

# Atuar sobre os processos habitacionais através da assistência técnica comunitária pela academia: Projeto Kaya Clínica, Maputo

Luís Lage<sup>a</sup>, Jéssica Lage<sup>b</sup>

## Resumo

Os assentamentos informais nos países em desenvolvimento são cada vez mais preocupantes pela falta de infraestruturas e pelas situações de sobrelotação e precariedade habitacional que concentram. Desenvolvem-se para o efeito novas estratégias e políticas de intervenção, mas persistem dificuldades ao nível da elaboração e implementação de planos e do envolvimento das comunidades. O presente artigo procura explorar um projeto inovador, denominado “Kaya Clínica”, que aposta no envolvimento de diversas áreas da academia na transmissão de conhecimento, capacitação e assessoria na resolução de problemas, servindo de elo de ligação entre a administração pública e a comunidade de um dos bairros autoproduzidos da cidade de Maputo.

## Palavra-Chave

Habitabilidade Básica, Assistência Comunitária, Academia, Maputo.

## Abstract

The informal settlements in developing countries are increasingly worrying about the lack of infrastructure, overcrowding and housing precariousness they concentrate. New strategies and intervention policies are developed for this purpose, but there are still difficulties in elaborating and implementing plans and in community involvement. Thence, this article seeks to present an innovative project, called "Kaya Clinic", which focuses on the involvement of various areas of the academy in the transmission of knowledge, training and advice in problem solving, serving as a link between public administration and the community of one of the self-produced neighbourhoods of the city of Maputo.

## Keywords

Basic Housing, Community Assistance, Academia, Maputo.

## Introdução

A população mundial atingiu, em 2011, os 7 mil milhões de habitantes, praticamente triplicando entre 1950 e 2011 e tornando-se, pela primeira vez, maioritariamente urbana. Segundo previsões da Unicef (2012), por volta de 2050, 60% da população de Moçambique estará concentrada nas áreas urbanas, possivelmente em bairros autoproduzidos. Esta aceleração em curso, aliada às baixas condições económicas, coloca vários desafios ao nível do acesso a uma habitação condigna.

Neste sentido, o artigo procura refletir, a partir do projeto experimental “Kaya Clínica”, sobre as diferentes teorias em torno da problemática dos assentamentos autoproduzidos e das políticas de intervenção, sublinhando a importância da participação dos seus habitantes no sucesso das ações e intervenções que visam o direito à habitação. É feita também uma breve contextualização desta problemática ao nível da cidade de Maputo, de forma a enquadrar este projeto, os seus resultados preliminares e as aspirações futuras.

lização desta problemática ao nível da cidade de Maputo, de forma a enquadrar este projeto, os seus resultados preliminares e as aspirações futuras.

## 1. Paradigmas de intervenção em assentamentos autoproduzidos

O problema da falta de habitação condigna coloca-se na maioria dos países em desenvolvimento. A população de menores recursos vive geralmente em assentamentos autoproduzidos precários, ou seja, organizados e construídos pela própria população. Estes são fruto: da falta de alternativas, tanto por parte do poder público, como dos mercados formais, inacessíveis à população de baixa renda; da urbanização acelerada e do aumento da procura habitacional; e da utilização de critérios de planeamento e gestão urbana desvinculados

<sup>a</sup> Arquiteto, doutor em Levantamento, Análise e Representação da Arquitetura e Ambiente pela Universidade de Roma *La Sapienza*. Professor da Faculdade de Arquitetura da Universidade Eduardo Mondlane e coordenador do Projeto Kaya Clínica. Email: luis.lage01@gmail.com

<sup>b</sup> Arquiteta e planeadora física, doutoranda em Arquitetura da Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto. Email: je.lage7@gmail.com

das necessidades reais da maioria da população. A falta de condições económicas dos habitantes, a marginalização social e espacial a que estão sujeitos, a predominância de construções precárias – sem projetos, planos e legalização –, bem como a falta de alguns serviços e infraestruturas básicas, são alguns dos problemas encontrados.

