



Melhorias na habitação como um investimento para melhorar a saúde

Moradia ruim é associada com saúde pobre. Isso sugere que melhorar as condições de moradia poderia melhorar a saúde dos moradores. Esta revisão fez uma grande busca por estudos de qualquer lugar do mundo que investigaram se o investimento na melhoria das condições de moradia está relacionado com as melhoras na saúde. Existe um grande número de publicações sobre moradia e saúde, mas muito poucos estudos investigaram se melhora nas condições de habitação causa impacto na saúde dos moradores. Programas de renovação de bairros normalmente incluem melhorias nas moradias, mas o objetivo chave destes programas é melhorar a área para atrair novos moradores, normalmente aqueles que estão melhores de vida. Nesses programas, melhoras nas estatísticas de saúde podem simplesmente refletir a mudança da população morando na área e a população original pode não ter se beneficiado das melhorias nas condições de moradia. Esta revisão incluiu somente estudos que investigaram as mudanças na saúde da população original, ao invés de mudanças na área.

Nós identificamos 39 estudos que avaliaram mudanças na saúde a partir da melhoria da moradia. Os estudos cobriram uma grande gama de melhorias nas moradias. As melhoras nas moradias em países de alta renda, e conduzidos nos últimos 30 anos, incluíram reformas, realojamento, relocação, instalação de aquecimento central e isolamento térmico. Estudos de países em desenvolvimento incluíram a instalação de latrinas. Estudos antigos (realizados antes de 1965) examinaram mudanças na saúde a partir de realojamento de moradores de favelas. Em geral, parece que melhorias nas condições de moradia podem melhorar a saúde. Os benefícios para a saúde são mais prováveis quando as melhorias na moradia são focadas nas pessoas com problemas de saúde e em condições inadequadas de moradia, em particular, com aquecimento inadequado. Programas regionais de melhoria de moradia, como por exemplo, programas de renovação de bairros, que reformam as casas independentemente da necessidade do indivíduo, podem nem sempre levar a clara melhoria na condição de moradia para todas as casas do bairro. Isso pode explicar por que as melhoras na saúde após esses programas não são sempre óbvias.

Melhorias no aquecimento e aquecimento acessível podem ser uma importante razão para melhoras da saúde. Saúde melhor pode também reduzir as faltas no trabalho e na escola. A melhoria na eficiência na oferta de energia e de aquecimento acessível permitem que os moradores aqueçam mais espaços na casa e aumentam o espaço utilizável na moradia. O maior espaço utilizável permite maior uso da casa, aumenta os níveis de privacidade e ajuda nos relacionamentos dentro de casa. A

melhor evidência disponível sugere que a moradia que promove boa saúde deve ter um tamanho apropriado para a necessidade dos moradores, e manter uma temperatura interna confortável de forma acessível.

Conclusões dos autores:

Os investimentos em moradias que melhoram o conforto térmico nas casas podem levar a melhoras na saúde, especialmente quando as melhorias são direcionadas para pessoas com aquecimento inadequado em suas casas e aquelas com doenças respiratórias crônicas. Os impactos na saúde de programas de intervenção destinados a regiões ou bairros e não focados nas necessidades individuais foram menos claros, mas relatos de impactos em nível regional podem esconder melhoras na saúde daqueles com maior potencial para se beneficiar. A melhor evidência disponível indica que casas com um tamanho apropriado para os moradores e que têm recursos para aquecimento estão relacionadas com melhoras na saúde e podem promover melhores relações sociais dentro e fora de casa. Adicionalmente, existe alguma evidência de que prover aquecimento adequado e financeiramente acessível pode reduzir faltas na escola e no trabalho.

Apesar de muitas das intervenções serem direcionadas a grupos de baixa renda, não pudemos analisar o efeito potencial da melhoria das moradias sobre as desigualdades sociais e econômicas devido a uma quase ausência de relatos de impactos diferenciados.

[Leia o Resumo na íntegra](#)

Introdução:

A relação bem estabelecida entre más condições de habitação e saúde precária indica que a melhoria nas habitações pode ser um mecanismo através do qual o investimento público pode levar à melhora da saúde. Estudos de intervenção que mediram os impactos das melhorias das moradias na saúde são importantes fontes de dados para testar premissas sobre o potencial para a melhora da saúde. Avaliações podem não detectar impactos na saúde a longo prazo devido aos períodos limitados de seguimento. Os impactos nos determinantes de saúde socioeconômicos podem ser uma indicação indireta do potencial para impactos em saúde em longo prazo.

Objetivos:

Avaliar o impacto da melhoria no material de construção das casas sobre a saúde e desfechos sociais dos moradores.

Estratégia de busca:

Buscamos em 27 bases de dados acadêmicas e de literatura cinzenta por estudos de intervenções de moradias desde 1887 até julho de 2012 (ASSIA; Avery Index; CAB Abstracts; The Campbell Library; CINAHL; The Cochrane Library; COPAC; DH-DATA: Health Admin; EMBASE; Geobase; Global Health; IBSS; ICONDA; MEDLINE; MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations; NTIS; PAIS; PLANEX; PsycINFO; RIBA; SCIE; Sociological Abstracts; *Social Science Citations Index*; Science Citations Index expanded; SIGLE; SPECTR). Também fizemos buscas em 12 bases de dados escandinavas de literatura cinzenta e de políticas (Libris; SveMed+; Libris uppsök; DIVA; Artikelsök; NORART; DEFF; AKF; DSI; SBI; Statens Institut for Folkesundhed; Social.dk) e em 23 websites relevantes. Adicionalmente, solicitou-se a especialistas no tema detalhes sobre estudos relevantes. As buscas não tiveram restrições de idiomas ou status de publicação.

