Saudé (d)nos lugares - a problemática dos territórios promotores de saúde

Helena Nogueira
Departamento de Geografia, CEGOT, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra
helena.marques.nogueira@hotmail.com

Resumo

O estado de saúde resulta de um conjunto diverso de factores, como os comportamentos individuais, as políticas sociais e económicas e a qualidade ambiental. Reconhece-se hoje que a saúde de um indivíduo e/ou de uma população depende, em parte, do seu espaço de vida. Este texto procura sublinhar a problemática da saúde em espaços urbanos, uma vez que é na cidade que os problemas de pobreza, privação e exclusão social se agudizam. Simultaneamente, a cidade vem-se assumindo como uma entidade menos definida, tanto conceptual como geograficamente. A urbanização gera actualmente territórios que, marcados pela urbanidade, são progressivamente descontinuos e fragmentados, emergindo aí novas necessidades em saúde e novas questões de saúde pública, umas e outras exigindo um novo modelo de planeamento urbano, capaz de apresentar respostas de grande acuidade. Fundamentalmente, trata-se de reconhecer aos lugares e capacidade de gerir e gerar factores de risco e de proteção da saúde, reconhecendo-se também que agir sobre os lugares é agir socialmente sobre os indivíduos, integrados nas suas comunidades.


Résumé

Santé des/aux lieux - la problématique des territoires promoteurs de santé

L’état de santé résulte d’un ensemble diversifié de facteurs, tels que les conduites individuelles, les politiques sociales et économiques et la qualité de l’environnement. On reconnaît aujourd’hui que la santé d’un individu et/ou d’une population dépend partiellement de l’espace de vie respectif. Ce texte essaye de souligner la problématique de la santé aux espaces urbains, puisque c’est dans la cité que les problèmes de pauvreté, privation et exclusion sociale deviennent plus aigus. Simultanément, la cité s’assume comme une entité moins définie, conceptuellement et aussi géographiquement. L’urbanisation crée actuellement des territoires qui, marqués par l’urbanité, sont progressivement discontinus et fragmentés, où de nouveaux besoins et de nouvelles questions de santé publique émergent, en exigeant les unes et les autres un nouvel aménagement urbain, capable de présenter des réponses très précises. Basiquement, il s’agit de reconnaître aux lieux la capacité de gérer et créer des facteurs de risque et de protection de la santé, en reconnaissant aussi que agir sur les lieux c’est agir socialement sur les individus, intégrés dans leurs communautés.


Abstract

Health of/In the places - the problematic of the territories promoting health

Health status results from a varied set of factors, like individual behaviours, social and economic policies and environmental quality. Nowadays it's acknowledged that the health of an individual and/or of a population partly depends on the place they live in. This paper tries to underline the problematic of health in urban areas, since it's in city that problems of poverty, deprivation and social exclusion get worse. Simultaneously, the city has become a less defined entity, both conceptually and geographically. Urbanisation is creating territories that, touched by urbanity, are becoming more and more disconnected and fragmented, which leads to new needs in health and new matters of public health; both of them require a new model of urban planning, capable to give some very acute responses. Basically, it's a question of recognizing to places the capability to manage and generate risk factors and protection of health, admitting as well that acting upon places is acting socially upon individuals, integrated in their communities.

Key-words: Health determinants. Urban health. Healthy urban planning.
1. Introdução

Ao longo do tempo, o conceito de saúde tem sofrido profundas modificações. A moderna medicina ocidental estrutura-se em torno de um conceito de saúde biômédico e normativo, emergente de um paradigma que marcou a ciência e a tecnologia médicas desde o século XVI (RICHMAN, 2003): o paradigma mecanicista. Universo e seres vivos compararam-se metaforicamente a sistemas mecânicos, cujo funcionamento obedece a leis matemáticas, e cada máquina é composta por peças que podem ser separadas em componentes, progressivamente menores e mais simples. Em caso de avaria, cabe ao médico consertar a máquina ou os seus componentes. Esta abordagem, simplista e reducionista, tornada hegemônica pela "revolução bacteriológica", dominou a prática médica ocidental a partir do século XVIII. O discurso biômédico, sublinhando mais a doença que a saúde, mais a cura que a prevenção ou a promoção, atribui à saúde um caráter normativo, definindo-a como "ausência de doença".

Em 1946, a OMS apresenta um conceito de saúde que faz ressurgir um novo paradigma em saúde. Entendia como "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade" (SANTANA, 1993), a saúde revela-se, afinal, uma entidade positiva, presença a ser promovida e não apenas ausência a lamentar. Simultaneamente, as insuficiências do anterior paradigma tornam-se claras, sobretudo a face do surgimento de patologias que se reconhecem múltiplas causas, sem que alguma seja considerada simultaneamente necessária e suficiente. O paradigma sociocriológico de saúde, subjacente à medicina da Antiguidade Grega, reemerge. A saúde adquire uma renovada dimensão social, cultural e econômica, definindo-se como uma qualidade dinâmica, uma capacidade de adaptação às mudanças da natureza e da sociedade, um recurso que permite ao indivíduo desempenhar convenientemente as suas funções diárias (TAYLOR et al., 2003). Entendido como progresso, capacidade, recurso e potencial, o conceito de saúde mostra-se inclusivo e expansivo - não se circunscreve ao contexto da biologia e do corpo, invadindo esferas mais vastas (por exemplo, os territórios); nem se somente uma conquista dos atributos e comportamentos de cada indivíduo, mas também da sociedade e do ambiente: a saúde é cultural e ambientalmente determinada e depende da posição social dos indivíduos. Ao anterior modelo patogênico, sobrepõe-se um modelo salutogênico (CHARLTON, 2005): a saúde cria-se e conquista-se, é um recurso a ser explorado, um potencial a desenvolver.

A salutogênese surge de forma explícita nos discursos políticos, que consideram a saúde como progresso e recurso essencial ao desenvolvimento social, econômico e pessoal, bem como importante dimensão do bem-estar e da qualidade de vida (FRENCH, 1997; TAYLOR et al., 2003). Todavia, sendo a saúde uma dimensão inequívoca da qualidade de vida, também a qualidade de vida é condição fundamental na gênese, manutenção e aumento dos níveis de saúde. GRANDE (1991), referindo-se às melhorias verificadas na saúde das populações, atribui maior importância aos progressos ocorridos na qualidade de vida do que as conquistas conseguidas na luta contra as doenças. SANTANA e NOGUEIRA (2001) assinalam também a importância dos factores económicos, sociais e políticos, relacionados com o processo de desenvolvimento, no aumento da esperança de vida da população portuguesa. Desenvolvimento e saúde estão, pois, intimamente ligados.

