ((Balbim, Krause, Santiago, Benedetto *et al.*, 2023).

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 (OMS, 1997). A Organização Pan-Americana da Saúde – Opas, desde o ano de 1998, vem incentivando a implantação nos seus países membros, incluindo o Brasil, da estratégia da Atenção Primária Ambiental, visando a estruturação de instrumentos voltados à saúde ambiental sob a ótica das estratégias da Agenda 21, utilizando os conceitos de desenvolvimento sustentável (ODS) e dos espaços, ambientes e cidades saudáveis, que abordam a saúde (ODS 3) e cidades sustentáveis (ODS 11). Melhorar a habitação não é apenas uma forma de acelerar o progresso nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, mas também uma pré-condição para atingir as metas dos ODS.

Grandes benefícios na relação custo-benefício surgiriam da abordagem simultânea dos riscos à saúde associados à habitação; essa abordagem está alinhada com o trabalho intersetorial da OMS para criar ambientes promotores da saúde. A OMS e ONU inicialmente fornecem material substancial para embasar análises em Habitação Saudável (EUROPE; RANSON, 1988; OPAS, 2004; UN, 2014; WHO, 2018; OHCHR, 2020; ONU-HABITAT, 2023). Além disso, há os indicadores ambientais de inadequação habitacional do IBGE para os recenseamentos (BRASIL, Ministério da Economia; IBGE, 2010), a metodologia idealizada pela Fundação João Pinheiro para o cálculo do déficit habitacional nacional (Fundação João

Pinheiro, 2020), além dos dados avaliados na Ficha de Cadastro Domiciliar do Sistema e-SUS da Atenção Básica.

No desenho político institucional do SUS, para a organização das ações e dos serviços de saúde, está presente a formação de rede regionalizada e hierarquizada formada por pontos de atenção à saúde, denominada Rede de Atenção à Saúde, que possui, inclusive, um programa de residência multiprofissional. De forma complementar, a tríade da Saúde, a Proteção Social, a Assistência Social e a Previdência Social, e o tripé da seguridade social, o Plano Municipal de Saneamento Básico, o Plano Diretor Municipal e o Plano Municipal de Habitação de Interesse Social, necessitam articular ações intersectorializadas que abarquem proposições conjuntas num olhar entre o território e as questões de saúde, visando a produção de saúde e do seu cuidado.

Para ser um facilitador efetivo dos retornos do desenvolvimento humano, a habitação adequada deve ser abordada de forma integrada, considerando o cumprimento efetivo de todas as suas dimensões. Na visualização de um possível caminho à operacionalização dessa rede, deve-se incorporar uma abordagem conceitual, técnico política e técnico operativa de práticas e mediações voltadas para a construção da intersectorialidade, participação popular e promoção da saúde no cotidiano do SUS como elementos indissociáveis, tomando como base o conceito ampliado de saúde, a determinação social da saúde, as garantias asseguradas na Constituição de 1988, a legislação ordinária e a concepção de seguridade social presente nas formulações do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) em sua perspectiva clássica (Costa *et al.*, 2015).

Na relação Moradia e Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), mostra-se como possibilidade de abertura institucional para a inclusão de questões ligadas à habitabilidade, salubridade; relativas à qualidade das moradias, e o processo entre saúde e doença, na perspectiva da promoção de saúde através de melhorias habitacionais e do território. Ações de melhorias de infraestrutura e edificações, inter-relacionadas a determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais no processo saúde-doença, conferem uma abertura para a proposição da inclusão de profissionais externos à saúde, como arquitetos e urbanistas e de engenheiros sanitaristas, de forma pública e gratuita na rede de Saúde dos municípios, bem como constroem um registro de informações à Vigilância em Saúde para o planejamento e avaliações em ações de promoção de saúde pela moradia, que repercutem na saúde e qualidade de vida dos indivíduos, tensionando a estruturação de uma Política Pública de Melhorias Habitacionais. É

parte do escopo desse novo profissional de saúde urbana, por exemplo, confrontar a sub-habitação, já que condições precárias de habitação estão associadas a uma ampla gama de problemas de saúde, incluindo infecções respiratórias, asma, diarreia, acidentes e doença mental, assim como assessorar e acompanhar projetos de saneamento, transporte e desenvolvimento urbano econômico, social e ambiental.

A ideia de cidade saudável é hoje, ao mesmo tempo, conceito e instrumento a ser incorporado no planejamento urbano, que se relaciona às propostas de elaboração de uma política de promoção à saúde, tendo como foco a qualidade de vida diante do crescimento das cidades e seus eventuais danos. Situa-se numa perspectiva de intersetorialidade, de modo que a promoção à saúde se torne uma referência estratégica para ações no conjunto de políticas públicas, com vistas a ampliar a oferta de serviços para além do campo da assistência (Costa *et al.*, 2014, p.244).

O aumento das catástrofes relacionadas a eventos climáticos e o agravamento das consequências de epidemias e pandemias, que acabam por potencializar as vulnerabilidades das populações prejudicadas pela injustiça ambiental⁴⁹, oferecem uma oportunidade única de mostrar que é possível proporcionar moradia e segurança fundiária a todos e todas. Essas crises evidenciam a importância de habitações sustentáveis para fortalecer a preparação das áreas urbanas em 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 a todos e todas o acesso à moradia adequada como catalisador para alcançar outros direitos fundamentais (UN-Habitat, 2020). 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 de assentamentos informais 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 (Frediani, Cociña e Rocha, 2023).

Ao encarar 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

⁴⁹ “A justiça ambiental está associada a princípios e práticas que tem por objetivo garantir que não haja nenhum grupo social – seja este um grupo étnico, racial, de classe ou de gênero –, sofra de maneira mais intensa e/ou desproporcional os efeitos ambientais oriundos da degradação do espaço coletivo” (Acsehrad, Herculano e Pádua, 2004, p.).

sociais, do ambiente físico e construído e dos processos saúde-doença na construção de ações e culturas de promoção. A pesquisa avança na proposição de uma estrutura mais ampliada do SUS que abarque a relação Meio Ambiente-Território-Saúde e proporcione os meios necessários e suficientes (profissionais, materiais e financeiros) para a mudança na dinâmica societária geradora de lugares insalubres. Seguindo as conclusões expostas no relatório de 2023 da ONU-Habitat (Frediani, Cociña e Rocha, 2023), as intervenções políticas e investimentos em assentamentos informais devem reconhecer as vozes, a agência e os processos daqueles que lideram os esforços habitacionais em andamento desde o início como a única maneira viável de garantir retornos equitativos.

A pesquisa, de forma autônoma, ressalta que mais explorações são necessárias para quantificar o escopo dessas descobertas em cidades e países específicos. Para tal, é necessário construir indicadores que permitam uma visão abrangente e integrada da relação saúde e ambiente. Os indicadores de saúde ambiental poderão ser utilizados para tomada de decisões, por intermédio do uso de diferentes ferramentas, tais como a estatística, a epidemiologia e a utilização destes nos sistemas de informação geográfica. Essas estatísticas podem ser produzidas por meio da interação dos registros dos diversos sistemas da área de saúde com dados ambientais, gerando indicadores que correlacionem variáveis das duas áreas e que possam respaldar a formulação de iniciativas privadas, civis e políticas públicas intersetoriais. A confecção de mapas de riscos ambientais habitacionais, com o uso de sistemas de informações geográficas e de estudos de análise de riscos, pode prevenir e promover saúde antes mesmo que os efeitos possam surgir ou sejam identificados pelos sistemas de informação já existentes no SUS.

