

# Por que o investimento e foco em questões habitacionais é também uma medida de saúde

*EDUARDO CASTELÃ NASCIMENTO<sup>I</sup>*

*WESLLAY CARLOS RIBEIRO<sup>II</sup>*

*SUZANA PASTERNAK<sup>III</sup>*

## Introdução

**A**HABITAÇÃO é um direito constitucional no Brasil e mantém relação com diversos aspectos da vida humana, como saúde, educação, segurança e outros, que vão muito além de simplesmente servir de abrigo contra intempéries ou afins (Dietz; Haurin, 2003; Maricato et al., 2010; Pasternak, 2016; Stone, 1993). Em relação à saúde, viver em uma habitação precária, quer seja na dimensão da casa, do lar, do bairro, quer na da comunidade, pode ser a causa ou um fator de exacerbação de muitas patologias físicas e mentais e pode-se dizer que já são bastante difundidas nos meios técnico e acadêmico estas relações entre condições do hábitat e de saúde e doença (Bouillon, 2012; Cai et al., 2019; Eiffert et al., 2016; Karvonen et al., 2015; Maricato et al., 2010; Moses et al., 2019; Pasternak, 1982; Sandel; Desmond, 2017; Shorter et al., 2018; Wang et al., 2019). Essa não é uma relação nova e a história, sobretudo a partir da Revolução Industrial, mostra que o setor de saúde pública identificou a relação entre condições habitacionais inadequadas com condições de doenças e epidemias (Pasternak, 1982; Rosen 2015; Sandel; Wright, 2006). Para muitos autores (Benevolo, 1967), a primeira grande intervenção urbanística na época moderna se deu em 1848, na aprovação da Public Health Act, com alcance ainda limitado, mas de incalculável importância política. Essa lei instituía o General Board of Health, que tinha o poder de nomear inspetores, desde que solicitado por pelo menos uma décima parte dos habitantes de um bairro, ou onde o coeficiente de mortalidade geral nos últimos sete anos fosse superior a 23 por mil. Os poderes dos Boards, por meio do parecer desses inspetores, incluíam limpeza urbana, controle de casas de aluguel (com proibição de aluguel de porões e casas insalubres), pavimentação, saneamento básico, abastecimento de água, sepultura dos mortos, jardins públicos, matadouros, eliminação de águas estagnadas e lixo. Ou seja, mesmo num período em que o liberalismo era dominante, optou-se por permitir intervenção pública na propriedade privada para garantir a saúde coletiva.

As necessidades habitacionais brasileiras englobam duas parcelas: uma quantitativa, expressa pela reposição do estoque e pelo crescimento demográfico, e outra qualitativa, composta pelo que se chama de déficit e pela parcela considerada inadequação. A parcela “déficit” engloba a noção mais intuitiva e imediata da necessidade de construção de novas moradias. A inadequação, por outro lado, reflete problema na qualidade de vida dos moradores. Seu dimensionamento visa delinear políticas complementares à pura e simples construção de moradias, complementares à melhoria dos domicílios.

Números referentes às condições habitacionais no Brasil mostram que em 2014 o país possuía um déficit habitacional de 6,07 milhões de domicílios, representando um déficit relativo de 9% do total de domicílios brasileiros naquele ano, déficit esse composto por quatro componentes, que são domicílios precários, coabitação familiar, ônus excessivo com aluguel e adensamento excessivo de domicílios alugados (Fundação João Pinheiro, 2020). A essas parcelas agregou-se também a parcela oriunda da urbanização de assentamentos precários (nesses casos, para a colocação de saneamento básico e desadensamento, torna-se obrigatória a remoção de unidades habitacionais, independentemente do seu estado de adequação). Além desse déficit, a mesma Fundação João Pinheiro (2013) destaca que existiam em 2010 no Brasil mais de 13 milhões de domicílios particulares permanentes urbanos com algum tipo de inadequação habitacional, entre elas problemas de infraestrutura (água, esgoto, luz e coleta de lixo), adensamento excessivo em domicílios próprios e ausência de banheiro exclusivo, perfazendo um total relativo de 26,4% dos domicílios particulares permanentes urbanos do país. Salienta-se que essa situação de inadequação habitacional exclui os domicílios classificados nas situações de déficit habitacional antes elencadas.

Logo, este artigo visa por meio de uma pesquisa bibliográfica identificar dados de produção científica sobre possíveis relações entre habitação e saúde. Em seguida, busca em leis e outros documentos, além de outras fontes de dados primários, informações sobre a destinação dos recursos públicos da saúde no Brasil e se há a contemplação da habitação entre as despesas passíveis de utilização de verbas públicas destinadas à função orçamentária saúde.