O desenvolvimento acompanha, e pressupõe, diminuição dos níveis de pobreza, melhoria da nutrição, da salubridade do meio e das infra-estruturas urbanas, mais e melhores intervenções ao nível da saúde pública, melhor acesso às oportunidades, maior disponibilização de cuidados sociais e de saúde, especialmente para os grupos mais carentes e estilos de vida mais saudáveis, factores que contribuem para melhorar a saúde da população.

As mudanças no conceito de saúde, cada vez mais expansivo e socioculturalmente determinado, e a continuidade do processo de desenvolvimento, traduzida por melhorias na qualidade ambiental, por políticas de saúde dirigidas preferencialmente à eliminação das causas, logo, mais preventivas que curativas (SAFRAH et al., 1998), por serviços de saúde mais generalizados e acessíveis (SANTANA, 2005) e, genericamente, por melhorias consideráveis na qualidade de vida das populações, cujos perfis epidemiológicos se vão também alterando, suportam o já referido paradigma sociocriológico de saúde, no qual a urbanização adquire uma importância-chave.

2. Saúde e Urbanização

A simultaneidade entre melhores estados de saúde da população e aumento dos níveis de desenvolvimento nem sempre se verifica, principalmente quando se consideram grupos e territórios específicos num determinado país. Diferenças nos perfis epidemiológicos dos países são visíveis não apenas ao longo do tempo, mas também na sua distribuição interna. Por vezes, os sectores mais ricos da população desenvolvem perfis epidemiológicos mais ou menos modernos, permanecendo os mais pobres afectados por
doenças infecciosas e distúrbios alimentares, numa situação que se pode designar de “polarização epidemiológica” (Phillips e Verhasselt, 1994). Outras vezes, a variação verifica-se entre áreas urbanas e áreas rurais, com níveis de saúde mais elevados nas primeiras (Santana, 1993; McDaide e Adair, 2001), que assumem também uma função de “pólos de polarização epidemiológica”.

A Revolução Industrial promoveu a transformação dos territórios, de forma rápida e intensa, no sentido de uma crescente urbanização. A urbanização fez-se acompanhar de melhorias nos níveis de saúde da população e de mudanças no seu padrão epidemiológico, marcado pela diminuição de patologias infecciosas e da mortalidade infantil, aumento de patologias degenerativas, cancro, doenças cardiovasculares e aumento da esperança de vida.

McDaide e Adair (2001) exploram a tradicional associação entre melhor saúde e residência em áreas urbanas, apontando algumas das explicações que têm sido sugeridas para interpretar a diferença, como o maior rendimento dos cidadãos, o que lhes possibilita uma melhor alimentação e o pagamento de mais e melhores serviços, os mais elevados níveis de educação e informação, especialmente no passado, e ainda o melhor acesso a serviços de saúde diversificados e de qualidade. Contudo, a contribuição dos serviços de saúde para a variação dos níveis de mortalidade foi quantificada por Adler et al. (1993) num modesto valor de 10%, enquanto Van Oyen et al. (1996) demonstraram a existência de uma correlação inversa entre saúde e oferta de serviços de saúde na Bélgica.

2.1. A saúde das populações urbanas

Se é verdade que viver em áreas urbanas tem consequências ao nível das oportunidades e formas de vida, também é verdade que as cidades expõem os seus habitantes a um novo leque de riscos para a saúde (Fitzpatrick e Lagny, 2000; McDaide e Adair, 2001). Vários autores têm colocado questões relacionadas com a saúde da população urbana que vive em condições de pobreza e de segregação social e espacial. Conseguirão as cidades assegurar os serviços sociais e de saúde mais básicos, para toda a sua população? Phillips (1993) refere que o espaço urbano não é um continuum uniforme que proporcione a toda a sua população iguais oportunidades de acesso aos serviços, iguais oportunidades de ter uma vida saudável e iguais oportunidades de promoção da saúde. Fitzpatrick e Lagny (2000) referem-se aos problemas de saúde urbana, utilizando a expressão “urban health penalty”. Para estes autores, a situação de desvantagem verificada nas cidades é o resultado da confluência de factores como a má nutrição, o desemprego, a degradação das habitações, a violência, o isolamento e a falta de interação social. Segundo Braveman e Gruskin (2003), a equidade em saúde não existe e as iniquidades tornam-se especialmente evidentes nos maiores centros urbanos, onde se agudizam problemas de pobreza e desemprego e onde aos deficientes serviços básicos de saúde se juntam serviços ambientais pobres, transportes públicos insuficientes e abrigos condignos igualmente insuficientes. Os problemas de habitação, a sua degradação e sobrelocação são mais evidentes nas áreas urbanas, tal como os ruídos, a poluição atmosférica e os acidentes de trânsito, factores que têm um impacte negativo na saúde da população (Weinstein, 1980; Gouveia et al., 2004; Samet e White, 2004; Van de Poel et al., 2007), estudando a saúde infantil em 47 países, concluem pela pior saúde das crianças das áreas urbanas, relacionando-a com as suas condições de pobreza.

Outro aspecto de reconhecida influência na saúde é a maior fragilidade das redes sociais e do suporte familiar nas áreas urbanas (Fitzpatrick e Lagny, 2000; Guérin, 2003). Neste sentido, alguns autores têm relacionado a fragilidade das redes e a falta de suporte familiar com a emergência de problemas psicossociais, como o consumo de drogas e a criminalidade (Kawachi et al., 1999b; Dunni e Hayes, 2000; Pollack e Kiesebeck, 2004; Hembree et al., 2005; Iribarren et al., 2005). A depressão, o suicídio e a percepção da própria saúde são alguns dos resultados em saúde que têm sido correlacionados com o “stress” urbano e com o isolamento social (Kawachi et al., 1999a; Gouveia e Sloggett, 2003; Melchor et al., 2003; Young et al., 2004; Ziersch et al., 2005; Nogueira, 2007b, 2008a, 2008b).