Na segunda metade do século XX, o mundo Ocidental enfrentava a necessidade de operações de reconstrução pós-guerra, de urbanização e alojamento face ao término da 2ª Guerra Mundial, havendo a necessidade de criar planos urbanísticos para a reconstrução das cidades. Em alguns casos optou-se pelo planeamento urbano racionalista e pela construção de conjuntos habitacionais segundo os princípios modernistas dos CIAM (Congressos Internacionais de Arquitetura Moderna) e da Carta de Atenas. Estas intervenções, na sua maioria, resultavam na destruição do tecido urbano existente, no empobrecimento do ambiente urbano e na perda da identidade cultural das cidades. Em reação, surgiu um movimento crítico destes princípios reducionistas, com a criação de novas abordagens que assumem a cidade como uma construção ao longo do tempo, ligada à cultura e à forma de viver dos seus habitantes.

O debate teórico sobre a produção do espaço como fator social e cultural tem sido uma constante ao longo do tempo. Charles Abrams (1966) defendeu as políticas de intervenção baseadas em melhoramentos *in-situ* e na construção de habitação com a participação dos moradores, identificando a organização comunitária como ponto-chave para a urbanização e infraestruturização destes assentamentos. Comparativamente, Turner (1976), com base na sua experiência no Peru entre 1957 e 1965, destacava a construção de habitações, infraestruturas e o desenvolvimento de estratégias, ações e intervenções a favor da população menos favorecida a residir neste tipo de assentamentos. Nos projetos que desenvolveu, constatou que as famílias iam melhorando a sua habitação de acordo com as suas condições financeiras, acreditando que este tipo de solução era mais realístico e benéfico do que as políticas de produção habitacional em bairros sociais subsidiados.

Em Inglaterra, a criação de Centros Comunitários de Assistência Técnica, no final de 1970, deve-se a Ralph Erskine, em parceria com o *Architect's Revolutionary Council*, que procuraram encontrar alternativas aos programas de remoção dos assentamentos informais e ao realojamento em massa de meados dos anos de

1960. Outra experiência importante foi a promovida pelo departamento de Arquitetura da Universidade de Strathclyde, que forneceu um serviço gratuito de assistência técnica para a melhoria de habitações (construção, obtenção de financiamento, criação de organizações de bairro e pedidos de alteração). Em Inglaterra, este tipo de iniciativas levou à criação da Associação dos Centros Comunitários de Assistência Técnica em 1983 (Jenkins e Leslie, 2010, p.32). Estes centros multidisciplinares permitiam que uma ampla gama de serviços fosse oferecida a indivíduos e grupos comunitários que queriam influenciar o seu ambiente construído. Um dos seus principais objetivos era encorajar a participação e a interação entre habitantes e técnicos.<sup>1</sup>

Destaca-se igualmente o Serviço de Apoio Ambulatório Local (SAAL), iniciado em 1974 em Portugal, pelo processo multiplicador da arquitetura que desencadeou e pela relação estabelecida com as populações. Esta política de habitação funcionava como elo de ligação entre o Estado, os técnicos e os moradores. Estes tiveram pela primeira vez a possibilidade de discutir a importância da qualidade do espaço urbano e habitacional e reivindicar equipamentos urbanos e sociais, tais como espaços públicos de lazer, rede de transportes, escolas, centros de saúde, entre outros.

Destaca-se também neste âmbito a experiência de Carlos Nelson dos Santos, exposta num dos seus livros – *Movimentos Urbanos no Rio de Janeiro* (1981) –, em que o arquiteto e antropólogo se foca na expansão das favelas. Um dos casos de estudo foi a favela Brás de Pina onde, face ao risco de despejo, os moradores se organizaram para solicitar auxílio técnico nas intervenções de melhoria. Este procurou aproximar os moradores à construção, recorrendo a técnicas construtivas e à utilização de materiais de baixo custo que permitissem a sua integração no processo de qualificação.