### **Associação entre habitação e saúde: uma visão geral**

Em 2003 foi apresentado pelo IOM (Instituto de Medicina) dos Estados Unidos o resultado de uma revisão extensiva da literatura científica sobre a relação entre ambientes habitacionais úmidos ou com mofo e a manifestação de determinadas enfermidades, sobretudo doenças respiratórias e sintomas alérgicos. O resultado do estudo, encomendado pelos Centros para Prevenção e Controle de Doenças (CDC) do mesmo país, mostrou existir evidências suficientes dessa associação em sintomas do trato respiratório superior, tosse, espirros, sintomas de asma em pessoas sensibilizadas, além de sugerir que a associação também poderia existir, pela existência de evidências limitadas ou sugestivas, em casos de dispneia, doenças do trato respiratório inferior e desenvolvimento de asma (IOM, 2004).

Tal estudo ocorre, em grande parte, por um movimento que tem como marco a década de 1970, sobretudo a partir da Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata na antiga União Soviética, hoje Cazaquistão. O movimento contribuiu para a disseminação de uma “nova saúde pública”, sugerindo que a medicina sozinha não pode resolver os problemas de saúde. É necessário, segundo pontuado, por exemplo, no VII dessa declaração, que os cuidados primários de saúde se articulem com outros campos do conhecimento, como urbanismo, habitação, meio ambiente, cultura, transporte, educação, lazer, também determinantes das condições de vida e saúde. Dessa forma, consolidou-se uma nova posição entre amplos setores da comunidade científica e profissional, a despeito de toda resistência oferecida pelo complexo médico-industrial. Passou-se a falar em determinação social do processo saúde-doença, por se reconhecer que as necessidades de saúde não residem unicamente em não estar doente (Merhy et al., 1989; Nogueira; Miotto, 2006; OMS, 1978; OMS, 1986; Pasternak, 2016; Valentim, 2015).

Desde então, muitos foram os artigos publicados mundo afora mostrando estudos sobre possíveis relações entre diversas exposições que ocorrem no ambiente habitacional, sejam elas de ordem biológica, química, socioeconômica, sejam elas de outras ordens, e como isso se reflete nas condições de saúde (ou doença) dos seus ocupantes. Uma busca nas bases Web Of Science e PubMed com descritores relacionados a habitação e asma, uma das relações muito estudadas no meio acadêmico, retornou diversos estudos em várias partes do mundo, dos mais diversos tipos, desde estudos de coorte, caso-controle, transversais e mesmo revisões sistemáticas (Nascimento, 2020). A seguir serão elencados alguns estudos publicados no Brasil e no exterior sobre as associações entre habitação e saúde.

Jaakkola et al. (2013) identificaram, em uma revisão sistemática com metanálise, que o efeito do odor de mofo, possivelmente causado pelos baixos níveis de cloroanísóis liberados por micróbios, aumenta o risco de rinite alérgica. Apresentaram como medida de efeito a razão de possibilidades, *odds ratio* (OR),<sup>1</sup> de 2,18, com um intervalo de confiança de 95% entre 1,76 e 2,71.

Shiue (2015), por sua vez, em estudo realizado nos Estados Unidos, demonstra que as moradias com odor de mofo ou de umidade apresentam maiores incidências de uma série de patologias, entre elas bronquite crônica (OR = 1,76), asma (OR = 2,22), sintomas alérgicos como coceira (OR = 1,88) e espirros (OR = 1,36), depressão (OR = 1,22) entre outros. Vale salientar que esse estudo, e todos os demais citados neste artigo, já consideram as *odds ratio* ajustadas por outros fatores intervenientes, ou *confounding factors* em inglês. O que varia entre os estudos são os fatores considerados, mas, em geral, os ajustes são por idade, gênero, IMC, condições socioeconômicas entre outros.

Em outra revisão sistemática com metanálise, Sauni et al. (2013) mostram o efeito positivo de remediar as condições de mofo e umidade habitacional sobre os sintomas respiratórios, infecções e asma. Nos doze estudos incluídos

pelos autores, foi demonstrado, entre outros pontos, que os reparos nas casas reduziram os sintomas relacionados a asma em adultos (OR = 0,64) e também as infecções respiratórias, entre outras a rinite (OR = 0,57).

Outra revisão sistemática com metanálise, defendida pelo autor em banca de dissertação com a participação de dois dos coautores deste artigo em 2020, mostra a associação entre umidade e mofo habitacional e asma e sibilância. Nesse estudo, que incluiu medidas de efeito de 17 artigos de várias partes do mundo, foi identificada uma *odds ratio* de 1,53 e, a partir desse valor, estima que a não existência de mofo e/ou umidade habitacional poderia causar uma redução nos custos diretos de tratamento de asma na rede pública na ordem de 66,7 milhões de reais ao ano e, se forem considerados os custos indiretos, que ocorrem por perdas de produtividade por absenteísmo ou presenteísmo escolar ou no trabalho entre outros, os valores poderiam alcançar a cifra de R\$ 133,8 milhões ao ano, somente com dados dos usuários do sistema público de saúde do Brasil (Nascimento, 2020).