Diferenças e variações em saúde, há muito reconhecidas, não deixam de ser surpreendentes, uma vez que as fracas melhorias ocorridas em factores tão importantes para a saúde como a qualidade de vida das populações e a acessibilidade aos serviços de saúde não as eliminaram e, em alguns casos, tão pouco as reduziram. O estado de saúde de uma população, num dado lugar, depende de um vasto conjunto de factores.

---

1 Em sentido amplo, equidade pressupõe igual oportunidade de acesso para igual necessidade (White, 1979), pressupondo justiça social (Greit, 1968) e justiça territorial (Marchi, 1997). Variações em saúde justas, isto é, esperadas como, por exemplo, a melhor saúde de indivíduos jovens, comparativamente à de indivíduos idosos, o menor peso ao nascer dos bebes do sexo feminino, em comparação aos do sexo masculino, são apenas desigualdades. Mas quando as variações são injustas - por exemplo, a variação no estado nutricional ou nos níveis de imunização em função do sexo, a variação na probabilidade de receber tratamento adequado em função da etnia ou as variações em saúde em função da área de residência - então, tornam-se iniquidades (Gouveia e Gruskin, 2003).
biológicos, culturais, econômicos, sociais e físicos, individuais, societais e ambientais, como são, por exemplo, gênero, idade, comportamentos e estilos de vida, rendimento, educação, condições de vida e de trabalho, qualidade e cobertura dos cuidados de saúde, poluição e suporte social, entre outros (SANTANA e CAMPOS, 1997; MACINTYRE et al., 2002). Os resultados em saúde parecem, pois, depender de quem se é e do lugar onde se vive. PHILLIPS (1993) e PITTS (2004) sublinham que o impacte destes factores na saúde não resulta de uma simples adição, mas antes do efeito da sua interacção sinergética. Pobreza e privação, fragilidade e desorganização social, habitação degradada e desemprego, agudizam-se em áreas urbanas, com consequências negativas na saúde individual e colectiva.

3. Criando lugares saudáveis

Questões relacionadas com a saúde urbana têm sido reconhecidas por diferentes níveis do poder político, sendo colocadas de modo explícito no projecto "Cidades Saudáveis" que a OMS desenvolveu desde 1986 e que se encontra actualmente na IV fase. O projecto, assente no conceito da OMS de "saúde para todos no século XXI", revelou, desde logo, a sua extrema importância, tendo sido ajustado a múltiplos contextos geográficos, culturais e políticos.

O conceito de "espaço urbano saudável" e o seu homólogo de "cidade saudável", incorpora ideais e ideias da saúde pública, e de disciplinas como a sociologia, a geografia, o planeamento urbano, a ecologia, a política, a economia e a filosofia, entre outras. Numa das primeiras (e mais simples) definições de cidade saudável, HANCOCK e DUHL (HANCOCK e DUHL, 1988, referidos por BARTON e TSOUROU, 2000:29) referem que:

"Uma cidade saudável é aquela que continua-mente cria e melhora ambientes físicos e sociais e expande recursos comunitários que permitem às populações suportarem-se mutuamente no desempenho de todas as funções das suas vidas e no desenvolvimento dos seus potenciais máximos".

O conceito anterior e o conceito de saúde enquanto capacidade funcional e dimensão da qualidade de vida têm inegáveis semelhanças. Uma cidade saudável procura proporcionar à sua população mais saúde e melhor qualidade de vida, permitindo-lhe o desenvolvimento de todas as suas potencialidades. A questão emergente é, pois, planear e desenvolver o espaço urbano de forma a proporcionar mais prosperidade económica, mais justiça social e territorial, mais bem-estar e mais saúde às suas populações. MACINTYRE (1999) apresenta um conjunto de características do ambiente local de importância-chave na melhoria da saúde da população e na diminuição das variações em saúde: oportunidades de emprego; dotação de estabelecimentos educativos; transportes; habitação; provisão de espaços de comércio; meios de recreação; prevalência de "incivilidades" como "graffiti", lixo, vandalismo, tráfico de droga e crime; policiamento; uso do solo; serviços de saúde; perigos ambientais (poluição atmosférica, ruido, resíduos perigosos, efluentes industriais); redes sociais e coesão social; normas culturais e valores; geologia; clima.


3.1. Planear para a saúde - as determinantes da saúde e o planeamento urbano

O modelo de saúde urbana/planeamento urbano saudável que se passa a apresentar desenvolve-se em três níveis distintos (Figura 1) que estabelecem, entre si, relações de reciprocidade e interdependência. O primeiro nível é constituído por factores individuais e de grupo sensíveis ao processo de planeamento (comportamentos e estilos de vida). No segundo nível surgem as influências comunitárias e as condições estruturais locais (oportunidades sociais e factores do funcionamento colectivo). Um terceiro e último nível é formado por factores ambientais mais gerais, também influenciáveis pelo processo de planeamento. Como foi referido, os factores apresentados encontram-se intimamente inter-relacionados, dentro de cada nível e entre níveis distintos.
3.1.1. Comportamentos e estilos de vida (nível 1):

Construir ambientes que incrementem atitudes promotoras de saúde e preventivas de doença.

O planeamento urbano deve concorrer para dar a todos a oportunidade de desenvolver estilos de vida saudáveis. Lawlor et al. (2003) sublinham o impacte do ambiente na promoção de actividade física. Estudos efectuados nesta temática têm concluído pela especial importância de diferentes factores, como a qualidade, localização e segurança de espaços apropriados à prática de actividade física regular, a disponibilidade e segurança de espaços públicos abertos, o desenho urbano e a estética ambiental, que influenciam a saúde de forma directa e indirecta (por exemplo, condicionando a prática de exercício físico, como andar a pé ou de bicicleta, o desenvolvimento de actividades lúdicas no exterior e o risco de sofrer acidentes na prática dessas actividades (MacIntyre, 1999; Barton e Tsourou, 2000; Lawlor et al., 2003; Wheeler, 2004; Banister, 2005; Van Lenthe et al., 2005).

