



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto



ESCOLA DE MINAS



J. M. A. Lima

ARQUITETURA para promoção da SAÚDE pela MORADIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE MINAS
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO



JOÃO MARCOS ANDRADE LIMA

ARQUITETURA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE PELA MORADIA

OURO PRETO
2025

JOÃO MARCOS ANDRADE LIMA

ARQUITETURA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE PELA MORADIA

Trabalho Final de Graduação apresentado ao curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito final para a obtenção do grau de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Prof.^a Dra. Monique Sanches
Marques

Coorientadora: Prof.^a Ma. Marcela Rosenburg
Figueiredo

OURO PRETO

2025

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

L732a Lima, João Marcos Andrade.
Arquitetura para promoção da saúde pela moradia. [manuscrito] /
João Marcos Andrade Lima. - 2025.
83 f.: il.: color.. + Cartilha.

Orientadora: Profa. Dra. Monique Sanches Marques.
Coorientadora: Profa. Ma. Marcela Rosenburg Figueiredo.
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola
de Minas. Graduação em Arquitetura e Urbanismo .

1. Arquitetura. 2. Arquitetura de habitação. 3. Habitação e saúde. I.
Marques, Monique Sanches. II. Figueiredo, Marcela Rosenburg. III.
Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 72:711.4

Bibliotecário(a) Responsável: Soraya Fernanda Ferreira e Souza - SIAPE: 1.763.787



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MINAS
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO



FOLHA DE APROVAÇÃO

João Marcos Andrade Lima

Arquitetura para promoção da saúde pela moradia

Monografia apresentada ao Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Arquitetura e Urbanismo

Aprovada em 08 de setembro de 2025

Membros da banca

Professora Dra. Monique Sanches Marques - Orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto
Professora Dra. Flora Del Rei Lopes Passos - Universidade Federal de Ouro Preto
Professor Dr. Daniel Marostegan e Carneiro - Universidade Federal da Bahia

Dra. Monique Sanches Marques, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 22/09/2025



Documento assinado eletronicamente por **Monique Sanches Marques, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 22/09/2025, às 14:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0982285** e o código CRC **C974355E**.

*À minhas mães e avós,
Que sempre foram meu lar.*

*À minha Binha,
Que eu vou sempre levar no coração.*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Milena, por sempre ter sido meu exemplo de mulher independente, trabalhadora, que sobrevive às adversidades da vida e ser quem eu posso sempre contar.

Ao meu pai, Marcos, e minha Madrasta, Nilma, por todo o apoio e cuidado, serem um porto seguro onde posso sempre voltar.

À minhas irmãs e irmão, Clara, Taty, Gabi e Pedro, por serem quem me escuta nos momentos mais frágeis, me aceitam, me entendem e com quem compartilho tantas memórias e sempre tornam meus dias mais felizes.

À minha família, em especial minhas e meus avós, tias e tios, que sempre estiveram ao meu lado, me deram suporte, foram segunda casa, aconchego, cuidado, suporte e carinho.

À Isabella, minha companheira em todos os momentos na UFOP, que tornava os meus dias mais nublados em arco-íris e sem quem eu não teria chegado até aqui.

À Nadderson e Eduardo, por terem se tornado minhas casas em Minas, quem me acolhe, me escuta e por serem para onde eu sempre quero voltar.

Às minhas orientadoras, Monique e Marcela, que me deram suporte e me ajudaram a encontrar equilíbrio no turbilhão de pensamentos e ideias que fizeram parte deste trabalho.

À República Rodoviária, por ter feito parte da minha jornada em Ouro Preto e ser palco de tantos encontros e vivências que eu vou levar sempre comigo.

A todos os amigos e amigas que conheci em Ouro Preto, que fizeram parte da experiência que foi viver neste lugar fora do tempo.

E todos os meus professores e professoras, desde quando eu estudava no CCPO até entrar na UFOP que contribuíram para quem eu quero me tornar.

RESUMO

Este trabalho investiga a relação entre saúde, habitação e moradia, destacando a importância da arquitetura como ferramenta de promoção da saúde individual e coletiva. A pesquisa parte de revisão teórica sobre os conceitos de saúde, habitação de qualidade e moradia adequada no Brasil, incorporando definições legais, acadêmicas e sociais, bem como o entendimento dos determinantes do processo saúde-doença e estudo das relações históricas condicionantes. Como metodologia de pesquisa, foram analisados Planos Municipais de Saúde de Salvador, abrangendo o histórico do perfil epidemiológico do município, que possibilitou identificar doenças, incidentes e transtornos mais recorrentes entre a população local. Esses dados foram correlacionados a fatores de risco, recomendações e práticas arquitetônicas, resultando na elaboração de uma cartilha didática em linguagem simples e acessível. O material reúne proposições arquitetônicas e construtivas, ilustradas por recursos gráficos, voltadas à mitigação de problemas recorrentes em moradias e transcrição de normativas e conhecimentos arquitetônicos para auxiliar a autoconstrução. A proposta evidencia a potencialidade da arquitetura em contribuir para a saúde pública, ao democratizar conhecimentos técnicos e promover melhorias nas condições de vida, sobretudo para comunidade vulnerabilizados.

Palavras-chave: Saúde. Habitação. Moradia. Arquitetura. Promoção da saúde. Doenças. Comunidade.

ABSTRACT

This study investigates the relationship between health, houses and housing, emphasizing the role of architecture as a tool for promoting both individual and collective health. The research is grounded in a theoretical review of the concepts of health, adequate and quality housing in Brazil, incorporating legal, academic, and social definitions, as well as an understanding of the determinants of the health-disease process and the historical conditions which shapes it. As a research methodology, municipal health plans of Salvador were analyzed, covering the historical profile of the municipality's epidemiology, which enabled the identification of the most recurrent diseases, incidents, and disorders among the local population. These data were correlated with risk factors, recommendations, and architectural practices, leading to the development of an educational guide written in clear and accessible language. The material compiles architectural and constructive proposals, illustrated with graphic resources, aimed at mitigating recurrent problems in housing and at transcribing regulations and architectural knowledge to support self-construction. The proposal highlights the potential of architecture to contribute to public health by democratizing technical knowledge and promoting improvements in living conditions, especially for vulnerable communities.

Keywords: Health. Housing. Architecture. Health promotion. Diseases. Community.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Histórico pessoal e apresentação.....	11
1.2. Justificativa.....	14
1.3. Objetivos.....	15
1.4. Metodologia.....	15
2. RELAÇÃO ENTRE SAÚDE, HABITAÇÃO E MORADIA NO BRASIL.....	17
2.1. Urbanização, sanitarismo e territórios periféricos.....	20
2.2. Habitação de qualidade e moradia adequada.....	23
3. A CARTILHA.....	33
3.1. Metodologia de pesquisa.....	33
3.2. Salvador em foco: caracterização do público-alvo.....	36
3.3. Desenho da cartilha.....	41
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICES.....	51

1. INTRODUÇÃO

1.1 Histórico pessoal e apresentação

Eu me chamo João Marcos, sou brasileiro, nordestino, nascido na cidade de Salvador-BA e pertencente à comunidade de Itagi, um município com menos de 14 (catorze) mil habitantes no interior do estado da Bahia. Minha relação com os temas de saúde, habitação e moradia começou cedo, marcada por diversas mudanças de residência desde meus primeiros meses de vida. Essas experiências se aprofundaram ao longo da minha formação acadêmica, iniciada em 2014 na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal da Bahia (FAUFBA) e continuada na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

Ao longo dos meus quase 30 (trinta) anos de vida, morei em média em 50 (cinquenta) habitações distintas. Dessas, 35 (trinta e cinco) mudanças ocorreram em média durante os meus primeiros 17 (dezessete) anos, motivadas pela busca de minha mãe por uma moradia adequada e por melhores condições de vida para nossa família. As outras 15 (quinze) mudanças se deram nos últimos 13 (treze) anos, impulsionadas pelas minhas próprias buscas por melhores habitações, oportunidades de trabalho e estudo, além das necessidades impostas pela pandemia, pelo isolamento social e por questões de saúde.

Neste período morei em 4 (quatro) estados brasileiros, Bahia, Distrito Federal, Pernambuco e Minas Gerais; 11 (onze) municípios distintos, mas nos quais habitei mais de uma vez em momentos diferentes da vida, em sua maioria na Bahia, sendo eles Salvador, Entre Rios, Itagi, Jequié, Barreiras, Ilhéus, Itabuna, Barra Grande península de Maraú, além das cidades de Brasília (DF), Caruaru (PE) e Ouro Preto (MG). Residi ainda tanto na área urbana quanto na zona rural dos municípios de Itagi e Jequié, e somente na rural em Itabuna.

Dentre as 50 (cinquenta) habitações em que vivi — com diferentes técnicas construtivas, tipologias e composições familiares —, 2 (duas) ainda estavam em fase de construção e outras se encontravam em distintos estágios de deterioração, incluindo: 1 (um) sobrado antigo; 3 (três) eram edifícios de múltiplos andares; possivelmente 7 (sete) moradias foram construídas a partir de projetos arquitetônicos (os três edifícios incluídos) e mínimo de 40 habitações edificadas pelo processo da autoconstrução, inclusive a casa que minha mãe e avô projetaram. Em média, habitei em 16 (dezesseis) núcleos familiares distintos, principalmente com minha mãe, além de meu irmão caçula, meu pai, minha madrasta, minhas avós e avôs, padrastos, tias, tios, primas,

primos, parentes distantes e completos desconhecidos, com todas as suas implicações subjetivas e sociais.

Deste relato, extraio duas reflexões. A primeira diz respeito à forma como a compreensão da importância da moradia e da habitação foi se construindo em mim de maneira empírica, por meio de uma vivência cuja singularidade só percebi plenamente no processo de elaboração deste trabalho. A segunda refere-se a como essa trajetória acabou orientando minha escolha pelo desenvolvimento acadêmico no campo da Arquitetura e Urbanismo — mesmo tendo também grande interesse pela Psiquiatria.

A segunda reflexão, que exige maior contextualização, remonta a 2015. Após dois anos vivendo com meus avós em Salvador e já ingressado na FAUFBA, percebi como a produção arquitetônica pode impactar não apenas a saúde física, mas também a saúde mental. Nesse processo, comecei a compreender que a relação de minha mãe com as mudanças constantes de habitação poderia estar associada à manifestação sintomática de uma condição psicológica específica.

Dessa forma, pude perceber como os acontecimentos se repetiam de maneira cíclica: primeiro, a busca por uma nova casa, motivada pelas suas potencialidades; em seguida, a mudança; depois, a adequação do espaço às nossas necessidades, explorando tais possibilidades; posteriormente, a adaptação e a vivência no novo lar; então, o surgimento do desconforto diante das potencialidades não exploradas ou de problemas já existentes, mas até então ignorados; e, por fim, o estabelecimento de um incômodo que se tornava a geratriz de uma nova mudança. Apesar de minha mãe já ter tido acompanhamento para transtornos depressivos ao longo da vida, eu a incentivei a buscar novas perspectivas médicas e que buscassem entendê-la mais a fundo, e em 2016 foi de fato diagnosticada com transtorno afetivo bipolar¹.

Uma das contribuições à minha vivência acerca do tema propiciadas pela UFBA, foi a minha participação junto ao Escritório Modelo de Arquitetura e Urbanismo CURIAR, e a minha participação durante um ano na Empresa Júnior de Arquitetura Social Projecta. Em ambas pude, através da experiência da extensão universitária, perceber possibilidades e limitações de auxílio que estas podiam prestar às comunidades em que participavam ativamente, como por exemplo a do Gantois, situado no bairro da Federação em Salvador.

¹ O transtorno afetivo bipolar (TAB) é um transtorno de humor caracterizado pela alternância de episódios de depressão, mania ou hipomania. É uma doença crônica que acarreta grande sofrimento, afetando negativamente a vida dos doentes em diversas áreas, em especial no trabalho, no lazer e nos relacionamentos interpessoais. O TAB resulta em prejuízo significativo e impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes. (BRASIL, 2016)

Enquanto a experiência no CURIAR me permitiu observar na prática a importância da conscientização das populações quanto a apropriação do espaço público e a construção do conceito de comunidade, a Projecta me proporcionou a possibilidade de contribuir com a melhoria das moradias de pessoas com necessidades e condições socioeconômicas próximas à minha e de grande parcela da população brasileira, todos aqueles que não poderiam ser contemplados por Escritórios Públicos devido a renda, mas que também não tinham condições de contratar os serviços profissionais de arquitetos e arquitetas.

Foi a realização do sonho de uma vida, o motivo pelo qual eu escolhi a arquitetura e eu o fiz ainda dentro da graduação: poder propor condições de moradia que se adequassem aos modos de vida e subjetividades dos/as seus/as habitantes. Era o que eu sempre ansiei para pessoas como minha mãe e minha vó, que passaram a maior parte da vida morando em condições não condizentes com suas necessidades, quando não precárias.

Além desta realização pessoal propiciada pela extensão universitária, reconheço a importância da troca de vivências com os clientes da Empresa Júnior com diferentes anseios, necessidades, modos de existências e histórias de vida, que tornou a prática da arquitetura pra mim algo real, humano e social. Muito diferente da experiência como atividade comercial e empreendedora que eu havia aprendido nas disciplinas de Atelier até o momento, focadas em projetos arquitetônicos elitistas e propostas de intervenção urbanas desconexas das necessidades socioculturais de seu entorno.

Após um hiato na graduação, muito associado ao currículo e conteúdo de curso da FAUFBA e suas implicações na minha saúde mental, já fragilizada pelas minhas contínuas e instáveis mudanças, atuei como profissional de nível médio no campo da arquitetura como desenhista de projetos para uma construtora em Barra Grande (BA); além de iniciar estudos e capacitação para professor de línguas estrangeiras em Caruaru (PE). Com a pandemia do COVID19 e sua emergente relação entre habitação, moradia e saúde, eu retomo ao curso de arquitetura por transferência externa para UFOP, em busca de algo que experienciei em um congresso de Arquitetura e Urbanismo na cidade de São João del Rei (MG): um curso de arquitetura voltado para o aspecto socioambiental da formação.