Ainda na América Latina, outra experiência de referência foi a resultante da reforma das políticas habitacionais e sociais em Cuba,<sup>2</sup> direcionadas para a melhoria das estruturas urbanas nos assentamentos autoconstruídos e para a autoconstrução. Um dos exemplos foi o da implementação de um consultório de arquitetos que fornecia assistência à população para melhoria das suas habitações, construídas através de pré-fabricados. O esforço empenhado na otimização dos espaços habitacionais foi suficiente para causar impacto e formular a intenção inicial de aplicar, eventualmente, o mesmo tipo de práticas em Moçambique.

<sup>1</sup> Adaptado de: *Community Technical Aid Centers – movement, United Kingdom, 1978-1985*. Disponível em: <http://www.spatialagency.net/database/community.technical.aid.centres> [Cons. 04/07/2017].

<sup>2</sup> A Lei da Habitação de 1984 articulou melhor os objetivos de habitação do governo. A Lei permitiu arrendamentos privados de curta duração, assistência na construção de habitação autoconstruída e atualização da legislação.

## 2. Contexto

### 2.1. A gestão da terra e as políticas habitacionais em Moçambique

Desde a declaração da independência, desencadearam-se várias políticas que tiveram impacto sobre o desenvolvimento urbano em Moçambique, destacando-se a este nível as relativas à gestão da terra. A terra em Moçambique é propriedade do Estado, o que significa que, à luz da lei, não pode ser vendida, hipotecada ou alienada. Estima-se que 14% da terra esteja detida pelo Estado, 3% inscrita no direito escrito através da atribuição do título de DUAT – Direito do Uso e Aproveitamento de Terra –, e 80% se seja pelo direito costumeiro ou consuetudinário (United Nations, 2003). Pela existência de discrepâncias e omissões entre a Lei de Terras e o direito costumeiro, mas também pela dificuldade de gestão da terra por parte do Estado, este tipo de ocupação tem dificultado o controlo da expansão e consolidação do espaço urbano e habitacional.

Outras medidas traduziram-se em diferentes tipos de projetos habitacionais. Um dos exemplos positivos foi a priorização, nos primeiros anos pós-independência, da “participação do povo”, cabendo ao Estado a dinamização de programas de autoconstrução assistida, bem como a formação de cooperativas de construção de habitações e as campanhas para a valorização dos prédios nacionalizados.

Entre 1976 e 1979, deu-se ainda ênfase a ações de reordenamento em alguns bairros, como por exemplo no bairro de Polana Caniço e de Maxaquene, em Maputo, da iniciativa do Ministério de Obras Públicas, em colaboração e com financiamento das Nações Unidas (Saevfors, 1986). O projeto contou com a participação dos moradores no processo de planeamento, através de encontros periódicos para debate em torno do projeto de urbanização e como voluntários em trabalho de campo na materialização do mesmo.

Um passo importante para o reconhecimento dos assentamentos autoproduzidos foi a 1ª Reunião Nacional sobre Cidades e Bairros Comuns, em 1979, na qual se defendeu a autoconstrução, resultando na entrega de talhões e materiais de construção e na disponibilização de terreno com infraestruturas (CEDH, 2006).

### 2.2. A cidade de Maputo

A cidade de Maputo é uma cidade dual (Raposo e Salvador, 2007, p. 105), composta por uma “cidade de cimento” e uma “cidade de caniço”.

