

## **MORADIA E SAÚDE POR MEIO DA ATHIS: Limites e possibilidades a partir da experiência na Vila Brandina, Campinas-SP**

Housing and health through building technical assistance (ATHIS):  
Limits and potentialities from an experience at Vila Brandina, Campinas-SP  
Vivienda y salud por medio de la asistencia técnica habitacional (ATHIS):  
Límites y posibilidades a partir de la experiencia en Vila Brandina, Campinas-  
SP

Isabela de Oliveira Bastos, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Pontifícia  
Universidade Católica de Campinas, isabela.ob1@puccampinas.edu.br  
Patrícia Rodrigues Samora, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Pontifícia  
Universidade Católica de Campinas, patricia.samora@puc-campinas.edu.br

### **RESUMO**

As cidades brasileiras são desiguais quanto ao acesso à habitação. Cerca de 6 milhões de famílias vivem em domicílios precários e mais de 24 milhões em casas inadequadas, ambientes que podem causar ou agravar doenças. Historicamente, algumas iniciativas foram desenvolvidas para promover saúde através de intervenções no espaço construído das moradias. Desde a eclosão da pandemia de COVID-19, o Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU) têm considerado a ATHIS também como uma possibilidade de associar melhorias habitacionais e promoção de saúde. O artigo objetiva discutir os limites e possibilidades dessa hipótese a partir de uma experiência prática na Vila Brandina, em Campinas-SP. Além de pesquisa de campo, baseia-se em revisão de literatura e levantamento de dados. Os resultados, ainda que parciais, atestam os enormes desafios para se consolidar a ATHIS e sua dificuldade em contribuir para a promoção da saúde.

**Palavras-chave:** desigualdade habitacional, melhorias habitacionais, promoção de saúde, ATHIS

### **Linha de Investigação:**

B2\_Os Desafios da Cidade e do Território no Século XXI: B2.2\_Desigualdades urbanas e segregação socioespacial

### **ABSTRACT**

Brazilian cities are unequal regarding housing access. About 6 million families live in precarious houses, in addition to other more than 24 million, in inadequate dwellings, environments that can cause and aggravate diseases. Historically, some initiatives have been developed to promote health through housing interventions. Since the emergence of COVID-19 pandemics, the Architecture and Urban Planning Council (CAU), has also been considering technical assistance to social housing (ATHIS) as a possibility to associate housing improvements and health promotion. This paper aims to discuss the limits and potentialities of this hypothesis from a practical experience carried out at Vila Brandina, in Campinas-SP. Besides field research, the investigation relies on literature review and data collection. The results, still partials, reveal the challenges to consolidating ATHIS and its difficulty in really contributing to health promotion.

**Keywords:** housing inequalities, housing improvements, health promotion, building technical assistance (ATHIS)

### **Line of Investigation:**

B2\_The Challenges of the City and the Territory in the XXI Century – B2.2\_Urban Inequality and Socio-Spatial Segregation

### **RESUMEN**

Las ciudades brasileñas son desigualdades en términos de acceso a vivienda. Hay cerca de 6 millones de familias viviendo en casas precarias y más de 24 millones en domicilios inadecuados, ambientes que pueden causar o empeorar enfermedades. Históricamente, algunas iniciativas fueran desarrolladas para promover la salud a través de intervenciones habitacionales. Desde la eclosión de la pandemia del COVID-19, el Consejo de Arquitectura y Urbanismo (CAU) ha considerado también la asistencia técnica para la vivienda social (ATHIS) como una posibilidad para asociar la mejora habitacional y la promoción de la salud. El objetivo del artículo es discutir los límites y posibilidades de esta hipótesis a partir de una experiencia práctica en Vila

Brandina, em Campinas-SP. Además de la investigación de campo, se embaza en una revisión bibliográfica y la recopilación de datos. Los resultados, aún parciales, atestiguan los enormes desafíos para consolidar la ATHIS y su dificultad para contribuir efectivamente a la promoción de la salud.

**Palabras clave:** desigualdad habitacional, mejoras habitacionales, promoción de la salud, asistencia técnica habitacional (ATHIS)

**Línea de Investigación:**

B2\_Los Retos de la Ciudad y el Territorio en el Siglo XXI – B2.2\_Desigualdad Urbana y Segregación Socioespacial

## 1. Introdução

Nas cidades brasileiras, a desigualdade e a segregação socioespacial são percebidas nas formas de acesso, localização e qualidade das habitações. Milhares de pessoas vivem nas ruas, enquanto há famílias habitando em cerca de 30 milhões de casas precárias ou inadequadas (FJP, 2021). A pandemia de COVID-19 expôs ainda mais essa fragilidade, trazendo à tona novamente a intrínseca relação entre a qualidade da moradia e as condições de saúde de seus habitantes, a qual já foi bastante debatida em outras épocas.

O problema da moradia vem sendo tradicionalmente enfrentado via construção de novas unidades, visando superar a precariedade, que compõe o déficit habitacional quantitativo, sem quaisquer relação com as políticas de saúde. No entanto, o número de casas inadequadas, resultantes da autoconstrução, é quatro vezes maior. Estas, apresentam carências edilícias, de infraestrutura urbana e ausência de regularização (FJP, 2021), componentes que representam riscos à saúde humana. Tais casas poderiam sofrer intervenções para se tornarem ambientes mais saudáveis, e um possível caminho para isso é a Assistência Técnica para Habitação de Interesse Social (ATHIS).

Tal instrumento acumula experiências desde a década de 1960, e, embora não se configure como uma política pública em habitação e saúde, tem encontrado espaço a partir da atuação dos Conselhos de Arquitetura e Urbanismo (CAU), que destina ao menos 2% de seu orçamento anual para fomentar a ATHIS. Desde 2020, visando ao enfrentamento da pandemia, o conselho tem priorizado ações de melhorias habitacionais para promoção de saúde. Um exemplo é o Edital 006/2020 do CAU/SP, o qual selecionou, dentre outras, a proposta “Mãos e Coração para Mudar meu Caminho” para realizar assistência técnica a famílias moradoras do Núcleo Residencial Vila Brandina, a mais antiga ocupação informal da cidade de Campinas-SP.