Relativo às iniciativas estudadas, foram selecionados projetos fomentados pelo conselho profissional que a pesquisadora participa. A diversidade das experiências dificultou uma análise comparativa mais sistemática. Assim sendo, entende-se que o tema é atual e relativamente recente e, nesse sentido, adotou-se uma postura de identificar iniciativas de melhorias habitacionais e construções metodológicas que possam contribuir com o problema posto. Portanto, as análises descrevem cada uma delas, identificam aproximações e, por último, expõem suas principais contribuições.

Por fim, reitera-se que garantir moradia adequada, necessidades e aspirações habitacionais é fundamental para estruturar a direção futura do desenvolvimento urbano e, dadas as urgências de atendê-las e as afirmações sobre seus benefícios, não melhorar essas

condições é uma escolha política, requer vontade e ação que considere a riqueza das evidências existentes. É premente abordar a habitação como um imperativo de desenvolvimento humano, como uma infraestrutura essencial para a equidade e o bem-estar da sociedade e de nossas cidades, para que se possa prosperar e contribuir positivamente.

6. REFERÊNCIAS

ABNT ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 15220-3**: ABNT NBR 15220-3. Rio de Janeiro: ABNT, 2005. 36 p.

ABNT ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 15575**: Edificações habitacionais - Desempenho. Rio de Janeiro: ABNT, 2013.

ABNT ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020.

ACSELRAD, Henri; HERCULANO, Selene; PÁDUA, José Augusto (org.). **Justiça ambiental e cidadania**. Rio de Janeiro: Reluma Dumará/Fundação Henri Ford, 2004.

ARAGÃO, Thêmis Amorim. A financeirização da moradia no Brasil: a cidade como direito ou mercadoria?. **Le Monde Diplomatique Brasil**. São Paulo, p. 1-2. 26 ago. 2016. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-financeirizacao-da-moradia-no-brasil-a-cidade-como-direito-ou-mercadoria/>. Acesso em: 01 out. 2023.

ATHIS IAB MARINGÁ. **ATHIS IAB Maringá**: núcleo Maringá do IAB tem pautado discussões e ações em athis no âmbito local. Núcleo Maringá do IAB tem pautado discussões e ações em ATHIS no âmbito local. Disponível em: <https://linktr.ee/athis.iabmga>. Acesso em: 06 maio 2023.

AZAMBUJA, Maria Inês; ROSA, Roger dos Santos; ACHUTTI, Aloyzio; LEWGOY, Alzira. **Cidades, Saúde e Desenvolvimento Social**: visão, iniciativas, desafios e algumas reflexões a partir do Sul. Título do artigo submetido e recusado pelos Cadernos de Saúde Pública, número especial sobre Saúde Urbana, Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades, UFRGS, em 2014.

BADIOU, Alain. **Pour une socialisation de l'appareil sanitaire (le cas de la France)**. Europe Solidaire Sans Frontières (www.europe-solidaire.org). França: Pela Socialização Do Aparato De Saúde. Corona Vírus e a Luta de Classes. Editora Terra Sem Amos: Brasil 2020.

BALBIM, Renato. Como se dividem as cidades? A invenção dos assentamentos informais: notas e conclusões iniciais sobre uma agenda de pesquisa. **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**: Ipea, [s. l], v. 1, n. 28, p. 21-30, jul. 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11879/8/BRUA_28_Artigo_2_como_se_divid_em_as_cidades.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

BALBIM, Renato; KRAUSE, Cleandro; SANTIAGO, Cristine Diniz; BENEDETTO, Cristiane; NUNES, Antonio Couto; BERTOL, Caroline; 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. 134 p. Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12191/1/RP_Projeto_Modelagem_Public_Preliminar.pdf . Acesso em: 03 out. 2023.

BALBIM, Renato; KRAUSE, Cleandro; SANTIAGO, Cristine Diniz; CUNHA, Luis Felipe Bortolatto da. **Dimensão das inadequações habitacionais, custos, impactos e relações com os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS):** subsídios para um programa nacional de melhorias habitacionais. Brasília: Ipea, 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12313/4/NT_Dimensao_Publicacao_Preliminar.PDF. Acesso em: 01 out. 2023.

BALBIM, R.; KRAUSE, C. Produção social da moradia: um olhar sobre o planejamento da Habitação de Interesse Social no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**. N.16. Vol 1. Pp. 189-201. 2014.

BIHR, Alain. França: pela socialização do aparato de Saúde. In: HARVEY, David; ŽIŽEK, Slavoj; BAIDOU, Alain; DAVIS, Mike; BIHR, Alain; ZIBECHI, Raúl. **Coronavírus e a luta de classes**. Brasil: Terra Sem Amos, 2020. p. 25-31. Disponível em: <https://terrasemamos.files.wordpress.com/2020/03/coronavc3adrus-e-a-luta-de-classes-tsa.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Decreto nº 11.333, de 01 de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério das Cidades e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. **Decreto nº 11.333, de 1º de janeiro de 2023**. Brasília, 01 jan. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11333.htm. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Estabelece medidas excepcionais em razão da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) decorrente da infecção humana pelo coronavírus SARS-CoV-2, para suspender o cumprimento de medida judicial, extrajudicial ou administrativa que resulte em desocupação ou remoção forçada coletiva em imóvel privado ou público, exclusivamente urbano, e a concessão de liminar em ação de despejo de que trata a Lei nº 8.245, de 18 de outubro de 1991, e para estimular a celebração de acordos nas relações locatícias. **Lei Nº 14.216, de 7 de Outubro de 2021**. Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14216.htm. Acesso em: 01 out. 2023.

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_2001/110257.htm. Acesso em 03 out. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Lei Nº 10.507, de 10 de Julho de 2002**. Brasília, 10 jul.

2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110507.htm. Acesso em: 03 out. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.124, de 16 de junho de 2005. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social – SNHIS, cria o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social – FNHIS e institui o Conselho Gestor do FNHIS. **Lei nº 11.124, de 16 de junho de 2005**. Brasília, 16 jun. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111124.htm. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Brasília, 5 out. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm. Acesso em: 03 out. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.888, de 24 de dezembro de 2008. Assegura às famílias de baixa renda assistência técnica pública e gratuita para o projeto e a construção de habitação de interesse social e altera a Lei no 11.124, de 16 de junho de 2005. **Lei nº 11.888, de 24 de dezembro de 2008**. Brasília, 24 dez. 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111888.htm. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009. Dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida – PMCMV e a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas; altera o Decreto-Lei no 3.365, de 21 de junho de 1941, as Leis nos 4.380, de 21 de agosto de 1964, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 10.257, de 10 de julho de 2001, e a Medida Provisória no 2.197-43, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Lei Nº 11.977, de 7 de julho de 2009**. Brasília, 07 jul. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/111977.htm. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.118, de 12 de janeiro de 2021. Institui o Programa Casa Verde e Amarela; altera as Leis nos 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.100, de 5 de dezembro de 1990, 8.677, de 13 de julho de 1993, 11.124, de 16 de junho de 2005, 11.977, de 7 de julho de 2009, 12.024, de 27 de agosto de 2009, 13.465, de 11 de julho de 2017, e 6.766, de 19 de dezembro de 1979; e revoga a Lei nº 13.439, de 27 de abril de 2017. **Lei nº 14.118, de 12 de janeiro de 2021**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/14118.htm. Acesso em 07 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. **Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023**. Brasília, 20 jan. 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm. Acesso em: 05 maio 2023.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.162 de 2023. Consulta pública. Dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida, altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, a Lei nº 8.677, de

13 de julho de 1993, a Lei nº 9.514, de 20 de novembro de 1997, a Lei nº 10.188, de 12 de fevereiro de 2001, a Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, a Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020, e a Lei nº 14.382, de 27 de junho de 2022. **Medida Provisória nº 1.162 de 2023.** Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/ecidadania/visualizacaomateria?id=155886>. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância à Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União 2014; 12 nov.

