HABITAÇÃO SAUDÁVEL COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE: EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAL E NACIONAL

Healthy housing as social determinant of health: international and national experiences

Simone Cynamon Cohen[1]
Débora Cynamon Kligerman[1]
Sandra Conceição Ferreira Monteiro[1]
Telma Abdalla de Oliveira Cardoso[1]
Mara Rejane Barroso Barcelos[1]

RESUMO

Objetivos: Promover uma reflexão sobre a problemática relativa à evolução da cidade e à existência de um paradigma tecnológico, pois, apesar do conhecimento de tecnologias, elas não são accessíveis a toda a população. Também se discute a necessidade da construção de habitações saudáveis e de como estas se traduzem em determinantes sociais da saúde. **Síntese dos Dados:** Revisão de literatura pautada nos temas "habitação saudável" e "determinantes sociais da saúde" para apresentar a experiência vivenciada pelos programas *Red Interamericana de La Vivienda Saludable (Red VIVSALUD)* e "Rede Brasileira de Habitação Saudável". O programa, desenvolvido, desde 1995, pela *Red VIVSALUD* iniciativa internacional da Organização Pan-americana de Saúde e precursora da iniciativa de habitação saudável, é efetivado no Brasil por meio da Rede Brasileira de Habitação Saudável. Esta rede se transformou em um movimento que incorporou formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas com participação comunitária e intervenções por meio da disseminação do conceito e da prática da política de promoção da saúde no âmbito da habitação. **Conclusão:** Com o desenvolvimento do espaço urbano, há uma piora significativa na qualidade de vida devido à falta de infraestrutura sanitária, aos quadros de *déficit* habitacional e de desigualdades sociais em saúde. A habitação saudável aludirá a um espaço caracterizado por um conjunto de condições que influenciam os processos de restauração, proteção e promoção da saúde. A sua construção será exitosa se a iniciativa estiver incorporada a programas e projetos de habitação e de desenvolvimento urbano, empreendidos pelos governos.

Descritores*:* Habitação; Qualidade de Vida; Promoção da Saúde; Desigualdades em Saúde; Iniquidade Social; Participação Comunitária.

ABSTRACT

Objectives: *To promote a reflection on the problem of the evolution of the city and the existence of a technological paradigm, for despite the knowledge of technologies, they are not accessible to the entire population. It also discusses the need to build healthy housing and how these translate into social determinants of health.* ***Data Synthesis:*** *A literature review based on the themes "healthy housing" and "social determinants of health" to present the experiences of the programs Red Interamericana de la Vivienda Saludable (Red VIVSALUD) and Rede Brasileira de Habitação Saudável (Brazilian Network for Healthy Housing). The program, developed since 1995 by Red VIVSALUD, an international initiative of the Pan American Health Organization and the precursor of healthy housing initiative, is effective in Brazil through the Brazilian Network for Healthy Housing. This network has become a movement to incorporate human resources training, development of research with community participation and interventions through the dissemination of the concept and practice of health promotion policy within the housing.* ***Conclusion:*** *With the development of urban space, there is a significant deterioration in quality of life due to lack of health infrastructure, shortage of housing and health inequalities. A healthy housing mentions to a space characterized by a set of conditions that influence the processes of restoration, protection and health promotion. Its construction will be successful if the initiative is embedded in programs and projects of housing and urban development, undertaken by governments.*

Descriptors*: Housing; Quality of Life; Health Promotion; Health Inequalities; Social Inequity; Consumer Participation.*

1) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil

Recebido em: *17/03/2010*
Revisado em: *27/06/10*
Aceito em: *05/07/2010*

INTRODUÇÃO

No processo de reprodução social, ocorreram mudanças socioeconômicas, culturais e institucionais que colocaram em reflexão, na agenda da saúde, a cidade pós-industrial e a existência de um paradigma tecnológico. Assim, a cidade passou a ser o *locus* da (re)produção de estruturas ideológica, produtiva e política, que se manifestaram no campo da saúde pública (como um vasto arsenal de práticas e saberes) e o ampliaram, como também a agenda da saúde[1].

No campo do urbanismo, estudos urbanos sobre planejamento físico-territorial, como o feito para a cidade de Belo Horizonte/MG/Brasil, e planos diretores, como o de Brasília/DF/Brasil, elaborados como instrumentos indispensáveis para o ordenamento das cidades, buscaram efetivar o controle social pelo Estado. Esses estudos levaram à elaboração de programas específicos, cujas metas visavam à garantia da saúde da população, embora, intrinsecamente, tratem muito mais do controle social[2]. Esse contexto de pouca articulação social, que refletiu diretamente na política urbana, levou a um planejamento urbano extremamente político e excludente, no qual a população socialmente afastada dos benefícios, na era do capitalismo, ocupou vazios urbanos e áreas de risco à sua saúde e ao ambiente. Formaram-se, então, aglomerados subnormais (favelas, mocambos, palafitas, assentamentos, loteamentos irregulares ou locais densamente ocupados por sub-habitações), agravados pelo dinamismo crescente urbano, que ocorria sem o devido provimento da infraestrutura básica, esboçando, no espaço urbano, a segregação espacial[3].

Anteriormente à transição epidemiológica, ocorreu a socioeconômica, política e cultural, demonstrada pela evolução do espaço urbano ao longo da história das cidades. As primeiras cidades de que se tem conhecimento datam de 3.500 a.C., na Mesopotâmia, e entre 3.000 a 2.500 a.C., na China e na Índia, nas quais o espaço habitado representava a realidade objetiva dos sujeitos[3].

Na década de 60, houve a incorporação formal das preocupações ambientais e de saneamento, aliadas ao processo de desenvolvimento urbano. O governo brasileiro elaborou planos nacionais, como o Plano Nacional de Saneamento (Planasa), e criou agências financeiras estatais, como o Banco Nacional de Habitação (BNH) e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), voltados para elaboração e execução de políticas sociais, fragmentadas e setorizadas, com custos elevados e resultados pouco significativos em relação ao recurso empregado[4]. Porém, mesmo com os esforços governamentais feitos na década de 90, mais de 80% das sedes municipais brasileiras não possuíam qualquer tratamento de esgoto, o que ampliou o risco de disseminação de doenças por veiculação hídrica[5].