Lawson (2001), referindo-se à singularidade dos lugares, sinonimiza-os a "contextos comportamentais". Segundo o autor, os lugares influenciam os comportamentos individuais, sendo, simultaneamente, uma extensão desses próprios comportamentos, uma vez que os lugares são também criados pelos indivíduos. Comportamentos saudáveis criam lugares mais saudáveis, que geram comportamentos ainda mais saudáveis, podendo desencadear-se uma cadeia de efeitos retroativos e cumulativos, com grande impacte na saúde individual e colectiva. Ross (2000) assinala a existência de “efeitos de contágio” em certos comportamentos, como andar a pé e de bicicleta; estes efeitos fazem com que em áreas onde se ande a pé e de bicicleta, cada vez mais pessoas adoptem esses comportamentos. Promover a saúde individual pela promoção de estilos de vida mais saudáveis implica que, simultaneamente, se melhore o ambiente local, tornando-o mais próprio ao desenvolvimento de actividades promotoras de saúde.

Refira-se também que as oportunidades existentes a nível local podem influenciar a saúde. Recursos locais de qualidade, acessíveis por meio de destinações a pé ou de bicicleta, incrementam os níveis de actividade física e diminuem a utilização do transporte privado (Wheeler, 2004; Banister, 2005). O tipo de comércio que existe num dado lugar parece influenciar hábitos de consumo. Wetzmann et al. (2003) concluem pela existência de correlações positivas e significativas entre a densidade de lojas de bebidas alcoólicas e hábitos de consumo excessivo de álcool; Chuang et al. (2005) apontam conclusões semelhantes para a relação entre pontos de venda de tabaco e hábitos tabágicos; MacIntyre et al. (1993, 2002) e Santana et al. (2008), respectivamente, em Glasgow e na Área Metropolitana de Lisboa, concluem que diversos factores, como o tipo de lojas alimentares disponíveis, a sua proximidade e a disponibilidade de alimentos frescos e saudáveis, condicionam a dieta individual e familiar.

3.1.2. Influências comunitárias e condições estruturais locais; funcionamento colectivo e condições sociomateriais (nível 2)

Equidade, coesão social e capital social:
Promover os laços comunitários, a equidade e a construção de capital social.

O planeamento pode criar oportunidades de estruturação de redes sociais; relações horizontais, de suporte mútuo e amizade, geram e fortalecem sentimentos de auto-estima, valorização e pertença, com forte efeito protetivo na saúde. Indivíduos mais saudáveis são mais capazes de participar na sociedade, tanto económica como c accompanimentemente, melhorando mais ainda o seu estado de saúde (Wilkinson e Marmot, 1998; Wheeler, 2004). Nogueira (2008a, 2008b) conclui que o capital social gerado por redes sociais horizontais (“bonding social capital”) é um dos factores determinantes do estado de saúde auto-avaliado da população residente na Área Metropolitana de Lisboa. Todavia, o mesmo estudo conclui igualmente pela importância das relações sociais verticais, frequentemente designadas como “linking social capital”.

Figura 1
As determinantes da saúde e o planeamento urbano
(Fonte: Nogueira, 2007b: 134)
Estas relações sociais verticais, promovendo o "empowerment" da comunidade, proporcionam aos indivíduos e comunidades um maior controlo sobre as suas vidas e destinos, uma maior capacidade de desafiar injustiças sociais e de reivindicar mudanças nas políticas, no acesso aos recursos e nas condições de vida (NOGUEIRA, 2008a, 2008b).

Os diversos tipos de redes sociais são estruturados por actividades, objectivos e problemas sentidos como comuns, promovendo, por isso, a identidade de indivíduos e comunidades (THOMAS, 2002). A convergência social apela à criação de espaços físicos, que podem ser escolas, corredores, cafés, praças e outros centros sociais; estes espaços partilhados devem facilitar a personalização e a apropiação, proporcionando encontros formais e informais entre os indivíduos (BARTON e TSOUROU, 2000). A melhoria da auto-estima, o fortalecimento do respeito mútuo e da coesão social e a confiança institucional decorrente destas relações sociais têm comprovados efeitos benéficos na saúde. THOMSON et al. (2003), num estudo qualitativo desenvolvido em Glasgow, concluem que a disponibilidade e utilização das piscinas influencia positivamente a saúde da população, não apenas pelo aumento da actividade física, mas também pelo convívio e interacção social que a frequência da piscina proporciona. O planeamento urbano afecta as oportunidades de escolha individuais e a coesão dos grupos e, nesse sentido, ele tem capacidade de criar comunidades (NOGUEIRA, 2007b).

Por outro lado, sabe-se que a diminuição dos níveis de privação, nos seus múltiplos aspectos - material, social e cultural - melhora os níveis de saúde das populações. Segundo LYNCH et al. (2000), a relação entre saúde e privação material é devida tanto ao efeito direto da própria privação, como a um efeito indireto, de percepção das iniquidades, que fragiliza o capital social, o que, por sua vez, diminui os níveis de saúde das populações. NOGUEIRA (2007b) refere que “aumentar os rendimentos mais baixos pode ser importante e contribuir para minimizar os efeitos da privação material, mas é também fundamental melhorar os níveis de equidade entre grupos e indivíduos, pela disponibilização, para todos, de todo um conjunto de oportunidades e facilidades, de que são exemplos as de saúde, trabalho, educação e recreação”. Posteriormente, a autora conclui que a disponibilidade destas oportunidades, formais e informais, contribui para melhores resultados em saúde, quer pela importância própria e absoluta da existência/utilização destes recursos, quer pela sua capacidade em proporcionar e estabelecer um sentido forte de comunidade (NOGUEIRA, 2008a).

Maiiores condições habitacionais, falta de higiene e de saneamento em edifícios e espaços públicos urbanos são problemas valorizados desde meados do século XIX (KEMP, 1989). As condições e qualidade da habitação, avaliada por aspectos como humidade, correntes de ar, materiais de construção, (in)existência de aquecimento (em países frios) e (sobre)locação, influem na saúde dos moradores e devem ser explicitamente consideradas no planeamento urbano (BRIMBLECOMBE et al., 1999; MACINTYRE, 1999; BLACKMAN et al., 2001). MACINTYRE et al. (1997) relacionam as condições de habitação com o tipo de propriedade, destacando as melhores condições das habitações próprias. BLACKMAN et al. (2001) demonstraram que um dos efeitos da reconstrução dos edifícios é a melhoria da saúde dos indivíduos aí residentes. Índices compositos de privação múltipla consideram frequentemente as características da habitação (MALSTM et al., 2001; STAFFORD et al., 2001; NOGUEIRA, 2007a) e os estudos efectuados comprovam a relação entre qualidade da habitação e saúde (BRIMBLECOMBE et al., 1999; MACINTYRE e ELLAWAY, 2000). A qualidade da habitação é ainda mais importante em famílias com crianças, devido ao efeito particularmente nocivo das exposições precoces. Em relação ao desenvolvimento neurobiológico, por exemplo, o período crítico parece decorrer desde o nascimento até aos seis anos; para o desenvolvimento pulmonar o período crítico apontado decorre entre os 11 e os 18 anos (BARTON e TSOUROU, 2000; BLACKMAN et al., 2001; GAUDERMAN et al., 2004).