Ouro Preto se torna minha nova morada por acaso, efeito colateral desta busca, sendo a realidade do curso muito longe do que eu pensei: um currículo de curso forjado numa escola de mineração e engenharia, com aspectos técnicos e construtivos proeminentes na formação. Porém com dois grandes atenuantes: o desenvolvimento crítico da prática de restauração e intervenção, devido à importância de Ouro Preto como marco histórico no processo de

reconhecimento do patrimônio cultural no Brasil; e disciplinas de projetos com professoras e professores expandindo nossa formação com abordagens socioeconômicas, ambientais e culturais, dentre estas minha atual orientadora.

Também por acaso, através da inscrição para participar do grupo de pesquisa e extensão PLUS ULTRA e ser alocado na fila de espera, fui indicado para a vaga de estágio em arquitetura na Secretaria de Saúde do município devido ao consórcio do grupo com a Prefeitura Municipal de Ouro Preto. Um ciclo de vida se completou, quando apesar de eu não seguir o ramo da saúde na escolha da graduação, a saúde me escolheu para a prática profissional. Desta forma aceitei, permanecendo na secretaria pouco mais de um ano, atuando tanto em pequenas obras de reformas internas em equipamentos de saúde, como também na Secretaria de Obras e Urbanismo, em grandes obras de intervenção e anteprojetos para aprovação pelo município e pelo IPHAN a nível federal.

A soma de todas estas vivências me impulsionou a desenvolver um tema que pretende explorar a potencialidade que o campo da arquitetura pode exercer como ferramenta no processo de promoção de saúde individual e coletiva das populações, tanto de forma preventiva como mitigadora, com foco específico no ambiente domiciliar dos habitantes da cidade de Salvador, Bahia.

1.2. Justificativa

A concepção atual de saúde inclui os indivíduos e comunidades como agentes participativos no processo de promoção de saúde individual e coletiva das populações, e as suas habitações como os espaços de maior potencialidade de contribuição. No entanto, para contribuir ativamente neste processo, os/as moradores/as devem ter acesso e serem capazes de reproduzir saberes diversos, no caso específico de suas moradias, os conhecimentos relacionados às práticas arquitetônicas e construtivas possuem grande potencial contributivo, em especial pelo impacto que as condições de habitação influenciam na saúde das populações.

Considerando o contexto relatado acima, em especial minha experiência recente proveniente da atuação no campo da saúde e minhas práticas extensionistas, percebi uma enorme necessidade de democratização do acesso a práticas, conhecimentos e tecnologias do campo de Arquitetura e Urbanismo para além dos âmbitos acadêmicos. O Conselho de Arquitetura e Urbanismo constatou que a prática da autoconstrução de moradias, sem amparo técnico de arquitetos e/ou engenheiros, é totalizada por 85% da população brasileira que já

construiu ou reformou, e ainda assim 54% dos entrevistados já fizeram reformas ou construções (CAU/BR, 2015).

À exceção dos grupos de extensão voltados à atuação nas comunidades locais, a principal contribuição das universidades para a sociedade, apesar da vasta produção de conhecimento dos/as estudantes de arquitetura ao longo do curso e nos trabalhos finais de graduação, acaba se restringindo, em geral, à elaboração de análises, fundamentações teóricas e projetos arquitetônicos que podem ou não ser construídos. Esses trabalhos podem eventualmente ter aplicação social prática, caso sejam adotados por organizações sociais, empresas privadas ou indivíduos. No entanto, quando isso não ocorre, permanecem como ferramentas teóricas de contribuição à sociedade, raramente alcançando diretamente os públicos de maior interesse e se restringindo, em grande medida, ao âmbito acadêmico.

1.3. Objetivos

O objetivo geral deste trabalho consiste em relacionar e evidenciar como fatores determinantes e condicionantes da saúde relacionados ao campo da arquitetura, a exemplo das configurações de moradia, as infraestruturas de saneamento básico, acesso à água de qualidade, conforto ambiental e contexto socioambiental das habitações podem impactar positiva ou negativamente em processos de saúde-doença de seus habitantes.

Por isso, este Trabalho Final de Graduação tem como objetivo específico a produção de um material de utilização prática para sociedade, para servir como ferramenta de promoção de saúde, com base na realidade soteropolitana, suas condições de moradia e histórico de enfermidades mais recorrentes no município.

O produto final deste estudo é apresentado sob a forma de uma cartilha, com compilação crítica e situada de exemplos de proposições e conhecimentos arquitetônicos já produzidas por grupos, instituições e profissionais no campo da arquitetura e construção civil. Inclui também ações gerais de saúde recomendadas por materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e bancos de dados de saúde particulares. Todo o material feito pela transcrição dos conhecimentos em linguagem simples, mesclando elementos textuais e visuais, buscando promover entendimento e aproximação do tema pelo público-alvo.

1.4. Metodologia

A metodologia deste trabalho se resume pela revisão teórica dos textos utilizados como referência base desse projeto, para conceituação dos termos saúde, habitação, moradias e contextualização da realidade habitacional brasileira. Tal conteúdo encontra-se no capítulo 2 e sua bibliografia foi composta por artigos, teses, dissertações, livros, notícias, websites e vídeos relacionados aos temas tratados. Já o capítulo 3 teve enfoque na pesquisa, escolha e análise do material base para guiar as ações desenvolvidas na cartilha, correlacionando os dados de saúde-doença da população soteropolitana, os parâmetros de ocorrência dos tipos de situações obtidos e práticas arquitetônicas e construtivas para solucionar ou amenizá-las. Foi desenvolvida ainda a busca de cartilhas, manuais e materiais similares para servir de referência para a organização temática e visual da cartilha.

2. RELAÇÃO ENTRE SAÚDE, HABITAÇÃO E MORADIA NO BRASIL

O entendimento da relação entre saúde, habitação e moradia no Brasil pressupõe as conceituações desses termos como são definidos na atualidade, considerando, principalmente, sua definição no contexto brasileiro.

A conceituação do termo saúde, na contemporaneidade, é reflexo do entendimento do processo de saúde-doença e sua relação com a promoção de saúde. Ao longo da história foram desenvolvidos de forma subsequente diversos modelos explicativos sobre o processo de saúde, doença e sua forma de cuidado, que geraram a compreensão do processo de saúde-doença, sob a perspectiva da epidemiologia social, como um processo:

[...] que procura caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais; cada situação de saúde específica, individual ou coletiva, é o resultado, em dado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos. (CRUZ, 2009, p. 29)

Dessa forma, a própria definição de saúde na Lei Orgânica de Saúde, n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e retificada pela Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013, em vigor, já incorpora o entendimento do conceito de saúde apresentado, ao defini-la como tendo “[...] fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2013).

Assim também, para órgãos internacionais como Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a definição de saúde está, na atualidade, intrinsecamente relacionada ao conceito de promoção da saúde. Conceito este que contempla a necessidade de capacitar os indivíduos, as comunidades e os grupos sociais para “identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (CRUZ, 2009, p. 32) e, assim, atuar como agentes participativos em sua própria melhoria de qualidade de vida.

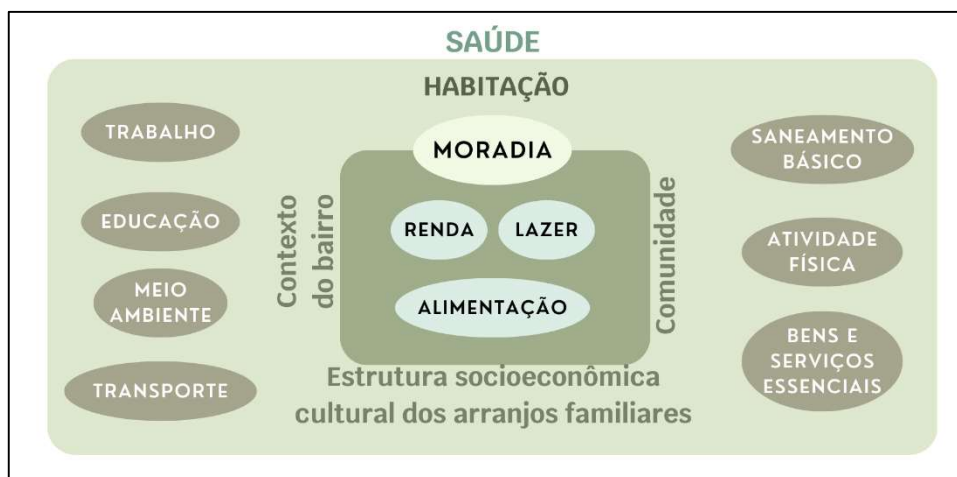
Já a conceituação do termo de habitação pode ser considerada imprecisa por alguns autores, devido às diversas tipologias e formas de habitar existentes. De forma recorrente, o conceito de moradia se refere unicamente à unidade habitacional, e, no contexto deste trabalho, o conceito de habitação não se restringe apenas à moradia, englobando “também os aspectos de integração dessa unidade na trama urbana, além do grau de atendimento a serviços de infraestrutura e equipamento social.” (PASTERNAK, 2016, p. 51).

A habitação – espaço onde a função principal é ter a qualidade de ser habitável – abrange múltiplas dimensões, destacando-se a física, a cultural, a econômica, a ecológica e a sanitária. Trata-se do locus de sociabilidade do indivíduo e de sua família, lugar da construção e da consolidação da vida e da saúde. Tal concepção sociológica – e também cultural – da habitação considera ainda o significado que seus membros atribuem à moradia e os usos que dela fazem, bem como os estilos de vida e condutas de risco. (Cohen e col., 2004; Cohen e col., 2007; Siqueira-Batista e Rôças, 2009; apud MAGALHÃES, 2013, p. 59)

A arquiteta colocar Suzana Pasternak traz ainda que, segundo a OMS no documento *Housing-implications for health* de 1987, o conceito de habitação é dividido em quatro aspectos, sendo eles: a estrutura física da casa (moradia); a estrutura socioeconômica cultural da família; o contexto do bairro composto por ruas, lojas, igrejas, escolas, área verde e de recreação, transporte etc.; e todos os membros que compõem a comunidade.

Pela associação do entendimento dos fatores da saúde segundo a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) e dos aspectos da habitação segundo a OMS, podemos inferir que: os fatores de moradia, saneamento básico, meio ambiente, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, são diretamente relacionados às condições de habitação; e os fatores de alimentação, trabalho, renda, educação e atividade física, relacionados de forma indireta, por serem propiciadores da habitação ou propiciados por esta.

Figura 01: Diagrama síntese relação entre saúde e habitação.



Fonte: Desenvolvido pelo autor, 2025.

A habitação é aqui percebida como lugar de primordial importância para promoção de saúde individual e coletiva, influenciando direta e exponencialmente na qualidade de vida da população. Um exemplo quantitativo do potencial de impacto da habitação neste contexto é a

estimativa de 80% a 90% do tempo humano ser gasto em meio ambiente construído, e em sua maioria, em casa (PASTERNAK, 2016, p. 51). A formulação das regulações mundiais e legislações brasileiras, como apresentadas, são o próprio reflexo de como esta já é uma análise quase universalmente percebida.

Assim também, a Constituição Federal brasileira vigente assegura como direitos sociais a saúde, a moradia e outros aspectos relacionados à habitação, também assegura no Art. 7º parágrafo IV:

[...] salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim. (BRASIL, 1988)

Apesar disso, como comenta Maricato (2000, p. 155) “no Brasil, onde jamais o salário foi regulado pelo preço da moradia”, não há precedentes históricos que a regulamentação feita pelo artigo citado tenha sido alcançado em termos de aplicação prática, devido a desconexão entre a vigência das leis e a execução de instrumentos que garantam sua aplicação, através de políticas públicas com base na realidade brasileira, além da falta de fiscalização, o que ainda representa até hoje grande parte da conjuntura política do país. Este fenômeno é caracterizado por Maricato como ‘industrialização de baixos salários’, comum tanto ao Brasil quanto a outros países da América Latina, como um fator que perpetua a exclusão social. Apesar do crescimento econômico, a maior parte da população trabalhadora continua a viver em condições de pobreza, sem acesso adequado a serviços públicos como saúde, educação e moradia.

O problema desta desconexão tem raiz na implantação das leis vigentes, firmemente embasadas nas políticas de países capitalistas centrais, porém sem as regulamentações para garantir sua vigência e execução que estes países delimitavam.

[...] ‘reforma urbana’ embasada em alguns eixos estruturantes: reforma fundiária [...], extensão das infraestruturas urbanas para atender às necessidades de produção em massa de moradias e financiamento subsidiado [...] e outras medidas asseguraram a regulação entre o salário e o preço da moradia, não só através do aumento do poder de compra dos assalariados, mas da produção massiva de moradia e, consequentemente, de cidade: transporte, saneamento, serviços públicos etc. (MASSIAH, 1995, apud MARICATO, 2000, p. 128)

A resultante dessa conjuntura brasileira, quanto à produção de habitações no país, é o “descolamento entre as matrizes que fundamentaram o planejamento e a legislação urbanos, no

Brasil, e a realidade socioambiental de nossas cidades, em especial o crescimento da ocupação ilegal [espontânea] das favelas.” (MARICATO, 2000, p. 121).

2.1. Urbanização, sanitarismo e territórios periféricos

Segundo a análise histórico crítica de Maricato (2000) em seu texto *As ideias fora do lugar e o lugar fora das ideias*, embasada em diversos autores da literatura, o processo que consolidou a urbanização das cidades brasileiras em sua configuração espacial é firmemente calcado na importação dos preceitos de planejamento urbano modernista/funcionalista que orientou o processo de crescimento das cidades dos países centrais do mundo capitalista até o final do século XX.