A “cidade de cimento” ou formal é caracterizada por uma malha planeada e a “cidade de caniço” ou “informal” por assentamentos nem sempre planeados e autoconstruídos. A denominação “cidade de caniço” provém da altura em que não era permitido construir habitações com materiais convencionais e duráveis, para não comprometer a expansão organizada e planeada da “cidade de cimento”. Atualmente, este termo já não se adequa à realidade, pois o sequente processo de densificação e “cimentação” destes espaços deu lugar a novas tipologias construtivas em alvenaria e outros materiais consolidados.<sup>3</sup>

Estes assentamentos possuem diversos problemas causados, em parte, pela falta de planificação, mas sobretudo pela estrutura de renda das classes sociais mais pobres, pelas dificuldades de acesso aos tipos de financiamento concedidos pelos programas oficiais e pela deficiência na implementação de políticas habitacionais (Brandão, 1984, p.34). Segundo dados do censo de 2007 (INE, 2007), estima-se que atualmente a percentagem da população de Maputo a viver nestes bairros autoproduzidos seja de 70%, num total de cerca de 800 000 habitantes.

Mais de 98% do parque habitacional em África é suportado por mecanismos de autoconstrução (Lage e Macucule, 2015, p.2). Só em Maputo, isto significou um investimento, em 35 anos, de cerca de um bilião de dólares provenientes das poupanças das famílias, em cerca de 200 mil casas (melhoradas ou novas) (Carrilho e Lage, 2000, p.319).

Os esforços no âmbito dos serviços urbanos tendem a ser segregadores, excluindo grande parte dos extratos socioeconómicos da cidade. Face às suas insuficiências financeiras, a maior parte da população, incapaz de cobrir as suas próprias despesas e uma assistência técnica e tecnológica adequada, tem dificuldade em atuar em conformidade com as normativas urbanísticas e administrativas (Lage e Macucule, 2015, p.2).

## 3. Projeto Kaya Clínica

### 3.1. Conceito

A denominação abreviada do projeto – Kaya Clínica – provem do Xangana, um dialeto usado no sul de Moçambique. Kaya significa “Casa” resultante da aspiração de criar uma “Clínica das casas”. Oficialmente, o projeto denomina-se “Implementação de um sistema de serviço de aprendizagem para os estudantes focado na habitabilidade abrangente” e é um projeto de extensão universitária que visa integrar os desafios da habitabilidade básica, sen-

<sup>3</sup> Em menos de 35 anos a cintura informal da cidade inverteu o seu carácter tipológico: em vez de cerca de 80% de casas construídas em materiais precários, passou-se para 80% de casas de materiais duráveis como o bloco de cimento (Carrilho e Lage, 2000, p. 319).

sibilizando, capacitando e usufruindo dos seus serviços na construção social da cidade.

O papel do Kaya Clínica não é prover ou construir habitações a baixo custo, mas sim auxiliar na resolução dos problemas legais, urbanos e habitacionais que possam existir. Este auxílio é prestado através de apoio técnico, consultorias, informações legais, definições de estratégias, estudos de viabilidade, mobilização de recursos locais, entre outros, de acordo com a procura, através de um exercício multidisciplinar, com impacto transformador na sociedade, “combinando as três dimensões da função social da universidade: ensino, pesquisa e extensão universitária – ligados entre si pelo compromisso social” (Lizancos, 2017).

### 3.2. Surgimento e Parceiros

O projeto Kaya Clínica, como ideia, iniciou-se a partir de debates e reflexões académicas<sup>4</sup> sobre o futuro da profissão da arquitetura no contexto de um país em desenvolvimento, atendendo às dificuldades consideráveis de promoção de uma arquitetura erudita – sobretudo dirigida a classes sociais mais favorecidas.

A autoria oficial do projeto é partilhada pela Universidade Eduardo Mondlane (UEM), em Moçambique, e pela Universidade da Corunha<sup>5</sup>, em Espanha. O projeto foi submetido como ideia inicial numa Conferência, em 2015, à Agência Espanhola de Cooperação Internacional (AECID), que tinha como objetivo a concessão de “Projetos de Inovação para o Desenvolvimento”, recebendo posteriormente o seu apoio financeiro.