O principal objetivo deste artigo é discutir os limites e possibilidades da ATHIS para a provisão de melhorias habitacionais e promoção de saúde a partir desse projeto realizado na Vila Brandina. Não se pretende delinear um modelo de política pública, mas avaliar até que ponto a assistência técnica poderia compor uma estratégia de ação, considerando o histórico de iniciativas já realizadas em moradia-saúde. Como método de investigação, realizou-se pesquisa de campo, através de participação de uma das autoras deste trabalho como arquiteta urbanista no referido projeto, além de revisão bibliográfica e análise de dados.

O artigo se inicia com a análise de iniciativas públicas em habitação e saúde. Na sequência, é feita uma breve contextualização da ATHIS, com descrição e análise do projeto na Vila Brandina. Até o presente momento, apesar de as investigações estarem em andamento, os resultados permitem constatar que a prática de ATHIS apresenta inúmeros desafios para se consolidar como uma política de habitação e saúde que atenda a enorme demanda do país.

## 2. Políticas públicas para a provisão de moradia digna e promoção de saúde

Situar a ATHIS no campo das melhorias habitacionais aliadas à promoção de saúde requer o entendimento não só de tais conceitos, mas antes, um esforço para compreender a correlação histórica e a situação atual desses temas. Tal relação é conhecida há milênios, estando intrínseca à própria história da humanidade (Cohen, 2004). Hipócrates, por exemplo, já enfatizava a importância de se entender aspectos ambientais, como clima e qualidade da água, antes de tratar um doente (Cairus, 2005).

Com a Revolução Industrial na Europa e migração em massa para as cidades, houve aumento nas taxas de mortalidade, com surtos de epidemias, momento em que se constatou que a falta de saneamento, o adensamento e a má qualidade das habitações onde viviam os operários contribuíam para o surgimento das enfermidades (Engels, 2010). A partir de então, foram feitas intervenções para prover as cidades de infraestruturas, e leis para regular as construções, o que pode ser considerado o embrião das políticas públicas que relacionam habitação e saúde. (Tachner, 1982).

No Brasil, a industrialização se deu de forma tardia em relação à Europa, mas o país já vinha passando por mudanças que contribuíram para um processo de urbanização precário, como a proibição do tráfico negreiro (e, mais tarde, a abolição da escravidão) e a promulgação da Lei de Terras em 1850. Além disso, a crise econômica mundial levou à queda da economia agrícola no país, atraindo a população às cidades, onde esperava-se encontrar trabalho e melhores condições de vida (Maricato, 1996).

Assim como na Europa, não foi esse cenário que os migrantes das áreas rurais encontraram nas cidades brasileiras, pois precisaram prover-se eles mesmos de “soluções” habitacionais, quase sempre precárias, como o aluguel de unidades em cortiços e pensões, ou através de ocupações seguidas por autoconstrução da moradia (Tachner, 1982). Semelhantemente, houve consequências para a saúde, inclusive com surtos de epidemias. Visando sanear as cidades, as primeiras ações estatais se basearam no modelo europeu, através de intervenções urbanas, demolições de cortiços e desmonte de favelas, período que ficou conhecido como Sanitarismo (Comarú, 2004).

Além disso, ao longo do século XX, surgiram nos municípios normas, códigos e outras leis referentes ao saneamento e à regulação das construções. Também houve incentivo por parte do governo para a construção de vilas operárias pelas indústrias, terceirizando a questão habitação-saúde ao setor privado (Tachner, 1982).

Devido aos avanços científicos no tratamento de doenças, houve uma mudança de paradigma do Sanitarismo para a medicina curativa e, por algumas décadas, saúde e habitação foram tratadas isoladamente (Comarú, 2004). Com relação à moradia, o Estado concentrou-se na construção de novas unidades, desde a Fundação da Casa Popular, passando pela experiência do Banco Nacional da Habitação (BNH) no período da ditadura militar (Bonduki, 2013). No entanto, o crescimento da população urbana a partir da década de 1960 atingiu patamares tão elevados, que os investimentos públicos em infraestrutura e habitação não foram suficientes para suprir a demanda, especialmente para a população de menor renda.

Nesse período, foram retomadas as discussões sobre habitação e saúde. A nível mundial, o marco foi a 20ª Assembleia Mundial da Saúde (1967), a qual enfatizou os problemas causados pelo crescimento da população urbana, principalmente em países em desenvolvimento, destacando a importância de se realizar ações preventivas e corretivas no ambiente para promover saúde (Tachner, 1982). Além disso, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, definiu a habitação como um dos recursos fundamentais para a saúde, e trouxe o conceito de promoção de saúde, descrito como o “*processo que articula saberes técnicos e populares e mobiliza recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento dos problemas e sua resolução*” (Brasil, 2002, p. 19).

No Brasil, tais discussões encontraram solo fértil devido ao momento de abertura política, com grande atuação dos Movimentos Sociais, como os de luta pelas Reformas Urbana e Sanitária (Comarú, 2004). A Constituição Federal de 1988 definiu habitação e saúde como direitos sociais (art. 6º), além de incluir a função social da propriedade (art. 182). Nessa época, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual resultou a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990) que definiu a moradia como fator determinante e condicionante da saúde. A lei também instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tinha, desde sua base, o princípio de integração com a questão ambiental - aí incluída a habitação (Cohen, 2004).

O SUS se consolidou como política pública de saúde e sua relação com a moradia se dá principalmente através do Programa da Saúde da Família (PSF). O objetivo do PSF é reverter o modelo de assistência baseado na atenção hospitalar, em prol do acompanhamento das famílias em seu habitat por agentes comunitários, os quais podem identificar fatores ambientais que estejam contribuindo para causar ou agravar enfermidades e indicar possíveis intervenções (Cohen, 2004). Apesar da intersectorialidade proposta, na prática não há integração do PSF com a política habitacional, portanto, pouca ação concreta nas casas.