BRASIL. Ministério das Cidades. **Instruções específicas para desenvolvimento de trabalho social em intervenções de urbanização de assentamentos precários (2007-2010).** Brasília: Ministério das Cidades, 2007.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº14.216, de 7 de outubro de 2021.** Estabelece medidas excepcionais em razão da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) decorrente da infecção humana pelo coronavírus SARS-CoV-2, para suspender o cumprimento de medida judicial, extrajudicial ou administrativa que resulte em desocupação ou remoção forçada coletiva em imóvel privado ou público, exclusivamente urbano, e a concessão de liminar em ação de despejo de que trata a Lei nº 8.245, de 18 de outubro de 1991, e para estimular a celebração de acordos nas relações locatícias. Acesso em 07/06/2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14216.htm.

BRASIL. Superior Tribunal Federal. Voto do relator. Direito Constitucional e Civil. Suspensão de despejos e prorrogação da vigência da Lei 14.216/2021. Arguição de descumprimento de preceito Fundamental. Direito à moradia e à saúde de pessoas vulneráveis no contexto da pandemia da Covid-19. Ratificação da prorrogação da medida cautelar anteriormente deferida. Relator: Luís Roberto Barroso. Brasília, DF, 05 de abril de 2022. **Plenário Virtual.** Brasília, 05 abr. 2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/stf-forma-maioria-confirmar-suspensao.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

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, p. 1785-1796, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000600013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/srRHtBYkS37HxvW64pyGXPD/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2023.

CARDOSO, A. L., ARAGÃO, T. A.; ARAÚJO, F. S. Habitação de interesse social: política ou mercado? Reflexos sobre a construção do espaço metropolitano. *In*: Anais do XIV Encontro Nacional da ANPUR (pp. 14). Rio de Janeiro: ANPUR, 2011.

CARVALHO, I. M. M. Segregação, vulnerabilidade e desigualdades sociais e urbanas. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, v. 20, p. 270–286, 9 dez. 2022.

CASA DE OSWALDO CRUZ. **Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP).** Disponível em: <https://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/fundacao-servicos-de-saude-publica>. Acesso em: 01 out. 2023.

CASA FLUMINENSE. **Mapa da desigualdade**: região metropolitana do rio de janeiro. Rio de Janeiro: Casa Fluminense, 2023. Disponível em: <https://casafluminense.org.br/mapa-da-desigualdade/>. Acesso em: 01 out. 2023.

CASSIOLATO, Martha; GUERESI, Simone. **Como elaborar Modelo Lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. 6. ed. Brasília: Ipea, 2010. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT_n06_Como-elaborar-modelo-logico_Disoc_2010-set.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

CAU/SC. C. de A. e U. do B. *et al.* **ATHIS**: Assistência Técnica em Habitação de Interesse Social - Um direito e muitas possibilidades. Brasília: Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Santa Catarina, dez. 2018. Disponível em: https://www.causc.gov.br/wp-content/uploads/2018/06/EBOOK_ATHIS_CAUSC.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

CAU/BR. **Deliberação N° 29/2021**. 2021. Disponível em: <https://transparencia.caubr.gov.br/arquivos/deliberacaoopfi0292021.docx>. Acesso em: 01 out. 2023.

CAU/BR. **Diretrizes para elaboração da reprogramação do plano de ação e orçamento do CAU**: exercício 2017. Brasília: Cau/Br, 2017. 67ª Reunião Plenária Ordinária Brasília, DF: 22 e23 de junho de 2017. Comissão de Planejamento e Finanças.. Disponível em: https://transparencia.caubr.gov.br/arquivos/diretrizes1reprogramacao_2017_CAU.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

CAU/SC. **ATHIS/Plano Estratégico**. Disponível em: <https://www.causc.gov.br/projetos/athis>. Acesso em: 01 out. 2023.

CAU/SC. **Fundamentos para as cidades 2030**: planos diretores participativos e objetivos de desenvolvimento sustentável. Florianópolis: Courb, 2019. 86 p. Disponível em: https://www.causc.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Fundamentos-para-as-cidades-2030-CAU_SC.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

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/>. Acesso em: 01 out. 2023.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Promoção da Saúde. *In*: CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário**: SUS, a saúde do brasil. Rio de Janeiro: Centro Cultural do Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/glossario.php>. Acesso em: 01 out. 2023.

COELHO, Bastos Cláudia. **Melhorias habitacionais em favelas urbanizadas**: impasses e perspectivas. Dissertação apresentada à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências. Programa de Arquitetura e Urbanismo Área de Concentração: Habitat. São Paulo, 2017.

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, p. 191–198, mar. 2007. Acesso em: 17 jan. 2023.

COHEN, S. C.; REIS, F. C. M.; COSTA, C. G. de A. **Assentamentos Humanos Informais: Como transformar espaços construídos em ambientes mais resilientes para enfrentamento da Covid-19 no Brasil? A Covid-19 no Brasil: ciência, inovação tecnológica e políticas públicas.** 1. ed. Editora CRV, 2020. v. 1, p. 396. Disponível em: <https://editoracrv.com.br/livrosdigitais/livro.html>. Acesso em: 17 jan. 2023.

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. Anais...Canela, RS, 2010. pp. 1-10.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

COSTA, Camilla Gillo de Assis. **Análise do ambiente construído e a incidência de COVID-19 e Tuberculose sob a ótica da Habitação Saudável no Complexo de Manguinhos.** 2022. 243 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/55304/camilla_gillo_assis_costa_ensp_mes_t_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 01 out. 2023.

COSTA, Maria Dalva Horácio da; VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; OLIVEIRA, Lúcia Conde de. A TRÍADE DA SAÚDE COMO POLITICA DA SEGURIDADE: (des) considerações sobre intersetorialidade, promoção da saúde e participação no cotidiano do sus. *In: VII JORNADA INTERNACIONAL POLITICAS PÚBLICAS*, 7., 2015, São Luís. **Anais JOINPP**. São Luís: Ufma, 2015. p. 1-52.

COSTA, Renato Gama-Rosa; FERNANDES, Tania Maria; FREIRE, Letícia de Luna; SOUZA, Monica Dias de; NAVARRO, Maria das Mercês. Políticas Públicas Urbanas para uma Cidade Saudável: 100 anos de história em manguinhos. *In: SILVEIRA, Carmen Beatriz; FERNANDES, Tania Maria; PELLEGRINI, Bárbara (org.). Cidades saudáveis?: alguns olhares sobre o tema.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 243-268. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/10.7476/9788575415290.13>. Acesso em: 04 out. 2023.

