

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

Helena Nogueira

Departamento de Geografia, CEGOT, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra
helenamarquesnogueira@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 descontínuos 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 a capacidade de gerir e gerar factores de risco e de protecção da saúde, reconhecendo-se também que agir sobre os lugares é agir socialmente sobre os indivíduos, integrados nas suas comunidades.

Palavras-chave: Determinantes da saúde. Saúde urbana. Planeamento urbano saudável.

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 essaie 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.

Mots-clés: Déterminants de la santé. Santé urbaine. Aménagement urbain salubre.

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 biomédico 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 comparam-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 hegemónica pela "revolução bacteriológica", dominou a prática médica ocidental a partir do século XVIII. O discurso biomédico, sublinhando mais a doença que a saúde, mais a cura que a prevenção ou a promoção, atribui à saúde um carácter normativo, definindo-a como "ausência de doença".

Em 1946, a OMS apresenta um conceito de saúde que faz ressurgir um novo paradigma em saúde. Entendida 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 face ao surgimento de patologias para as quais se reconhecem múltiplas causas, sem que alguma seja considerada simultaneamente necessária e suficiente. O paradigma socioecológico de saúde, subjacente à medicina da Antiguidade Grega, reemerge. A saúde adquire uma renovada dimensão social, cultural e económica, 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 quotidianas (TAYLOR *et al.*, 2003). Entendido como progresso, capacidade, recurso e potencial, o conceito de saúde mostra-se inclusivo e expansivo - não se circunscreve apenas ao contexto da biologia e do corpo, invadindo esferas mais vastas (por exemplo, os territórios); nem é 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 patogénico, sobrepõe-se um modelo salutogénico (CHARLTON, 1994): a saúde cria-se e conquista-se, é um recurso a ser explorado, um potencial a desenvolver.

A salutogénese surge de forma explícita nos discursos políticos, que consideram a saúde como progresso e recurso essencial ao desenvolvimento social, económico e pessoal, bem como importante dimensão do bem-estar e da qualidade de vida (MS/DGS, 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 génese, 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 às 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 carenciados 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 (SAFRAN *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 socioecológico 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; MCDADE 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.

MCDADE 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 LAGORY, 2000; MCDADE 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 LAGORY (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, a pobreza, o desemprego, a degradação das habitações, a violência, o isolamento e a falta de interacção social. Segundo BRAVEMAN e GRUSKIN (2003), a equidade¹ 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 sobrelotação 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 LAGORY, 2000; GUERRA, 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; DUNN e HAYES, 2000; POLLACK e KNESEBECK, 2004; HEMBREE *et al.*, 2005; IRRIBARREN *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; GRUNDY e SLOGGETT, 2003; MELCHIOR *et al.*, 2003; YOUNG *et al.*, 2004; ZIERSCH *et al.*, 2005; NOGUEIRA, 2007b, 2008 a, 2008 b).

Diferenças e variações em saúde, há muito reconhecidas, não deixam de ser surpreendentes, uma vez que as francas 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 (DAMES, 1968) e justiça territorial (PICHERAL, 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 bebés 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 (BRAVEMAN e GRUSKIN, 2003).

biológicos, culturais, económicos, sociais e físicos, individuais, sociais e ambientais, como são, por exemplo, género, 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 impacto destes factores na saúde não resulta de uma simples adição, mas antes do efeito da sua interacção sinérgica. 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 desenvolve desde 1986 e que se encontra actualmente na IV fase². 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 ideias e ideais 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 continuamente 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".

² Nesta fase (2009 a 2013) os objectivos prioritários são promover a saúde e a equidade em saúde em todas as políticas locais. Na IV fase deste projecto, que decorreu entre 2003 e 2008, distinguiram-se quatro vertentes prioritárias: 1. planeamento urbano saudável; 2. envelhecimento saudável; 3. avaliação do impacto das políticas e dos projectos na saúde e no bem-estar; 4. actividade física. Os objectivos desta fase foram, entre outros, promover cidades e comunidades prósperas, saudáveis, seguras e distintas; fazer da saúde um conceito de vida, integrando-a na economia local; reduzir iniquidades em saúde; promover parcerias entre grupos da comunidade e os sectores público, privado e voluntário (OMS, 2009).

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, planejar 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, ruído, resíduos perigosos, efluentes industriais); redes sociais e coesão social; normas culturais e valores; geologia; clima.

BARTON e TSOUROU (2000) apresentam doze objectivos-chave do planeamento urbano saudável. Com base nesses objectivos e nas características ambientais sublinhadas por MACINTYRE (1999), e adaptando a estrutura das determinantes da saúde conceptualizada por WHITEHEAD e DAHLGREN (1991), propõe-se seguidamente um modelo que integra as questões do planeamento urbano saudável na temática das variações em saúde.