Os achados desses poucos estudos apresentados estão alinhados com a maioria dos muitos estudos existentes, tais como os já citados ao longo deste artigo (Bouillon, 2012; Cai et al., 2019; Eiffert et al., 2016; Karvonen et al., 2015; Maricato et al., 2010; Moses et al., 2019; Pasternak, 1982; Sandel; Desmond, 2017; Shorter et al., 2018; Wang et al., 2019).

Além dos aspectos inerentes à casa, tanto construtivos como ocupacionais, as demais dimensões da questão habitacional também podem desempenhar um papel importante na relação saúde-doença de seus ocupantes. Sandel e Desmond (2017) apontam que a questão do ônus excessivo em aluguel, outro aspecto do déficit habitacional que se aplica ao Brasil igualmente, pode fazer que as famílias não só tenham menos dinheiro para investir em bem-estar e cuidados de saúde, como também tenham que enfrentar despejos e mesmo a situação de morar na rua ou outras condições de habitação precárias, situações por si desencadeadoras de problemas de diversas ordens, entre elas psicológicas. Os autores destacam que nos Estados Unidos, por exemplo, estima-se que os 5% de maiores usuários do sistema hospitalar, em grande parte pessoas pobres e em condições de insegurança habitacional, consomem aproximadamente 50% dos custos dos cuidados com saúde naquele país. Ansell (2017) também destaca que a localidade de habitação do indivíduo, ou seja, as dimensões habitacionais do bairro e da comunidade, excluindo outros fatores intervenientes, também pode desempenhar um fator importante na expectativa de vida. A localidade pode representar, por exemplo, um acesso mais célere a um atendimento de emergência. Maior segurança no bairro determina uma maior propensão a atividades físicas ao ar livre e maior sociabilidade, acesso a serviços e equipamentos públicos de mais qualidade entre diversos outros fatores.

## **Destino dos recursos da função saúde dos orçamentos públicos e composição das equipes de atenção à saúde no Brasil**

A Constituição Federal de 1988 dá ênfase a medidas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos em seus artigos relacionados à saúde, mediante ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Determina que o Sistema Único de Saúde dê prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1988). Entre essas medidas preventivas e de promoção da saúde, entram as condicionantes e determinantes sociais, conforme exposta na Lei n.8.080 de 1990, sendo elas alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990). Observa-se, assim, que aspectos que transcendem a esfera de saúde ambulatorial, médico-hospitalar estão presentes no cerne das diretrizes constitucionais e legislação derivada no tangente à saúde. Os constituintes e demais representantes do Governo Federal estabeleceram que as políticas sociais e econômicas têm relevância para a redução do risco de doença e outros agravos. Também cabe destacar a importância dada ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas.

Esses pontos, destacados na Carta Magna de 1988 e na Lei n.8.080/90, representariam uma mudança substancial da proposta face ao modelo de atenção à saúde, implantado até então no Brasil, baseado, de modo inequívoco, na medicina curativa e na atenção à doença (Nogueira; Miotto, 2006). No tangente à integralidade, um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao termo se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde, e, especialmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material (Mattos, 2001; Pacheco, 1994). Outra forma de demonstrar tal transição é o que Gomes do Espírito Santo e Yoshimi Tanaka (2011) chamam de passagem de um modelo biomédico a um modelo usuário-centrado, com a Atenção Primária à Saúde que tem no Programa de Saúde da Família sua principal estratégia de implantação e organização. No modelo biomédico, a saúde é vista como ausência de doença e a atenção sanitária é fundamentada no procedimento, que reduz as ações em saúde à assistência médica, à medicalização, de caráter curativo e individual. Já no modelo usuário-centrado, a prática sanitária é orientada pela vigilância à saúde com atenção sanitária baseada na necessidade do usuário, facilitação do acesso por meio da busca ativa e do acolhimento, e estabelecimento de uma nova relação entre profissional de saúde e usuário, com responsabilização e estabelecimento de vínculo terapêutico.