Czeresnia, D.; Freitas, CM (orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

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. 139 f. 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. Acesso em: 01 out. 2023.

E-SUS. **Cadastro domiciliar e territorial**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_cadastro_domiciliar_territorial_v3_2.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

FARIAS, André Rodrigo; MINGOTI, Rafael; VALLE, Laura Butti do; SPADOTTO, Cláudio A.; LOVISI FILHO, Elio. **Comunicado técnico: identificação, mapeamento e quantificação das áreas urbanas do Brasil**. Campinas: Embrapa, 2017. 5 p. (ISSN 2317-8787). Disponível em: <https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/176016/1/20170522-COT-4.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

FÉLIX, Ubiratan; NORI, Márcia Ângela. **ARTIGO I Lei da Assistência Técnica em Habitação de Interesse Social completa 12 anos dia 24 de dezembro**. 2020. Disponível em: <https://fisenge.org.br/artigo-i-lei-da-assistencia-tecnica-em-habitacao-de-interesse-social-completa-12-anos-dia-24-de-dezembro/>. Acesso em: 05 out. 2023.

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

FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves; MARTINS, Carlos Henrique Gomes; DAMASCENO, Jaqueline Lopes; CASTRO, Gisélia Gonçalves de; MAINEGRA, Amado Batista; AKERMAN, Marco. Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 12, p. 3821-3830, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.25202017>. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/direito-a-cidade-direito-a-saude-quais-interconexoes/16445?id=16445>. Acesso em: 01 out. 2023.

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. 72 p. Relatório elaborado para a Habitat for Humanity International IIED e 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. Acesso em: 01 out. 2023.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO [FJP]. **Déficit habitacional: inadequação de domicílios no Brasil 2016-2019**. Belo Horizonte: FJP, 2020. 158 p. Disponível em: https://fjp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/14.05_Relatorio-Inadeguacao-de-Domicilios-no-Brasil-2016-2019-versao-2.0_compressed.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

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

GOVERNO FEDERAL; MINISTÉRIO DAS CIDADES; SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO. **Plano local de habitação de interesse social: manual de orientação à elaboração do plis simplificado para municípios com população de até 50 mil habitantes**. Brasília: Governo Federal, 2014. 26 p. Disponível em: https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSNH/ArquivosPDF/Manuais/Manual_PLHS_simplificado.pdf. Acesso em: 26 mar. 2022.

HABITAT PARA A HUMANIDADE BRASIL. **Os efeitos da habitação no desenvolvimento infantil**. Disponível em: <https://habitatbrasil.org.br/os-efeitos-da-habitacao-no-desenvolvimento-infantil/>. Acesso em: 03 out. 2023.

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). Acesso em: 01 out. 2023.

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>. Acesso em: 2 out. 2023.

HUMAN DEVELOPMENT REPORTS. **Human Development Index (HDI)**. Disponível em: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>. Acesso em: 01 out. 2023.

IBGE. Censo Demográfico. Censo 2010. Principais Resultados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/habitacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=destaques>. Acesso em: 01 out. 2023.

IBGE. **Panorama do Censo 2022**. 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/index.html>. Acesso em: 01 out. 2023.

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. Acesso em 01 out. 2023.

INSTITUTO DOS ARQUITETOS DO BRASIL (IAB). Manual para a implantação da assistência técnica pública e gratuita a famílias de baixa renda para projeto e construção de habitação de interesse social. Brasília: IAB/CEF/FNA, 2010.

LOPES, Brenner; AMARAL; Jefferson Ney; CALDAS, Ricardo Wahrendorff (org.). **Políticas Públicas Conceitos e Práticas**. Beo Horizonte: Sebrae/Mg, 2008. 7 v. (Políticas Públicas). Disponível em: [https://bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/E0008A0F54CD3D43832575A80057019E/\\$File/NT00040D52.pdf](https://bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/E0008A0F54CD3D43832575A80057019E/$File/NT00040D52.pdf). Acesso em: 01 out. 2023.
manual de campo. Maringá, PR : Núcleo Maringá do IAB/PR, 2022. ISBN 978-65-998887-0-0. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/16nlSGR1NLB2c2bl4BRbpgQZMWGv31gM7>. Acesso em: 05 maio 2023.

MARCIAL, Elaine Coutinho; GRUMBACH, Raul Jose dos Santos. **Cenários prospectivos: como construir um futuro melhor**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2006. 228 p.

MARICATO, Erminia; COLOSSO, Paolo; COMARÚ, Francisco de Assis. Um projeto para as cidades brasileiras e o lugar da saúde pública. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 3, p. 199-211, nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s315>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RxcZftZwDrP4xQ8Tkw9NyPG/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2023.

MARINGÁ. Lei Municipal nº 11.541, de 18 de outubro de 2022. Institui o Programa Municipal de Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social no Município de Maringá, nos termos do que dispõem o art. 6.º da Constituição Federal, a Lei Federal nº 11.888, de 24 de dezembro de 2008, e a Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, bem como revoga a Lei Municipal nº 9.480, de 02 de maio de 2013, e dá outras providências.. **Lei Municipal 11.541**. Maringá, PR, 18 out. 2022. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/m/maringa/lei-ordinaria/2022/1155/11541/lei-ordinaria-n-11541-2022-autoria-poder-executivo>. Acesso em: 05 maio 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distritos sanitários**: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec e Abrasco, 1993.

MENDOZA, Beatriz González *et al.* **Relatório de resultados**: consulta cidades sustentáveis. Nairóbi: ONU-Habitat, 2019. 104 p. Outubro de 2018 a novembro de 2019. Disponível em: https://unhabitat.org/sites/default/files/2019/08/livro_cidades_sustentaveis_-_completo_0.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instrução Normativa nº 1, de 25 de setembro de 2001. Regulamenta a Portaria MS n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de vigilância ambiental em saúde. **Instrução Normativa nº 1, de 25 de setembro de 2001**. Brasília, 03 out. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/funasa/2001/int0001_25_09_2001.html. Acesso em: 03 out. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/view>. Acesso em: 01 out. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.446, de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Brasília, 11 nov. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 03 out. 2023.

MOISÉS, Márcia; KLIGERMAN, Débora Cynamon; COHEN, Simone Cynamon; MONTEIRO; FERREIRA, Sandra Conceição. A política federal de saneamento básico e as iniciativas de participação, mobilização, controle social, educação em saúde e ambiental nos programas governamentais de saneamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 5, p. 2581-2591, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000500032>. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-politica-federal-de-saneamento-basico-e-as-iniciativas-de-participacao-mobilizacao-controle-social-educacao-em-saude-e-ambiental-nos-programas-governamentais-de-saneamento/945?id=945>. Acesso em: 01 out. 2023.

NERI, Marcelo. **Mapa da Nova Pobreza**. Rio de Janeiro: Fgv Social, 2022. 40 p. Disponível em: https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/Texto-MapaNovaPobreza_Marcelo_Neri_FGV_Social.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

NUNES, Antonio Couto; KUTAS, Éliton Renan; SARMENTO, Daniela Pareja Garcia. O papel do conselho de arquitetura e urbanismo na promoção da política da ATHIS? o caso de Santa Catarina. *In: VI ENANPARQ: Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo*, 2015, Brasília. Brasília: FAU-UnB, 2021. p. 1836-1853.