Assim, no início do século XXI, no Brasil, devido ao contexto sanitário apresentado e à dinâmica relativa às mobilidades populacionais, agravou-se o quadro de diversidade epidemiológica, com transporte de doenças nativas de uma região para outra. Velhas e novas epidemias indicaram o avanço das doenças infectocontagiosas como leishmaniose, AIDS, dengue, doença de Chagas e esquistossomose, decorrentes das condições de insalubridade ambiental e da deterioração dos níveis de qualidade de vida, de moradia e de saúde[5]. Apesar de o percentual de abastecimento de água e o esgotamento sanitário ter aumentado de 1991 para 2000, não se traduziu em efetiva melhoria sanitária no País, havendo uma heterogeneidade[6]. Segundo dados do Programa Nacional de Saneamento Básico, o percentual de domicílios atendidos por redes de esgoto no Brasil era de 33,5%; na região Norte, 2,4%; na região Nordeste, 14,7%; na região Centro-Oeste, 28,1%; na região Sul, 22,5%; e na região Sudeste 53%. Também houve empenho governamental no campo legislativo, com a criação de leis urbanas e ambientais, planos diretores, leis de uso dos solos urbanos, estatuto das cidades e regularização fundiária, entre outros instrumentos que orientaram a ocupação do solo e buscaram organização para a construção de ambientes saudáveis[7].

A cidade, no período capitalista, era vista como o resultado das transformações originadas pela revolução industrial da cidade medieval. Perdeu particularidade ecológica e cultural. O espaço urbano passou a ser uma mercadoria, com valor de troca, além de dividir a sociedade em classes sociais. Configurou-se a segregação no espaço urbano. Com isso, surgiram mercados específicos para consumidores e alteraram-se significativamente as relações entre as classes e as nações: a cidade passou a ser o lugar do consumo. A lógica capitalista passou a gerir a produção social do espaço urbano, e a especulação imobiliária conduziu a uma política de ordenamento, ocupação e uso do solo excludente[8].

A cidade pós-industrial, fruto do capitalismo moderno, traduziu-se de forma dicotômica, pois era, ao mesmo tempo, o lugar do caos e da (des)ordem e a utopia do progresso e da cultura tecnológica. A técnica, nesse caso, passou a ser um instrumento de interação do indivíduo com o entorno. Superou os obstáculos e buscou, por meio da multiplicação e da repetição em série de produtos, o acúmulo de capital e o aumento do consumo. O ritmo dinâmico da urbanização, da industrialização crescente e do fenômeno da metropolização, decorrentes do modo de produção capitalista, delinearam novas cidades com novas formas de articulação social. As relações de classes sociais

modificaram-se e transformaram-se em nichos de mercados específicos para o consumo[9].

Contudo, a crise da década de 70, ocasionada pela superação marcante do padrão tecnológico, originou um crescente desajuste global, nitidamente sentido nas áreas econômica e socioinstitucional. Nesse panorama, as questões ecológicas e ambientais apontaram para a necessidade de equalizar o paradigma tecnológico[10]. O Brasil, retardatário em seu processo de industrialização, inseriu-se no modo de produção capitalista de forma contrária, passando de uma economia colonial para a de primário-exportadora. Esse novo tipo de economia respondia aos apelos do mercado exterior, porém não possuía, internamente, uma estrutura que garantisse a oferta de produtos diversificados para o consumo. Essa particularidade colocou o país na dependência dos países mais industrializados e se reproduziu em estruturas arcaicas do capitalismo central. Originou uma heterogeneidade socioeconômica (estrutural) e levou-nos a uma crise de identidade até o final do século passado[10]. Essa realidade traduziu-se na reprodução da segregação e "favelização" espacial, colocando, como desafio, a solução da equação do Estado de minorar os efeitos da exclusão social, relativos ao modo de habitar, e melhorar o quadro dos determinantes sociais da saúde e do ambiente[8].

Desta forma, o objetivo deste estudo é promover uma reflexão sobre a problemática relativa à evolução da cidade e a existência de um paradigma tecnológico, pois, apesar do conhecimento de tecnologias, elas não são acessíveis a toda a população. Também se discute a necessidade da construção de habitações saudáveis e de como estas se traduzem em determinantes sociais da saúde.

SÍNTESE DOS DADOS

Metodologia

Realizou-se revisão de literatura pautada nos temas "habitação saudável" e "determinantes sociais da saúde" para apresentar a experiência vivenciada pelos programas *Red Interamericana de La Vivienda Saludable* e Rede Brasileira de Habitação Saudável.

Será detalhado o campo temático da habitação saudável e como se traduz em determinantes sociais da saúde, dividido nas seguintes temáticas: a) Habitação Saudável como Determinante Social da Saúde; b) Experiências Internacional e Brasileira da Iniciativa da Habitação Saudável; c) O método de trabalho da Rede Interamericana e da Rede Brasileira.

Habitação saudável como determinante social da saúde

segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de saúde depende de algumas implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença e pode ser expressa como "estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas na ausência de doença e enfermidade"[11]. Atualmente, essa definição é admitida como muito extensa, porém operacionalmente fraca, pois é, por conseguinte, tudo e, em particular, nada. Assim, para complementar essa definição, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)[12] apontou a saúde como, antes de tudo, resultante das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Destarte, a saúde, em seu sentido mais abrangente, é o resultado das condições de alimentação, habitação, ambiente, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso a serviços de saúde.

A Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988[13] garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado, mediante a aplicação de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196). Tornam-se relevantes as ações e os serviços de saúde (art. 197). Enfatiza-se, portanto, a necessidade da "participação da comunidade" (art. 198) para colaborar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), com a proteção do meio ambiente [...] (art. 200, parágrafo VIII). Além disso, a saúde e a doença são conceitos inseparáveis, e os conhecimentos mobilizados para dar conta da sua complexidade devem provir de um diálogo entre as ciências da vida, sociais e comportamentais[14].

A saúde, como fator complexo e imprescindível de melhoria da qualidade de vida humana, é expressa em quatro dimensões: biológica, social, psicológica e racional. Essas quatro dimensões são interdependentes, mas sem denominador comum entre elas, pois interagem e permanecem em constante tensão[15].

Entretanto, as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou "as características sociais dentro das quais a vida transcorre" são denominadas de determinantes sociais[16]. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade e relacionam-se com as de vida e de trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo a trama de

redes sociais e comunitárias. Tais determinantes influenciam os estilos de vida. A percepção dos indivíduos contribui na determinação dos seus padrões de saúde. As relações entre os determinantes e aquilo que determinam são complexas[17]. Foi proposto um esquema que permite visualizar as relações hierárquicas entres os diversos determinantes da saúde[18] (Figura 1), no qual os determinantes estão dispostos em diferentes camadas, sendo que a camada mais próxima se refere aos determinantes individuais e a mais distante, aos macrodeterminantes, todos influenciando o potencial e as condições de saúde[18].

Vários modelos explicativos elaborados tinham como intuito a análise das relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde. Esses estudos demonstraram que o crescimento econômico de um país e o adicional da riqueza não se traduzem em melhorias das condições de saúde de seu povo, pois países com grandes iniquidades de renda, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social – elementos fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva[18]. Dessa forma, os componentes socioeconômicos, ambientais e culturais originam desigualdades em saúde.

Dentre esses componentes, estão: acesso a serviços públicos , como abastecimento de água, rede de esgoto e destino do lixo; estilo/hábitos de vida, prática de atividade física, hábitos alimentares saudáveis e cuidados próprios; utilização dos serviços de saúde; acesso a bens e serviços sociais; diferenças individuais, sociais e de classe; características culturais e padrões adaptativos de comportamento. Portanto, é fundamental o estudo de tais relações que originam as iniquidades em saúde. A tradução das desigualdades sociais em termos de disparidade de saúde faz da Saúde Pública um campo interessante para o estudo dessas relações, especialmente na área urbana de um país tão desigual como o Brasil[19].

Uma menor esperança de vida e muitas doenças são comuns nas escalas sociais mais baixas de cada sociedade[20]. Políticas de saúde têm que enfrentar os determinantes sociais e econômicos da saúde. São os elementos socioeconômicos que originam as desigualdades em saúde. Dessa forma, torna-se imprescindível a realização de trabalhos intersetoriais para obtenção de maior efetividade das ações de promoção da saúde.

As iniquidades em saúde são consideradas relativas aos níveis de desigualdade sistemáticos e relevantes

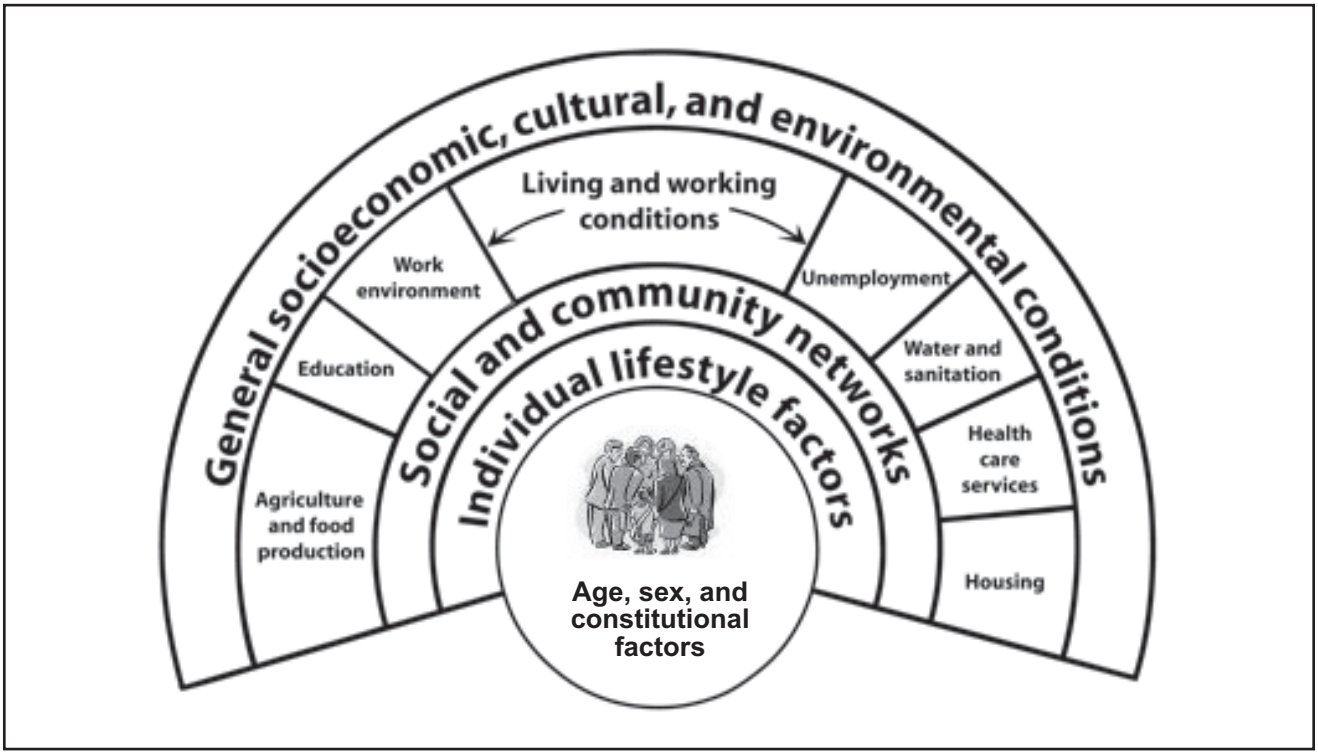

Figura 1 - Determinantes sociais segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead (18).

em saúde entre grupos populacionais e devem ser estudadas segundo[21]: a) relação entre pobreza e saúde; b) estratificação socioeconômica; c) mecanismos de produção das iniquidades. Esses estudos têm como desafio o estabelecimento de hierarquia de determinações entre os componentes de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais esses elementos incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, pois a relação de determinação não é direta da relação causa-efeito.