Em 1991, o Ministério da Saúde criou a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) a fim de efetivar a reforma sanitária, promovendo saúde pública e inclusão social por meio de ações de saneamento e saúde ambiental, com destaque para os programas Melhorias Sanitárias Domiciliares e Melhorias Habitacionais para o Controle da Doença de Chagas (Funasa, 2022). Apesar de importantes, tais programas são de pequena escala.

Além disso, inspirado por iniciativas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na década de 1990 surgiu o Movimento dos Municípios Saudáveis (Comarú, 2004), do qual desdobrou-se, em 1999, a Rede Brasileira de Municípios Saudáveis. (Cohen, 2004). Objetivava-se que tais movimentos se tornassem políticas públicas para a promoção de saúde para as cidades, habitações e pessoas. No entanto, houve poucas experiências práticas e esses programas foram descontinuados.

Paralelamente ao escopo da saúde, nos início dos anos 2000 foi instituída uma política habitacional nacional que culminou com a criação do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV) em 2009. O foco do programa foi a construção de novas unidades habitacionais via mercado, sendo que aquelas destinadas à população

de menor renda eram subsidiadas pela CAIXA. Não houve nenhuma articulação do PMCMV com o setor da saúde. Desde 2021, o PMCMV foi substituído pelo Programa Casa Verde e Amarela (Lei 14.118/21), que se encontra bastante inoperante.

Foi criado também um programa para urbanização de assentamentos precários através da provisão de saneamento, infraestruturas e regularização jurídica, financiado com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) (Carvalho et al, 2014). Apesar de sua importância por inserir muitos assentamentos precários na cidade formal e garantir um ambiente urbano mais saudável, o programa não previu intervenções para a melhoria das moradias existentes, apenas demolições de casas situadas em área de risco, com reassentamento das famílias, o que contribuiu para consolidar muitas situações de inadequação habitacional.

Houve uma incipiente discussão no âmbito do Conselho das Cidades para se criar uma modalidade de Melhorias Habitacionais no PMCMV, a qual foi descartada (Andrade e Demartini, 2017). Atualmente, há a categoria “Regularização e Melhorias” dentro do Casa Verde e Amarela, cujo objetivo era beneficiar 20.000 famílias em 2021, mas não há indícios de concretização desta meta. Vale ressaltar que, mais uma vez, tais iniciativas não explicitam uma interrelação com o campo da saúde.

Nesse ponto é importante entender o conceito de melhorias habitacionais, o qual refere-se ao conjunto de intervenções direcionadas a sanar os problemas de inadequação habitacional, de acordo com a classificação da Fundação João Pinheiro (FJP), tais como: provisão de serviços (água, energia, coleta de lixo e esgotamento sanitário), ampliação dos cômodos ou da unidade visando ao desadensamento, criação de banheiro de uso exclusivo, correção de problemas no piso, cobertura e sistema de armazenagem de água, e titulação do imóvel. Inclui ainda demais obras que garantam a habitabilidade e a saúde aos moradores, como melhoria nas condições de iluminação, ventilação, conforto termoacústico, privacidade e até mesmo satisfação pessoal frente aos desejos familiares e preferências estéticas.

Com a eclosão da pandemia de COVID-19, a ATHIS passou a ser considerada pelo CAU como uma possibilidade de atuação dos profissionais de arquitetura e urbanismo no campo das melhorias habitacionais, visando a promoção de saúde. Dessa forma, analisa-se a seguir este instrumento através de uma experiência prática na Vila Brandina em Campinas-SP.

### **3. O papel da ATHIS e a experiência na Vila Brandina**

A Lei de ATHIS (nº 11.888/2008) assegura às famílias de baixa renda receberem assistência técnica de engenheiros e arquitetos, de forma pública e gratuita, para o projeto e a construção da habitação de interesse social. Essa lei regulamentou a assistência técnica (AT) enquanto instrumento de política urbana definido pelo Estatuto da Cidade, fruto de lutas por moradia desde a década de 1960 e de experiências prévias de assistência, assessoria, e extensão universitária em algumas cidades do país (Bienenstein et al, 2019).

Não foi delineada uma política pública que favorecesse a aplicação da ATHIS em maior escala, principalmente devido ao direcionamento da política habitacional para a provisão de novas unidades por meio do PMCMV. Poucas cidades regulamentaram a legislação, resultando em baixa aplicabilidade do instrumento. Nos últimos anos a ATHIS voltou ao bojo das discussões, sendo que desde 2017 o CAU destina menos 2% do seu orçamento para financiar iniciativas educativas e de projeto em ATHIS (Lopes, 2018).

No contexto da pandemia de COVID-19, surgiram projetos especiais focados em ações de assistência técnica para promoção de saúde, como o programa “ATHIS Casa Saudável” e “Nenhuma Casa Sem Banheiro”, do CAU/RS, além do Edital de chamamento público nº 006/2020 do CAU/SP para financiar ações emergenciais de projeto e capacitação, no qual a questão da saúde foi explicitada na própria justificativa para o lançamento do edital. Como resultado, foram contemplados 15 projetos, dentre eles o “Mãos e Coração para mudar meu caminho”, do qual uma das autoras do presente artigo participou como arquiteta, em conjunto com outros 30 profissionais. A proposta foi elaborada pela arquiteta Murcia Pereira em parceria com a OSC Espaço Infantil Corrente do Bem (uma creche), situada no Núcleo Residencial Vila Brandina (Campinas-SP). O objetivo foi a elaboração de projetos para melhorias habitacionais nas casas das crianças alunas da creche, partindo da preocupação com a saúde delas e de suas famílias, diante da necessidade de confinamento em casa.