O conceito do projeto, que já tinha sido apresentado à UEM através do Conselho de Diretores, foi aprovado como projeto de extensão universitária, sendo posteriormente estruturado com maior profundidade e finalmente inaugurado em Dezembro de 2016. Apesar do Kaya Clínica ter começado a aceitar pedidos de assessoria dos moradores em Janeiro de 2017, o início efetivo das atividades ocorreu em Março do mesmo ano.

### 3.3. Agentes envolvidos

A participação ativa dos atores sociais na produção do espaço habitacional em Maputo é uma das premissas mais importantes deste projeto, pelo que se procurou envolver três grandes grupos no melhoramento do espaço urbano e das



Imagem 1 - Logotipo do projeto Kaya Clínica

Fonte: autores, 2017

Imagem 2 - Consultório Kaya Clínica no bairro George Dimitrov

Fonte: autores, 2017

Imagem 3 - Ato de entrega dos DUATs pelo município com receção pelos moradores

Fonte: autores, 2017

(leitura de cima para baixo)

<sup>4</sup> Entre Luís Lage, Júlio Carrilho e Paul Jenkins.

<sup>5</sup> A equipa técnica é formada por Luís Lage, coordenador do projeto em Moçambique; por Plácido Lizancos, professor da Faculdade de Arquitetura; Raigón e Míguez, corpo técnico da Oficina de Cooperação; Varela, professor da Faculdade de Engenharia de Caminos; e o professor Santiago López – estes últimos representam a equipa da Universidade de Corunha.

condições de vida: o corpo acadêmico, as administrações públicas e a comunidade.

Conta-se com a colaboração de diversas faculdades da UEM com capacidade de assessoria: a Faculdade de Arquitetura e Planejamento Físico, para a intervenção em projetos e ações no âmbito da arquitetura e urbanismo; a Faculdade de Engenharias, para projetos e ações sobre infraestruturas e edificado; a Faculdade de Medicina, para ações de saneamento e de saúde pública; a Faculdade de Direito, para ações de legalização fundiária; a Faculdade de Economia, para ações de apoio ao microcrédito; e a Faculdade de Letras e Ciências Sociais, para as ações no âmbito das relações sociais e humanas. A integração destas faculdades é feita através da criação de núcleos de estudantes, docentes e investigadores, cuja participação é rotativa, mediante escalas programadas segundo as questões colocadas pela comunidade, e visa prestar serviços de consultoria e promover o desenvolvimento do processo de intervenção.

O Kaya Clínica tenta estabelecer um vínculo entre as administrações públicas e os poderes locais, unindo forças e facilitando a melhoria do espaço urbano. A parceria com o Conselho Municipal de Maputo (CMM) foi oficializada em Agosto de 2016, através de uma Adenda ao Memorando de Entendimento de 2008 entre o CMM e a UEM. Este Memorando, para além de permitir a cedência de uma infraestrutura no Centro Comunitário do Bairro George Dimitrov para o Consultório Kaya Clínica (Imagem 2), visa apoiar: a relação entre os moradores e o município em ações de legalização; a interação com os diversos atores do sistema financeiro; as intervenções arquitetónicas e urbanísticas; bem como a identificação de outros espaços de intervenção.

Os habitantes da comunidade, com população jovem e dinâmica, têm uma grande variedade de habilidades profissionais, forte iniciativa e alta predisposição para a organização comunitária. Cúmplice da Kaya Clínica, estão envolvidos no projeto desde o início (Lizancos, 2017), como voluntários, através de grupos comunitários que trazem, discutem e ajudam a resolver os problemas do bairro.