Trabalho: Criar empregos locais seguros e acessíveis. Empregos "stressantes" e inseguros conduzem ao absentismo e à degradação da saúde mental (WILKINSON e MARMOT, 1998; SIEGRIST, 2000; THEORELL, 2000). Altos níveis de "stress" e de exigências laborais, e baixo controlo sobre o ritmo e as pausas no trabalho são prejudiciais à saúde e aumentam a mortalidade prematura (FUKUDA et al., 2004). O desemprego, bem como o subemprego, constituem situações de particular desvantagem, com forte efeito prejudicial na saúde individual e familiar (STANISLAV e JONES, 2000; FERRIE et al., 2005). Em oposição, a satisfação, a segurança e um maior controlo no emprego podem melhorar os níveis de saúde e bem-estar. WALCZAK (2002) aponta a diminuição do desemprego e a criação de empregos mais seguros como uma das medidas responsáveis pela melhoria da saúde da população residente numa área desfavorecida de Boston. Estudando a Área Metropolitana de Lisboa, NOGUEIRA (2007b) demonstra que a situação de emprego/desemprego é uma das que mais influenciam o estado de saúde da população. No mesmo estudo, sugere-se que o bom estado de saúde verificado nas donas de casa pode

Habitação: Responder às necessidades locais de habitação adequada.
ser fruto das características do seu trabalho, caracterizado pelo grande controlo quer do ritmo, quer pausas.

**Transportes e Acessibilidades**: Melhorar acessibilidades e reduzir a dependência do transporte, particularmente do privado.

Reduzir a dependência do carro, incrementar a prática de exercício físico - andar a pé e/ou de bicicleta - e melhorar os transportes públicos, pode promover a saúde de formas distintas (WILKINSON e MARMOT, 1998; BARTON et al., 2003; WHEELER, 2004; BAINISTER, 2005; LOW et al., 2005; THORNE e FILMER-SAINKEY, 2005): 1. Aumentando o exercício físico; 2. Reduzindo a possibilidade de ocorrência dos acidentes de trânsito; 3. Aumentando as oportunidades de interacção e de contactos sociais; 4. Diminuindo a poluição atmosférica; 5. Promovendo a estabilidade climática.

Os transportes afectam, de forma profunda, estilos de vida, equidade e coesão social. Políticas de transporte desadequadas podem conduzir a altas taxas de acidentes rodoviários, a estilos de vida sedentários, a mais poluição atmosférica e sonora e mesmo à fragmentação de comunidades (OMS, 2002). Relativamente a este último aspecto, THOMAS (2002) refere que a identidade das comunidades e a sua capacidade de criar laços não reúne ao tráfego pesado ou à construção de estradas principais. Vários autores relacionam a intensidade de tráfego e o tráfego pesado com riscos crescentes de incapacidades físicas, com a má saúde auto-avaliada e com o "stress" psicológico (BALFOUR e KAPLAN, 2002; WILSON et al., 2004).

As acessibilidades ao local de trabalho e a recursos locais de qualidade - educacionais, de comércio, de saúde, de lazer e habitacionais - devem também ser melhoradas, tendo vários autores relacionado a disponibilidade e utilização destes recursos com os resultados em saúde (GATRELL et al., 2000; LYNCH et al., 2000; CUMMINS et al., 2005). Vários estudos desenvolvidos na Área Metropolitana de Lisboa concluíram que a maior disponibilidade de transporte público, aliada a uma menor utilização do transporte individual, é um dos factores-chave na promoção de saúde da população (NOGUEIRA et al., 2006; NOGUEIRA, 2008 b). A possibilidade de efectuar deslocações diárias (casa - emprego, casa - escola, para compras, etc.) a pé ou por meio de transporte público, é particularmente importante para grupos populacionais desfavorecidos - mulheres, crianças, idosos, incapacitados, deficientes e minorias etnias. Promover a pedonização dos lugares e aumentar/assegurar o acesso a transporte público frequente e eficiente, requer intervenções ao nível do uso do solo (diversificando) e do desenho urbano (conectando e tornando apropriáveis e seguros os lugares de frequência quotidiana), bem como a concretização de uma verdadeira política de transporte coletivo e intermodal, baseada não somente no lucro económico, mas num lucro medido, por exemplo, em qualidade ambiental e em ganhos em saúde.

**Produção e disponibilidade de alimentos**: Melhorar a disponibilidade de alimentos saudáveis e encorajar a produção local de alimentos.

Segundo NOGUEIRA (2007b) "dietas hipercalóricas, ricas em gorduras e açúcares, mais económicas, conduzem à obesidade e à doença, em oposição ao efeito protector da ingestão de legumes e frutos frescos, geralmente mais dispendiosos." Proporcionar espaços abertos para cultivo, pequenas leiras e hortas urbanas, pode melhorar consideravelmente a dieta de indivíduos carenciados, como os desempregados e reformados (BARTON e TSOBURO, 2000); as hortas comunitárias desempenham também um importante papel de socialização e promoção do convívio e da interacção social (ARMSTRONG, 2000). No Seixal, um projecto de revitalização e valorização de hortas urbanas tem sido apontado como um novo recurso do planeamento urbano saudável daquela cidade (MADUREIRA, 2003).