A proposta é bastante relevante, visto que Campinas apresenta uma lei municipal de ATHIS (Lei 13.886/2010) inoperante, então é uma forma de contribuir para a retomada das discussões. Além disso, a Vila Brandina é a ocupação mais antiga da cidade, iniciada na década de 1960. Localiza-se cerca de 5km do centro, em meio a bairros de população de renda alta e próxima a shopping center. Hoje já consolidada em termos de infraestrutura urbana e encontra-se há mais de uma década em processo de regularização fundiária, em parceria do município com o estado de São Paulo (Diógenes, 2012).

O projeto de ATHIS visou atender 90 famílias, justamente a dos alunos da creche Corrente do Bem. Destas, apenas 56 aceitaram participar, além de terem sido incluídas outras duas famílias de ex-alunos da instituição, totalizando em 58 participantes. O mapa a seguir (Fig. 1) mostra a inserção urbana da comunidade, bem como a localização das casas das famílias participantes:

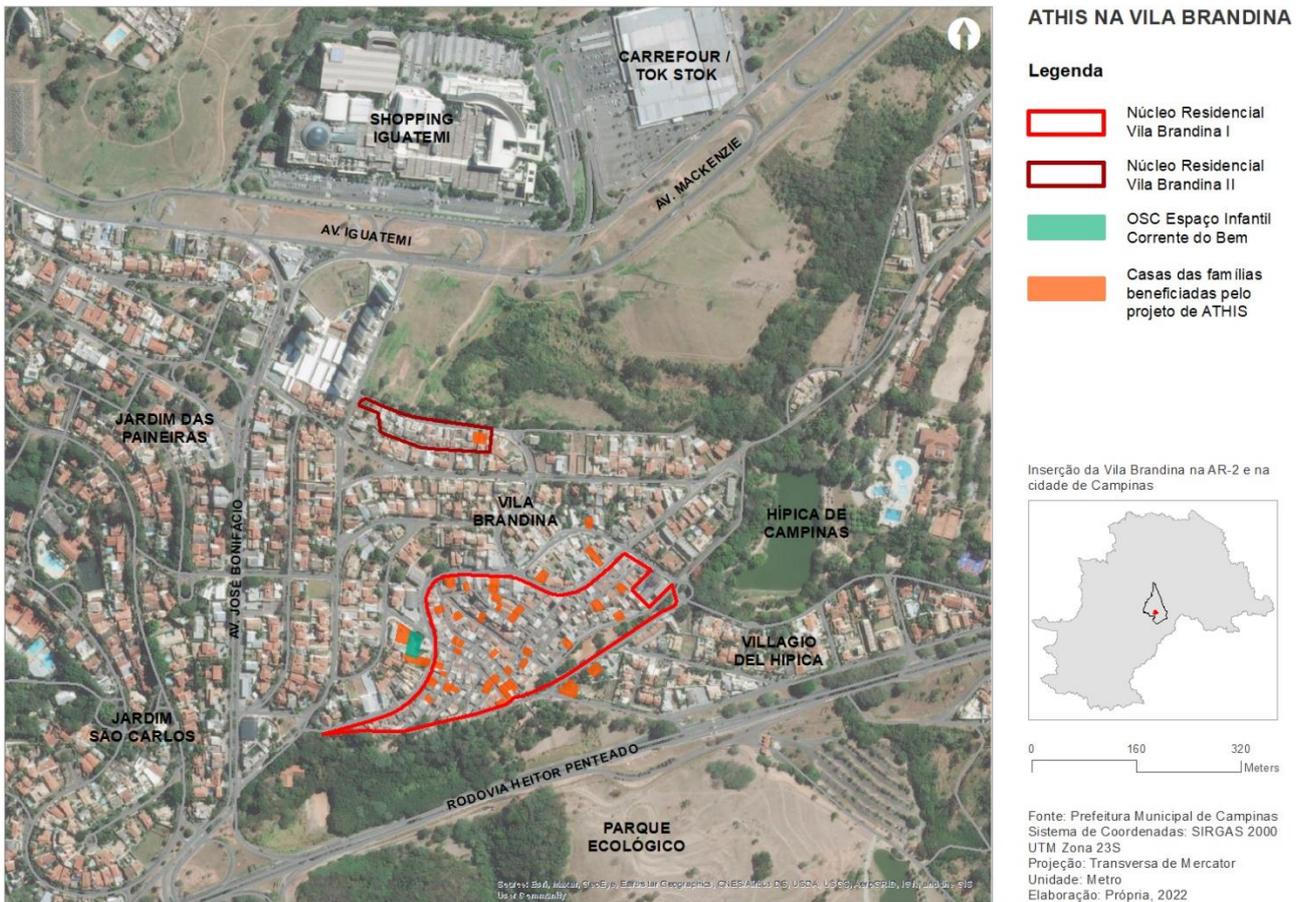


Fig. 1: Localização da Vila Brandina, da OSC e das casas das famílias beneficiadas. Fonte: Elaboração própria

Dados do IBGE (2019) sobre aglomerados subnormais, apontam a existência de 435 domicílios na Vila Brandina. Esses números, porém, certamente são maiores, o que inclusive será averiguado em campo, visto que não foi considerado o perímetro do Núcleo II nessa conta, no qual, segundo dados municipais, existem 45 moradias. Além disso, a comunidade está em constante processo de transformação. Nas últimas décadas, as casas da Vila Brandina passaram (e ainda passam), por reforma, ampliação, subdivisão ou construção de novas unidades sobrepostas, chegando algumas unidades a possuir até quatro pavimentos (Fig. 2).



Fig. 2: Casas no Caminho 2, com 3 pavimentos, algumas sem acabamento e com indícios de obra. Fonte: Google Street View, 2021

Essas sucessivas obras, sem acompanhamento técnico ou observância de padrões construtivos e de habitabilidade, acarretam na permanência da inadequação habitacional, conforme identificado pela equipe que atuou em ATHIS na comunidade, ao adentrar nas casas das famílias (Fig. 3 a 7). O adensamento construtivo, com as casas construídas sem afastamento, acarreta em problemas similares.