Em se tratando de países da semiperiferia, como é o caso do Brasil e de outros países da América Latina, esse modelo, definidor de padrões holísticos de uso e ocupação do solo, apoiado na centralização e na racionalidade do aparelho de Estado, foi aplicado a apenas uma parte das nossas grandes cidades: na chamada cidade formal ou legal. A importação dos padrões do chamado "primeiro mundo", aplicados a uma parte da cidade (ou da sociedade) contribuiu para que a cidade brasileira fosse marcada pela modernização incompleta ou excludente. (MARICATO, 2000, p. 123)

Ou seja, não é por falta quantitativa de regulamentações e planos urbanísticos, ou até mesmo seu conteúdo qualitativo, mas sim devido a sua aplicação de forma irregular no território urbano, que as medidas que coordenaram o planejamento urbano moderno consolidaram a exclusão urbanística, representada por uma enorme ocupação solo urbano fora dos critérios de legalidade.

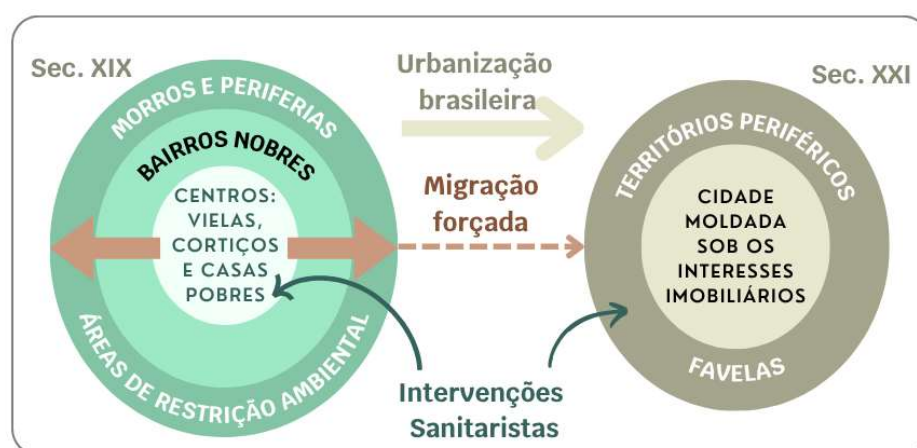
O controle do território e da posse da terra continuou sob a perspectiva patriarcal e clientelista (coronelistas) estabelecida desde o modelo de colonização do Brasil, agora seguindo os interesses privados associados ao mercado imobiliário. Isso gerou no país uma legislação moldada à vontade destes interesses, que mesmo quando os contradizem, não é de fato executada. Assim, Villaça (1999, apud MARICATO, 2000, p. 137) relata a hegemonia da elite brasileira e dos planos de melhoramento e embelezamento das cidades até a década de 1930, descritas como melhoria de infraestrutura urbana, em especial, circulação e saneamento. Com preceitos importados da Europa, principalmente influências do urbanismo francês da época, estes planos sob o discurso higienista focaram na dissolução das moradias coletivas decorrentes do rápido crescimento urbano, a exemplo dos cortiços, tipo de moradia insalubre mais

representativa até o início do século XX, consolidando a remoção da população de baixa renda das áreas de interesse econômico.

As reformas do prefeito Francisco Pereira Passos para o Rio de Janeiro, de 1903 a 1906, são consideradas a primeira grande intervenção estatal realizada no país, sendo responsável pela abertura das principais avenidas da capital carioca, ligando o centro aos bairros de renda alta, através da demolição de cortiços e casas pobres da região. A expulsão da população pobre, em sua maioria pessoas negras recém libertas pela Lei Áurea de 1888 (OLIVEIRA, 2002, p. 27), gera um fluxo de migração para as áreas de desinteresse do mercado imobiliário, os morros das periferias da cidade, consolidando a forma de ocupação atualmente conhecida como favela, segundo diversos autores.

Cabe ressaltar a importância da considerada ilegalidade de grande parte das moradias urbanas, pois garante o baixo custo de reprodução da força de trabalho, além de contribuir para o mercado imobiliário especulativo, que se sustenta sobre a estrutura fundiária arcaica (MARICATO, 2000, p. 148). A execução da Reforma Pereira Passos em si atraiu mão de obra para o espaço urbano sem prover condições de habitação, contribuindo ainda mais para consolidação de habitações em territórios periféricos, sendo considerada “o embrião responsável pelo surgimento das favelas no Brasil” (FERREIRA, 2014, p. 33).

Figura 02: Diagrama síntese histórico de formação das favelas no Brasil.



Fonte: Desenvolvido pelo autor, 2024.

Uma análise mais aprofundada nos permite constatar que, ao mesmo tempo que o Estado cria as favelas por falta de políticas públicas adequadas, (existem lugares fora das ideias), ele busca combatê-las a partir do discurso sanitarista. Assim, a partir de sua consolidação, as favelas tornam-se o foco deste discurso, sendo tomadas como o novo espaço de disseminação

de doenças após a derrubada dos cortiços nos centros. A Revolta da vacina é um dos acontecimentos marcantes na história brasileira, cuja ocorrência remota às ações sanitárias truculentas personificadas pela atuação do médico Oswaldo Cruz, cujos relatos configuram as Ruas do Rio de Janeiro como palco de batalhas durante vários dias sob repressão brutal (MARICATO, 1997, apud OLIVEIRA, 2022, p. 29).

O termo favela é a partir de então usado para “designar todas as aglomerações de habitações ‘toscas’ que surgiram na cidade, geralmente morros, e que eram construídas em terrenos de terceiros e sem aprovação do poder público.” (ABREU, 1994, apud FERREIRA, 2014, p. 21). Houveram diversas caracterizações do termo desde sua consolidação no léxico brasileiro, e mais recentemente, internacional, porém para Pasternak “o único critério absoluto que distingue as favelas dos demais tipos de moradia é o critério [‘ilegal’] de ocupação, sendo os demais, mesmo que frequentemente utilizados, aplicáveis apenas parcialmente.” (PASTERNAK, 2008, apud FERREIRA, 2014, p. 22).

No contexto desta pesquisa e concordando com Alves, Monteiro e Oliveira (2021) faz-se necessário desafiar teorias e práticas dominantes, uma vez que essas, devido à perspectiva colonial, seguem produzindo narrativas que invisibilizam aquelas e aqueles que vem lutando, historicamente, por seus espaços de moradia e trabalho e atuando efetivamente, portanto, na construção das arquiteturas e das cidades. Aqui, buscaremos refletir sobre vias de investigação que possam contribuir para um entendimento da arquitetura e da cidade que supere a violência inerente à produção do conhecimento eurocentrada e baseada em modelos da colonialidade, de acordo com Vainer (2019):

[...]é uma relação hierárquica de dominação que nasce com a colonização no alvorecer da modernidade e é mantida, produzida e reproduzida mesmo após o fim do processo de colonização. A colonialidade é um elemento fundamental da modernidade e do sistema capitalista. Nesse sentido, o capitalismo, o racismo e o patriarcado são estruturantes inseparáveis das relações coloniais, que só poderão ser superados historicamente de maneira conjunta e integrada. A colonialidade, imposta materialmente com a conquista e a colonização de territórios — nas Américas e, posteriormente, na Ásia e África —, é também a conquista e a colonização do imaginário e, conseqüentemente, da história e da memória coletiva. Desse modo, o processo de colonização do conhecimento opera por meio de um duplo movimento: de um lado, com a destruição de conhecimentos, conceitos, valores e visões de mundo das/dos sujeitas/sujeitos colonizadas/os, e, do outro lado, com a construção sistemática e violenta da história e da memória pela perspectiva do agente colonizador. (VAINER, 2019, apud ALVES; MONTEIRO; OLIVEIRA, 2021)

Nesta perspectiva, não nos referenciaremos aos territórios periféricos como ilegal ou informal, identificando-os no âmbito exclusivamente da precariedade, mas que é construído por subjetividades e particularidades múltiplas.

Após contextualização histórica do processo de urbanização brasileira, de atuações sanitaristas na cidade e do estabelecimento de comunidades periféricas, é possível caracterizar como estas se refletem nas configurações de habitação e moradia, e as conceituações mutáveis de quais seriam suas condições mínimas consideradas de boa qualidade e saudáveis.

2.2. Habitação de qualidade e moradia adequada

A legislação de saúde pública inglesa foi pioneira, em 1848, na regulamentação da intervenção do Estado no tecido da cidade e com determinações mínimas para conformação das casas de seus cidadãos, seguindo os preceitos sanitaristas vigentes devido às diversas mazelas que assolavam os espaços urbanos europeus no século XIX. Países como a França e os Estados Unidos também desenvolveram até meados do século XX políticas e recomendações em prol da preocupação da saúde coletiva da população, estas indissociáveis do pensamento de produção capitalista, que desde os primórdios da industrialização já refletia sobre como a saúde dos trabalhadores era fortemente influenciada pelas suas condições de moradia.

Assim, o direito à habitação foi reconhecido como direito humano em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, já associado aos conceitos de bem-estar e saúde. Desde então, o desenvolvimento de políticas próprias de vários países capitalistas centrais influenciou diversas ações da OMS na delineação de uma política de habitação saudável, dentre Conferências Internacionais, estabelecimento de comissões e produção de documentos com diretrizes de repercussão mundial, como o já citado *Housing-implications for health* de 1987.

O reflexo destas ações internacionais na conjuntura política brasileira é a acepção do direito à habitação por diversos pactos, decretos, leis e emendas constitucionais, dentre estes a própria Constituição Federal (BRASIL, 1988); a Lei 10.257/2001 (Estatuto da Cidade); e legislações relacionados ao financiamento e suporte de Habitações de Interesse Social (HIS), como a Lei Nacional 11.124/2005, o Decreto 5.796/2006 e Lei Nacional 11.888/2008, esta última assegurando assistência técnica pública e gratuita para projeto e construção de HIS.

Mas assim como exposto no breve contexto histórico acerca do urbanismo no Brasil, atualmente persiste uma enorme distância entre a existência de legislações e políticas públicas que garantam sua execução prática, como corrobora o documentário *Habitação Social: uma*

questão de Saúde Pública de 2020 produzido pelo Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil (CAU-BR). O vídeo traz por meio de falas de moradores de comunidades periféricas a realidade habitacional do país, e considerações de profissionais das áreas envolvidas, no contexto da pandemia da covid-19, quando foi radicalmente evidenciada a intrínseca relação entre saúde e moradia. No texto de divulgação é afirmado que: “O CAU/BR defende a implementação da Assistência Técnica Gratuita em Habitação de Interesse Social - ATHIS (garantida pela Lei 11.888/2008) como política permanente de Estado, tal como é o SUS.”

Raquel Rolnik, arquiteta e urbanista, ex-relatora especial da ONU para o Direito à Moradia e professora da Universidade de São Paulo (USP), vai um pouco além, falando em defesa da implementação não apenas de políticas assistencialistas, mas principalmente de desenvolvimento crítico social e fortalecimento da autonomia das comunidades.

Figura 03: Camila e seus dois filhos pequenos em frente a sua casa, residentes do núcleo Eucaliptos, bairro Catta Preta, no município de Santo André (SP).



Fonte: CAU/BR (2020).

Minha casa tem apenas dois cômodos então, por conta do quarto ser bem pequeno, a gente dorme tudo numa cama de casal. [...] Eu tento conter esse cheiro de mofo tudo, eu limpo constantemente duas vezes por dia com álcool, cândida; as paredes, os móveis, o chão, [...] para diminuir mais, tanto o pó como o cheiro do mofo. Eu gostaria de mudar daqui, não do bairro, da casa. Não consegui vender por conta da estrutura mesmo. [Sobre problemas na casa] já cheguei a ficar três dias fora de casa porque molhou colchão, tive que jogar fora, molhou móveis, molhou tudo. A situação agora está bem difícil, então não tenho condições nenhuma, mas eu gostaria muito de poder estar arrumando minha casa. Eu preferiria ficar aqui na minha casa do que mudar, porque meu medo maior é somente a estrutura, mas eu gosto de morar aqui. Se existisse um financiamento do Governo eu aceitaria para poder estar fazendo a reforma da minha casa, porque meu sonho é poder estar reformando aqui. (HABITAÇÃO, 2020)

Rolnik (2015) é crítica também ao programa habitacional Minha Casa Minha Vida, com seu modelo único e que não leva em consideração demandas locais.

Temos que ter políticas de locação social, políticas de urbanização de assentamentos, integração desses assentamentos à cidade, políticas de autogestão, cooperativas, fortalecimento das formas não mercantis de produção habitacional, de assistência técnica para a autoconstrução, tudo que está no nosso marco regulatório, um marco que ‘existe, mas não existe’. Na prática, não é implantado. [...] Para a faixa 1, o Minha Casa Minha Vida me parece um programa muito inadequado. Para as faixas 2 e 3, poderia continuar, mas não como única opção. Hoje, o Minha Casa Minha Vida - Entidades é um arremedo de modelo cooperativo. (ROLNIK, 2015.)

O documentário *Realengo Aquele Desabafo!* de 2011 de autoria do Grupo Habitação e Cidade parte da Rede Observatório das Metrópoles, traz relatos de beneficiários do Programa Minha Casa Minha Vida nos conjuntos Vivendas do Ipê Branco e Vivendas do Ipê Amarelo, construídos no bairro de Realengo, cidade do Rio de Janeiro. A forma de gerenciamento da mudança, o tratamento das famílias, as exigências para habitação, a localização dos empreendimentos etc. elucidam o posicionamento crítico de Rolnik quanto ao programa.