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. **A financeirização urbana nas cidades brasileiras: aspectos de análise**. 2017. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/financeirizacao-urbana-nas-cidades-brasileiras-aspectos-de-analise/>. Acesso em: 01 out. 2023.

OIT. **OIT pede ação urgente para prevenir crise global da economia de cuidado**. Disponível em: https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_633464/lang--pt/index.htm. 2018. Acesso em: 05 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa: Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

PASTERNAK, Suzana. Habitação e saúde. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 30, n. 86, p. 51-66, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.00100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/CHFxfxZBNt7kyDWRtSfXQFF/?lang=pt#>. Acesso em: 01 out. 2023.

PLANO DE DESENVOLVIMENTO URBANÍSTICO DO COMPLEXO DE MANGUINHOS. Relatório de diagnóstico. Rio de Janeiro: Consórcio PAA Agrar, jun. 2005.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza; ZANCAN, Lenira; PIVETTA, Fatima. 10 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>. Acesso em: 01 out. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGUNA. **Plano municipal de habitação de interesse social do município de Laguna**. Laguna (SC): Prefeitura Municipal de Laguna, 2008. Disponível em: https://laguna.sc.gov.br/uploads/sites/142/2021/12/1195558_Versao_Final_do_Plano_Municipal_de_Habitacao_de_Interesse_Social_do_Municipio_de_Laguna.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

PRIETSCH, Silvio O. M.; FISCHER, Gilberto B.; CÉSAR, Juraci A.; LEMPEK, Berenice S.; BARBOSA JUNIOR, Luciano V.; ZOGBI, Luciano; CARDOSO, Olga C.; SANTOS, Adriana M.. Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 13, n. 5, p. 303-310, maio 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1020->

[49892003000400005](https://www.scielo.org/article/rpsp/2003.v13n5/303-310). Disponível em: [https://www.scielo.org/article/rpsp/2003.v13n5/303-310/](https://www.scielo.org/article/rpsp/2003.v13n5/303-310). Acesso em: 23 jan. 2023.

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/8LRHdFHqjXmGqMnrFgLFcS/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2023.

RIBEIRO, L. C. de Q.; LAGO, L. C. O espaço social das grandes metrópoles brasileiras. Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte. **Cadernos Metr pole**, 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 Na es Unidas, 2009. 20 p. Disponível em: http://www.direitoamoradia.fau.usp.br/wp-content/uploads/2012/01/N0944664_climate_changes.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

RUAS, André Aguiar. **Parâmetros para formula o de Arranjo Institucional com o Governo do Estado de Santa Catarina**: Assistência Técnica em Habita o de Interesse Social, Saúde Pública e Saneamento. No prelo.

SALLES, Stéfano. **Cerca de 8% da popula o brasileira mora em favelas, diz 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/>. Acesso em: 01 out. 2023.

SANTA CATARINA. CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO [CAU/SC]. (ed.). **GUIA DA ASSISTÊNCIA TÉCNICA PARA HABITA O SOCIAL: o passo a passo como fazer?**. Florianópolis: CAU/SC, 2020. 179 p. Disponível em: <https://www.causc.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/cartilha-atthis-presencial.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, M lton; SEABRA, Odette Carvalho de Lima; CARVALHO, M nica de; LEITE, José Corrêa. **Território e sociedade**: entrevista com M lton Santos. São Paulo: Editora Funda o Perseu Abramo, 2001. Acesso em: 02 out. 2023.

SCHYMURA, Luiz Guilherme. **A nova agenda do país: não   possível voltar ao pré-pandemia**. Disponível em: <https://ibre.fgv.br/blog-da-conjuntura-economica/temas/nova-agenda-do-pais-nao-e-possivel-voltar-ao-pre-pandemia>. Acesso em: 07 dez. 2021.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise: casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SOUSA, Clóvis Arlindo de; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moisés; PEREIRA, Júlio Cesar Rodrigues. Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 16-25, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102011005000082>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wzxmBkBPFbcjdNwKVQsKQMx/>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SOUZA, Cinoélia Leal de; ANDRADE, Cristina Setenta. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 19, n. 10, p. 4113-4122, out. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.08992014>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63032114016.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

SPERANDIO, Ana Maria Girotti; FRANCISCO FILHO, Lauro Luiz; MATTOS, Thiago Pedrosa. Política de promoção da saúde e planejamento urbano: articulações para o desenvolvimento da cidade saudável. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 1931-1938, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.10812016>.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO e Ministério da Saúde, 2004. 726p.

UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights [UN-CESCR]. **General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing** (Art. 11 (1) of the Covenant), 13 December 1991, E/1992/23. Genebra: CESCR, 1991. Disponível em: <https://www.refworld.org/docid/47a7079a1.html>. Acesso em: 2 jan. 2022.

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. Acesso em: 01 out. 2023.

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>. Acesso em 23 de janeiro de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **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>. Acesso em: 01 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Housing: the implications for health**, report of a WHO consultation. Genebra: World Health Organization, 1987. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/59443>. Acesso em: 01 out. 2023.

WORLD INTEGRATED TRADE SOLUTION. **Brasil Crecimiento del PIB per cápita in % anual 1990-2018**. Disponível em: <https://wits.worldbank.org/CountryProfile/es/Country/BRA/StartYear/1990/EndYear/2018/Indicator/NY-GDP-PCAP-KD-ZG>. Acesso em: 05 out. 2023.

XAVIER, Getulio. **Os 10% mais ricos do Brasil detêm quase 60% da renda nacional, diz estudo.** 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/>. Acesso em: 01 out. 2023.

ANEXOS

ANEXO A – Roteiro das entrevistas realizadas com os cau/uf

APÊNDICE I – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS CAU/UF

Identificação CAU

CAU/BR () Especificar:

CAU/UF () Especificar:

Identificação do entrevistado

Nome:

Função que desempenha:

Identificação dos demais participantes ouvintes

Nome:

Função que desempenha:

Antecedentes dos Projetos e Ações de ATHIS apoiados e desenvolvidos no estado ou de conhecimento da Comissão

O entrevistado deve fazer um breve histórico, de preferência seguindo um fio condutor, que pode ser programático, regional ou temporal.

Identificação do Problema

Como você define o problema central a ser enfrentado pelas ações de ATHIS já apoiadas ou que deveriam ser definidas?

Considerando aquilo que entende ser a ATHIS, qual a principal proposta de mudança nas políticas e ações no seu estado para enfrentar o problema?

Quais as principais consequências da persistência deste problema para as pessoas de baixa renda que vivem em situações de precariedade?

Quais as causas mais importantes que explicam a existência do problema?

Existem outros programas ou projetos (federais, estaduais, municipais, privados ou de Ongs) que atuam sobre causas do problema destacado?

Referências básicas de uma política de ATHIS?

Objetivo

Qual o principal objetivo de um projeto ou ação de ATHIS?

Público-alvo

Qual o público-alvo dos projetos ou ações de ATHIS?

Quais são os critérios para definição dos beneficiários, ou seja, a parcela do público-alvo atendida ou priorizada pelos projetos ou ações de ATHIS?

Resultados esperados (mudanças) a partir de projetos ou ações de ATHIS

Quais são os resultados esperados durante a execução de projetos ou ações?

E quais são os resultados esperados após sua conclusão?

(A pergunta deve ser feita de forma aberta e seu propósito é captar tanto resultados intermediários quanto finais.)