Fig. 3: Exemplos de inadequação verificados nas moradias das famílias atendidas - (a) Mofo; (b) ausência de janela e mobiliário, problemas no telhado; (c) escada irregular e corrimão (d) banheiro com acesso externo; (e) ausência de acabamento nas superfícies, falta de iluminação natural e escada inadequada. Fonte: Equipe de arquitetos da ATHIS na Vila Brandina

O projeto de ATHIS na Vila Brandina se estruturou em fases, iniciando-se pela identificação das necessidades familiares através de aplicação de questionários aos pais ou responsáveis. As respostas obtidas

possibilitaram a identificação do perfil sociodemográfico desse grupo, detalhado em outro artigo<sup>1</sup>, além da identificação dos principais problemas de saúde (Fig. 4) e, juntamente com os levantamentos in loco, a caracterização dos elementos de inadequação mais recorrentes nas moradias (Fig. 5).

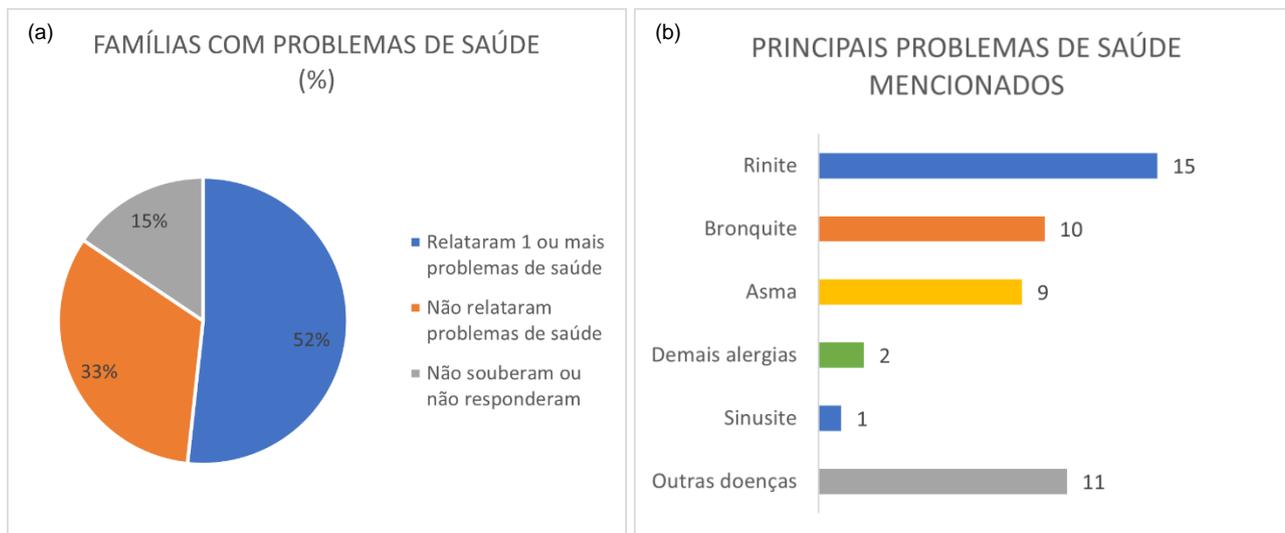


Fig. 4: (a) Percentual de famílias com queixas de doenças e (b) principais problemas de saúde relatados. Fonte: Elaboração própria



Fig. 5: Inadequações mais recorrentes nas moradias das famílias atendidas. Fonte: Elaboração própria

As consequências da inadequação sobre a saúde das famílias pode ser exemplificada pelo relato de uma mãe acerca de episódios de queda da escada que já sofreu devido à irregularidade dos degraus e falta de corrimão, o que a leva a estar em constante vigília dos filhos para que não a utilizem sozinhos (Fig. 3c). Outro

<sup>1</sup> BASTOS E SAMORA, 2021 (Artigo publicado na IV Jornada de Pós-graduação da POSURB-ARQ da PUC Campinas).

exemplo é de um pai e sua filha bebê com asma, os quais vivem em uma casa cuja maioria dos cômodos não tem janelas, ocasionando em mofo e umidade, principalmente no banheiro, quarto e cozinha (Fig. 6).

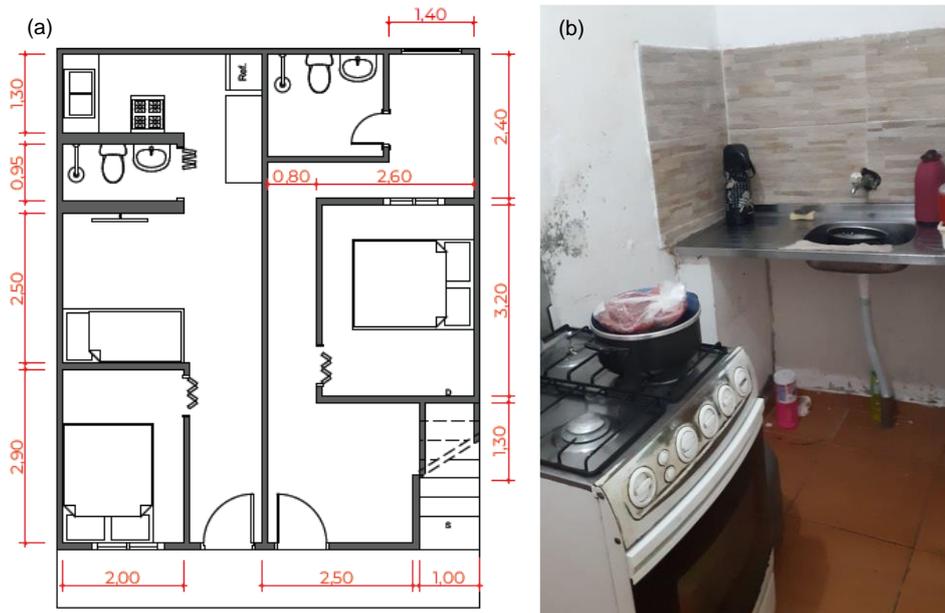


Figura 6: (a) Planta da casa evidenciando falta de janelas e (b) mofo na cozinha. Fonte: Arquiteta da equipe de ATHIS na Vila Brandina

Outro importante elemento do projeto foi o chamado “Meu Livrinho da COVID, material didático distribuído às crianças, no qual puderam relatar suas impressões e desejos quanto à casa. Após, foi feito levantamento das edificações e elaborados os projetos nas fases de Estudo Preliminar, Anteprojeto e Projeto Executivo, sempre com apresentações parciais dos arquitetos aos “clientes” (como o grupo convencionou chamar as famílias atendidas).