Figura 04: Rosimar Matias e Ana Luíza Matias, ex-moradores de Madureira, atuais residentes do conjunto Ipê Branco.



Fonte: Observatório das Metrópoles (2011).

[Ana Luíza] Tivemos que juntar todo mundo, entrar em um acordo, para todo mundo carregar a mudança da primeira casa até chegar a nossa. Tivemos nós mesmos que nos virar para botar nossas mudanças no caminhão. Seis mudanças em um caminhão só. [Rosimar] Estragou o meu guarda-roupa, estragou o guarda-roupa ali da vizinha que veio comigo, e da outra vizinha aqui. Ficamos mais de 15 dias procurando as peças do guarda-roupa... [Ana Luíza] porque foi parar na casa dos outros. [...] Como é que uma

mãe vai deixar seu filho sozinho em casa para ir em um mercado? Para ir no Guanabara que é uma hora andando a pé. [...] Emprego aqui, para você sair daqui você tem que pegar um ônibus que dá duas ou três viagens para conseguir. Até ela [Rosimar] conseguiu emprego, mas era lá no centro da cidade, era duas conduções para ela pegar. Então ela chegava aqui em casa duas ou três horas da manhã. [...] Na nossa casa a nossa sala é um comércio, a nossa sala não é uma sala como toda [sala], com um sofá, uma televisão. A gente recebe nossas visitas no nosso comércio. Ao mesmo tempo que a gente conversa com uma visita, a gente tem que estar atendendo, porque é o meio de sobrevivência da gente. [Rosimar] Eu preferia mil vezes que eles deixassem a gente lá no barraco, construísse lá, botasse a gente para morar lá do que mandar a gente para cá. (REALENGO, 2011)

Uma das diversas dificuldades acerca do tema é a delimitação do que os termos habitação de qualidade e moradia adequada englobam quanto a seus parâmetros qualitativos e quantitativos. No Brasil estes conceitos sofrem grande influência da definição de déficit e inadequação habitacional feitas pela Fundação João Pinheiro, responsável pelo seu cálculo.

A fundação conceitua o déficit habitacional quantitativo pelo valor numérico de quantas moradias são necessárias para a solução das necessidades básicas habitacionais do país no período representado. Já a inadequação habitacional entende-se por aspectos qualitativos de moradias que as tornem incapazes de “atender às necessidades ou aos serviços básicos que uma habitação deveria suprir com qualidade. Portanto, o seu foco é primordialmente indicar a necessidade de melhorias na habitação” (FJP, 2023, p. 13).

Em outras palavras, “o déficit e a inadequação habitacionais podem ser entendidos como a ‘falta de moradias ou a carência’ de algum tipo de ‘serviço’ que a habitação deveria estar minimamente fornecendo e que, por algum motivo, não o faz”. (BLANCO; CIBILS; MUÑOZ, 2014, p.1, apud FJP, 2019, p. 14)

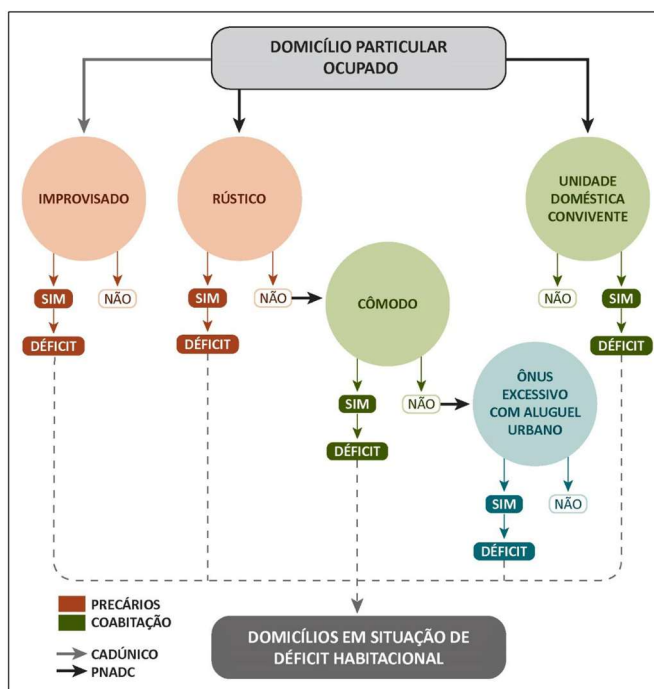
Além disso, são incorporados no cálculo valores correlativos à quantidade de pessoas:

[...] em função da coabitação familiar não desejada (famílias que pretendem constituir um domicílio unifamiliar e não conseguem), dos moradores de baixa renda com dificuldades de pagar aluguel nas áreas urbanas, dos que vivem em casas e apartamentos alugados com grande densidade e, também, da moradia em imóveis e locais precários e com fins não residenciais – domicílios improvisados. (FJP, 2018, apud FJP, 2019, p. 14)

Mas a própria Fundação João Pinheiro delimita alguns pressupostos, sendo um deles que devido a desigualdade socioeconômica brasileira “não se deve padronizar as necessidades de moradia para todos os estratos de renda” (FJP, 2008, p.11). Isso contribui para a possível inclusão de moradias em territórios periféricos, as favelas, como habitações adequadas,

“justificando inclusive sua urbanização e aceitação, dentro de marco legal, de unidades que seriam interditas no chamado mercado formal” (PASTERNAK, 2016, p. 53).

Figura 05: Componentes e subcomponentes do déficit habitacional.



Fonte: Fundação João Pinheiro (2023).

Outro pressuposto que também contribui para esse entendimento é que “o conceito de inadequação domiciliar tem o papel de revelar as múltiplas e diversas deficiências que tornam um imóvel incapaz de fornecer uma boa qualidade de vida para seus moradores” (FJP, 2019, p. 15), incentivando o incremento de outras políticas complementares para sanar as questões da habitação, como a regularização fundiária, adição de instalações sanitárias em moradias, adequação da estrutura física e garantia de acesso à serviços básicos de infraestrutura (água, esgotamento sanitário, luz e coleta de lixo), entre outros.

Rolnik (2009, p. 1) ressalta ainda que a negação do direito à moradia adequada, em especial nos assentamentos não regularizados, “deixa os moradores sem o usufruto de um amplo espectro de outros direitos humanos, civis e políticos, ou econômicos, sociais e culturais. O acesso restrito à moradia” seja pela inflação imobiliária, ou outros impedimentos de acesso à terra, que configuram os processos de gentrificação urbana, podem levar famílias de baixa renda a ficar sem moradias como um todo, ‘sem teto’, ou a pagar valores que prejudique sua própria subsistência.

Figura 06: Suelen e suas filhas, residentes do bairro Vila Kennedy, formada por um grande conjunto habitacional e uma favela próxima à Avenida Brasil, na zona oeste do Rio de Janeiro (RJ).



Fonte: CAU/BR (2020).

Aqui morava minha mãe, minha mãe saiu e eu vim morar aqui. Depois minha mãe voltou, ficamos morando todas juntas aqui. Eu saí, fui morar de aluguel. Então aqui eu moro há 25 anos, pode-se dizer que eu nasci e fui criada aqui. Pouco tempo atrás eu tive tuberculose. Na tuberculose eu perdi o meu lado direito do pulmão, então sinto muita falta de ar. Então para dormir no quarto não dá, que é sufocante. Aqui um tempo atrás pegou fogo em tudo. Queimou a parte elétrica todinha, ficamos no escuro, um breu durante duas semanas. Aí tem um rapaz aqui que trabalha como eletricitista, para eu não ficar sem luz ele foi e fez a gambiarra direto, mas eu só tenho luz na sala. Na cozinha eu não tenho luz. O quarto é escuro, não tem luz também. [...] Então daqui eu não sairia, porque aqui é uma coisa querendo ser minha e eu não vou morar de aluguel, não vou passar dificuldade, até minhas filhas se estabilizarem em outros lugares [...]. Minha casa não é ventilada, a única circulação de vento que tem é a entrada da porta. Aqui não tem janela, não tem circulação nenhuma aqui. [Sobre reformar] A única coisa que eu fiz desde que eu entrei aqui só foi pintar. Porque a gente tinha que queimar de cal por causa da bactéria da tuberculose. Tinha que queimar e foi o pessoal do próprio posto que veio e trouxe a cal para queimar a casa toda. A gente quando pensa em juntar um dinheiro alguém cai doente, é sempre assim. Então não tem muito planejamento. Vou fazer obra daqui há dois anos [...]. Iria estar todo mundo contaminado se alguém pegasse covid aqui. Porque aqui não tem saída, aqui é um cômodo só para nós cinco. [...] Eu tenho escola das crianças que é próxima. A rede de saúde aqui, [...] eu não tenho o que reclamar porque aqui é bom. A clínica da família é próxima. Eu tenho a UPA que é próxima. Então eu tenho tudo próximo da casa. Além da comunidade, a minha casa é um lugar bom. Tem atividades na vila olímpica que minhas filhas vão, participam e estão sempre. Então daqui [eu] não sairia. Aceitaria, claro que eu aceitaria reforma aqui até pelo bem-estar das minhas filhas. (HABITAÇÃO, 2020)

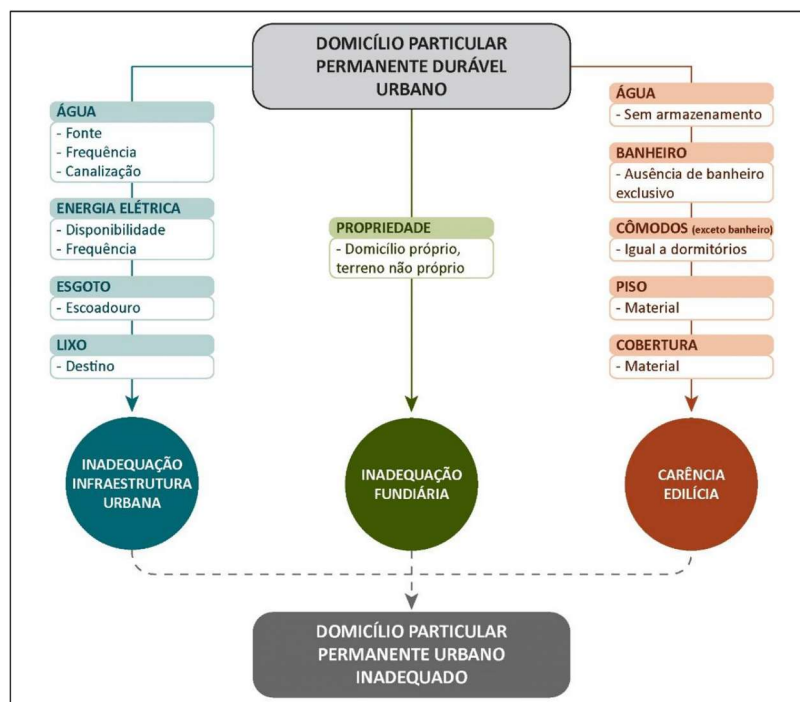
Dentre outros aspectos, a Organização das Nações Unidas defende que o “custo para a aquisição ou aluguel da moradia deve ser acessível, de modo que não comprometa o orçamento familiar e permita também o atendimento de outros direitos humanos, como o direito à

alimentação, ao lazer etc.” (ONU, s.d.). Assim também, a segurança da posse do imóvel deve ser garantida, principalmente como forma de evitar os despejos forçados. Para isso, Rolnik (2009, p. 1) defende a existência de uma legislação adequada, rigorosa e aliada a políticas habitacionais.

Vale salientar, assim, que a definição dos indicadores qualitativos e suas categorias de classificação carregam certa dose de arbitrariedade, atribuindo juízo de valor a métodos construtivos, soluções espaciais e tecnológicas, práticas culturais, modos de vida, configurações familiares etc. diferentes dos padrões dominantes da sociedade. E indiferentemente da simplicidade dos conceitos envolvidos, como segurança material, ventilação e privacidade, são complexas as operacionalidades de seus mecanismos.

Percebe-se que os indicadores que definem moradia adequada no Brasil são restritos: em relação a 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)

Figura 07: Componentes e subcomponentes da inadequação de domicílios.



Fonte: Fundação João Pinheiro (2023).

Antônio Bispo dos Santos, ou Nêgo Bispo, pensador, líder quilombola e ativista político brasileiro, defende uma perspectiva científica a partir das epistemologias brasileiras. Seus relatos na obra *A terra dá, a terra quer* trazem as vivências de uma criação rural, onde a casa é de chão batido, as pessoas vivem em harmonia com os animais e a natureza, integrados no cosmos, ao contrário da cidade, onde reina a cosmofofia. Dentre muitas outras, se ressalta sua visão da globalização.

“Os humanistas querem nos convencer de que a globalização é uma convivência ampla, quando de fato não é. Em vez de compreender o globo de forma diversal, como vários ecossistemas, vários idiomas, várias espécies e vários reinos, como dizem, quando eles falam em globalizar, estão dizendo 'unificar'. Estão dizendo moeda única, língua única, mentes poucas. [...] Quando falam de indivíduo, falam de unicidade. Nós, quando falamos de indivíduo, estamos falando de unidade, estamos dizendo 'um', mas esse 'um' é parte do todo, do universo.” (SANTOS, 2023, p. 17-18).