Análise do Contexto

Quais são fatores de contexto que podem afetar a implementação dos projetos ou ações de ATHIS? Aponte os fatores favoráveis e os desfavoráveis.

Que tipo de alterações os projetos ou ações de ATHIS podem sofrer por conta de mudanças de contexto?

Componentes de projetos e ações de ATHIS segundo temas

Capacitação moradores e comunidade

Capacitação setor público

Capacitação profissional

Melhorias habitacionais

Regularização fundiária

Projeto arquitetônico

Inserção urbanística da moradia

Equipamentos comunitários

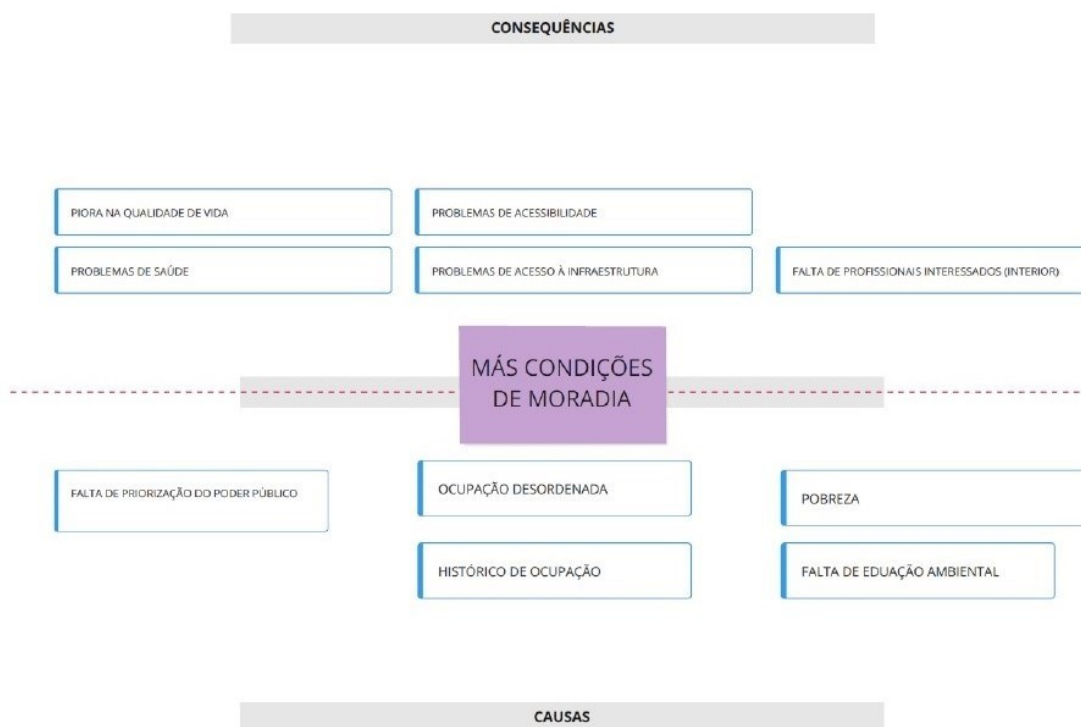
Trabalho social

Extensão universitária

Formação universitária

Problema	Ações	Produtos

Figura 23. Quadro 'Árvore do Problema' – CAU/AC.



ANEXO B – Ficha Domiciliar e Territorial

**CADASTRO DOMICILIAR
E TERRITORIAL**

DIGITADO POR: _____ DATA: _____

CONFERIDO: _____ FOLHA: _____

CNS DO PROFISSIONAL* CBO* CNES* INE* DATA* / /

ENDEREÇO LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP*: _____ MUNICÍPIO*: _____ UF*: _____

BARRIO*: _____ TIPO DE LOGRADOURO*: _____ NOME DO LOGRADOURO*: _____

NÚMERO* SEM NÚMERO CORREDOR/ANEXO PTO. REFERENCIAL MICROÁREA* 1 2 3 4

TIPO DE IMÓVEL* TELEFONE PARA CONTATO TEL. RESIDÊNCIA: () _____ TEL. CONTATO: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSES DA TERRA* LOCALIZAÇÃO*

Própria Financiada Alugada Arrendada Cedido Ocupação Situação de Rua Outra Urbana Rural

TIPO DE DOMÉLIO EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO SUBAL: CATEGORIA DE PÁSSO E USO DA TERRA

Casa Apartamento Estreito Outro Proprietária Posseutária/Posseal Assentada Possesora Arrendatária

Comodataria Beneficiária do Banco da Terra Não se aplica

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMÍLIO MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMÍLIO

Pavimento Não Sólido Pavilão Outro Alvenaria/Tijolo Tijolo Outros

Com Revestimento Com Revestimento Madeira Aparelhada Pálua

Sem Revestimento Sem Revestimento Material Apropriado Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica* Sim Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA* ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMÍLIO*

Rede Enquadrada até o Domício Furo/Passante no Domício Sistema Filtrado Fervido Clorada Mineral

Cero Furo Outro Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO DESTINO DO LIXO*

Rede Coletora de Esgoto ou Puvial Fossa Sética Fossa Radimantar Delétrico "Armadilha" Cão Aberto Outro

Demais para um Rio, Lago ou Mar Cão Aberto Outra Forma

ANIMAIS NO DOMÍLIO*

Sim Não QUAL(ES): Gato Cachorro Passaro Outros Quantos: _____

FAMÍLIAS	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (R\$) MENSUAL	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE (MES) (ANO)	MUODOSE

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, grupo de plena consciência do meu ato, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento e a assistência em saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura: _____

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA: _____

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição além dos profissionais de rede pública de saúde? Sim Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME: _____ CNS DO RESPONSÁVEL: _____

CARGO NA INSTITUIÇÃO: _____ TEL. CONTATO: _____

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento de saúde das pessoas obrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura: _____

Legenda: Dúpla de múltipla escola Dúpla de única escola (marcar 'X' na opção desejada)

Microárea: 01 até 4 05 para o número de microáreas.

Fil: Favela ou Área

Tipos de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Rotatório (RÉ cartório), 05 Alameda, 06 Favela, 07 Depósito de resíduos de construção, 08 Parque de ônibus, 09 Residência apenas pontos, 10 Jardim, 11 Centro, 12 Alameda, 13 Instituição de longa permanência para idosos, 14 Unidade prisional, 15 Unidade de ensino socioeducativa, 16 Delegacia, 17 Estacionamentos religiosos, 18 Outros

* Campo obrigatório

** Campo com obrigatoriedade condicional

ANEXO C – Questionário do instrumento de diagnóstico habitacional municipal
Maringá-PR.