Crítérios de seleção:

Foram incluídos estudos com avaliação de mudanças em qualquer desfecho de saúde após melhorias na moradia, incluindo estudos experimentais e não controlados. Estudos transversais foram excluídos, já que as correlações não poderiam esclarecer mudanças nos desfechos. Os estudos que relataram somente desfechos socioeconômicos ou medidas indiretas de saúde, como o uso de serviços de saúde, foram excluídos. Todas as melhorias nas moradias que envolveram alterações físicas na construção das casas foram incluídas. As seguintes intervenções foram excluídas: reformas em casas móveis (trailer); reformas por razões de mobilidade ou médicas; qualidade do ar; remoção de chumbo; redução da exposição ao radônio; redução ou remoção de fontes de alergia; e alterações em móveis ou equipamentos. Caso o estudo apresentasse alguma dessas intervenções, associadas a uma intervenção incluída, o estudo foi então incluído na revisão. Os estudos não foram excluídos devido a data, local ou idioma de publicação.

Coleta dos dados e análises:

Dois autores independentes fizeram a seleção e análise crítica dos estudos. A qualidade dos estudos foi avaliada com a ferramenta de análise de risco de viés e a ferramenta de Hamilton para estudos não experimentais e não controlados. Os dados de impacto na saúde e socioeconômicos foram extraídos por um autor e verificados por um segundo autor. Os estudos foram agrupados de acordo com categorias de intervenção, data e contexto antes da síntese. Quando possível, estimativas de efeitos foram calculadas e combinadas estatisticamente.

Quando metanálises não eram apropriadas, os dados foram tabulados e sintetizados narrativamente, após um exame transversal das principais características e resultados dos estudos. Os dados qualitativos foram resumidos usando um modelo lógico para mapear os impactos relatados e as ligações com os impactos de saúde; dados quantitativos foram incorporados no modelo.

Principais resultados:

Trinta e nove estudos com dados quantitativos ou qualitativos, ou ambos, foram incluídos na revisão. Trinta e três estudos quantitativos foram identificados, sendo cinco ensaios clínicos randomizados (ECRs) e 10 estudos não experimentais sobre melhora no aquecimento, 12 estudos não-experimentais sobre realojamento ou retroapropriação, três estudos não experimentais sobre a promoção de melhorias básicas em países de baixa e média renda (LMIC), e três estudos históricos não experimentais sobre realojamento para moradores de favelas. Quatorze estudos quantitativos (42.4%) foram avaliados como tendo baixa qualidade e não foram incluídos na síntese. Doze estudos que relataram dados qualitativos foram identificados: sete sobre melhora no aquecimento e cinco sobre realojamento. Três estudos qualitativos foram excluídos da síntese devido à falta de clareza dos métodos. Seis dos estudos qualitativos incluídos também apresentavam dados quantitativos que foram incluídos na revisão.

Pouca síntese quantitativa foi possível de ser realizada porque não foi possível agrupar os dados em uma metanálise. Isto foi devido à extrema heterogeneidade metodológica, assim como a variações na intervenção, nas amostras, nos contextos e nos desfechos; essas variações permaneceram mesmo após o agrupamento das intervenções e dos desfechos. Adicionalmente, em poucos estudos foi possível calcular estimativas de efeitos. Os dados foram sintetizados de forma narrativa.

Os dados dos estudos com intervenções envolvendo aquecimento e eficiência energética apontam são possíveis melhoras na saúde em geral, na saúde respiratória e na saúde mental. Estudos que envolveram pessoas com aquecimento inadequado e doenças crônicas respiratórias foram os que mais relataram melhoras na saúde. Os impactos das intervenções de renovação de casas com impacto em bairros foram menos claros; estas intervenções focaram em áreas ao invés de famílias com mais necessidades. Dois estudos de menor qualidade em países de baixa e média renda relataram melhoras incertas ou pequenas na saúde. Um estudo de melhor qualidade sobre realojamento de moradores de favelas (realizado antes de 1960) relatou alguma melhora na saúde mental. Houve poucos relatos sobre o impacto de eventos adversos após melhora na moradia. Poucos estudos agruparam dados sobre os impactos sociais e socioeconômicos associados com a melhoria em moradias. A melhoria no aquecimento associou-se com o aumento do espaço utilizável, da privacidade e melhora nas relações sociais; e reduções de faltas no trabalho e nas escolas devido a doenças também ocorreram.

Muito poucos estudos relataram impactos relevantes para problemas de equidade, e estes

dados não puderam ser sintetizados.

Notas de tradução:

Tradução do Centro Cochrane do Brasil (Maíra Tristão Parra)

Publicada:

28 Março 2013

Autores:

Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M

Grupo de Revisão Principal:

[Public Health Group \(http://www.ph.cochrane.org\)](http://www.ph.cochrane.org)