### 3.4. Funcionamento e campos de atuação

O projeto procura intervir sobre os processos, sistemas e elementos habitacionais nos bairros. Relativamente aos processos habitacionais, pretende-se atuar sobre os problemas da legalização fundiária e da atribuição de títulos de DUATs,

bem como sobre os processos construtivos, promovendo a ligação entre estaleiros e construtores, o reforço do sector de construção ao nível local e a gestão da produção e padronização dos materiais de construção. A atuação sobre os sistemas habitacionais foca-se nos conjuntos urbanos e nos seus equipamentos, bem como na intervenção sobre as infraestruturas existentes. Relativamente aos elementos habitacionais, o projeto planeia dar assessoria à população na elaboração de projetos de novas edificações e na intervenção em habitações existentes. A este nível, pretende-se ainda orientar os moradores sobre questões de infraestruturas – abastecimento de água, eletricidade, saneamento, cuidados de saúde primária e tratamento de resíduos sólidos –, bem como oferecer assistência de serviço profissional especializado, em termos legais e materiais.

### 3.5. Operação atual e resultados preliminares

O projeto iniciou com ações de mobilização e sensibilização, para uma maior consciencialização dos serviços prestados à comunidade. De igual modo, procurou-se entender qual a diversidade de características, necessidades e potencialidades dos moradores. Um dos principais resultados do Kaya Clínica, até à data, foi ter conseguido o envolvimento integrado entre a comunidade académica e a comunidade de moradores local.

A partir do momento em que os moradores do bairro reconheceram o projeto, o fluxo de trabalho tem sido condicionado pela demanda da população e pelos seus problemas prioritários. O processamento das solicitações segue geralmente o mesmo procedimento (Tabela 1).

Entre Janeiro e Julho de 2017, o Kaya Clínica recebeu cerca de 732 solicitações de moradores, 358 delas já atendidas, estando as restantes em fase final ou em andamento. O nível de solicitações tem aumentado de mês para mês e está maioritariamente relacionado com a regularização fundiária, através da atribuição de títulos de DUATs, tendo ocorrido até à data 695 pedidos.

Desde o início das atividades do projeto Kaya Clínica, a maioria da procura focou-se em quatro vertentes principais:

- a) Cadastro – Foi elaborado o levantamento geográfico dos quarteirões, atribuído um número a cada habitação e realizadas reuniões com os moradores para confrontação de limites e mapeamento das características e problemas de cada talhão.

Passo 1	Contacto com a estrutura local
	Mobilização da população para reunião de apresentação
Passo 2	Encontro com a comunidade e corpo do Kaya Clínica
	Apresentação e esclarecimento de dúvidas
Passo 3	Recepção dos munícipes para solicitação de serviços e esclarecimentos adicionais
	Resolução das solicitações possíveis no local e registo das que carecem maior aprofundamento
Passo 4	Designação de uma equipa técnica de acordo com a natureza do problema
	Visitas dos estudantes voluntários ao local para melhor compreensão do problema
	Avaliação primária
Passo 5	Análise e desenvolvimento de propostas de soluções no consultório do Kaya Clínica ou nas Faculdades
Passo 6	Apresentação e discussão das propostas com os requerentes
	Organização de contactos e processos para a sua materialização
	Acompanhamento da sua execução

Tabela 1 - Etapas de atuação no âmbito do projeto Kaya Clínica

Fonte: autores, 2017

b) Regularização fundiária – O processo baseia-se no levantamento, planimétrico, geográfico e cadastral. A Faculdade de Direito, não só auxilia na preparação dos documentos para a regularização fundiária, como também prevê assessoria em assuntos relativos a conflitos de terra tais como disputas de limites dos talhões, questões de heranças, disputa de títulos e tentativas de registo em nome de terceiros.