Para combater as iniquidades, é importante conhecer[17]: a) as condições de vida, habitação e trabalho dos diversos grupos da população; b) as relações dessas condições de vida, habitação e trabalho com os determinantes mais gerais da sociedade e, por outro lado, com determinantes mais específicos próprios dos indivíduos que compõem esses grupos; c) a definição, a implementação e a avaliação de políticas e programas que visam interferir nessas determinações; d) os meios de sensibilização e mobilização da sociedade diante do grave problema que as iniquidades de saúde representam. Busca-se, com isso, conseguir o apoio político necessário à implementação de intervenções.

Na agenda social da saúde, está incluída a promoção de ambientes favoráveis à saúde dada pelos indivíduos, que são seus usuários, pelos estilos e condutas de vida, baseados em valores culturais e contextos físicos dos espaços em que habitam e que são determinantes dos níveis de desenvolvimento. Nesses espaços, está incluída a habitação enquanto: (a) refúgio físico, sob o mesmo teto, no qual reside o indivíduo e sua família; (b) entorno caracterizado pelo ambiente físico e psíquico, imediatamente exterior à casa; (c) comunidade, grupo de indivíduos identificados como vizinhos pelos moradores[7]. Tais componentes, que também caracterizam uma habitação, fazem com que ela possa ser apontada da mesma forma que uma sociedade o é, quando seu sistema de saúde ou de educação também o são – boa, generosa, equitativa e eficiente[17]. A totalidade das condições fundamentais, que deve obedecer ao conceito de habitação, aponta o espaço construído e seu entorno por meio de pautas e códigos de habitação, que podem ser elaborados pelos governos, a fim de adequar e fixar, conforme cada caso, normas aplicáveis da escala nacional para a local. No entanto, o alcance e a aplicabilidade dessas pautas e códigos serão sempre mais limitados que as condições fundamentais examinadas neste artigo[8].

Além do mais, a habitação saudável, em particular, deve cumprir condições fundamentais como[22]: a) permanência segura; b) urbanização segura, desenho e estrutura adequados e espaços suficientes para uma convivência sã; c) serviços básicos de boa qualidade; d) mobília, utensílios domésticos e bens de consumo seguros e eficientes; e) entorno adequado que promova a comunicação e colaboração; f) hábitos de comportamento que promovam a saúde.

Experiências internacional e brasileira da iniciativa da habitação saudável

Organizações internacionais, como a Organização Pan-americana de Saúde (OPS), a OMS, as agências das Nações Unidas e os centros acadêmicos, dentre outras, vêm adotando, na região da América Latina e do Caribe (ALC), organizações integrais e multissetoriais para melhorar os determinantes sociais da saúde, por meio do apoio aos processos democráticos e participativos dos governos, da redução dos riscos que afetam a saúde, da melhoria da qualidade de vida e do alcance do desenvolvimento humano sustentável das populações, principalmente daquelas marginalizadas que vivem nos centros urbanos[22].

Nesse sentido, a OPS envidou esforços, através da área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental (SDE), na Unidade de Entornos Saudáveis, com apoio de outras organizações internacionais, para impulsionar atividades com o objetivo de identificar e entender a complexidade urbana nas grandes cidades, a fim de apoiar as políticas públicas saudáveis. Dentre essas, podem ser ressaltadas as que se materializaram em programas e projetos de intervenções habitacionais como caminhos estratégicos de promoção da saúde humana e do ambiente[22] (Figura 2).

Desse modo, a OPS, em 1995, criou a *Red Interamericana de Vivienda Saludable (Red Vivsalud)*. Essa rede é uma entidade corporativa sem fins lucrativos, localizada nos países da região da ALC, que desenvolve suas ações por meio de redes nacionais que a integram e é impulsionada por um grupo de coordenação em nível regional. Assume, ainda, os compromissos que surgem dos acordos alcançados por seus membros durante suas reuniões bienais[23]. Atualmente, a *Red* é constituída por: a) redes nacionais na Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Guatemala, Paraguai e Peru; b) Centros de Saúde na Habitação na Bolívia, El Salvador, Chile, Estados Unidos da América, Haiti, México e Venezuela. Além disso, a *Red* promove uma iniciativa de aliança com outras redes comunitárias e associações profissionais, como a Red Internacional de Eco-clubes (RIE) e a Associação Interamericana de Engenharia Sanitária (Aidis Internacional), e com agências das Nações Unidas, como Habitat Rolac[23].

No Brasil, a Rede Brasileira de Habitação Saudável (RBHS) é constituída por um grupo de instituições e indivíduos que se organizam para fins decisórios e desenvolvem ações conjuntas para promover habitações saudáveis, tanto em sua estrutura física como sociológica.