Tentando ampliar os parâmetros estabelecidos, Pasternak (2016) sugere uma possível análise das relações habitação-saúde em quatro categorias:

- Casa e doenças transmissíveis, na qual são considerados fatores de aspectos sanitários, como acesso a serviços de água e esgoto; conservação da comida; espaços nos dormitórios; ventilação e insolação; e contato com vetores epidemiológicos no contexto da habitação.
- Casa e necessidades fisiológicas, em que são considerados fatores de conforto no ambiente da casa, como conforto térmico e acústico; entrada de ar puro, luz e iluminação; local para exercício e brincadeiras; e facilidade de manutenção.
- Casa e acidentes domésticos, cujo conteúdo é focado na segurança como um todo, como segurança material; proteção contra fogo e inundações; proteção contra choques, queimaduras, quedas, envenenamento de gás; proteção contra automóveis.
- Casa e saúde mental, que relaciona as necessidades subjetivas do indivíduo como ser único e também social, e por isso de maior dificuldade de estabelecimentos de parâmetros de análise e comparação, como privacidade; vida familiar; vida comunitária; facilidade de manutenção e de execução das atividades domésticas; satisfação estética e concordância com os padrões locais.

Os três primeiros itens indicam parâmetros quantitativos e qualitativos expressivos, bem caracterizados e com diversos exemplos concretos para sua aceção. São diversas as possíveis fontes de dados que podem ser consultadas para traçar seus perfis de ocorrência na sociedade.

Já a categoria quatro, intitulada pela autora *Casa e saúde mental* engloba uma gama de fatores de difícil parametrização, com poucos estudos acerca do tema, com resultados que variam de inconclusivos à relativos a diversos outros fatores, e quase nenhum consenso acerca dos resultados. Porém são considerados aspectos de inegável impacto na vida dos indivíduos e comunidades.

Figura 08: Dona Railda, seu marido e sete filhos, são residentes da Vila Rui Barbosa, favela localizada na cidade de Salvador (BA).



Fonte: CAU/BR (2020).

Eu, Railda Neves Bispo, tenho 35 anos [...]. Meu dia a dia é cuidando daqui, dos meus filhos, botando eles para fazer as obrigações deles enquanto meu marido sai para trabalhar. Fazer comida, [que] já tem dois dias que eu não faço que não tem dentro de casa. Desde ontem que meus filhos choram que não comeu, não tem o que comer. Quando tem dever [escolar] eu boto para eles fazerem. Quando a escola não manda, eu boto para fazer atividade. Ou então eles brincam na porta de bicicleta. Mas eles não tem [bicicleta], o vizinho que empresta para eles ficarem brincando. Eles jogam bola aí, ou então na praça. [...] Um dorme no sofá, eu durmo aqui com meu filho no chão, eu boto aquele colchão. Meu marido dorme lá no quarto com os três pequenos, ou outros [filhos dormem] dois em uma e dois em outra cama. [Sobre reformar] O dinheiro que eu ganho do auxílio é muito pouco. Ou bem mantém a casa ou bem mantém a alimentação dos meus filhos, compro gás, tudo isso. [Sobre problemas na casa] A gente pega panela, bota aqui, pega o balde, bota. Uns sentam no sofá, uns dormem em pé. Eu e meu esposo, a gente fica em pé olhando eles [...] e a água escorrendo. [...] Meu sonho é dar um quarto digno a meus filhos, para eles dormirem bem. E a segurança da minha casa. [Sobre se mudar] Não, porque aqui é um bairro maravilhoso que eu tenho. Todo mundo respeita meus filhos, [...] eu sou respeitada. (HABITAÇÃO, 2020)

Rolnik (2015) também conceitua que uma moradia de qualidade deve considerar a saúde física e a mental, assim proporcionando um ambiente propício ao desenvolvimento pessoal, lazer, privacidade, segurança e bem-estar, lazer etc. E de forma complementar, Nêgo Bispo traz

uma crítica em como o Estado trata as moradias sem considerar sua dimensão comunitária e subjetiva, aspectos de adequação cultural que devem se conformar tanto à identidade quanto à diversidade cultural dos habitantes, fazendo um paralelo entre os territórios quilombolas e as favelas, territórios urbanos periféricos.

Qual é a parte mais necessária de uma casa no quilombo? É o quintal. Na verdade, são várias; a cozinha é necessária também, todo mundo chega pela cozinha. Mas o quintal é essencial porque é onde as crianças aprendem a fazer tudo. É também onde guardamos espaço para construir a casa de quem vai nascer, as casas das próximas gerações. Na casa da minha filha, por exemplo, há espaço para fazer a casa do filho dela. Nossas casas são pensadas com espaço para fazer outras casas.

Se o quintal é essencial no quilombo, qual é a parte mais necessária de uma casa na favela? É a laje. A primeira laje é para o primeiro filho ou primeira filha que se casa, e a segunda laje é para fazer as festas. O que fez, porém, o Minha Casa, Minha Vida? Chegou às favelas e tirou as lajes das casas, sua parte mais necessária. Veio para os quilombos e construiu casas sem quintal, tirou o quintal das casas, sua parte mais necessária.

O Minha Casa, Minha Vida é o programa mais colonialista nas políticas de habitação. Foi um ataque brutal, violento, perverso, racista, institucionalmente colonialista. É melhor falar colonialismo do que racismo, porque alterar a arquitetura, subjugar ou proibir a arquitetura existente é mais do que racismo. Por que não levaram em consideração a arquitetura do povo da favela? (SANTOS, 2023, p. 37).

Por fim, um dos aspectos pouco mencionados na literatura, trazido pela ONU (s.d.) e corroborado por Rolnik, é o fortalecimento da não discriminação e priorização de grupos vulneráveis quanto ao acesso à habitação de qualidade.

Em muitas partes do mundo, as minorias étnicas e religiosas, povos indígenas, minorias e grupos nômades enfrentam discriminação, refletida nas condições desproporcionalmente inadequadas de moradia desses grupos. Mesmo assim, a discriminação e a segregação na habitação se baseiam não apenas na raça, classe ou gênero, mas também na pobreza e marginalidade econômica. Elas podem se manifestar de muitas maneiras, inclusive no confisco discriminatório de terras, nos despejos forçados; discriminação contra mulheres, no que diz respeito aos direitos à moradia, terras, herança e propriedade; quantidade e qualidade limitadas de serviços básicos fornecidos aos grupos, bairros ou assentamentos de baixa renda; ou por meio do comportamento dos senhorios. (ROLNIK, 2009, p. 2)

Cabe ressaltar ainda a perspectiva de gênero, com beneficiamentos desiguais e desproporcionais para mulheres, também vítimas de violências, normas sociais e culturais discriminatórias quanto ao acesso à moradia adequada; como também ressaltar dentro dos grupos vulnerabilizados da sociedade, como idosos, crianças, pessoas com deficiência, pessoas com HIV, vítimas de desastres naturais, entre outras.

3. A CARTILHA

A cartilha desenvolvida no presente trabalho tem o objetivo de contribuir como ferramenta no processo de promoção de saúde individual e coletiva das populações, ao facilitar o acesso das comunidades a uma compilação de proposições de solução arquitetônica, conhecimento e práticas relacionadas ao campo da arquitetura e da construção civil, em linguagem textual de fácil entendimento e representações visuais complementares. Sendo suas aplicações tanto de forma preventiva, na proposição de novas construções e intervenções, mas principalmente de forma mitigadora, de possíveis situações indesejadas por seus habitantes já existentes nas moradias, com foco na relação entre saúde e arquitetura.

O elemento principal para o desenvolvimento da cartilha foi a busca de dados relacionados ao estado de saúde-doença das populações. Dados estes que poderiam contribuir de forma a ser possível inferir diversos cenários de intervenção arquitetônica, através do estudo de como ocorre a manifestação das enfermidades registradas e suas possíveis correções.

Cogitou-se outras formas de obtenção dos dados, através de aplicação de questionários, de contato com organizações que trabalham com comunidades vulnerabilizadas, sintetizando manuais etc. e as comunidades de Ouro Preto (MG) e de Salvador (BA). Foram consideradas as questões éticas envolvidas no processo de obtenção de dados primários através de questionários, da preferencial mobilização de profissionais de diversas áreas no processo, como agentes comunitários e de saúde, psicólogos, líderes comunitários etc.

Por fim, para atender ao escopo de trabalho e cronograma do TFG, foi definida a cidade de Salvador como campo de pesquisa e fontes de dados secundários já disponibilizados publicamente.

3.1. Metodologia de pesquisa

Para guiar a pesquisa dos dados secundários foi feita então uma analogia com a tríade de palavras CORPO, MORADIA e AÇÕES, em que:

- CORPO: é a representação das doenças, incidentes e transtornos tomadas como base de dados para construção da cartilha;
- MORADIA: representa a investigação de causas diretas, fatores de risco, recomendações gerais, ações de prevenção e tratamento associadas aos itens da categoria CORPO;

- AÇÕES: representam ações de cunho arquitetônico e construtivo que podem ser propostas nas moradias com intuito de evitar, solucionar ou amenizar as ocorrências identificadas na categoria MORADIA.

Buscou-se, então, em arquivos digitais, materiais que permitissem caracterizar o histórico de doenças do município de Salvador nos anos mais recentes, encontrando diversos documentos como relatórios e planos da Secretaria de Saúde de Salvador. Foram escolhidos os Planos Municipais de Saúde (PMS) como fonte de dados, pois, trazem em organização sintética e direcionada as informações necessárias. Possuem caráter analítico para servir de base em como deve se organizar o planejamento em saúde no município, resumizando o perfil epidemiológico da capital baiana dos últimos mandatos.

Foram assim utilizados os planos dos últimos 4 mandatos da secretaria municipal de saúde que abarcam o histórico de doenças mais recorrentes dos anos 2000 a 2020:

- Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (PMS, 2010);
- Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (PMS, 2014);
- Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2022 – Volume I (PMS, 2018);
- Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025 – Volume I (PMS, 2022).

A partir destes foram listadas todas as causas de mortalidade e morbidade que poderiam ter suas causas, fatores, recomendações, ações de prevenção e tratamento diretamente associadas a ações de cunho arquitetônico em moradias.

A análise foi guiada por definições e caracterizações realizadas por dois glossários de saúde-doença disponíveis online: *Saúde de A a Z* (BRASIL, 2025) e *Glossário de saúde* (EINSTEIN, 2025).

As causas de mortalidade e morbidade selecionadas foram organizadas em 5 (cinco) grupos de doenças, incidentes e transtornos, segundo o critério de compartilhamento em comum no mesmo grupo de causas, fatores, recomendações, ou ações de prevenção e tratamento:

- GRUPO 1: Doenças associadas a Vetores, Artrópodes e Roedores (Animais peçonhentos, Esporotricose, Esquistossomose, Leishmaniose, Leptospirose e Raiva);
- GRUPO 2: Arboviroses (Chikungunya, Dengue e Zika);
- GRUPO 3: Acidentes domésticos (Afogamentos, Quedas e Queimaduras) e questões de Saneamento básico (Cárie e doenças periodontais; e Diarreias);

- GRUPO 4: Questões de Saúde mental, Transtornos Comportamentais e Mentais (Depressão e outros transtornos);
- GRUPO 5: Doenças Imunopreveníveis (Coqueluche, Gripe, Covid-19 e Varicela) Doenças Respiratórias (Asma, Bronquite, Pneumonia e Rinite) e de Transmissão Respiratória (Hanseníase, Meningites e Tuberculose).

Algumas doenças foram adicionadas à nomenclatura e exemplificação dos grupos apesar de não serem mencionadas diretamente como causas de mortalidade e morbidade, mas que possuem associação, influência ou relevância mencionadas em quadros de saúde de outras doenças, como Asma, Rinite e Diarreias. As causas externas compreendidas como possivelmente relacionadas às condições de moradia foram renomeadas como Acidentes domésticos.

O Suicídio, que é uma causa externa de mortalidade, foi representado pelo quadro de Depressão, já que segundo o Ministério da Saúde “a Depressão é uma doença mental de elevada prevalência e é a mais associada ao suicídio” (BRASIL, 2025). Além disso, o Grupo 4 foi nomeado para ampliar o espectro de transtornos que podem ser beneficiados pelas ações da cartilha, já que foi constatada na pesquisa a correlação das características identificadas para causas, prevenção e principalmente de tratamento da depressão com diversos outros transtornos como Transtorno de ansiedade generalizada (TAG), Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), Transtorno de personalidade esquizotípica, Transtorno de Personalidade Esquizoide, Síndrome de Burnout, entre outros.

Após as caracterizações e agrupamentos dos tipos de doenças, incidentes e transtornos, foram analisados as causas diretas, os fatores de risco, as recomendações gerais, e as ações de prevenção e tratamento. Todos os fatores foram classificados em 3 (três) categorias:

- Recomendações gerais não relacionadas à arquitetura a serem reforçadas, incluídas em quadros de recomendações;
- Recomendações identificadas como possíveis de relacionar a ações de arquitetura;
- Não se aplica, para caracterizações relacionadas a herança e predisposição genética, condições de saúde correlatas, histórico social, médico e familiar dos pacientes.

3.2. Salvador em foco: caracterização do público-alvo

Definida a fontes de dados como os planos municipais de saúde para nortear as ações contidas na cartilha, mostrou-se importante a caracterização da população da cidade de Salvador escolhida como o campo de pesquisa para definição do público-alvo a nortear o tipo de conteúdo contidos nas ações, além do seu formato, linguagem e representação visual.

Trazemos então o conceito de interseccionalidades (OLIVEIRA, 2020) formulado por Kimberlé Crenshaw, e transcrito para realidade brasileira pelo livro homônimo de Carla Akotirene, mestra e doutoranda em “Estudos Interdisciplinares de Gênero, Mulheres e Feminismos” pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), retratando temas como racismo e sexismo, além de atuar como assistente social em Salvador.

Elaborada diante da crítica feminista negra às leis antidiscriminação subscrita às vítimas do racismo patriarcal, a interseccionalidade tem como objetivo dar instrumentalidade teóricometodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, do capitalismo e do cisheteropatriarcado. Para Kimberlé Crenshaw, sua formuladora, “a interseccionalidade permite-nos enxergar a colisão das estruturas, a interação simultânea das avenidas identitárias, além do fracasso do feminismo em contemplar mulheres negras, já que reproduz o racismo. (AKOTIRENE, 2019, p. 19, apud OLIVEIRA, 2020, p. 304).