A educação alimentar pode ser uma via de mudanças comportamentais e melhorias na saúde. No entanto, vários autores concluem que a dieta é mais influenciada pela disponibilidade de alimentos do que pela educação alimentar (WILKINSON e MARMOT, 1998; MACINTYRE e HART, 2000; MACINTYRE et al., 2002). Na Área Metropolitana de Lisboa, SANTANA et al. (2008) concluem que o tipo de lojas alimentares existentes na área de residência influencia os comportamentos alimentares. A abertura de supermercados locais e de lojas especializadas, como frutarias e peixarias, deve ser fomentada e facilitada, contrariando-se a tendência para a centralização destes bens em grandes superfícies, nem sempre acessíveis a toda a população. Refira-se ainda que a maior proximidade de lojas de alimentação, tornando-as mais acessíveis a mais indivíduos, poderá conduzir ao aumento da actividade física ligeira (VAN LEINTHE et al., 2005).

**Segurança**: Promover a segurança e a percepção de segurança na comunidade.

Melhorar a segurança rodoviária, reduzindo a velocidade de circulação dos veículos e dando prioridade a peões e ciclistas, investir em sinalização adequada, visibilidades, passeios e vias para ciclistas, pode...
diminuir o número de acidentes (LOW et al., 2005; THORIE e FILER-SANKEY, 2005), particularmente entre efeitos benéficos na saúde das políticas de incremento à utilização de transportes não motorizados, ao uso de capacetes nos utilizadores de bicicletas e motorizadas, ao uso do cinto de segurança por todos os passageiros e ainda de legislação mais rigorosa e mais penalizador para a condução sob efeito do álcool. COLLINS e KEARIS (2005) referem-se aos resultados de um projeto visando a implementação de trajectos escolares seguros na Nova Zelândia. Trata-se da criação de trajectos pedonais, nos quais voluntários guiam as crianças até às escolas e, a partir destas, até aos seus locais de residência. Esta iniciativa resultou numa redução significativa do número de acidentes sofridos pelas crianças. Outras consequências positivas passam pelo aumento da prática de exercício físico e pelo alargamento das experiências geográficas e sociais das crianças. No entanto, os autores sublinham que, apesar das taxas de acidentes com crianças serem maiores em áreas de maior privação, a implementação de trajectos escolares seguros ocorre sobretudo em áreas de menor privação, contribuindo para o aumento das variações em saúde.

Segurança e sentimentos de segurança relacionam-se também com a ocorrência de crimes, tendo ELLAWAY e MACINTYRE (1998) associado a percepção desta ocorrência com os resultados em saúde. Segundo CHANDOLA (2001), a insegurança e o medo do crime relacionam-se inversamente com a percepção do estado de saúde, relação que permanece significativa após controle de factores socioeconómicos e culturais, individuais e familiares. Segundo MACINTYRE (1999), é fundamental a prevenção do crime, dado que espaços mais seguros convidam a contactos sociais, à interacção e à prática de exercício físico, com consequências positivas na saúde física e mental. Também VAN LEINTE et al. (2005) referem que a insegurança inibe a prática de atividades físicas, como caminhar e andar de bicicleta.

Tornar mais seguras as áreas urbanas mais hostis pode conseguir-se pela diminuição dos seus índices de privação (CHANDOLA, 2001; SHAW et al., 2005) e intensificação do policiamento (SIEGEL e HYMOWITZ, 2001). Todavia, intervenções centradas no desenho e manutenção de áreas e edifícios, comerciais e residenciais, têm sido igualmente apontadas como eficazes na melhoria dos níveis de segurança (BARTON e TSOUROU, 2000; WHEELER, 2004; CLARKE, 2005). Espaços públicos desordenados, mal iluminados, sujos, tornam-se férteis para a criminalidade, o que sublinha a importância de planear e manter estes espaços, de forma a que criem sentimentos de segurança. Tornar mais seguros os espaços públicos implica não apenas a sua vigilância, mas sobretudo a promoção da sua

ídiosos, crianças e portadores de deficiências (BARTON e TSOUROU, 2000). MORRISON et al. (2003) referem-se a utilização, tornando-os locais de encontro e centros de interesse das comunidades locais (PITTS, 2004).

3.1.3. Influências ambientais gerais (nível 3)

Ar, ruído e estética ambiental: melhorar a qualidade atmosférica, controlar níveis de ruído e proporcionar um quadro de vida agradável e atractivo.

Como foi anteriormente referido, um número crescente de estudos epidemiológicos tem vindo a relacionar a poluição atmosférica urbana com os riscos de mortalidade e morbidade (SAMEI e WHITE, 2004; MARTINS et al., 2004) e com outros resultados em saúde, como o peso à nascença (GOUBELE et al., 2004). A poluição atmosférica, por si só ou em combinação com alguns comportamentos individuais, tem um impacto negativo na saúde humana (NOUGEIRA, 2001; OME, 2002; JERET et al., 2004; MARTINS et al., 2004). Este factor de risco pode ser diminuído através de restrições às fontes poluentes, móveis e fixas, destacando-se, também a este nível, os efeitos positivos do aumento das acessibilidades e do incentivo ao uso do transporte alternativo (deslocações a pé e de bicicleta) e público.

Ruidos excessivos elugares inestéticos aumentam níveis de "stress" e diminuem o bem-estar e a saúde dos indivíduos (BARTON e TSOUROU, 2000). BUSH et al. (2001), no Reino Unido, procurando conhecer os factores relacionados com a estigmatização de uma área de indústria química pesada (processo definido pelos autores como complexo, de exclusão múltipla - social, tecnológica e geográfica - e com consequências negativas na saúde), concluíram que a carga inestética das unidades industriais e a poluição atmosférica por elas provocada contribuem, entre outros factores, para a estigmatização observada.

Parece haver um círculo vicioso de empobre-cimento de uma área, que passa pela sua perda de atracção e de qualidade estética. Segundo VAN LEINTE et al. (2005), a degradação estrutural de um lugar relaciona-se estreitamente com a qualidade do seu desenho: um desenho urbano mais agradável poderá conduzir a maiores preocupações com o aspecto das casas e do espaço público em geral que, por sua vez, conduzirá a um maior investimento em lojas e outras actividades comerciais e de serviços. A qualidade ambiental, associada à proximidade de lojas e equipamentos diversos, contribui a saídas quotidianas da população aí residente, a pê ou de bicicleta, para fazer compras ou apenas passear. O movimento de pessoas torna as áreas mais seguras, aumentando ainda mais a sua atractividade. É então natural que se
desencadeiam processos de migração selectiva que, atraindo indivíduos de elevado estatuto socioeconómico, contribuem para uma melhoria geral do ambiente socioeconómico da área e das suas características.