No entanto, a Lei Complementar n.141 de 2012 e a mesma Lei n.8.080, supracitada, excluem ou omitem alguns determinantes da saúde, tais como ren-

da, educação, transporte, lazer e moradia, das despesas passíveis de uso de recursos da função orçamentária da saúde, embora ainda permita que recursos desta função do orçamento possam ser utilizados em alguns determinantes sociais da saúde, como saneamento básico em circunstâncias específicas, vigilância sanitária e controle de vetores, mas em condições específicas. Em seu art. 2º, inciso III, essa Lei Complementar supracitada menciona que, para fins de apuração das despesas com ações e serviços públicos de saúde, só podem ser consideradas aquelas de responsabilidade específica do setor da saúde. Dessa forma, não se aplicam às ações e serviços relacionados a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população, exceto alguns determinantes específicos já mencionados acima e que constam nos itens do artigo 3º dessa Lei Complementar, citados a seguir (Brasil, 2012). Portanto, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. (Brasil, 2012)

Se a Lei n.8.080, de 1990, em seu artigo 3º, salienta que a saúde tem como 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, essa mesma Lei Complementar, em seu art. 6º, já exclui diversos determinantes e condicionantes da saúde, tais como a renda, a educação, o transporte, o lazer e a moradia, limitando as ações de assistência terapêutica integral, no âmbito dos determinantes sociais da saúde especialmente, à participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico, na vigilância nutricional e a orientação alimentar e na colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Isso é refletido nas despesas do Governo Federal na função saúde e suas subfunções.<sup>2</sup>

Além disso, a Portaria n.2436 de 21 de setembro de 2017, publicada pelo Ministério da Saúde, define que as Equipes de Saúde da Família devem ser compostas por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, admitindo-se também a participação de agente de combate a endemias e os profissionais de saúde bucal, sendo eles o cirurgião-dentista e o auxiliar ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2017). Observa-se, desse modo, que essa e outras Portarias, como a n.648/2006 e a n.2.488/2012, que dizem respeito à Política Nacional de Atenção Básica e que estabelecem as diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), concentram suas equipes em atividades mais relacionadas à área médica.

No tangente ao orçamento inicial previsto para 2020 por área do Governo Federal, a função saúde ocupou a terceira posição em 2020, somente atrás de Encargos Especiais, que inclui refinanciamento e serviços das dívidas internas e externas, que ficou em primeiro lugar, seguida da função Previdência Social.

Tabela 1 – Total do orçamento inicial do Governo Federal em âmbito nacional, por função (área) orçamentária, no ano de 2020

Ano	Função	Orçamento Inicial (R\$)	% do total
2020	28 - Encargos especiais	2.082.207.101.349,00	59,6%
2020	09 - Previdência social	756.982.354.734,00	21,7%
2020	10 - Saúde	28.368.328.172,00	3,7%
2020	12 - Educação	108.781.301.665,00	3,1%
2020	08 - Assistência social	93.373.749.906,00	2,7%
2020	11 - Trabalho	80.988.604.947,00	2,3%
2020	05 - Defesa nacional	75.830.591.569,00	2,2%
2020	Outras	169.707.056.940,83	4,9%
Total geral		3.496.239.089.282,83	100,0%

Fonte: Portal da Transparência – Controladoria Geral da União.

Em relação às subfunções (especificação da área de atuação) da função saúde, conforme Tabela 2, é possível verificar que as ações e serviços de saúde compreendidos pela atenção primária e de média ou alta complexidades, que são assistência hospitalar e ambulatorial, assim como suporte profilático e terapêutico, representaram cerca de 58% do orçamento federal para a saúde (Brasil, 2020).

Tabela 2 – Total do orçamento inicial do Governo Federal em âmbito nacional, por subfunção (finalidade) orçamentária da função saúde, no ano de 2020

Ano	Função	Subfunção (Especificação da Área de Atuação)	Orçamento Inicial (R\$)	% total
2020	10 - Saúde	302 - Assistência hospitalar e ambulatorial	60.114.507.446,00	46,8%
2020	10 - Saúde	301 - Atenção básica	30.116.959.762,00	23,5%
2020	10 - Saúde	303 - Suporte profilático e terapêutico	14.609.010.274,00	11,4%
2020	10 - Saúde	122 - Administração geral	8.171.416.756,00	6,4%
2020	10 - Saúde	305 - Vigilância epidemiológica	7.877.594.201,00	6,1%
2020	10 - Saúde	Outras	7.478.839.733,00	5,8%
Total geral			128.368.328.172,00	100,0%

Fonte: Portal da Transparência – Controladoria Geral da União.