O objetivo de utilizar o conceito é, como afirma Akotirene (2019), o de evidenciar como o ‘sistema de opressão interligado’ vulnerabiliza a população brasileira, e em específico, a soteropolitana, delimitando o perfil socioeconômico cultural a quem a cartilha se propõe particularmente, mas de forma não excludente a outros recortes sociais, através de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Fundação João Pinheiro (FJP).

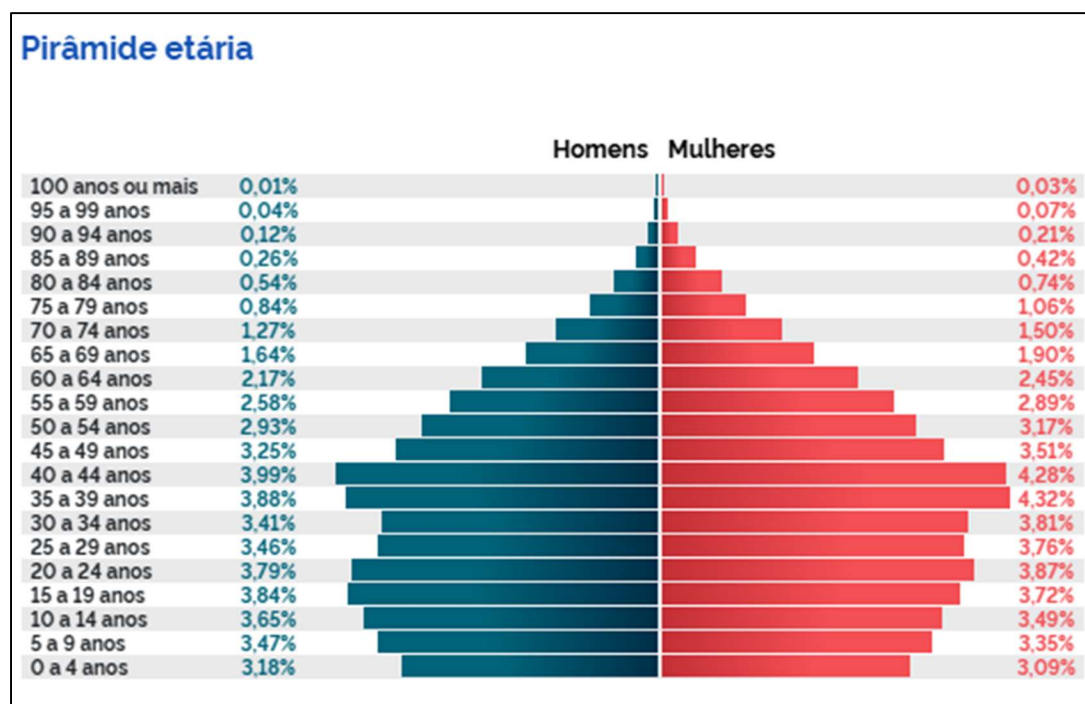
Segundo o Censo Demográfico de 2022 (IBGE, 2025), o Brasil possui dentre os mais de 203 milhões de habitantes, 6 milhões de mulheres a mais do que homens, com as mulheres correspondendo a 51,5% da população e os homens a 48,5% da população brasileira. Apesar do maior nascimento de crianças do sexo masculino no Brasil, a quantidade de mortes de homens até 24 anos por causas externas torna a população feminina majoritária em todas as regiões do país, a partir dos 25 anos, e no Nordeste, desde os 20 anos de idade.

Do mesmo modo, o número de mulheres é maior na população baiana, correspondendo a 51,66% e de homens a 48,34. Enquanto a cidade Salvador possui o maior índice de mulheres do estado, com porcentagem de 54,4% e ode homens a 45,6%.

Em relação a faixa etária, a população brasileira tem envelhecido e “o número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% na população do país em 12 anos” (IBGE,

2023). Ainda assim, os idosos representam atualmente 10,9% da população, enquanto crianças até 14 anos chegam a 19,8% e a faixa entre 15 e 65 anos corresponde a 69,3%. O Instituto relata que a idade mediana de 35 anos divide a população ao meio, 50% acima e 50% abaixo de 35 anos.

Figura 09: Censo 2022 - Pirâmide etária - Bahia.



Fonte: IBGE (2023).

As faixas de idade no estado da Bahia possuem valores muito próximos da média nacional, enquanto na capital baiana existe uma maior porcentagem de idosos acima de 65 anos (11,1%) e na faixa entre 15 e 65 anos (72,1%) da população, e menor valor percentual de crianças até 14 anos (16,8%) em relação ao país. A idade mediana da cidade é também maior que a média nacional, 38 anos, e é a segunda mais alta conjuntamente a outras três capitais, Belo Horizonte (MG), Vitória (ES) e Rio de Janeiro (RJ).

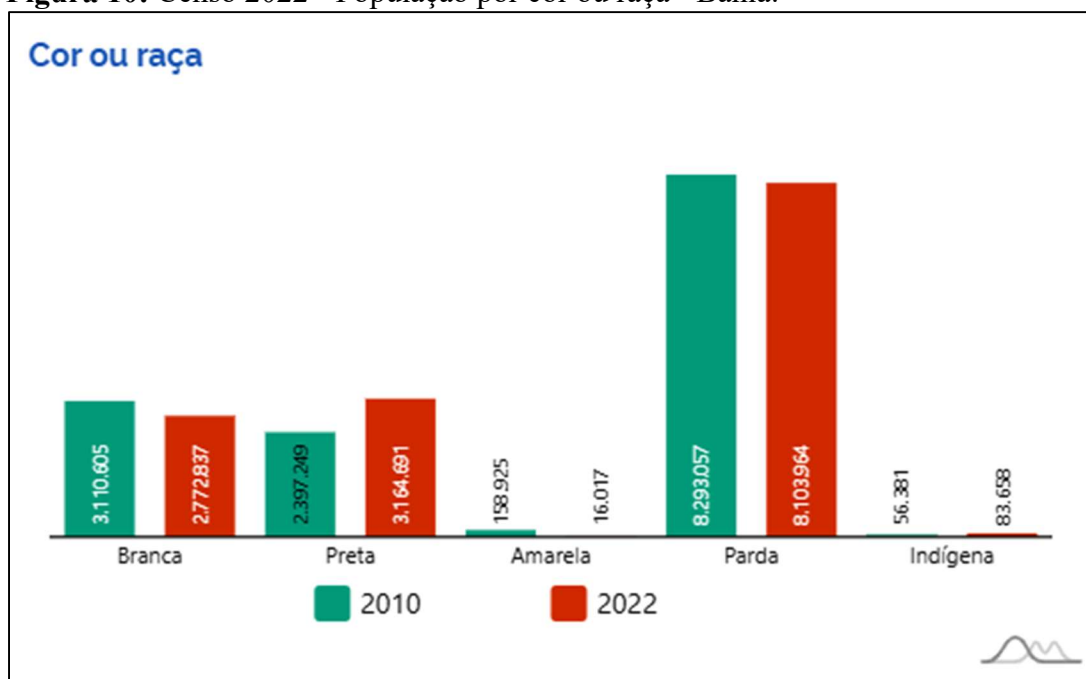
O Censo 2022 registrou ainda que 45,3% da população brasileira se autodeclarou² parda, 43,5% branca, 10,2% preta, 0,6% indígena e 0,4% amarela. Vale constatar então que a população negra no Brasil, que inclui os autodeclarados pardos e pretos para o IBGE, representa 55,5% do país, e a região Nordeste contempla o maior percentual de população preta (13,0%) e o segunda maior de pardos (59,6%).

² O IBGE pesquisa a cor ou raça da população brasileira com base na autodeclaração. Ou seja, quando questionada, a pessoa pode se declarar como preta, parda, branca, amarela ou indígena. (IBGE, 2023)

A nível estadual, a Bahia se destaca por ser a UF com maior proporção de pessoas pretas (23,9%) ou pardas (56,9%) do Brasil, totalizando 80,8% da população. E Salvador é a capital com a maior proporção de população preta no Brasil (34,1%) e única em crescimento no município. A população declarada parda ainda é de maior percentagem (49,1%), mas que somada à preta torna a capital baiana a de maior proporção de negros em território brasileiro com 83,2%.

Vale ressaltar ainda que Salvador é o segundo município brasileiro com mais pessoas autodeclaradas quilombolas (15.897), atrás somente de Senhor do Bonfim/BA (15.999), como também possui a segunda maior população quilombola residente fora de Territórios Quilombolas oficialmente delimitadas (14.727). Além disso, a capital baiana é a segunda do Brasil com maior população indígena, abaixo apenas de Manaus, e o quarto município de maior valor absoluto (27.715).

Figura 10: Censo 2022 - População por cor ou raça - Bahia.



Fonte: IBGE (2023).

As taxas de alfabetização³ e analfabetismo no Brasil correspondem a 93,0% e 7,0% respectivamente, possuindo as pessoas pardas (8,8%), pretas (10,1%) e indígenas (16,1%) as maiores taxas de analfabetismo. Em relação a idade, as pessoas entre 15 e 24 anos apresentam

³ O IBGE considera alfabetizada a pessoa com 15 anos ou mais de idade que sabe ler e escrever pelo menos um bilhete simples ou uma lista de compras, no idioma que conhece, independentemente do fato de estar ou não frequentando escola e já ter concluído períodos letivos. (IBGE, 2023)

a menor taxa (1,5%) e as com mais de 65 anos a maior (20,3%). Quanto ao gênero, o analfabetismo é 1% menor para as mulheres (6,5%) que para os homens (7,5%).

Desta forma, a taxa de analfabetismo na Região Nordeste é o dobro da média nacional, com 14,2% e a Bahia possui um valor em queda, com 12,6%. Já Salvador possui um valor fora da curva, com a menor taxa de analfabetismo do estado (3,5%), mas ainda possui a maior taxa entre as pessoas idosas (9,4%) e de forma oposta uma taxa um pouco maior para as mulheres (3,6%) do que para os homens (3,3%).

Já na Fundação João Pinheiro, constatamos nos dados mais recentes que dentre os mais de 6 milhões de domicílios em déficit habitacional, a região Nordeste representa a segunda região com maior déficit absoluto de domicílios (1.761.032), com a Bahia liderando dentre os estados (440.355) e a Região Metropolitana de Salvador liderando dentre as capitais (105.211). Vale ressaltar que a Bahia é o estado mais populoso do Nordeste e os valores relativos⁴ do déficit habitacional em níveis estadual e municipal são inferiores aos comparados.

O déficit habitacional é formado por três componentes e na RM Salvador o ônus⁵ excessivo com o aluguel urbano é o que mais contribui ao número de habitações (69,0 mil), seguido pelo número de habitações precárias⁶ (20,1 mil) e por último as que apresentam coabitação⁷ (16,0 mil). Esta hierarquia quantitativa de contribuições não reflete o quadro geral do território brasileiro, onde nas regiões Norte e Nordeste existem estados com predomínio da habitação precária ou da coabitação, sendo os grandes centros urbanos como Salvador onde há maior contribuição por ônus excessivo devido a questões como inflação imobiliária.

Quanto as 26 milhões de moradias consideradas com inadequação de domicílios urbanos no Brasil, o Nordeste é a região com maior valor absoluto (8,7 milhões), com a Bahia como segundo estado de maior valor (1,8 milhão) e a RM Salvador dentre as três primeiras capitais (637 mil). O Nordeste também representa o segundo maior valor relativo (58,8%). Vale ressaltar ainda que em números totais os domicílios considerados inadequados ocorreram em

⁴ Déficit habitacional relativo ao total de domicílios particulares ocupados (permanentes e improvisados) são compreendidos como domicílios onde o relacionamento entre seus ocupantes é ditado por laços de parentesco, de dependência doméstica ou por normas de convivência, ocupados na data da entrevista. (IBGE, 2023)

⁵ O ônus excessivo com o aluguel urbano considera famílias com renda total de até três salários mínimos que gastam mais de 30% dos seus rendimentos com aluguel. (FJP, 2021)

⁶ As habitações precárias são aquelas consideradas como e domicílios rústicos, cujo material predominante nas paredes externas é diferente de alvenaria, taipa com revestimento e madeira aparelhada, e os domicílios improvisados, imóveis e locais precários e com fins não residenciais, classificados pelo CadÚnico. (FJP, 2021)

⁷ A coabitação considera domicílios próprios do tipo cômodo e as unidades domésticas conviventes déficit, que compreendem os domicílios com mais de um núcleo familiar e com adensamento superior a suas pessoas por dormitório. (FJP, 2021)

sua maioria fora das regiões metropolitanas, sendo grande parte das contribuições devido aos valores de inadequação relativos à falta de infraestrutura urbana.

Figura 11: Déficit Habitacional Total Brasil e Regiões.