Água e saneamento: Melhorar a qualidade da água e do saneamento.

O planeamento urbano deve impor limites e critérios de qualidade, ao nível de captação das águas, purificação e adição de substâncias, tratamento de águas residuais e protecção de aquíferos (Nogueira, 2007b). As águas subterrâneas constituem a maior fonte de fornecimento de água para as actividades humanas. A captação excessiva destas águas não só faz baixar as toalhas freáticas, com possíveis consequências na qualidade da água, como cria espaços vazios no solo que, sob o peso das edificações humanas, podem agravar movimentos de subsidência geológica (Douglas, 1989).

Processos de escorrência e de infiltração, com consequências nos riscos de deslizamento de vertentes, inundação e contaminação de águas subterrâneas (Lourenco e Lemos, 2001; Ross, 2001; Cunha, 2002; Teles, 2002), devem também ser avaliados no planeamento de áreas residenciais, industriais, agrícolas e na construção de infra-estruturas de circulação (Barton e Tsourou, 2000). A consideração dos riscos de contaminação ganha importância em áreas de sistemas aquíferos particularmente frágeis, como as calcárias. A qualidade da água potável e o seu papel na obtenção e manutenção de um bom estado de saúde pode também passar pela adição de determinados componentes, como o fluor.

Estudando a qualidade do ambiente "outdoor" na Área Metropolitana de Lisboa, Nogueira (2007b) conclui que a cobertura da rede pública de água e a cobertura da rede de águas residuais, embora tendencialmente elevada, apresentava ainda algumas lacunas, particularmente a última, para a qual se verificam baixos valores de cobertura em algumas freguesias dos concelhos de Azambuja, Sintra, Mafra, Barreiro e Montijo.

Solo e recursos minerais: Reduzir a contaminação por resíduos e racionalizar a exploração dos recursos.

O planeamento pode travar processos de desflorestação e de cultivo excessivamente intensivos, com consequências quer na contaminação dos alimentos cultivados, quer na contaminação e erosão dos solos. Solos abandonados e degradados podem ser recuperados e reabilitados sob a forma de pequenas explorações agrícolas, de carácter familiar, com produção destinada essencialmente ao consumo próprio (Barton e Tsourou, 2000).

A exploração de recursos do solo deve também ser controlada. A extração de petróleo pode originar movimentos de subsidência (Douglas, 1989) e a exploração de recursos minerais para construção de infra-estruturas pode ter consequências não somente na dinâmica dos ecossistemas, como também na saúde, devendo por isso incrementar-se a reutilização e reciclagem de materiais.

Clima: Promover a estabilidade e o conforto climáticos.

Reduções no consumo de combustíveis fósseis e nas emissões de gases de efeito estufa podem ser incrementadas por encorajamentos à utilização de energias alternativas, tanto em edifícios como os meios de transporte. Gainho (1999) refere que a actividade industrial, a combustão doméstica e a circulação automóvel são as principais fontes emissoras responsáveis por modificações na composição da atmosfera urbana. O controlo destas emissões pode contribuir para melhorar a qualidade do ar, factor com impacte na saúde e até na morte, principalmente de grupos desfavorecidos como idosos e sem-abrigo (Barton e Tsourou, 2000).

A arquitectura, as características e a forma das aglomerações urbanas têm um efeito profundo no clima urbano (Gainho, 1998) e na saúde. As condições de temperatura e humidade dos aglomerados urbanos, a circulação do ar e a sua qualidade dependem, em grande parte, da localização das cidades no contexto morfológico local e regional, da impermeabilização sofrida pelos solos em meio urbano, da geometria e morfologia da cidade, para além do tipo e intensidade das actividades humanas (Gainho, 1999). Estes factores, alterando localmente o clima, afectam as condições de vida de todos os seres vivos (Douglas, 1989), com consequências que na saúde física (Yan, 2000), quer na saúde mental (Monteiro e Velhas, 1995), quer ainda no conforto ou desagrado sentido pelas populações utentes destes espaços (Gainho, 1998, 1999), factor determinante do seu bem-estar. A propósito da sensação de conforto bioclimático, Oliveira e Andrade (2007) referem que esta depende não apenas do jogo das variáveis climáticas, mas também de factores intrínsecos aos indivíduos, tanto objectivos - como as suas características demográficas - como subjectivos -

* A exploração descontrolada destes recursos pode ter consequências trágicas, como aconteceu em Portugal com a extração de areias no rio Douro, um dos factores implicados na queda da ponte de Entre-os-Rios.
como as suas expectativas e motivações. Face à subjetividade e variabilidade reportadas, os autores sugerem a necessidade de identificar os diferentes aspectos que influenciam a percepção do conforto/desconforto bioclimático.

4. Nota conclusiva: um modelo de planeamento integrado, intersectorial, interdisciplinar

Promover a saúde humana é compreender que cada indivíduo se insere num contexto que, em parte, o determina e é por ele determinado. Esse contexto, o lugar, deve ser reconhecido como síntese de um conjunto de factores sociais, psicológicos e materiais que influenciam a saúde. Variações e desigualdades em saúde são de causalidade complexa e não podem ser solucionadas unicamente por intermédio de políticas de saúde. É fundamental actuar ao nível dos lugares que contextualizam o quotidiano das populações, promovendo o ordenamento do território e a qualidade do ambiente, atribuindo particular ênfase a aspectos do ambiente físico, económico, cultural e social e às normas e valores de cada sociedade. É, pois, necessário integrar os objectivos do planeamento saudável na promoção da saúde, de forma a criar territórios (mais) saudáveis.

As determinantes ambientais da saúde, enquanto factores constituintes do ambiente socioeconómico - como a segurança, a coesão social e a privação material - mas também do ambiente construído - como a disponibilidade e qualidade da habitação, a disponibilidade de equipamentos, de recursos, de infra-estruturas e de transporte - devem ser consideradas no processo de planeamento territorial; o que apela, e exige até, um planeamento intersectorial, integrado e interdisciplinar.

O planeamento urbano saudável comporta necessariamente três dimensões, ou vertentes (Figura 2): a dimensão de recursos, a dimensão social e a dimensão de mobilidade.