QUESTIONÁRIO DO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO HABITACIONAL MUNICIPAL

<p>1 INÍCIO DA ENTREVISTA</p> <p>1.01 DATA DA ENTREVISTA: _____ (Essa pergunta deve ser preenchida pelo Agente de Saúde)</p> <p>1.02 HORA INÍCIO DA ENTREVISTA: <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min (Essa pergunta deve ser preenchida pelo Agente de Saúde)</p>	<p>4 IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO</p> <p>4.01 ENDEREÇO: _____ _____</p> <p>4.02 NÚMERO DO DOMICÍLIO: _____ Se não houver número, deixe em branco.</p> <p>4.03 COMPLEMENTO: _____ _____</p> <p>(s/nº, km, A, B, apartamento, bloco, disposição no terreno como lado direito, lado esquerdo etc.)</p> <p>4.04 DESCRIÇÃO: _____ (Essa pergunta deve ser preenchida pelo Agente de Saúde)</p> <p>4.05 BAIRRO: _____</p> <p>4.06 CIDADE: _____</p>
<p>2 ENTORNO DO DOMICÍLIO</p> <p>2.01 TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO: (Essa pergunta deve ser preenchida pelo Agente de Saúde)</p> <p>() 1 - Pavimentado () 2 - Terra () 3 - Fluvial () 4 - Outro</p> <p>2.02 NA RUA EXISTEM GUIAS DE SARJETA, BOCA DE LOBO E MEIO-FIO? (Essa pergunta deve ser preenchida pelo Agente de Saúde)</p> <p>() 1 - Sim () 2 - Não</p> <p>2.03 EXISTE ILUMINAÇÃO PÚBLICA NA RUA DO DOMICÍLIO? (Essa pergunta deve ser preenchida pelo Agente de Saúde)</p> <p>() 1 - Sim () 2 - Não</p> <p>2.04 HÁ ACÚMULO DE MATERIAIS NO TERRENO ONDE ESTÁ LOCALIZADO ESTE DOMICÍLIO? (Essa pergunta deve ser preenchida pelo Agente de Saúde. Lixo, entulho, material de construção, eletrodomésticos, terra, pneus, papéis, plásticos etc.)</p> <p>() 1 - Sim () 2 - Não</p>	<p>5 DADOS DO INFORMANTE</p> <p>5.01 NOME SOCIAL: _____</p> <p>5.02 QUAL É A RELAÇÃO DO INFORMANTE COM O RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO?</p> <p>() 1 - Pessoa responsável () 2 - Cônjuge, companheiro(a) () 3 - Filho(a), enteado(a) () 4 - Outro parente () 5 - Empregado(a) doméstico(a) () 6 - Outra</p> <p>5.03 QUAL É A IDADE DO INFORMANTE? <input type="text"/> <input type="text"/> anos</p> <p>5.04 NÚMERO DE MORADORES: <input type="text"/> <input type="text"/> morador(es)</p>
<p>3 IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO</p> <p>3.01 NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Essa pergunta deve ser preenchida pelo Agente de Saúde)</p> <p>3.02 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS): _____ _____ (Essa pergunta deve ser preenchida pelo Agente de Saúde)</p> <p>3.03 QUAL É O CÓDIGO DO AGENTE DE SAÚDE? _____ (Essa pergunta deve ser preenchida pelo Agente de Saúde)</p> <p>3.04 LOCALIZAÇÃO DO DOMICÍLIO: (Essa pergunta deve ser preenchida pelo Agente de Saúde)</p> <p>() 1 - Urbana () 2 - Rural</p> <p>3.05 CEP (CÓDIGO POSTAL) DO DOMICÍLIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>6 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO DOMICÍLIO</p> <p>6.01 TIPO DE DOMICÍLIO:</p> <p>() 1 - Casa isolada () 2 - Casa geminada () 3 - Casa frente/fundos () 4 - Apartamento () 5 - Casa de vila () 6 - Barraco () 7 - Laje sobre laje () 8 - Cômodo () 9 - Outro</p> <p>6.02 QUAL É O MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DESTA DOMICÍLIO?</p> <p>() 1 - Alvenaria com revestimento () 2 - Alvenaria sem revestimento</p> <p>[CONTINUA →]</p>

- () 3 - Taipa com revestimento
- () 4 - Taipa sem revestimento
- () 5 - Madeira aparelhada
- () 6 - Madeira aproveitada
- () 7 - Outro

6.03 QUAL É O MATERIAL PREDOMINANTE NA COBERTURA (TELHADO) DESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - Somente laje de concreto
- () 2 - Telha com laje de concreto
- () 3 - Telha sem laje de concreto
- () 4 - Telha de amianto
- () 5 - Zinco, alumínio ou chapa metálica
- () 6 - Madeira apropriada para construção
- () 7 - Outro

6.04 OS CÔMODOS DESTE DOMICÍLIO POSSUEM FORRO PREDOMINANTEMENTE?

- () 1 - Sim
- () 2 - Não

6.05 QUAL É O MATERIAL QUE PREDOMINA NO PISO DESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - Madeira aparelhada
- () 2 - Carpete
- () 3 - Cerâmica, lajota ou pedra
- () 4 - Cimento
- () 5 - Madeira aproveitada
- () 6 - Terra
- () 7 - Outro

6.06 QUAL É O MATERIAL QUE PREDOMINA NO PISO DOS DORMITÓRIOS DESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - Madeira aparelhada
- () 2 - Carpete
- () 3 - Cerâmica, lajota ou pedra
- () 4 - Cimento
- () 5 - Madeira aproveitada
- () 6 - Terra
- () 7 - Outro

6.07 QUANTOS CÔMODOS TEM ESTE DOMICÍLIO?
(Atenção: considerar banheiros e cozinhas e não incluir alpendres, garagens e varandas abertas)

cômodo(s)

6.08 QUANTOS CÔMODOS ESTÃO SERVINDO, PERMANENTEMENTE, DE DORMITÓRIO PARA OS MORADORES DESTE DOMICÍLIO?

cômodo(s)

6.09 QUANTOS BANHEIROS (COM CHUVEIRO E VASO SANITÁRIO) DE USO EXCLUSIVO DOS MORADORES EXISTEM NESTE DOMICÍLIO, INCLUSIVE OS LOCALIZADOS NO TERRENO OU NA PROPRIEDADE?

banheiro(s)

6.10 QUANTOS BANHEIROS (COM CHUVEIRO E VASO SANITÁRIO) DE USO COMUM A MAIS DE UM DOMICÍLIO, EXISTEM NESTE TERRENO OU PROPRIEDADE?

banheiro(s)

6.11 QUAL É A CONDIÇÃO PREDOMINANTE DOS PISOS DOS BANHEIROS?

- () 1 - Com revestimento
- () 2 - Sem revestimento
- () 3 - Terra
- () 4 - Outra

6.12 QUAL É A CONDIÇÃO PREDOMINANTE DAS PAREDES DOS BANHEIROS?

- () 1 - Com revestimento
- () 2 - Sem revestimento

7 ACESSO A SERVIÇOS DE SANEAMENTO BÁSICO, ENERGIA E CORREIOS

7.01 QUAL É A PRINCIPAL FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA NESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - Rede geral de distribuição
- () 2 - Poço profundo ou artesiano
- () 3 - Poço raso, freático ou cacimba
- () 4 - Fonte ou nascente
- () 5 - Água da chuva armazenada
- () 6 - Outra

7.02 NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, COM QUE FREQUÊNCIA A ÁGUA PROVENIENTE DE REDE GERAL ESTEVE DISPONÍVEL PARA ESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - Diariamente
- () 2 - De 4 a 6 dias na semana
- () 3 - De 1 a 3 dias na semana
- () 4 - Outra

7.03 A ÁGUA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO CHEGA:

- () 1 - Canalizada em pelo menos um cômodo
- () 2 - Canalizada só no terreno ou propriedade
- () 3 - Não canalizada
- () 4 - Outra