As atividades foram realizadas entre maio e setembro de 2021 e a pesquisa sobre a experiência ainda está em andamento, em fase de aplicação de questionários e realização de entrevistas com os demais participantes. Dessa forma, a discussão e resultados apresentados a seguir são parciais, mas ajudam a elucidar várias questões quanto aos limites e possibilidades da ATHIS.

Nas reuniões de equipe, muitos arquitetos relataram que seus clientes não estavam completamente cientes dos objetivos e resultados esperados com a proposta, apesar das funcionárias da creche tê-los explicado previamente. Havia uma certa desconfiança, pois a maioria não conhecia a Lei de ATHIS, nem havia trabalhado com um arquiteto antes. Alguns também tiveram resistência em permitir a visita nas casas para realização dos levantamentos, até mesmo por vergonha. Em alguns casos, isso atrasou o processo de elaboração do projeto ou mesmo levou à necessidade de simplificá-lo para cumprimento dos prazos.

Tal situação pode ser explicada pelo fato de a proposta não ter sido solicitada nem elaborada em parceria com as famílias. Uma vez que não estavam engajadas no processo desde o início, o despertar de consciência e interesse foi mais demorado e até mesmo nem chegou a se efetivar, como, por exemplo, no caso de uma família que se mudou para uma outra moradia e preferiu não transferir o projeto para a nova casa, nem indicar o contato do proprietário da residência anterior para que ele pudesse dar sequência ao processo.

Lopes (2018) comenta sobre isso ao argumentar acerca da diferença entre os termos assessoria técnica e assistência técnica. Segundo ele, a ATHIS hoje têm um viés muito “classista”, visando mais aumentar o campo de trabalho para os arquitetos urbanistas, do que, de fato, servir à população que mais demanda por habitação de qualidade, como sempre foi o objetivo das assessorias técnicas atuantes desde a década de 1980, em estreita parceria com as comunidades e movimentos de moradia.

Outra discussão promovida entre a equipe foi a respeito da responsabilidade técnica pelas construções preexistentes, tendo em vista que foram resultado de autoconstrução. A maioria das casas apresentam mais de um pavimento e alguns moradores solicitaram a construção de um novo andar ou demolição de paredes. Como não havia engenheiros ou mesmo disponibilidade de orçamento e equipamentos para a realização de testes estruturais e sondagem das fundações, a orientação por parte do CAU/SP, era evitar modificações muito extravagantes nos projetos.

Na medida do possível, alguns profissionais contaram com o apoio técnico do presidente da OSC, enquanto engenheiro civil. Porém, cabe questionar o preparo da equipe, tanto com relação ao engajamento social, o que facilitaria o relacionamento com a população, quanto do ponto de vista técnico, para identificar e lidar com patologias construtivas e questões estruturais. Além disso, questiona-se também a recomendação do Conselho, pois muitas das casas de fato precisariam de intervenções maiores para se tornarem saudáveis.

Muitos arquitetos optaram por elaborar projetos mais simplificados não apenas pela questão estrutural, mas pelo fato de muitas famílias morarem em casas de aluguel ou cedidas (cerca de 52%). Como o contato era com os moradores e não com os proprietários, algumas famílias não tinham real interesse e nem a permissão para investir em obras de melhorias mais robustas, por isso a opção foi projetar, por exemplo, mudanças de layout, mobiliários, pintura e outras intervenções de baixo-custo, com possibilidade de serem executadas no esquema “faça você mesmo” e até serem levadas para uma nova casa, em caso de mudança (Fig. 7).

Tal fato suscita a reflexão acerca do crescimento do aluguel como forma de acesso à moradia pela população mais pobre nas duas últimas décadas, o que deve ser considerado na elaboração de políticas públicas. Apesar do “sonho da casa própria” ser arraigado na sociedade brasileira, ele nem sempre é possível, então o aluguel se torna uma opção viável e até mesmo mais interessante do ponto de vista da localização e acesso a serviços e ao trabalho (Pasternak e Bógus, 2014). No caso da Vila Brandina, isso é bastante pertinente devido à proximidade ao centro de Campinas e de equipamentos como o Shopping Iguatemi, Carrefour e a Tok Stok, locais com concentração de vagas de trabalho. Além disso, existe um mercado informal de aluguéis, que pode ser muito perverso inclusive, visto que é uma oportunidade de fonte de renda para muitas famílias (Abramo, 2007).