![Figura 2](attachment:image)

Intervenções que procurem melhorar e transformar lugares caracterizados pelo défice de infraestruturas, pela falta de equipamentos e de recursos necessários à vida quotidiana, pela fraca disponibilidade de alojamentos, sobretudo de habitação de qualidade terão, certamente, um impacte positivo na saúde individual e colectiva. Mas a promoção da saúde passa também pela transformação dos territórios que, no decorrer do processo de urbanização, foram sendo progressivamente fragmentados e segregados, apresentando-se fragamente conectados e com deficientes condições de mobilidade e acessibilidade. Todavia, estas duas dimensões do urbanismo saudável revelam-se insuficientes, devendo ser integrada uma terceira dimensão, a social. Lugares marcados pela ausência de factores distintivos e identitários são lugares de anômia, que fomentam sentimentos de não-pertença, sem capacidade de promover a saúde dos seus residentes.

Podem, pois, ser apontadas diferentes acções estratégicas para a promoção da saúde: intervenções ao nível do uso do solo, dotando, diversificando e aproximando espaços de residência, trabalho, compras, lazer, etc., evitando a segregação socioespacial; intervenções no desenho urbano, criando lugares apaziguáveis, que estimulam a sua utilização (investindo em redes pedonais, ciclovias, manutenção dos patrimónios, limpeza, iluminação, sinalização, estética, segurança, etc); intervenções nos espaços colectivos, tornando-os comuns e acessíveis, de modo a que promovam a integração e aproximação dos membros das comunidades, respondendo à questão fulcral da identidade na e da comunidade (NOGUEIRA, 2008 a).

As três dimensões do urbanismo saudável, atrás apresentadas - dimensão de recursos, dimensão de mobilidade e dimensão social - podem ser relacionadas aos elementos básicos constituintes dos diversos tipos de rede: os nós e os arcos. O território urbanizado não poderá funcionar plenamente (e saudavelmente) senão em rede. E esse funcionamento em rede pressupõe, por um lado, a existência de nós. Nós que são núcleos, capazes de reforçar o tecido dos territórios urbanizados, da cidade no seu sentido mais lato, que é cada vez mais uma cidade não central, extensiva e descontínua. Múltiplos centros com capacidade de assegurar o acesso e a utilização efectiva dos recursos neles disponibilizados. Múltiplos centros que, estruturando, reforcando e consolidando o tecido urbano, construam a identidade dos lugares. Identidade que está na base da emergência e consolidação de sentimentos de pertença e integração, necessários ao fortalecimento dos processos de participação e compromisso. Por outro lado, o funcionamento da rede pressupõe a existência dos arcos que, no contexto do urbanismo saudável, podem ser entendidos como acesso fácil, eficaz e eficiente a actividades sociais e de trabalho; mobilidade e acessibilidade,
reduzindo a dependência do transporte individual, melhorando a disponibilidade e eficiência do transporte público e promovendo a pedonização dos lugares. As estes questões acresce a necessidade de reforçar a mobilidade intermodal, sobretudo nas grandes áreas metropolitanas, onde a articulação e complementaridade entre diferentes tipos de transporte - rodoviário e ferroviário; coletivo e individual - não têm sido suficientemente conseguida.

O planeamento urbano saudável assume um caráter fortemente intersectorial, integrado e interdisciplinar. Neste sentido, é possível apontar algumas características fundamentais das estratégias de acção preconizadas e desenvolvidas no âmbito deste modelo de planeamento. Estas devem ser necessariamente:

a) Propagadas, no sentido de serem reconhecidas e defendidas pelos poderes políticos e económicos, com base no pressuposto de que a saúde é um recurso e, como tal, pode ser promovido.

b) Exequíveis, assegurando a todos iguais oportunidades de alcançar o seu potencial máximo de saúde e focadas na obtenção de equidade em saúde. A procura de equidade pressupõe mecanismos de discriminação positiva, no sentido de proporcionar mais a quem necessita mais.

c) Mediadas, envolvendo não apenas o sector da saúde. As acções devem ser transversais, integrando diferentes esferas tradicionalmente separadas nos modelos convencionais de planeamento - planeamento dos transportes, planeamento do uso do solo, planeamento da habitação, etc - e envolvendo necessariamente diferentes sectores - político, económico, social, cultural, ambiental.

d) Coordenadas por todos, participadas e de responsabilidade partilhada. A saúde deve estar presente em todas as políticas (SINNO et al., 2006) e em todos os níveis de decisão; e os decisores devem estar conscientes, e serem responsabilizados, pelas consequências das suas decisões na saúde. Todavia, trata-se de uma responsabilidade partilhada, uma vez que as acções estratégicas direcionadas à promocão da saúde devem ser coordenadas de forma partilhada por diferentes instituições - governamentais e não governamentais, autoridades locais, associações de comércio e indústria, media, cidadãos. Somente acções coordenadas e conjuntas poderão contribuir para a melhoria da saúde, para o aumento da justiça social e da equidade e para a construção de ambientes mais saudáveis.

No modelo de planeamento urbano saudável há, pois, um lugar activo para o geógrafo da saúde: explicando o papel do lugar na saúde das populações; mostrando que os lugares não são só diferentes, mas criam e promovem as diferenças; evidenciando a possibilidade de pensar e agir no território, tornando-o mais conforme às necessidades das suas populações; reforçando a ideia de que territórios e lugares são construções humanas, ambientes intencionalmente e podem, por isso, ser transformados de modo a promover a saúde (NOGUEIRA, 2007b); contribuindo, pois, para a criação de lugares de urbanidade, sustentabilidade e saúde.

5. Bibliografia


DAVIES, B. (1968) - Social needs and resources in local services. Michael Joseph, Londres.


ELLAWAY, A. e MACINTYRE, S. (1998) - "Does housing tenure predict health in the UK because it exposes people to different levels of housing related hazards in the home or its surroundings?". Health & Place, 4, pp. 141-150.


perspectives. Oxford University Press, Nova Iorque, pp. 159-175.


SIEGEL, F. e HYACINTZ, K. (2001) - "Por que razão o Mayor Ed Rendell começou bem e acabou mal!". In Paradigma Urbano. As Cidades do Novo Milênio. Quetzal Editores, Lisboa, pp. 21-44.


TELES, V. (2002) - "Quando os rios galgam as margens. Um
breve retrato das chelas de 5 de Janeiro de 2001 nos Concelhos de Braga e de Guimarães". Territorium, 9, pp. 75-88.