7.04 ESTE DOMICÍLIO DISPÕE OU FAZ USO DE RESERVATÓRIO DE ÁGUA?

- () 1 - Sim
- () 2 - Não

7.05 QUAL É O MATERIAL DO RESERVATÓRIO DE ÁGUA DESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - PVC
- () 2 - Alvenaria/concreto
- () 3 - Fibrocimento
- () 4 - Aço inox
- () 5 - Tambor plástico

[CONTINUA →]

- 6 - Tambor metálico
 7 - Amianto
 8 - Outro

7.06 A ÁGUA UTILIZADA PARA BEBER NESTE DOMICÍLIO É:

- 1 - Filtrada
 2 - Fervida
 3 - Clorada
 4 - Mineral
 5 - Sem tratamento

7.07 A ÁGUA CANALIZADA USADA NO BANHO É AQUECIDA?

- 1 - Sim
 2 - Não

7.08 A ÁGUA CANALIZADA É AQUECIDA, PREDOMINANTEMENTE, POR QUAL FONTE DE ENERGIA?

- 1 - Energia elétrica
 2 - Gás
 3 - Energia solar
 4 - Lenha ou carvão
 5 - Outra

7.09 PARA ONDE VAI O ESGOTO DO BANHEIRO (SANITÁRIO OU BURACO DE DEJEÇÃO)?

- 1 - Rede geral, rede pluvial
 2 - Fossa séptica ligada à rede
 3 - Fossa séptica não ligada à rede
 4 - Fossa rudimentar
 5 - Vala
 6 - Rio, lago, córrego ou mar
 7 - Outra forma

7.10 DESTINO DO LIXO:

- 1 - Coletado diretamente pelo serviço de limpeza
 2 - Coletado em caçamba de serviço de limpeza
 3 - Queimado (na propriedade)
 4 - Enterrado (na propriedade)
 5 - Céu aberto
 6 - Outro destino

7.11 QUANTAS VEZES POR SEMANA O LIXO É COLETADO?

- 1 - Uma vez
 2 - Duas vezes
 3 - Três vezes
 4 - Quatro vezes
 5 - Cinco vezes
 6 - Seis vezes
 7 - Sete vezes
 8 - NS/NR

7.12 É REALIZADA COLETA SELETIVA DO LIXO?

- 1 - Sim
 2 - Não
 3 - NS/NR

7.13 QUAL É A PRINCIPAL ORIGEM DA ENERGIA ELÉTRICA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO?

- 1 - Rede geral
 2 - Outra origem (gerador, placa solar, eólica etc.)
 3 - Não tem/não usa energia elétrica

7.14 QUAL É A FREQUÊNCIA DA DISPONIBILIDADE DE ENERGIA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?

- 1 - Diária, em tempo integral
 2 - Diária, por algumas horas
 3 - Outra frequência

7.15 QUAL É O COMBUSTÍVEL USADO PREDOMINANTEMENTE PARA PREPARAÇÃO DOS ALIMENTOS?

- 1 - Gás de botijão
 2 - Gás canalizado
 3 - Lenha
 4 - Carvão
 5 - Energia elétrica
 6 - Outro
 7 - Não cozinha neste domicílio

7.16 O BOTIJÃO ESTÁ ARMAZENADO EM LOCAL COM VENTILAÇÃO PERMANENTE?

Nota: essa pergunta só será realizada caso a resposta da pergunta anterior seja "gás de botijão".

- 1 - Sim
 2 - Não

7.17 OS SERVIÇOS DE ENTREGA E DOS CORREIOS PARA ESTE DOMICÍLIO SÃO REALIZADOS:

- 1 - Por entrega domiciliária (pelo carteiro ou entregador)
 2 - Em caixa postal comunitária (CPC)
 3 - Em agência de correios mais próxima
 4 - Por entrega em outro endereço
 5 - NS/NR

8 SITUAÇÃO DE POSSE DO DOMICÍLIO

8.01 SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA:

- 1 - Próprio
 2 - Financiada
 3 - Alugada
 4 - Arrendada
 5 - Cedida
 6 - Ocupação
 7 - Situação de rua
 8 - Outra

8.02 ESTE CONTRATO DE ALUGUEL É:

Nota: essa pergunta somente será realizada no caso de imóvel alugado.

- 1 - Verbal
 2 - Documentado através de imobiliária
 3 - Documentado através de outra fonte

8.03 QUAL FOI O VALOR DO ÚLTIMO ALUGUEL PAGO OU QUE DEVERIA TER SIDO PAGO?

Nota: essa pergunta somente será realizada no caso de imóvel alugado.

8.04 QUAL FOI O VALOR DA ÚLTIMA PRESTAÇÃO DO FINANCIAMENTO PAGA OU QUE DEVERIA TER SIDO PAGA?

Nota: essa pergunta somente será realizada no caso de imóvel financiado.

8.05 HÁ QUANTO TEMPO A FAMÍLIA MORA NESTE DOMICÍLIO SEM INTERRUPTÃO?

 ano(s)

8.06 EM QUE ANO ESTE DOMICÍLIO FOI CONSTRUÍDO?

9.08 ESTE DOMICÍLIO POSSUI ELEMENTOS QUE DIFICULTAM A CIRCULAÇÃO OU A LOCOMOÇÃO INTERNA?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.09 É NECESSÁRIO ACENDER ALGUMA LUZ DURANTE O DIA PARA EXECUÇÃO DE TAREFAS DIÁRIAS?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.10 HÁ CASOS DE CHOQUES ELÉTRICOS CONSTANTES NESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.11 EXISTE FIAÇÃO ELÉTRICA APARENTE OU EXPOSTA NESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.12 HÁ ABERTURAS E/OU FRESTAS SEM FECHAMENTOS NOS CÔMODOS DESTA DOMICÍLIO?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.13 HÁ TRINCAS OU RACHADURAS NESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.14 EXISTEM PORTAS EM TODOS OS CÔMODOS QUE PERMITEM PRIVACIDADE AOS MORADORES?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.15 ESTE DOMICÍLIO POSSUI AR-CONDICIONADO?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.16 ESTE DOMICÍLIO POSSUI AQUECEDOR/CALEFAÇÃO?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.17 VOCÊ SE IMPORTARIA DE INFORMAR A SOMA DOS RENDIMENTOS DE TODOS OS MORADORES NO ÚLTIMO MÊS?

9 CONDIÇÕES INTERNAS DO DOMICÍLIO

9.01 NA SUA OPINIÃO, HÁ POUCO ESPAÇO NESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.02 TODOS OS CÔMODOS POSSUEM VENTILAÇÃO NATURAL/JANELAS?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.03 HÁ GOTEIRAS OU VAZAMENTOS DE ÁGUA NESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.04 AS ESTRUTURAS, PAREDES, PISOS OU TETOS DESTA DOMICÍLIO FICAM ÚMIDOS COM FREQUÊNCIA?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.05 HÁ PRESENÇA DE INFESTAÇÃO DE MOSQUITOS, OUTROS INSETOS E/OU RATOS?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.06 JÁ HOVE ALAGAMENTO NESTE DOMICÍLIO?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

9.07 HÁ ALGUM CÔMODO COM MOFO E/OU BOLOR?

- () 1 - Sim
() 2 - Não

10 FIM DA ENTREVISTA

10.01 HORA TÉRMINO DA ENTREVISTA:

 h min

QUESTIONÁRIO ENCERRADO.