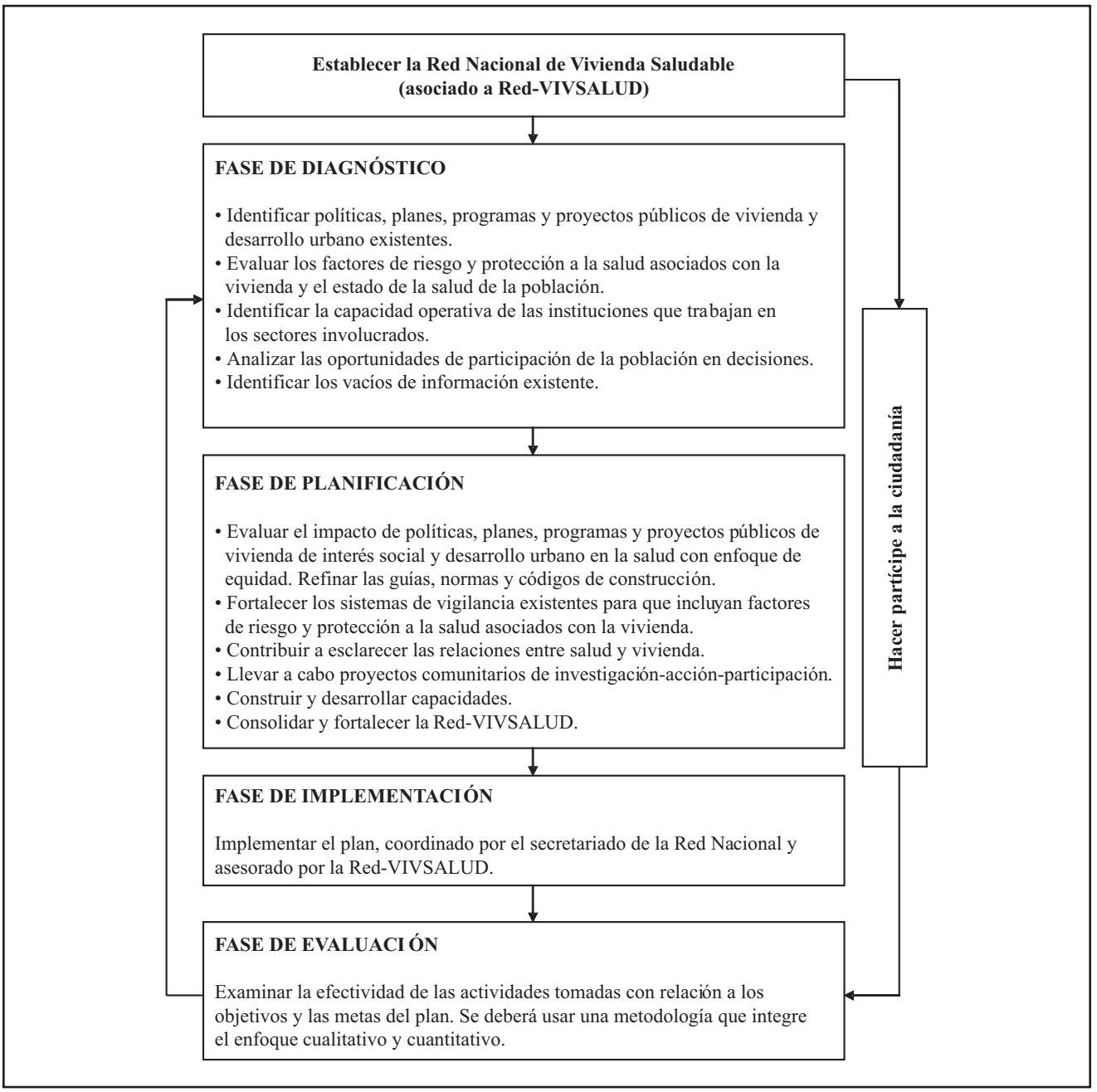

Figura 2 - Caminhos da estratégia de habitação saudável nos países, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPS).
Fonte: http://www.cepis.ops-oms.org/sde/ops-sde/bv-vivienda.shtml).

Seus integrantes operam em diferentes contextos nacionais com uma visão multidisciplinar e intersetorial. No ano 2000, a OPS iniciou um processo de divulgação e identificação de entidades nacionais com capacidade de desenvolver uma iniciativa de habitação saudável para o Brasil, e um representante da Fundação Oswaldo Cruz participou da 4ª Reunião da Rede Interamericana em Búfalo. Ciente da importância da iniciativa, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) promoveu a Oficina de Moradia e Saúde no I Congresso de Engenharia de Saúde Pública, em Recife, em março de 2002. Como produto da oficina, se firmou a Carta de Intenções, marco de constituição da Rede Brasileira de Habitação Saudável (RBHS)[7].

O método de trabalho da Rede Interamericana e da Rede Brasileira

Após a criação da Rede Brasileira de Habitação Saudável, elaborou-se o Plano Bienal de Trabalho, definiu-se sua estrutura e foi nomeado o Grupo Facilitador. O trabalho desenvolvido aprofundou o campo das ações referentes à habitação como um agente promotor da saúde pública. Assim, a relação habitação-saúde-comunidade tornou-se imprescindível ao processo de promoção da saúde, principalmente em áreas degradadas, nas quais a precariedade habitacional aliada à ausência de saneamento impactam, negativamente, a saúde ambiental. Ressaltou-se, também, a necessidade de aumentar a eficácia e a eficiência das políticas públicas de saúde, habitação, ambiente e infraestrutura[7].

A questão da saúde, principalmente da ambiental, no âmbito da habitação, se torna elemento fundamental para a resolução da complexa problemática de frequência de situações emergenciais devido aos aumentos dos níveis de degradação e dos impactos ambientais resultantes sobre a saúde humana. Segundo várias agências internacionais, em 1990, 11% das causas de morte foram atribuídas à incapacidade de se perceber a problemática ambiental da região da ALC e, na atualidade, a carga de enfermidade é de 18% para os países em desenvolvimento, contra 4,5% para os países desenvolvidos[24]. Há um consenso na ALC de que os impactos ambientais decorrentes das atividades antrópicas representam uma das causas mais consideráveis de morbidade e mortalidade, vinculadas a enfermidades transmissíveis e infecciosas[25].