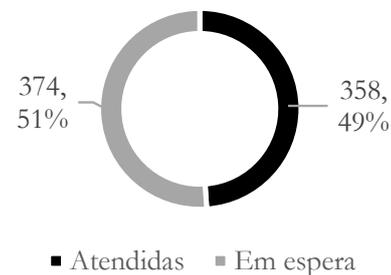


Gráfico 1 - Solicitações e nível de atendimento até ao mês de Julho

Fonte: Kaya Clínica 2017

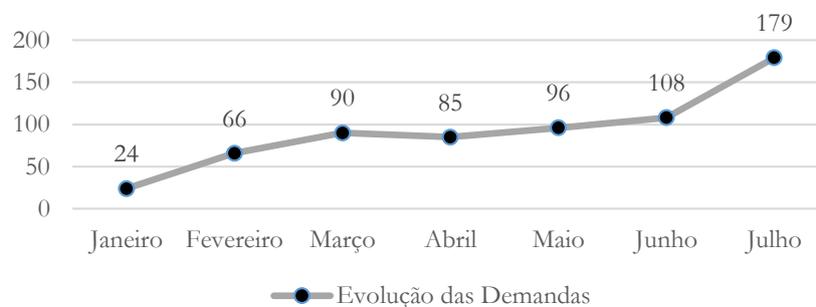


Gráfico 2 - Evolução das Demandas da comunidade ao Consultório Kaya Clínica

Fonte: Kaya Clínica 2017

c) Saneamento – Está a ser realizada uma recolha de dados da população para diagnóstico socioeconómico. Até Julho de 2016, foram realizados 289 inquéritos, 106 dos quais sobre a saúde sexual reprodutiva e 192 de diagnóstico das famílias, onde foram levantados, para além dos dados familiares, os tipos de fontes de abastecimento de água, de energia, de salubridade e de aspetos ligados à saúde comunitária.

d) Estruturas – Foi realizado um estudo sobre os elementos construtivos que possibilitam a construção de um segundo piso em certas habitações. Foram criados protótipos de lajes e vigotas, vigas, pilares e sapatas que possam ser pré-fabricadas no local. Este modelo estrutural foi apresentado, com grande adesão e entusiasmo, aos produtores de materiais de construção, com o objetivo de expor o conceito e recolher os subsídios necessários para a sua viabilidade.

### 3.6. O futuro do projeto Kaya Clínica

O projeto possui apenas um ano de financiamento por parte da Agência Espanhola de Cooperação Internacional, que chega ao fim em Março de 2018. Está em processo de análise a criação de parcerias e formas de financiamento para a sua continuação. Acredita-se que o primeiro passo a tomar é institucionalizar a Kaya Clínica e integrar oficialmente o projeto nas várias faculdades. Esta integração poderá ser feita através de uma reforma curricular nacional para práticas de assistência ao Kaya Clínica. Considera-se ainda que, durante o ano curricular, possa ser possível atribuir-se um estudante de cada uma das faculdades a um quarteirão. Existe ainda a intenção de elaborar módulos de capacitação local, dirigidos aos secretários de bairro e chefes dos quarteirões.

Os resultados, em poucos meses de trabalho, são tangíveis e satisfatórios e espera-se que formem uma base de conhecimento sólida, que oriente as futuras intervenções e a instalação de outros consultórios pelo país.

### Conclusão

Ao nível das políticas e estratégias, bem como das práticas e dos projetos, a questão do entendimento da realidade e da integração da comunidade no desenvolvimento urbano é considerada fundamental para o sucesso das intervenções, face ao desajuste de muitas operações que fazem

tábula rasa das aspirações e decisões dos residentes menos favorecidos. A resolução da problemática dos assentamentos autoproduzidos vai para além da elaboração de planos urbanísticos ideais, do reordenamento dos bairros ou da provisão de habitações. O Kaya Clínica surge da necessidade de implementação de um “novo paradigma para a construção social da cidade, priorizando os processos acima dos produtos, o exercício das estratégias em vez dos programas e a prática de métodos verdadeiramente participativos, não só consultivos, para a construção do comum” (Lizancos, 2017). Surge também da necessidade de estruturação de uma estratégia que permita devolver às comunidades os direitos básicos à habitação, à saúde, à cultura e à participação na gestão dos assuntos sociais, priorizando o desenvolvimento humano e não só o económico.