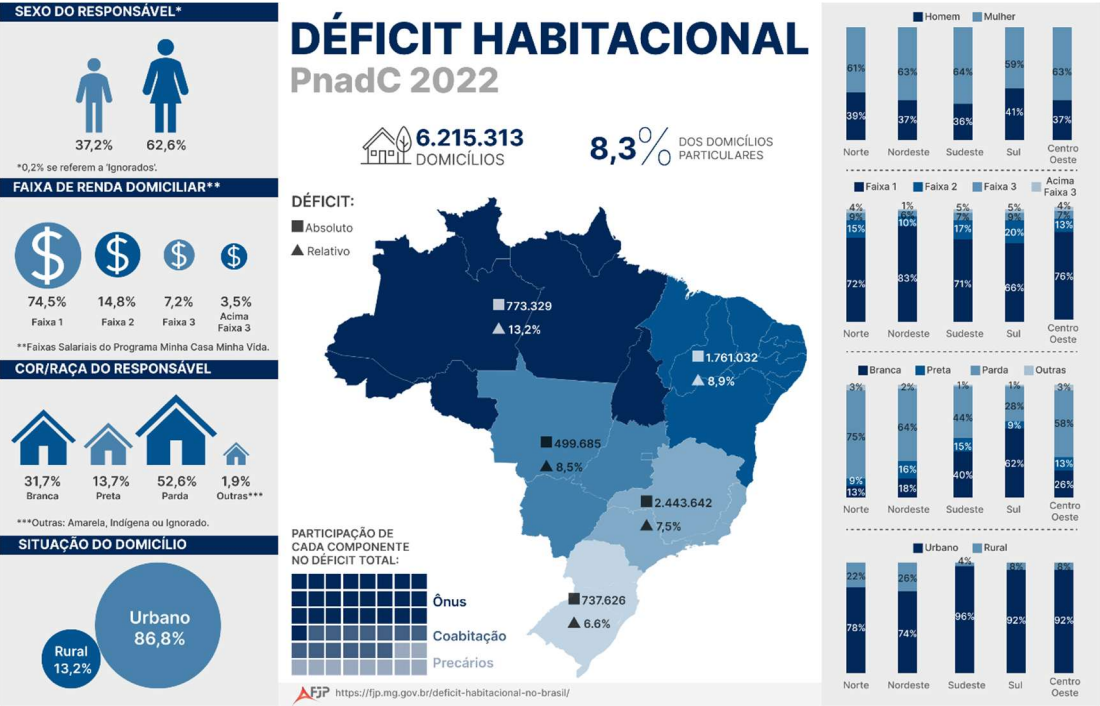
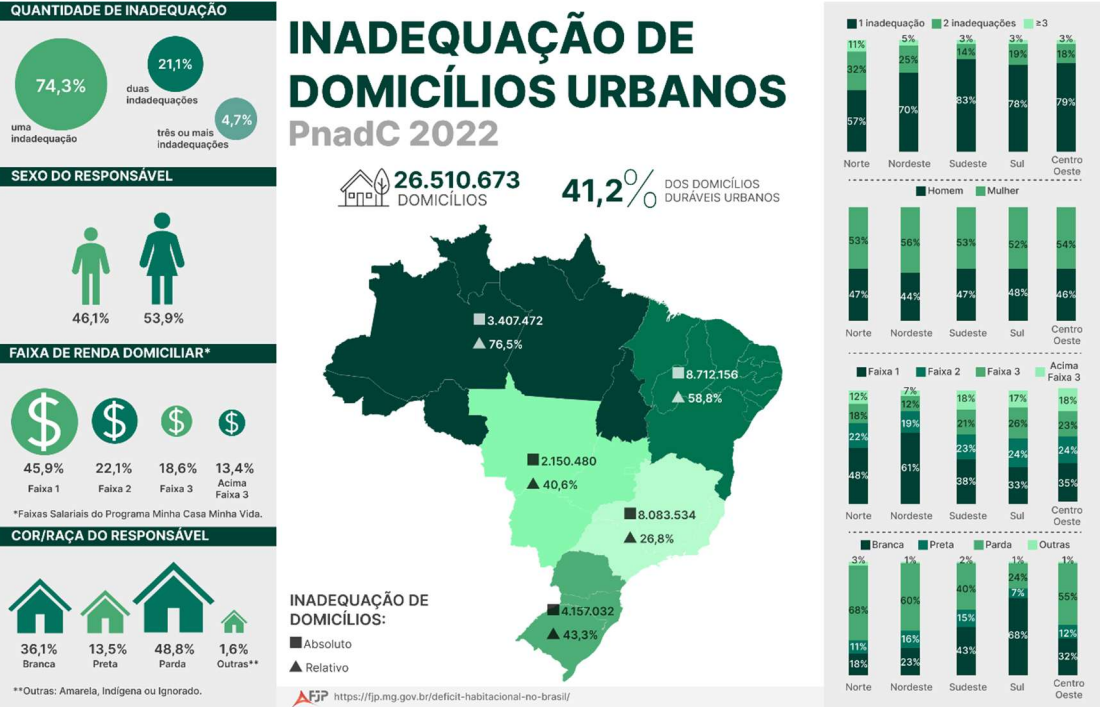


Figura 12: Inadequação de Domicílios Urbanos Brasil e Regiões.



Em ambos os casos de déficit habitacional e inadequação de domicílios para todo o país, os núcleos familiares com faixa de renda até 2 (dois) salários mínimos representam as maiores porcentagens, os domicílios com mulheres como responsável⁸ representam as maiores porcentagens por gênero e as pessoas autodeclaradas pardas representam as maiores porcentagens por cor ou raça, por conseguinte, maiores porcentagens para a categoria negros, que engloba os autodeclarados pardos e pretos para o IBGE.

Considerando ainda informações do Censo 2022 sobre composição domiciliar, é constatado que a categoria responsável em todo país é composta em 50,9% por homens e 49,1% por mulheres, cujo valor está em crescimento histórico. Podemos analisar ainda com dados cruzados, por sexo e segundo a cor ou raça, em que as mulheres pardas (44,5 %) e pretas (11,9%) possuem maiores valores que os homens pardos (43,2 %) e pretos (11,5%). E por faixa etária, as pessoas de 40 a 59 representam 40,1% dos responsáveis, e aquela de 25 a 39 anos ou acima de 60 anos a mesma porcentagem de 27,2% cada.

A Bahia está dentre os dez estados com maiores percentuais de mulheres responsáveis pela unidade domiciliar, com 51,0%, e possui o maior percentual de responsáveis pretos (25,0%) e o terceiro maior de negros (80,7%), com pardos contribuindo em 55,7%. Já dentre todas as capitais brasileiras, Salvador possui a maior porcentagem com mulheres como responsável (55,8%).

Partindo do objetivo da cartilha que é de disseminar conhecimentos arquitetônicos e da construção para um maior número de pessoas, especialmente aquelas cuja habitação foi e é feita pela autoconstrução, foi delimitado o público-alvo ocupando as interseccionalidades de mulheres, negras, de meia idade, com certo grau de alfabetização e responsáveis pelas suas habitações. Contudo, esta definição não é excludente a outros recortes.

Apesar do déficit habitacional e a inadequação de domicílios no país terem maiores valores para núcleos familiares com faixa de renda até 2 (dois) salários mínimos, esta interseccionalidade não foi incluída devido ao caráter arbitrário dos parâmetros qualificadores. Contudo, as ações foram principalmente pensadas para faixas de renda mais baixas.

3.3. Desenho da cartilha

⁸ O IBGE define Pessoa responsável pelo domicílio como: pessoa (homem ou mulher), de 12 anos ou mais de idade, reconhecida pelos moradores como responsável pela unidade domiciliar. (IBGE, 2023)

Esta etapa se iniciou no início do TGF, com a busca de cartilhas, manuais e materiais similares diversos para servir como referência de produção do objetivo específico. Ao analisar os materiais de referência foram considerados diversos aspectos como: formas de organização espacial das páginas, estilos de representações gráficas dos elementos gráficos, modo de abordagem dos temas, forma de categorização de tópicos, relação entre a linguagem escrita e visual etc. Foram utilizados 6 (seis) exemplos de referência gráfica para o projeto:

- Manual IPTU Verde 2023;
- Desenho Universal para Habitação de Interesse Social;
- *Is your home making you sick?*;
- Habitar e proteger a encosta do morro da queimada, Guia Comunitário;
- Cartilha de melhorias habitacionais: mitigar conflitos fundiários em Osasco;
- Cartilha Cáritas - Projetos de benfeitorias.

A partir da análise dos materiais de referência foram definidas as estratégias de comunicação para guiar o desenho da cartilha. O ponto de partida foi tornar a comunicação o mais acessível possível, buscando estratégias de Linguagem Simples, que é defendida pela Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico para uso em materiais produzidos para o público em geral.

A Linguagem Simples é uma forma de comunicação usada para transmitir informações de maneira simples, objetiva e inclusiva. Além de ser uma técnica, é também uma causa social, pois defende o acesso efetivo dos cidadãos e cidadãs aos serviços públicos e o pleno entendimento dos seus direitos e deveres. (ANA, 2025)

Desta forma, os elementos textuais foram transformados majoritariamente em diálogos temáticos, fragmentados ao longo do conteúdo e sempre que possível acompanhados de elementos de comunicação visual como pictogramas, fotos e representações isométricas ou esquemáticas.

O formato da cartilha em tamanho A4 (21 x 29,7 cm) foi pensado tanto para seu uso impresso quanto virtual, em especial para celulares. A fonte principal dos elementos textuais possui tamanho 10, o maior possível para possibilitar a leitura e manter a cartilha com um número mediano de páginas.

O uso intencional de cores mais vibrantes foi adotado para criar uma identidade visual e orientar a comunicação, sendo aplicadas, por exemplo, no índice para identificar os diferentes grupos de doenças.

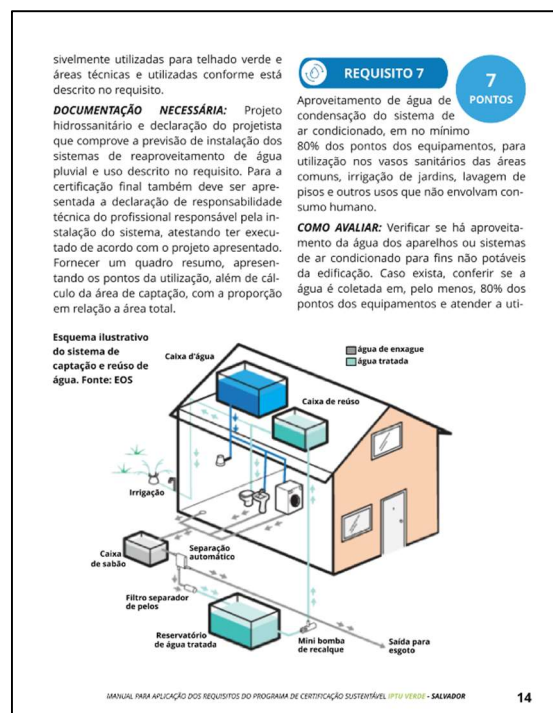
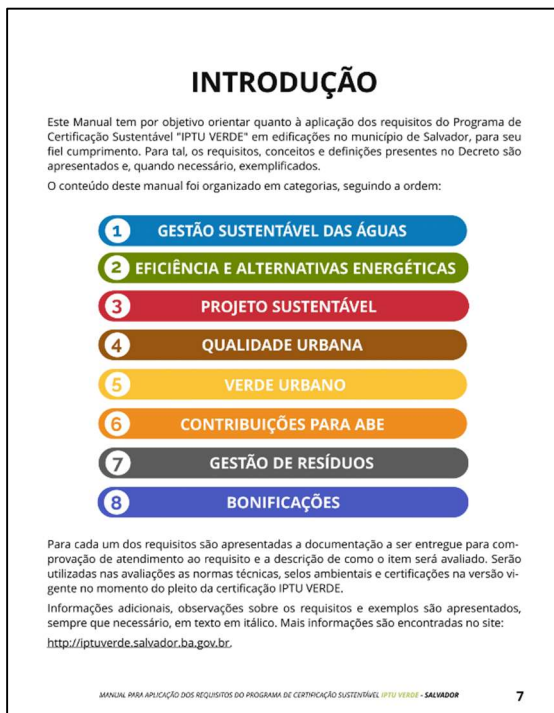
Outra estratégia foi a de coordenar o uso de cores entre os elementos textuais e gráficos, repetição das mesmas cores para os mesmos tipos de informação, a exemplo de todas as dimensões horizontais serem feitas na cor azul, as de área em verde e as verticais e inclinadas em vermelho. As cores também foram usadas por correlação à sensação que causam, o azul para evocar o vento frio, o vermelho para representar o calor, o amarelo para esquemas solares etc. Foi muito utilizada também a linguagem semafórica, com vermelho representando ação negativa, o amarelo atenção e o verde ação positiva.

Além disso, a escolha de todos os elementos visuais foi pensada para criar identificação pelo público-alvo, trazendo representações étnico-raciais e de grupos vulnerabilizados da sociedade, além de fotos de aproximação com o contexto brasileiro, soteropolitano e de grupos de faixas de renda menores. Foi constatada a dificuldade de encontrar em bancos de imagens a reprodução de espaços arquitetônicos que não sejam de alto padrão e de difícil reprodução e representatividade por meio da autoconstrução.

A imagem vendida pela produção arquitetônica de forma ampla no mercado atualmente pouco representa os modos de vida da maior parte da população brasileira. Esta consideração, além da necessidade de transcrição de desenhos técnicos para uma linguagem de mais fácil entendimento, impulsionou o desenvolvimento das representações isométricas dos diversos ambientes demonstrados na cartilha.

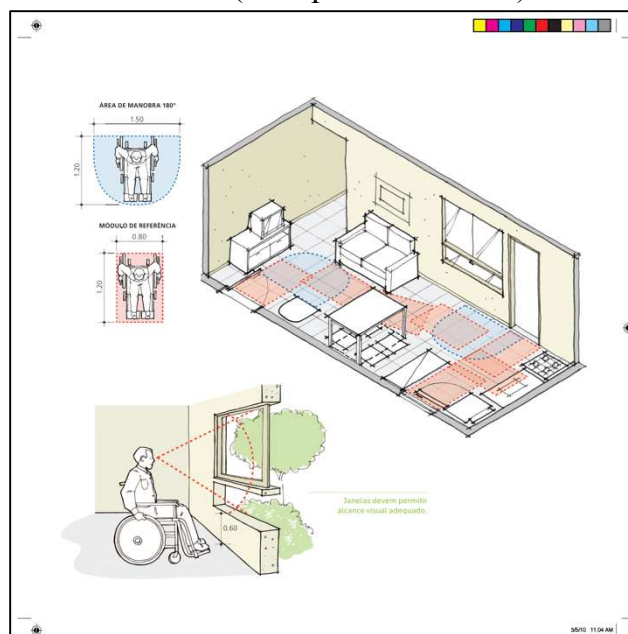
Por fim, as ações representadas foram indicadas separadamente entre os 5 grupos definidos, por serem a contrapartida dos conjuntos de fatores identificados como causais específicos de cada grupo. Apesar disso, o fazer arquitetônico é intrinsecamente múltiplo e os elementos construídos em geral possuem mais de uma funcionalidade prática ou influência. Do mesmo modo, as ações na cartilha se relacionam entre si, todo o tempo se autorreferenciando, tanto de forma natural pela multiplicidade das aplicações, como por uma estratégia deliberada de impulsionar o leitor a explorar toda a cartilha.