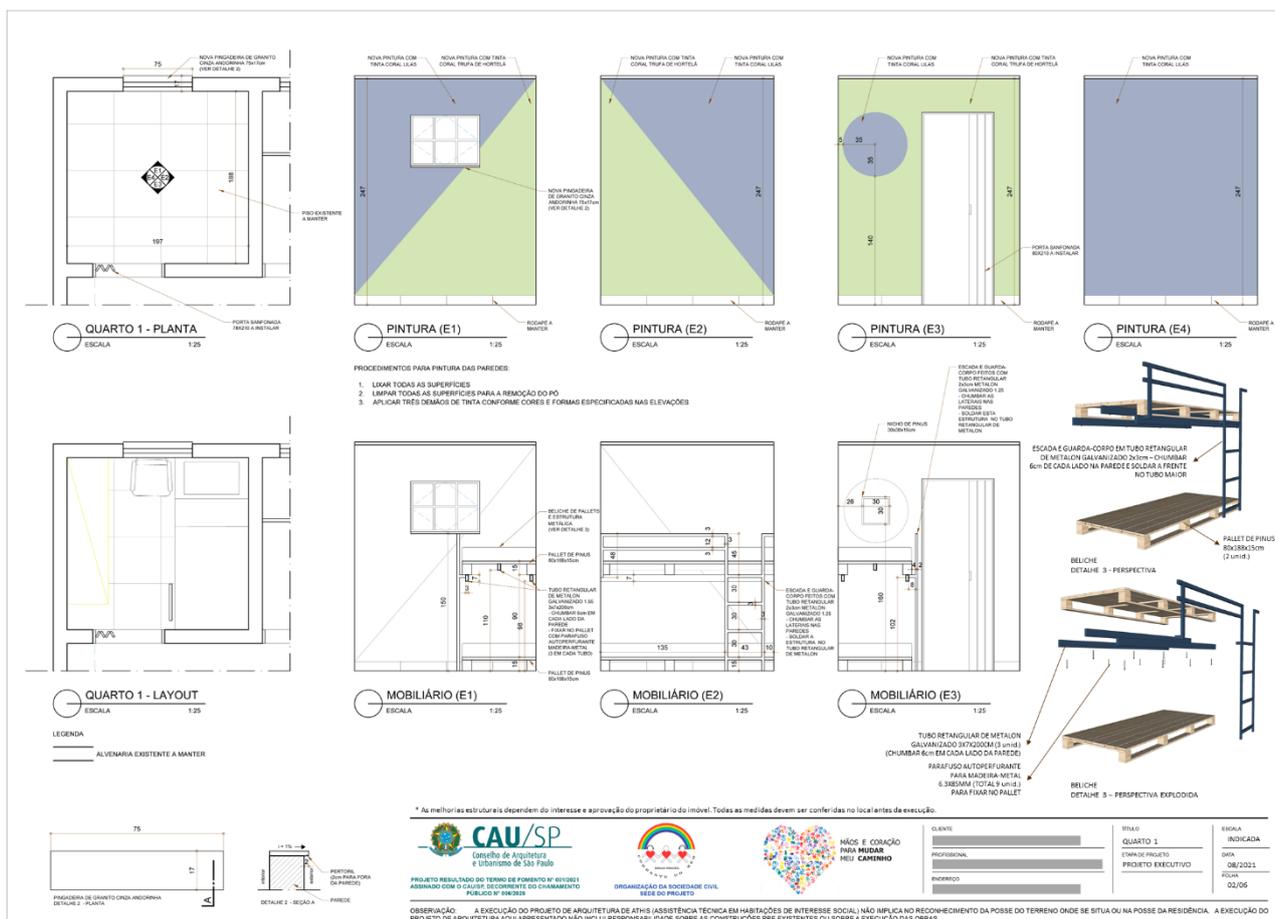


Fig. 7: Exemplo de projeto simplificado elaborado para moradia de aluguel. Fonte: Equipe de arquitetos da ATHIS na Vila Brandina

Outro ponto importante é que o referido edital, assim como as demais iniciativas do CAU, previu orçamento para financiar apenas as atuações profissionais e demais despesas administrativas decorrentes do processo, mas não execução das obras. É algo compreensível, visto que o conselho é uma autarquia, incapaz de delinear uma política pública em ATHIS, devido às limitações tanto de suas atribuições quanto de recursos.

O fato é que a elaboração dos projetos acabou por gerar expectativa nas famílias beneficiadas, especialmente entre as que são proprietárias de suas moradias. Muitas manifestaram o desejo de executar o projeto, porém afirmaram não dispor de recursos para tal. Seria interessante que as iniciativas de ATHIS incorporassem desde sua concepção, estratégias construtivas sustentáveis e de baixo custo, bem como formas de financiamento para viabilizar as reformas. Um exemplo é o trabalho da ONG Habitat para Humanidade em Heliópolis-SP, que mantém parceria com empresas para angariar recursos financeiros e humanos.

Além disso, ao final do processo, os projetos foram entregues às famílias, encerrando-se o vínculo entre elas e os arquitetos. Dessa forma, a assistência técnica ficou restrita à etapa de elaboração do projeto, excluindo-se a possibilidade de acompanhamento do profissional às obras, caso os moradores decidam e consigam executá-las com recursos próprios.

No que tange às possibilidades, Cavalcanti (2020) argumenta que seria interessante manter arquitetos e engenheiros atuando via ATHIS dentro das equipes de saúde da família do SUS, configurando-se como uma política intersetorial em habitação e saúde. Tal proposta corrobora com os ideais atuais do CAU para a ATHIS, em uma perspectiva dos arquitetos como “médicos da habitação” (CAU/RS, 2021).

Ademais, a partir das iniciativas do CAU, têm surgido outras estratégias, como eventos sobre o tema; cursos de formação profissional em ATHIS; criação de coletivos, associações, escritórios populares e negócios de impacto social, dentre outras. Essas ações, somadas às outras já mais consolidadas, como escritórios-modelo na extensão universitária e assessorias técnicas com décadas de experiência, podem contribuir para o aperfeiçoamento do instrumento em prol da promoção de saúde e para pressionar o governo na direção da criação de uma política pública mais abrangente. O fato de já haver um arcabouço legal nacional é inclusive um fator que impulsiona essa reivindicação pela sua efetivação junto ao poder público.

#### 4. Considerações finais

Habitação e saúde são direitos fundamentais, mas no Brasil milhões de pessoas são privados dessas garantias, o que foi ainda mais escancarado pela pandemia de COVID-19. Não há dúvidas sobre o impacto das condições de moradia na saúde, como há séculos vem sendo demonstrado. Dessa forma, políticas públicas que integrem esses dois aspectos são essenciais.