Sob a subfunção Atenção Básica, encontra-se o Programa Saúde da Família, ação 20AD – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família. Conforme mencionado anteriormente, observa-se que tal Programa também estimula o processo biomédico. Logo, a soma das subfunções demonstra o perfil delineado pela Lei Complementar n.141 de 2012, ou seja, que os determinantes sociais ficam distante da função saúde no Orçamento da União. Para exemplificar, os poucos determinantes sociais aceitos como despesas de saúde tinham parcelas mínimas como destino neste orçamento inicial da União para o ano de 2020. As subfunções 512 e 511, respectivamente Saneamento Básico Urbano e Saneamento Básico Rural, em conjunto, representavam 0,72% (R\$ 928,8 milhões) do orçamento inicial do Governo Federal no ano de 2020. A subfunção 306, Alimentação e Nutrição, por sua vez, tinha a participação de 0,05% (R\$ 68,7 milhões) deste mesmo orçamento inicial e a subfunção 541, Preservação e Conservação Ambiental, apenas 0,017% (R\$ 22,0 milhões) destes valores (Brasil, 2020). Não constam subfunções sob a função saúde relacionadas a habitação, renda, justiça social e equidade. Outro fator a ser destacado na tabela 2 acima é o de a subfunção 305, Vigilância Epidemiológica, receber apenas 6,1% do orçamento inicial. De acordo com a Lei n.8.080/90, entende-se por vigilância



epidemiológica um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva. A partir disso, podem ser recomendadas e adotadas medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Brasil, 1990). Logo, um investimento maior nessa subfunção poderia representar melhorias na distribuição dos recursos na função saúde entre atividades de promoção, prevenção e tratamento no sentido de favorecer as duas primeiras atividades e, assim, cumprir o preceito constitucional que determina que o Sistema Único de Saúde dê prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1988).

Se a OMS, já em 1986, com a Carta de Ottawa (OMS, 2009), destacava a importância de determinantes sociais como condições e recursos fundamentais para a saúde, cabe a discussão da pertinência de que a estrutura das despesas da União na função saúde tenha esse caráter de exclusão total ou quase total de tais determinantes sociais, entre eles a área habitacional. Isso merece ainda mais discussão dada ao vulto do orçamento da União destinado a tal função e, além disso, da obrigatoriedade de que os Estados, Distrito Federal e os Municípios destinem de 12% a 15% de toda a arrecadação dos impostos e recursos tratados nos artigos de 155 a 159 da Constituição Federal (Brasil, 2012). Essa obrigatoriedade faz que o volume de recursos destinado à função Saúde por estados e municípios supere os valores executados pelo Governo Federal. De acordo com um estudo do Departamento de Economia da Saúde, do Ministério da Saúde, que utilizou dados do Siops, a tendência geral já no início deste século era de crescimento da participação dos estados na despesa com saúde, passando de 18,5%, em 2000, para 25,6%, em 2004; e dos municípios, de 21,7% para 24,5%. A participação do Ministério da Saúde, em contrapartida, teria caído no mesmo período de 59,8% para 49,9% (Gomes do Espírito Santo; Yoshimi Tanaka, 2011). Logo, além do orçamento federal, as despesas com saúde também incluem recursos próprios ou outros dos estados e municípios brasileiros, além dos gastos privados com saúde complementar, aumentando substancialmente a importância dos recursos destinados à saúde na sociedade brasileira.

Além da discussão sobre a destinação dos recursos da função saúde para investimentos em outros determinantes sociais da saúde, entre eles a habitação, cabe também a discussão sobre se recursos de outras funções orçamentárias poderiam ser destinados explicitamente a estes investimentos com a finalidade de prover reduções de doenças e traumas. Diante da existência de evidências científicas sobre a relação entre condições do hábitat e de saúde e doença, os investimentos diretos do Poder Público ou mesmo a contribuição para a criação de um marco jurídico e econômico para a realização dos investimentos necessários até mesmo pelo setor privado, podem explicitar sua viabilidade e esforço orçamentário diante das possíveis reduções de casos de doenças e traumas e seus impactos diretos e indiretos à sociedade brasileira.