É essencial o desenvolvimento de estudos metodológicos sobre a saúde ambiental integral na habitação que possibilitem não só a construção de *habitats* saudáveis, mas também a formatação de ferramentas e processos que fortaleçam as iniciativas intersetoriais participativas na resolução dos problemas relativos aos impactos ambientais negativos decorrentes de ações antrópicas, bem como a avaliação das consequências desastrosas na saúde humana. Porém, ações nesse sentido deverão ser mais proativas e não somente paliativas, ou de remediação de problemas de saúde ambiental que poderiam ser evitados[7].

A habitação saudável, enquanto caminho para a promoção da saúde, se transformou em um instrumental no campo teórico-conceitual, prático, metodológico e de intervenção, trazendo, em seus pilares, iniciativas potenciais para a abordagem dos problemas de saúde, por meio da reflexão ampliada sobre o que é saúde, como promovê-la e quais são seus determinantes. Discute-se, portanto, qualidade de vida e pressupõem-se como potenciais a participação e a mobilização da sociedade[7].

A iniciativa de habitação saudável desenvolvida pela OPS contribui para promover a colaboração entre os setores nacionais e locais, públicos e privados interessados na melhoria das condições da habitação; criar espaços de discussão, análises e investigações que possibilitem uma visão integradora da habitação e de seu impacto na saúde; implementar políticas, planos, programas e projetos de habitação de interesse social e desenvolvimento urbano que promovam a saúde; promover e proteger a saúde das populações mais vulneráveis por meio de ações de melhoria das condições sustentáveis da habitação e, por fim, fortalecer as capacidades humanas, com ênfase na capacidade das pessoas para tomar suas próprias decisões e transformar sua realidade[7].

Para contribuir com a melhoria da saúde e das condições de vida nas habitações colombianas[24], os ministérios da Proteção Social e do Ambiente, e da Habitação e Desenvolvimento Territorial, com o apoio da OPS, impulsionaram, em 2003, o programa "Faz-se uma Habitação Saudável! Que viva meu lugar!". Esse programa promoveu ações intersetoriais e iniciativas integrais de desenvolvimento e enfatizou a necessidade do *empowerment* dos habitantes, para que estes utilizassem suas potencialidades para melhorar sua saúde e de sua comunidade. Transformou sua realidade e tomou suas próprias decisões. Foi desenvolvido com a intenção de trabalhar níveis de sensibilização e interiorização dos conteúdos e das práticas referentes à habitação saudável, através de processos educativos, nos quais a comunidade identifica os componentes de risco que existem na habitação e os de proteção que se podem implementar em níveis familiar e comunitário. Dada a sua proficiência, esse programa estendeu-se da Colômbia para a Venezuela, e ainda tem propostas de implementação em Cuba e na República Dominicana[24].

A articulação da saúde com a habitação e o ambiente tem sido viabilizada por meio do enfoque metodológico de saúde ambiental integral, o qual visa integrar as políticas públicas dos diferentes interesses intersetoriais, vinculados à discussão sobre o desenho da estrutura e das ações. É considerada como um instrumental prático e dinâmico, que pode ser implementado por meio de um processo de aprendizagem e crescimento técnico-científico, social e político, que incorpora as experiências da realidade em nível local[26]. Essa intersetorialidade possui um componente de constante inovação da produção científico-acadêmica sobre o tema. O mesmo ocorre com o nível de participação dos atores sociais que devem ser envolvidos com o processo avaliativo do projeto, de forma integral de saúde ambiental, para facilitar o processo de tomada de decisão em relação às demandas econômicas e ambientais em âmbito nacional

e que, simultaneamente, possibilite estabelecer o melhor esquema de participação intersetorial possível de acordo com as diversas realidades culturais específicas[27].

Há também na ALC uma tendência de precariedade da habitação nas áreas urbanas, apesar de a população que vive em assentamentos precários ter reduzido de 35% em 1990 para 32% em 2001. Mas o número de habitantes aumentou de 111 milhões para 127 milhões. Verifica-se, assim, que o ritmo de superação dos assentamentos precários urbanos não tem sido suficiente para reduzir o total de indivíduos afetados pelo fenômeno da precarização das habitações urbanas. Em relação à proporção de lugares com acesso a fontes de abastecimento de água potável, em termos relativos, a escala regional melhorou entre 1990 e 2000, e permaneceu ao redor de 80% dos proprietários e inquilinos. Na Costa Rica, Colômbia, México, Paraguai, Guatemala e Nicarágua, houve uma diminuição do percentual de lugares com abastecimento de água potável. Em termos de acesso sustentável a essas fontes, houve um incremento de 83% para 89%, entre 1990 e 2002. Nas zonas urbanas, a cobertura passou de 93% a 95% e, em zonas rurais, de 58% a 69%. Apesar do esforço para aumentar a cobertura nas zonas rurais, aproximadamente 60 milhões de pessoas ainda não têm acesso sustentável a tais fontes[28].

Quanto ao acesso a serviços de saneamento, houve, porém, uma melhora nos países situados na ALC, mas ainda há uma heterogeneidade circunstancial entre as zonas urbanas e rurais. No geral, a cobertura expandiu-se de 69%, em 1990, a 75%, em 2002. Nas zonas urbanas, a cobertura passou de 82% a 84% e, nas zonas rurais, de 35% a 44%. Nicarágua, Haiti, Santa Lucia, Bolívia e Guatemala necessitam envidar esforços para melhorar os serviços de saneamento[28].

Entre a população mais pobre da ALC, é evidente o uso doméstico de combustível sólido como fonte primária de energia para cozimento de alimentos e calefação, sendo ainda empregados itens altamente contaminantes, como esterco, resíduos de cozinha, lenha, carvão da lenha e mineral. Isso apesar desse consumo residência/pessoa ter diminuído na região em conjunto sobre o total da zona andina e da América Central no período de 1990 a 2000, onde os índices se mantiveram semelhantes aos de Caribe e países do Cone Sul. No Haiti, Paraguai, Uruguai, Guatemala, Nicarágua e Honduras, mais da metade da população ainda utiliza combustível sólido na habitação[28].