Figura 13 e 14: Manual IPTU Verde 2023 (índice e exemplo de conteúdo).



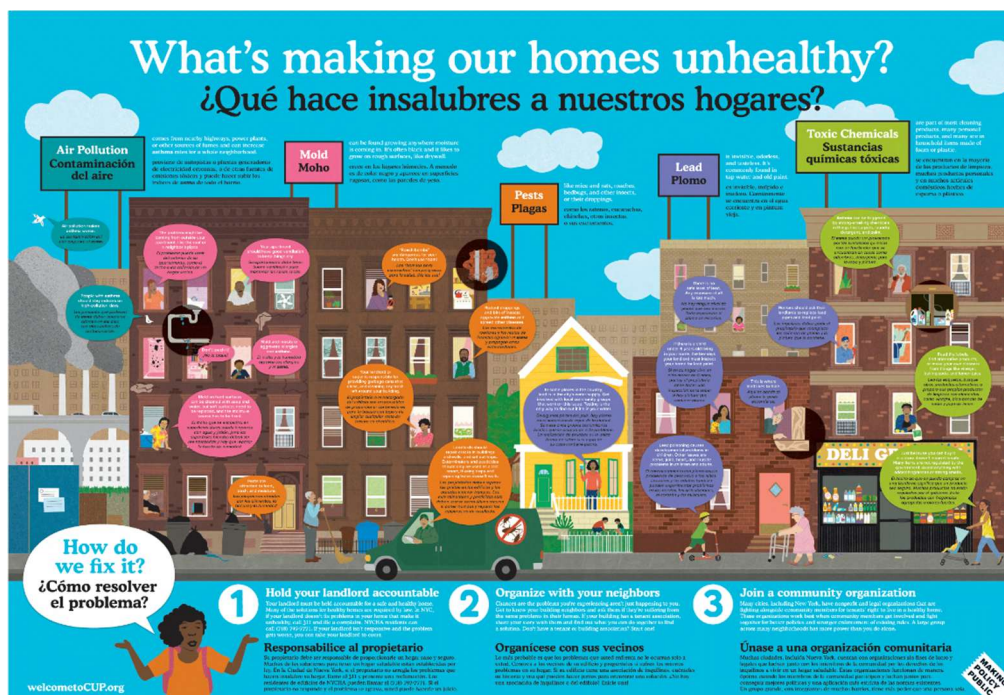
Fonte: Prefeitura Municipal de Salvador (2023).
Disponível em: <http://www.iptuverde.salvador.ba.gov.br/>

Figura 15: Desenho Universal para Habitação de Interesse Social (exemplo de conteúdo).



Fonte: Governo do Estado de São Paulo.
Disponível em:
<https://cdhu.sp.gov.br/web/guest/publicacoes/manuais-tecnicos/documentos-tecnicos>

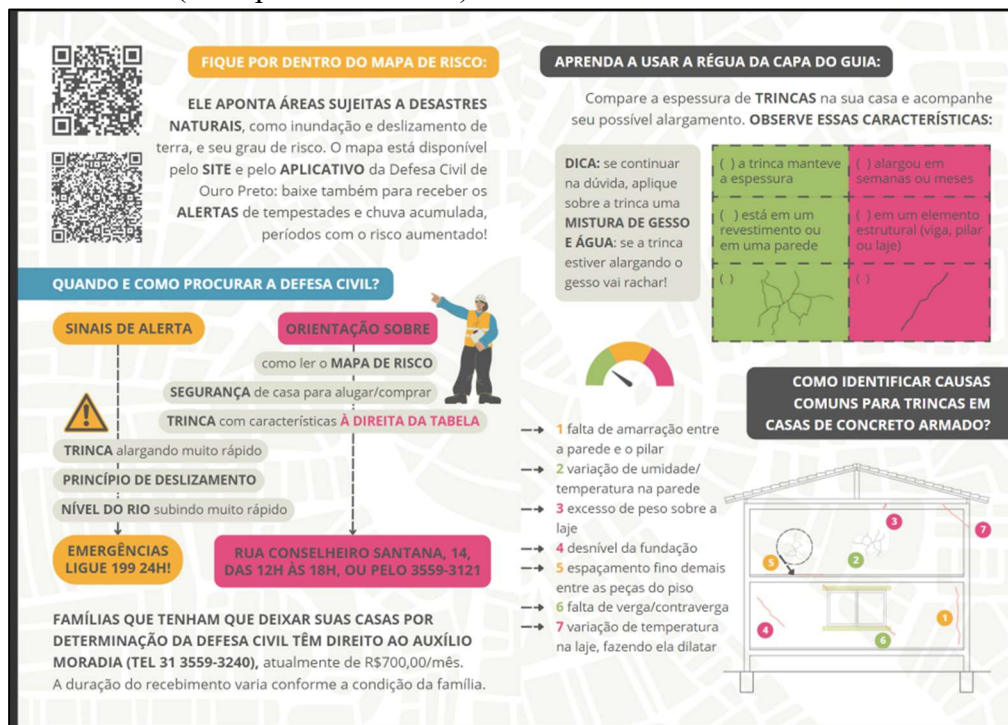
Figura 16: Is your home making you sick? (exemplo de conteúdo).



Fonte: Center For Urban Pedagogy (CUP).

Disponível em: <https://welcometocup.org/projects/is-your-home-making-you-sick>

Figura 17: Habitar e proteger a encosta do morro da queimada, Guia Comunitário (exemplo de conteúdo).



Fonte: Ângela Poletto.

Disponível em: <https://issuu.com/angelapoletto/docs/fdw2i8xoake>

Figura 18: Cartilha de melhorias habitacionais: mitigar conflitos fundiários em Osasco (índice e exemplo de conteúdo).



Fonte: Conselho de Arquitetura e Urbanismo de São Paulo (CAU/SP).

Figura 19: Cartilha Cáritas - Projetos de benfeitorias (exemplo de conteúdo).



Fonte: Cáritas Regional Minas Gerais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho Final de Graduação buscou analisar a relação entre saúde, habitação e moradia, evidenciando a importância da arquitetura como instrumento de promoção da qualidade de vida. A trajetória pessoal que motivou a escolha do tema foi também elemento de sensibilidade para compreender como a moradia pode ser determinante nos processos de saúde-doença e, ao mesmo tempo, campo de atuação fundamental para o exercício social da arquitetura.

A elaboração da cartilha buscou democratizar conhecimentos técnicos por meio de uma linguagem simples e acessível, oferecendo à população um material de uso prático, capaz de contribuir tanto na prevenção quanto na mitigação de problemas recorrentes em moradias, em especial as autoconstruídas. A aplicação efetiva da cartilha dependerá de articulações com políticas públicas e iniciativas comunitárias, reforçando a necessidade de integração entre saúde e habitação, além da integração com organizações sociais que atuam em territórios vulnerabilizados.

Embora o estudo tenha se restringido à análise de dados secundários, evidencia-se a necessidade de aprofundamento da investigação, através de possíveis levantamentos de dados primários em comunidades, em especial para explorar de forma mais aprofundada a relação entre habitação e saúde mental, ainda pouco contemplada na literatura nacional.

Apesar desses limites, os resultados reforçam a relevância social da pesquisa, ao indicar caminhos possíveis para que a arquitetura se aproxime das demandas concretas da população. O trabalho reafirma a necessidade de que a formação acadêmica e a prática profissional estejam comprometidas com a redução das desigualdades e a construção de cidades mais inclusivas.

Conclui-se que a moradia deve ser entendida para além de sua função física, configurando-se como espaço fundamental de cidadania e bem-estar. Ao aproximar a prática arquitetônica das demandas sociais concretas, este trabalho busca afirmar o potencial transformador da arquitetura, da universidade e da formação acadêmica, especialmente no enfrentamento das desigualdades que marcam o território brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovana Cruz; MONTEIRO, Poliana Gonçalves; OLIVEIRA, Fernanda Gomes de. **Tecendo memórias no fio da luta: decolonialidade na história da cidade**. V!RUS, 2021. Disponível em: <http://www.nomads.usp.br/virus/virus23/?sec=4&item=10&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS E SANEAMENTO BÁSICO – ANA. Linguagem Simples. Brasília, DF: ANA, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ana/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/linguagensimples/linguagensimples>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 4 set. 2024.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo demográfico 2022: resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html?edicao=38166>. Acesso em: 09 ago. 2025.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 4 set. 2024.

_____. **Lei n. 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Lei Orgânica da Saúde], incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 set. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm. Acesso em: 4 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 315, de 30 de março de 2016**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0315_30_03_2016.html. Acesso em: 21 set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z>. Acesso em: 19 fev. 2025.

CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DO BRASIL – CAU/BR; DataFolha. **O maior diagnóstico sobre arquitetura e urbanismo já feito no Brasil**. 2015. Disponível em: <https://caubr.gov.br/pesquisa2015/>. Acesso em: 21 set. 2024.

CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DE SÃO PAULO – CAU/SP. **Cartilha melhorias habitacionais: mitigar conflitos fundiários em Osasco**. São Paulo: Conselho de Arquitetura e Urbanismo de São Paulo, [s. d.]

CRUZ, Marly Marques da. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009. p. 404, il. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2790729&forceview=1>. Acesso em: 8 ago. 2024.

EINSTEIN. Doenças e sintomas. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2025. Disponível em: <https://www.einstein.br/doencas-sintomas>. Acesso em: 05 mar. 2025.

FERREIRA, Victória de Moura. **Favelas cariocas: narrativas midiáticas e urbanísticas**. 2014. 142 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2014.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – FJP. **Déficit habitacional no Brasil 2022**. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://fjp.mg.gov.br/deficit-habitacional-no-brasil/>. Acesso em: 21 set. 2024.

_____. **Inadequação de domicílios no Brasil 2022**. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://fjp.mg.gov.br/deficit-habitacional-no-brasil/>. Acesso em: 21 set. 2024.

_____. **Metodologia do déficit habitacional e da inadequação de domicílios no Brasil – 2016-2019**. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://fjp.mg.gov.br/metodologia-do-deficit-habitacional-e-inadequacao-de-domicilios-no-brasil-2016-2019/>. Acesso em: 21 set. 2024.

HABITAÇÃO Social: uma questão de Saúde Pública. Criação e direção: Paulo Markun. Direção: Marcelo Amiky. Produção: CAU/BR, 2020. Youtube (52min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=E7dfO5PZsWA>. Acesso em: 21 set. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2022: resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html?edicao=38166>. Acesso em: 09 ago. 2025.

MAGALHÃES, K. A. **A habitação como determinante social da saúde: percepções e condições de vida de famílias cadastradas no programa Bolsa Família**. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100007>. Acesso em: 21 set. 2024.

MARICATO, Ermínia. As idéias fora do lugar e o lugar fora das idéias: planejamento urbano no Brasil. **A cidade do pensamento único: desmanchando consensos**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 121-192.

OLIVEIRA, J. C. A. Interseccionalidade, de Carla Akotirene. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 303–309, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cgd.v6i1.35299>. Acesso em: 8 ago. 2024.

OLIVEIRA, Matheus Felipe Garcia. **O edifício cidade: conectando diferentes sujeitos urbanos por meio da arquitetura**. 2022. 138 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2022.

ONU, Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da. **O que é direito à moradia?** Direito à moradia, s.d. Disponível em: http://www.direitoamoradia.fau.usp.br/?page_id=46&lang=pt. Acesso em: 21 set. 2024.

PASTERNAK, Suzana. Habitação e saúde. **Estudos Avançados**, v. 30, p. 51-66, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100004>. Acesso em: 10 ago. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR - PMS. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versaofinal.pdf. Acesso em: 19 fev. 2025.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAdede-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf. Acesso em: 19 fev. 2025.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021 - Volume I**. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAdede-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf. Acesso em: 19 fev. 2025.

_____. **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2022-2025 - Volume I**: versão apresentada ao Conselho Municipal de Saúde em 20 de julho de 2022. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. Disponível em: <https://saude.salvador.ba.gov.br/gestao-estrategica/>. Acesso em: 19 fev. 2025.

REALENGO Aquele Desabafo! Produção: Grupo Habitação e Cidade. Observatório das Metrópoles (IPPUR/UFRJ), 2011. Youtube (14min). Disponível em: https://habitacao.observatoriodasmetropoles.net.br/video_realengo/. Acesso em: 21 set. 2024.

ROLNIK, Raquel. Direito à moradia. **Desafios do Desenvolvimento**, Brasília, v. 6, n. 51, p. 1-2, jun. 2009. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=1034:catid=28&Itemid=23. Acesso em: 21 set. 2024.

ROLNIK, Raquel. É preciso entender a moradia como direito. **Gauchazh**, 2015. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2015/12/raquel-rolnik-e-preciso-entender-a-moradia-como-direito-4929291.html>. Acesso em: 21 set. 2024.

SANTOS, Antônio Bispo dos. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu Editora/PISEAGRAMA, 2023.

APÊNDICE A – CARTILHA