No Brasil, houve algumas iniciativas nesse sentido, como a Rede Brasileira de Habitação Saudável (RBHS), a qual foi descontinuada; programas da Funasa, que são de pequeno alcance; além do Programa Saúde da Família no SUS, o qual não mantém vínculos com a política habitacional, dificultando a execução de intervenções nas moradias. Atualmente, levanta-se a possibilidade de aplicar a ATHIS com instrumento que una melhorias habitacionais e promoção de saúde.

A experiência de ATHIS financiada pelo CAU/SP na Vila Brandina indicou vários desafios relacionados à consolidação do instrumento, tanto em aspectos técnicos, financeiros ou sociais. Parece fundamental a capacitação dos profissionais, tanto do ponto de vista social quanto técnico. Além disso, o engajamento da população é fundamental, pois ela conhece sua realidade e pode indicar caminhos para a mudança a partir de suas vivências e saberes. Ademais, apesar da importância do CAU, é preciso muito mais do que a ação de uma autarquia para que a assistência técnica alcance o status pretendido. Por fim, as ações não podem se restringir a um poucos casos e nem considerar a moradia como unidade isolada; antes, é preciso abranger os assentamentos como um todo, considerando as casas em seu contexto vicinal e urbano.

Por outro lado, a ATHIS é um instrumento conhecido, regulamentado e bastante debatido, o que favorece sua aplicação de forma mais abrangente, até mesmo dentro do sistema de saúde já consolidado. Claro que é preciso considerar que o problema habitacional no Brasil é estrutural e demanda mudanças profundas, inclusive ideológicas. No entanto, a situação atual moradia-saúde é preocupante e requer ações concretas e urgente, ainda que dentro do sistema vigente, sendo que a assistência técnica tem potencial para tal.

O estudo não visou propor um desenho de política pública em ATHIS, mas avaliar, a partir de uma experiência prática, seus limites e possibilidades para unir melhorias habitacionais e promoção de saúde. Os resultados da pesquisa ainda são parciais e, apesar de partir de um estudo de caso bastante particular e que não representa o todo das experiências em assistência técnica, eles dão pistas acerca das respostas procuradas. Acredita-se que a continuidade da investigação, principalmente através da pesquisa de campo com os demais envolvidos no projeto da Vila Brandina, trará novas respostas que ajudarão a elucidar o tema. Ademais, por se tratar de um assunto complexo e que envolve grandes temas distintos como habitação, saúde, assistência técnica e políticas públicas, novas pesquisas serão interessantes para se preencher as possíveis lacunas que fogem ao escopo deste trabalho.

## Referências

- Abramo, P. (2009). A cidade com-fusa: mercado e a produção da estrutura urbana nas grandes cidades latino-americanas. *Anais XIII ENANPUR*, Florianópolis, SC, Brasil.
- Andrade, L. S.; Demartini, J. (2017). Repensando a prática arquitetônica no contexto da moradia popular. In: Cardoso, A. L.; Jaenisch, S. T.; Aragão, T. A. Org(s). *22 anos de política habitacional no Brasil: da euforia à crise* (p. 285-305.). Rio de Janeiro: Letra Capital.
- Bienenstein, R. et al. (2019). Autonomia, resistência e enfrentamento: caminhos da assistência técnica. Contribuições para extensão universitária socialmente referenciada. *Anais XVIII ENANPUR*, Natal, RN, Brasil.
- Bonduki, N. (2013). *Origens da habitação social no Brasil: Arquitetura Moderna, Lei do Inquilinato e Difusão da Casa Própria*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Editora MS.
- Cairus, H. F. (2005). Ares, águas e lugares. In: Cairus, H. F. e Ribeiro JR., W. A. *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença* (pp. 91-129). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Carvalho, C. S. A. et al. (2014). Entre a necessidade e a gestão: o lugar das melhorias habitacionais nas políticas de urbanização de favelas. *I Seminário URBFAVELAS*, São Bernardo do Campo, SP, Brasil.
- CAU/RS (28 outubro, 2021). *Webinário ATHIS: Saúde e Moradia*. Retirado de: <https://www.youtube.com/watch?v=627rP6yHp8o>
- Cavalcanti, F. G. (2020). Uma perspectiva da assistência técnica em arquitetura a partir da estratégia de saúde da família nos territórios populares. *Revista Territorialidades* (Salvador), 1(1), 139-155.
- Cohen, S. C. (2004). *Habitação Saudável como Caminho para a Promoção da Saúde*. (Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública). <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4447>
- Comarú, F. de A. (2004). *Políticas de habitação e desenvolvimento urbano em municípios saudáveis: o caso de Bertioga*. (Tese e Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo). <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08012021-151151/pt-br.php>
- Diógenes, C. S. da R. (2012). Avanços e limites da regularização fundiária na Vila Brandina (Campinas - SP). (Tese de Doutorado, Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas). <https://vdocuments.com.br/avanos-e-limites-da-regularizafo-fundiria-nylon-e-marcos-aoecolonizadores.html>
- Engels, F. (2010). *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo.
- FJP. (2021). *Déficit habitacional e inadequação de moradias no Brasil: Principais resultados para o período de 2016 a 2019*. <https://drive.google.com/file/d/1MgenDRYIfH10aYirjRYIKwJGHwIxulGq/view>
- Funasa, Ministério da Saúde (10 março, 2022). *Ações e Programas*. Retirado de: <http://www.funasa.gov.br/web/guest/acoes-e-programas>
- Lopes, J. M. de A. (2018). Nós, os arquitetos dos sem-teto. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos Regionais* (São Paulo), 20(2), 237–253.
- Maricato. E. T. M (1996). *Metrópole na periferia do capitalismo: ilegalidade, desigualdade e violência*. São Paulo: Hucitec.
- Pasternak, S., Bógus, L. M. M. (2014). Uma perspectiva da assistência técnica em arquitetura a partir da estratégia de saúde da família nos territórios populares. *Caderno CRH* (Salvador), 27(71), 235-254.
- Tachner, S. P. (1982). *Moradia da Pobreza: Habitação sem saúde*. (Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo). <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-04012018-173054/pt-br.php>

## Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.