Quanto à qualidade do ar interior, o consumo de tabaco tem sido considerado um potente fator de risco à saúde humana, incrementado pelos hábitos comportamentais não saudáveis na habitação. Verificou-se que, no Brasil, Chile, Paraguai, Uruguai, Argentina, Colômbia e Nicarágua, mais de 25% da população entre 13 e 15 anos de idade consomem tabaco[29].

Quanto à durabilidade dos materiais de construção da habitação, houve uma melhora entre 1990 e 2000, de 70% a 76% das habitações, o que, em termos absolutos, significa uma melhoria para mais de 17 milhões de unidades habitacionais nos 15 países da ALC. Apesar disso, observa-se que houve uma piora em alguns países, como Equador e Paraguai[28].

Quanto a situações emergenciais provocadas por desastres naturais, essa região está em constante perigo, principalmente as habitações expostas pelo não cumprimento de planos de ordenamento territorial, por se localizarem em áreas de risco e pela inadequação de seus desenhos, materiais e suas estruturas, tornando, assim, as construções precárias[28].

Portanto, a região da ALC necessita de informações precisas que relacionem a saúde com a habitação, pois estima-se que mais de 40% da população vivem em habitações de bairros periféricos, rurais, cortiços nos centros das cidades e muitos edifícios multifamiliares construídos por meio de programas de habitações de interesse social, as quais não cumprem com as normas propostas pelo conceito da habitação saudável[22].

Dentre as principais causas determinantes das condições de precariedade da habitação nessa região, destacam-se pobreza e desemprego; aceleração da urbanização; altas taxas de migração rural-urbana e crescente importância da migração entre as cidades; ineficácia do estabelecimento de políticas e marcos regulatórios; funcionamento do mercado ilegal de terras; planejamentos excludentes; desastres naturais e situações de guerra; e ausência de acesso a financiamentos[28]. Assim, na maioria dos países que compõem a região da ALC, as autoridades não têm consciência da magnitude do problema, o que é traduzido[24]: a) pelo tratamento limitado do tema habitação, enfocando a moradia apenas como um ambiente físico e desconsiderando o contexto no qual está inserida, como o lugar, o entorno e a comunidade; b) pela não percepção da evolução na composição dos lugares, que implica uma maior diversificação da demanda habitacional como, por exemplo, lugares liderados por mulheres e constituídos por pessoas adultas, devido ao envelhecimento da população que acompanha a diminuição da fecundidade; c) pelas políticas de habitação de interesse social com enfoque substancialmente financeiro, não contemplando componentes sociais como saúde e população; d) pelas tomadas de decisões sobre políticas, planos, programas e projetos de habitação de interesse social sem informações e análises que subsidiem as autoridades a reconhecer seu

impacto na saúde da população, com limitada participação da comunidade e sem respeitar as culturas e costumes locais.

Há mais de três anos, algumas entidades, em parte vinculadas ao setor de saúde, vêm assumindo projetos sociais que investigam o meio físico e o âmbito psicossocial (os estilos de vida), estabelecendo limites de exposição a estressores ambientais e/ou favorecendo informações, realizando trabalhos de educação e medidas de intervenção para a promoção da saúde na habitação, em nível de desenho construtivo e de remodelação, e auspícios da ação estatal e comunitária, para elevar a qualidade de vida sustentada na qualidade da habitação. Diferentes organizações têm promovido programas de fomento da habitação urbana e rural com os que se tem tratado de resolver problemas prementes da vida em algumas comunidades. Muitos desses esforços não têm contado com vontade política nem com recursos econômicos de quantia mínima para a solução das necessidades de habitação saudável que possuem os grandes núcleos populacionais[28].

No Brasil, o processo realizado pela RBHS trilha uma relação privilegiada entre a qualidade de vida da família e a iniciativa da habitação saudável, pois articula os gastos sociais com benefícios individuais e coletivos, trabalha a melhoria habitacional e de seu entorno. Aprimora, portanto, a qualidade dos projetos de interesses sociais e das intervenções em situações críticas ou áreas precárias como as favelas. A iniciativa brasileira, como desenvolvimento institucional, visa a difundir a política de promoção da saúde no âmbito da habitação, por meio dos princípios da representatividade, da participação comunitária, da intersetorialidade, da territorialidade e da transdisciplinaridade. Visa também a identificar, manejar e avaliar a questão da habitação saudável em direção aos determinantes sociais da saúde e do ambiente na esfera do desenvolvimento local. Para tanto, desenvolve atividades de formação de recursos humanos por meio de cursos, oficinas, treinamentos, encontros e seminários; de pesquisa estratégica demonstrativa em prefeituras e comunidades e de intervenções sociais, abrindo canais de comunicação e informação, como *web-page*, vídeos e difusão dessa temática por meio de publicações[7].

A RBHS, com a onda de responsabilidade social empresarial e outros elementos que buscam a sustentabilidade de iniciativas, procura incorporar esses elementos para elaborar suas metas. Busca não só um forte compromisso político e uma sólida experiência técnica e intercultural, mas também a colaboração intersetorial permanente, o enfoque multidisciplinar e um alto nível de participação e ação por parte da comunidade[7].

CONCLUSÃO

Neste artigo, apresentou-se o conceito e a prática da habitação saudável como um determinante social da saúde. Foram mostradas as experiências, internacional (*Red Interamericana de La Vivienda Saludable*) e nacional (Rede Brasileira de Habitação Saudável), desenvolvidas por essas iniciativas, que preconizaram a política de promoção da saúde no âmbito da habitação, que, como qualquer outra de caráter público, tem a preocupação explícita pela equidade. Esse conceito implica em atos e ações dos tomadores de decisões no sentido de solucionar problemas específicos que afetam o bem-estar, a qualidade de vida e a saúde da população.