Este projeto envolve, para o seu funcionamento ordinário, um número acrescido de pessoal técnico voluntário e permanente em assuntos operativos e em diversos trabalhos, tais como no desenvolvimento de relações institucionais e ações de difusão, exigindo a criação de mecanismos de financiamento para a sua continuidade. O seu futuro depende deste aspeto e da contínua parceria entre o corpo académico, as administrações públicas e a comunidade local. Se for possível trabalhar com visibilidade, transparência e obter resultados satisfatórios, espera-se que outras entidades interessadas nos problemas da habitação e os moradores sintam confiança em se juntar e apoiar.

### Referências Bibliográficas

- Abrams, Charles (1966), *Housing in the Modern World*, Londres: Faber & Faber.
- Brandão, Arnaldo (1984), “Problemas de teoria e metodologia na questão da habitação”, *São Paulo*, n.º 66, pp. 102-108.
- Carrilho, Júlio; Lage, Luís (2010), “Desafios no domínio da habitação”, em Luís de Brito, Carlos Castel-Branco, Sérgio Chichava, António Francisco (orgs.), *Desafios para Moçambique 2010*, Maputo: IESE.
- Centro de Estudos e Desenvolvimento do Habitat (2006), *Melhoramento dos assentamentos informais, análise da situação & proposta de estratégia de intervenção*, Maputo: Direção Nacional de Planeamento e Ordenamento Territorial (DINAPOT); Ministério para a Coordenação da Ação Ambiental (MICOA).
- Community Technical Aid Centersm (s.d), *Movement, United Kingdom, 1978-1985*. Disponível em: <http://www.spatialagency.net/da->

tabase/community.technical.aid.centres [Cons. 04/07/2017]

- Jenkins, Paul; Forsyth, Leslie (2010), *Architecture, Participation and Society*, Londres: Routledge.

- Lage, Luís; Macucule, Domingos (2015), *Extensão Universitária - Projeto Kaya Clínica*, Maputo.

- Lizancos, Plácido (2017, no prelo), “Formulación de una acción de aprendizaje-servicio enfocada a la provisión de habitabilidad básica en un hábitat auto gestionado. Una experiencia interuniversitaria en Maputo (Mozambique)”, *Revista Habitat y Sociedad*.

- Instituto Nacional de Estatística (2007), *Recenseamento Geral da População e Habitação*, Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

- Raposo, Isabel; Salvador, Cristina (2007), “Há diferença: ali é cidade, aqui é subúrbio. Urbanidade dos bairros, tipos e estratégias de habitação em Luanda e Maputo”, em Jochen Oppenheimer e Isabel Raposo, *Subúrbios de Luanda e Maputo*, Lisboa: Colibri, pp.105-138.

- Saevfors, Ingemar (1986), *Maxaquene: A comprehensive account of the first upgrading experience in the new Mozambique*, Nova Iorque: UNESCO.

- Santos, Carlos Nelson dos (1981), *Movimentos Urbanos no Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Zahar.

- Turner, John F. C. (1976), *Housing by people: Towards autonomy in building environments*, Marion: Boyars.

- UNICEF (2012), *An urban world. 2012*. Disponível em: <https://www.unicef.org/sowc2012/urbanmap/#> [Cons. 02/07/2017]

- United Nations Economic Commission for Africa (2003), *Land Tenure Systems and Sustainable Development in Southern*. Disponível em: [http://www.uneca.org/eca\\_resources/Publications/srdcs/Land\\_Tenure\\_Systems\\_and\\_sustainable\\_Development\\_in\\_Southern\\_Africa.pdf](http://www.uneca.org/eca_resources/Publications/srdcs/Land_Tenure_Systems_and_sustainable_Development_in_Southern_Africa.pdf) ECA/SA/EGM.Land/2003/2. Lusaka 2003 [Cons. 02/07/2017]