Outro aspecto a ser considerado é a pertinência de apenas equipes da área de saúde na estratégia de saúde da família, conforme derivado da Portaria n.2436 de 21 de setembro de 2017. Como supracitado, essa portaria define que as Equipes de Saúde da Família devem ser compostas unicamente por profissionais da área da saúde (Brasil, 2017). Da mesma forma, essa e outras Portarias, como a n.648/2006 e a n.2.488/2012, que dizem respeito à Política Nacional de Atenção Básica e que estabelecem as diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), concentram suas equipes em atividades mais relacionadas à área médica. Conforme já mencionado anteriormente, muitas doenças e traumas têm como determinantes ou condicionantes questões que ultrapassa a esfera médico-hospitalar, entre eles questões habitacionais. Um exemplo são estudos como os de Amador et al. (2004) e Mattos et al. (2008) do efeito conhecido como Síndrome do Tanque, em que traumas toracoabdominal podem ser causados no ambiente habitacional em grande parte pela má localização do centro de gravidade de tanques de concreto. Tais acidentes produzem consequências graves e mesmo levam a óbitos, sobretudo em crianças, em todo o Brasil, também movimentando a máquina de saúde pública em cirurgias de emergência como laparotomias e toracotomias, uso de medicações, leitos, equipes médicas etc. Porém, a solução para tal problema vai além das medidas médicas, chegando ao ambiente habitacional e mesmo engenharia de produto. Uma simples alteração da angulação das bases desses tanques pode alterar o centro de gravidade tornando praticamente impossível que o tanque caia sobre uma pessoa, especialmente criança. Além desse exemplo, conforme já mencionado, uma pessoa que sofre de constantes ataques de asma pode ter como determinante de sua condição o excesso de mofo em sua residência. Desse modo, o tratamento com corticoides, internações e outros, mas que não considere uma visão integral da condição e simplesmente dê alta ao paciente fazendo que ele volte ao local que determinou sua má condição respiratória, pode ser extremamente ineficaz e custoso para o próprio sistema de saúde. Logo, talvez seja muito pertinente que as equipes de saúde da família tenham profissionais que possam fazer essa conexão entre as situações de traumas e doenças com os determinantes sociais da saúde. Entre esses profissionais podem estar arquitetos, engenheiros, técnicos em segurança do trabalho e outros.

### **Considerações finais**

A abordagem da saúde pública a qualquer problema deve ser interdisciplinar e com base científica, tomando como base conhecimentos de diversas áreas, como medicina, epidemiologia, sociologia, psicologia, habitação, criminologia, educação, economia entre outras. No entanto, embora a Constituição Federal e diversas outras Leis considerem diversas condicionantes e determinantes sociais da saúde, observa-se que a estrutura das despesas com a função saúde no Governo Federal concentra-se na atenção à saúde de forma biomedicalizada, bem como o próprio marco legal que rege a atenção à saúde no Brasil estipula que a

forma de tratamento e a composição das equipes que atuam em saúde devem ter um caráter médico-hospitalar.

Evidentemente, a questão não é dizer que a atenção à saúde da forma que é executada não é um importante determinante de saúde, especialmente em um cenário em que temos estabelecidos sistemas de suporte de prescrições de receitas e de execução de radiografias e cirurgias, mas não identificamos formas fáceis de curar a pobreza, eliminar segregações raciais e mesmo solucionar problemas causados por outros determinantes sociais na saúde, entre eles a habitação. Porém, uma vez que diversos estudos apontam para que a atenção à saúde, como conhecida atualmente e com a distribuição de recursos aplicada em nosso país, é apenas uma parte do que determina a saúde, talvez as organizações que atuam na área de saúde, sejam elas públicas ou privadas, precisem expandir suas ofertas e considerar seriamente as determinantes sociais da saúde, físicas e psíquicas, amplamente estudadas no Brasil e mundo.

Especificamente na área da habitação, que hoje vê vedada a utilização de recursos da função saúde, cabe a discussão de se trazer para o Brasil a aplicação de conhecimentos amplos que relacionam a condição habitacional com a condição da saúde. Assim como atualmente a Lei Complementar n.141 de 2012 prevê que ações e serviços relacionados a saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, sob certas circunstâncias, sejam consideradas como despesas passíveis de uso de recursos destinados à função saúde, talvez as discussões de se financiar questões habitacionais ou outros determinantes sociais da saúde com despesas da função saúde, ampliar o conjunto de profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família e em outros pontos do sistema de saúde para profissões que vão além do complexo médico-hospitalar, o uso de recursos de outras funções orçamentárias em determinantes sociais da saúde com a finalidade de reduzir a prevalência de determinadas doenças e traumas, todas essas desde que fundamentadas cientificamente, possa dar a importância devida aos determinantes sociais da saúde exposto em nossa Carta Magna, entre elas a questão habitacionais. Isso poderá gerar benefícios de saúde para a população e menores custos diretos para o Sistema Único de Saúde brasileiro, quer seja próprio, complementar ou suplementar, bem como menores custos indiretos para o conjunto da sociedade.

## Notas

- 1 A medida razão de chances ou *odds ratio* é um (estimador) que expressa o risco ou a chance de um indivíduo exposto possuir a condição de interesse, comparada à do não exposto. Em outras palavras, é a razão de a probabilidade de um evento ocorrer em um grupo dividida pela probabilidade de o evento não ocorrer (Stare; Maucort-Boulch, 2016).
- 2 Função é o maior nível de agregação das diversas áreas de atuação do setor público e reflete a competência institucional do órgão, como, por exemplo, a saúde. Em seguida, vêm as subfunções, que representam um nível de agregação imediatamente

inferior à função e deve evidenciar a natureza da ação governamental, tais como, Assistência Hospital e Ambulatorial, Atenção Básica, Suporte Profilático e Terapêutico (Secretaria de Orçamento Federal, 2021).