Essa política deve ser liderada e impulsionada pelo setor de saúde, com ação intersetorial nos campos da habitação, do desenvolvimento urbano e do ambiente para melhoria do quadro dos determinantes sociais da saúde. Para tanto, é importante que se transforme em legislações para, desse modo: a) salvaguardar as condições necessárias para desenvolver estilos de vida saudáveis; b) resguardar os direitos humanos e liberdades fundamentais dos membros das comunidades; c) proteger famílias e indivíduos dos componentes de risco; d) promover as condições que façam com que as opções mais saudáveis sejam as mais fáceis de eleger e de alcançar.

É imperativo que as condições da habitação promovam a saúde física, mental e social de seus moradores, pois existe uma relação concreta entre qualidade da habitação e a saúde de seus habitantes. A precariedade da habitação afeta as populações mais pobres e os indivíduos mais vulneráveis, como crianças menores de cinco anos, aqueles que padecem de enfermidades crônicas, como AIDS/HIV, os deficientes e os idosos, pois eles passam a maior parte do tempo na habitação.

Dada a diversidade de enfermidades, é imprescindível pensar nas condições fundamentais para a construção de uma habitação saudável. Assim, a habitação saudável aludirá a um espaço caracterizado por um conjunto de condições que influi, de modo favorável, nos processos de restauração, proteção e promoção da saúde, e incentiva a atividade criativa e o processo de ensino-aprendizagem de seus usuários. A sua construção será exitosa se a iniciativa estiver incorporada a programas e projetos de habitação e de desenvolvimento urbano, empreendidos pelos governos não como um componente separado, mas, sim, como um princípio fundamental ou política de Estado. Um mecanismo eficaz para a implementação dessa iniciativa em um país é o estabelecimento de Redes Nacionais de Habitação Saudável

intersetoriais e multidisciplinares associadas à *Red Vivsalud*. O maior desafio em termos práticos está na consolidação da intervenção sobre os determinantes sociais da saúde no "espaço construído", sendo fundamental proporcionar aos indivíduos o meio necessário para a transformação da sua realidade a partir da tomada de decisões para construção de *habitats* saudáveis, principalmente em áreas de vulnerabilidade socioambiental.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1992.
2. Burgos MB. Dos parques proletários ao Favela-Bairro: as políticas públicas nas favelas do Rio de Janeiro. In: Zaluar A, Malvito, organizadores. Um século de favela. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1998. p. 26-51.
3. Cohen SC. Reabilitação de favela: até que ponto a tecnologia empregada é apropriada? [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Osvaldo Cruz; 1993.
4. Moreira T. Saneamento básico: desafios e oportunidades. Brasília: BNDES; 1996.
5. Leal MC, Sabrosa PC, Rodríguez RH, Buss PM, organizadores. Saúde, ambiente e desenvolvimento: uma análise interdisciplinar. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1992.
6. Ministério das Cidades (BR), Secretaria Nacional de Habitação. Projeto PNUD-BRA-00/019 - Habitar Brasil – BID: déficit habitacional no Brasil 2007. Brasília: Fundação João Pinheiro/Centro de Estatística e Informações; 2009.
7. Cohen SC. Habitação Saudável como caminho para a Promoção da Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
8. Maricato E. Habitação e cidade. São Paulo: Atual; 1997.
9. Salgueiro TM. Cidade pós-moderna: espaço fragmentado. Rev Território. 1998 [acesso em 2010 Fev 12];3(4):40-53. Disponível em: http://www.revistaterritorio. com.br/pdf/04_4_salgueiro.pdf
10. Fiori JL. Sobre a crise do Estado brasileiro. Rev de Economia Política. 1989;9(3):103-14.
11. Organização Mundial da Saúde. Carta de Constituição da OMS 1948 [acesso em 2009 Ago 22]. Disponível em: http:www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm.
12. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986.
13. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
14. Contandriopoulos AP. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde*?* Cad Saúde Pública. 1998;14(1):199-204.
15. Pain JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Coletiva. 1998;32(4):299-316.
16. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, coordenadores. Health and social organization. London: Routledg; 1996. p. 71-93.
17. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2007;17(1):77-93.
18. Gunning-Schepppers LJ. Models instruments for evidence based policy. J Epidemiol Community Health. 1999;53(5):263.
19. Santos DL, Gerhardt TE. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2008;29(1):129-36.
20. Marmot E, Wilkson RG. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
21. Whitehead M. The concepts and principles of equality and health. Geneva: WHO; 2000.
22. Organización Panamericana de la Salud, Organización de las Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos. Vivienda Saludable: reto Del Milenio en los asentamientos precarios de la América Latina y el Caribe – Guía para las autoridades nacionales y locales. Caracas: OPS; 2006.

23. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (UN-HABITAT). Guía para el monitoreo de la Meta 11. Nairobi: UNHABITAT; 2003.

24. Organización Panamericana de la Salud, Escritório Regional para América Latina y el Caribe (ROLAC), Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). Salud y Medio Ambiente en Las Américas: temas de preocupación compartida y posibles metas comunes. Washington: OPS; 2002.

25. Mercado Comum do Sul. Proposta para o Desenvolvimento do GEO-ALC. Subgrupo de Trabalho N 6 Meio Ambiente. XXXI Reunião Ordinária do SGT nº 6/DT nº 22/04. Brasília; 2003.

26. Organización de las Naciones Unidas. Base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio. 2005 [acesso em 2009 Ago 18]. Disponível em: http. unstats.un.org/unsd/mispa/migoals. Aspx.

27. Valla VV. Procurando compreender a fala das classes populares. Rio de Janeiro: Saúde e Educação; 2000.

28. Organização das Nações Unidas, Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal). Panorama Social da América Latina 2001: Agenda Social. Santiago do Chile: CEPAL; 2002.

29. Jenkins Molieri JJ. Villa Centenario OPS. Crónica de Vivienda Saludable ante un Desastre. San Salvador, El Salvador: OPS/OMS; 2002.

Endereço para correspondência:

Simone Cynamon Cohen
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - sala 513
CEP: 21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
E-mail: cohen@ensp.fiocruz.br