## Referências

AMADOR, J. C. et al. Síndrome do tanque em 7 crianças da região noroeste do Paraná. *Jornal Paranaense de Pediatria*, v.5, n.4, p.98-101, 2004.

ANSELL, D. A. *The Death Gap: How Inequality Kills*. Chicago; London: The University of Chicago Press, 2017.

BENEVOLO, L. *Orígenes de la urbanística moderna*. Buenos Aires: Ed Tekne, 1967.

BOUILLON, C. P. (Ed.) *Room for development: housing markets in Latin America and the Caribbean*. London: Springer, 2012.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. 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 União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar n.141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jan. 2012a.

\_\_\_\_\_. Portaria n.2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 set, 2017.

\_\_\_\_\_. Portal da transparência. Transferência de Recurso por Função Orçamentária. *Controladoria-Geral da União*, Brasília, DF, 2018.

\_\_\_\_\_. Portal da transparência. Transferência de Recurso por Função Orçamentária. *Controladoria-Geral da União*, Brasília, DF, 2020.

CAI, J. et al. Household dampness-related exposures in relation to childhood asthma and rhinitis in China: A multicentre observational study. *Environment international*, v.126, p.735-46, 2019.

DIETZ, R. D.; HAURIN, D. R. The social and private micro-level consequences of homeownership. *Journal of Urban Economics*, v.54, n.3, p.401-50, 2003.

EIFFERT, S. et al. A citizen-science study documents environmental exposures and asthma prevalence in two communities. *Journal of Environmental and Public Health*, 2016.

- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estatística e Informações. *Déficit habitacional municipal no Brasil*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2013.
- \_\_\_\_\_. Diretoria de Estatística e Informações (Direi). *Avaliação conceitual e metodológica do déficit habitacional e da inadequação de domicílios no Brasil*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2020.
- GOMES, K. D. O. et al. Atenção Primária à Saúde a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, p.881-92, 2011.
- GOMES DO ESPÍRITO SANTO, A. C.; YOSHIMI TANAKA, O. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.3, 2011.
- INSTITUTE OF MEDICINE (U.S). Committee on Damp Indoor Spaces and Health. *Damp indoor spaces and health / Committee on Damp Indoor Spaces and Health. Board on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2004.
- JAAKKOLA, M. S. et al. Association of indoor dampness and molds with rhinitis risk: a systematic review and meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol*, v.132, n.5, p.1099-110, 2013.
- KARVONEN, A. M. et al. Moisture damage and asthma: a birth cohort study. *Pediatrics*, v.135, n.3, p.e598-e606, 2015.
- MARICATO, E; OGURA, A. T.; COMARÚ F. Crise Urbana, produção do habitat e doença. In: SALDIVIA, P. et al. (Org.) *Meio ambiente e saúde: o desafio das metrópoles*. São Paulo: Ex-Libris Comunicação Integrada, 2010.
- MATTOS, A. A.; IMAMURA, J. H.; VIEIRA, G. K.; SANTOS, E. L. Síndrome do tanque: Relato de Caso. *Pediatrics*, v.30, n.3, p.185-8, 2008.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2001. p.39-64.
- MERHY, E. L.; CAMPOS, G. W. S.; QUEIROZ, M. S. *Processo de trabalho e tecnologia na rede básica de serviços de saúde: alguns aspectos teóricos e históricos*. 1989.
- MOSES, L.; MORRISSEY, K.; SHARPE, R. A.; TAYLOR, T. Exposure to indoor mouldy odour increases the risk of asthma in older adults living in social housing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v.16, n.14, p.2600, 2019.
- NASCIMENTO, E. C. *Revisão sistemática e metanálise sobre associação entre exposição ao mofo e umidade na habitação e asma: estimativa do impacto econômico para a sociedade brasileira*. Varginha, 2020. 136f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública e Sociedade) – Universidade Federal de Alfenas.
- NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde–SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*, v.1, p.218-41, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Milestones in health promotion*:

- statements from global conferences. 2009. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/66837/retrieve>>. Acesso em: 13 jan. 2021.
- PACHECO, C. B. S. *A cura pela consciência*. 4.ed. São Paulo: Próton, 1994.
- PASTERNAK, S. *Moradia da pobreza: habitação sem Saúde*. São Paulo, 1982. 327f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. Habitação e saúde. *Estudos Avançados*, v.30, n.86, p.51-66, abr. 2016.
- ROSEN, G. *A history of public health*. [S. l.]: JHU Press, 2015.
- SANDEL, M.; DESMOND, M. Investing in Housing for Health Improves Both Mission and Margin. *JAMA*, v.318, n.23, p.2291-2, 2017.
- SANDEL, M.; WRIGHT, R. J. When home is where the stress is: expanding the dimensions of housing that influence asthma morbidity. *Archives of Disease in Childhood*, v.91, n.11, p.942-8, 2006.
- SAUNI, R. et al. Remediating buildings damaged by dampness and mould for preventing or reducing respiratory tract symptoms, infections and asthma. *Evid.-Based Child Health*, v.8, n.3, p.944-1000, 2013.
- SECRETARIA DE ORÇAMENTO FEDERAL. *Execução Orçamentária*. 2021. Disponível em: <<http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/execucao-orcamentaria>>. Acesso em: 13 jan. 2021.
- SHIUE, I. Indoor mildew odour in old housing was associated with adult allergic symptoms, asthma, chronic bronchitis, vision, sleep and self-rated health: USA NHANES, 2005–2006. *Environmental Science and Pollution Research*, v.22, n.18, p.14234-40, 2015.
- SHORTER, C. et al. Indoor visible mold and mold odor are associated with new-onset childhood wheeze in a dose-dependent manner. *Indoor Air*, v.28, n.1, p.6-15, 2018.
- STARE, J.; MAUCORT-BOULCH, D., Odds ratio, hazard ratio and relative risk. *Metodoloski zvezki*, v.13, n.1, p.59, 2016.
- STONE, M. E. *Shelter poverty: new ideas on housing affordability*. Filadélfia: [s. n.], 1993.
- VALENTIM, L. S. O. *Sobre a produção de bens e males nas cidades: estrutura urbana e cenários e risco à saúde em áreas contaminadas da metrópole paulistana*. São Paulo: Annablume, 2015.
- WANG, J. et al. Asthma, allergic rhinitis and eczema among parents of preschool children in relation to climate, and dampness and mold in dwellings in China. *Environment international*, v.130, p.104910, 2019.
- RESUMO* – Viver em uma habitação precária pode ser a causa ou um fator determinante de muitas patologias físicas e mentais, algo muito difundido nos meios técnico e acadêmico. No entanto, mesmo com evidências científicas e provisões legais, o estudo demonstra que o marco legal da saúde no Brasil restringe ou mesmo proíbe o uso de recursos da saúde em questões habitacionais, delimita a composição das equipes de

saúde a profissões médico-hospitalares, bem como não considera o uso de recursos de outras funções orçamentárias na provisão habitacional para fins específicos de saúde. O estudo propõe que, para as situações com evidência científica suficiente que tenham como determinante social da saúde a questão habitacional, tais proibições ou delimitações sejam removidas.

*PALAVRAS-CHAVE:* Habitação, Saúde, Promoção da saúde, Orçamento público.

*ABSTRACT* – Living in precarious housing can be the cause or a social determinant of many physical and mental pathologies, something that is widespread in the technical and academic circles. However, even with scientific evidence and legal provisions, the study demonstrates that the legal framework of health in Brazil restricts or even prohibits the use of health resources in housing matters, delimits the composition of health teams to medical-hospital professions, as well as not considers the use of resources from other budgetary functions in housing provision for specific health purposes. The study proposes that, for situations with sufficient scientific evidence that determine the housing issue as a determinant of health, such prohibitions or delimitations should be removed.

*KEYWORDS:* Housing, Health, Health promotion, Public budget.

*Eduardo Castelã Nascimento* é professor de graduação e pós-graduação da Faculdade Trilógica Keppe & Pacheco, Cambuquira, Minas Gerais. É mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas – Unifal/MG e é administrador de empresas pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. @ – [ecastel@hotmail.com](mailto:ecastel@hotmail.com) / <https://orcid.org/0000-0001-8543-3558>.

*Weslley Carlos Ribeiro* é professor do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Alfenas – Unifal/MG, campus Varginha. É doutor em Direito pela PUC-Minas, mestre em Direito pela Universidade Estácio de Sá com especialização em Direito Público e Regime Próprio de Previdência Social. @ – [weslley.ribeiro@gmail.com](mailto:weslley.ribeiro@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0002-0857-2893>.

*Suzana Pasternak* é professora titular aposentada da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. É arquiteta sanitária pela Faculdade de Saúde Pública da USP, onde fez mestrado e doutorado. Foi coordenadora da área de Ciências Sociais Aplicadas do CNPq e vice-coordenadora nacional do Observatório das Metrôpoles. @ – [suzanapasternak@gmail.com](mailto:suzanapasternak@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0002-6605-0022>.

Recebido em 29.3.2021 e aceito em 10.6.2021.

<sup>I</sup> Faculdade Trilógica Keppe & Pacheco, Cambuquira, Minas Gerais, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Alfenas, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Varginha, Minas Gerais, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, São Paulo, Brasil.