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.

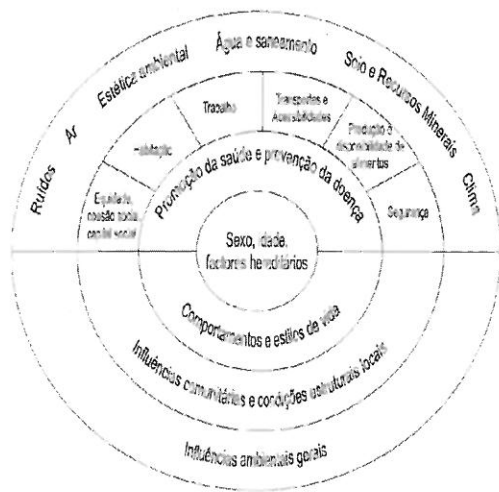


Figura 1

As determinantes da saúde e o planeamento urbano

(Fonte: NOGUEIRA, 2007b: 134)

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 impacto 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; LAWOR *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 retroactivos 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 propício 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 deslocações 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. WEITZMAN *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 protector na saúde. Indivíduos mais saudáveis são mais capazes de participar na sociedade, tanto económica como civicamente, 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".

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, correios, cafés, praças e outros centros sociais; estes espaços partilhados devem facilitar a personalização e a apropriação, 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 directo da própria privação, como a um efeito indirecto, 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 exemplo 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).

Habitação: Responder às necessidades locais de habitação adequada.

Más 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)lotação, influenciam a 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 da habitação com o tipo de propriedade, destacando as melhores condições das habitações próprias. BLACKMAN *et al.* (2001) demonstraram que um dos efeitos da renovação dos edifícios é a melhoria da saúde dos indivíduos aí residentes. Índices compostos de privação múltipla consideram frequentemente as características da habitação (MALMSTROM *et al.*, 2001; STAFFORD *et al.*, 2001; NOGUEIRA, 2007 a) 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 (BARTSON 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. WALCZAC (2002) aponta a diminuição do desemprego e a criação de empregos mais seguros como um dos factores 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

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.*, 2003c; WHEELER, 2004; BANISTER, 2005; LOW *et al.*, 2005; THORNE e FILMER-SANKEY, 2005): 1. Aumentando o exercício físico; 2. Reduzindo a possibilidade de ocorrência dos acidentes de tráfego; 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 resiste 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 étnicas. 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 aprazíveis e

seguros os lugares de frequência quotidiana), bem como a concretização de uma verdadeira política de transporte colectivo 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) "dieta 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 TSOUROU, 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 população³. 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 LENTHE *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, visibilidade, passeios e vias para ciclistas, pode

³ Sobretudo nem sempre acessíveis sem recurso ao uso de transporte privado.

diminuir o número de acidentes (Low *et al.*, 2005; THORNE e FILMER-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 penalizadora para a condução sob efeito do álcool. COLLINS e KEARNS (2005) referem-se aos resultados de um projecto 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 controlo 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 LENTHE *et al.* (2005) referem que a insegurança inibe a prática de actividades 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

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

3.1.3. Influências ambientais gerais (nível 3)

Ar, ruídos 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 morbilidade (SAMET e WHITE, 2004; MARTINS *et al.*, 2004) e com outros resultados em saúde, como o peso à nascença (GOUVEIA *et al.*, 2004). A poluição atmosférica, por si só ou em combinação com alguns comportamentos individuais, tem um impacto negativo na saúde humana (NOGUEIRA, 2001; OMS, 2002; JERRET *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.

Ruídos excessivos e lugares 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 responsáveis pela 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 empobrecimento de uma área, que passa pela sua perda de atracção e de qualidade estética. Segundo VAN LENTHE *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, convida a saídas quotidianas da população aí residente, a pé 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

desencadeiem processos de migração selectiva que, atraindo indivíduos de elevado estatuto socioeconómico, contribuam 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 (LOURENÇO 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 flúor.

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 pro-

duções destinadas essencialmente a consumo próprio (BARTON e TSOUROU, 2000).

A exploração de recursos do solo deve também ser controlada. A extracção 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 saúde⁴, 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 estufa podem ser incrementadas por encorajamentos à utilização de energias alternativas, tanto em edifícios como nos meios de transporte. GANHO (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 impacto 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 (GANHO, 1998) e na saúde. As condições de temperatura e humidade dos aglomerados urbanos, a circulação do ar e a sua qualidade dependem, em 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 (GANHO, 1999). Estes factores, alterando localmente o clima, afectam as condições de vida de todos os seres vivos (DOUGLAS, 1989), com consequências quer na saúde física (YAN, 2000), quer na saúde mental (MONTEIRO e VELHAS, 1995), quer ainda no conforto ou desconforto sentido pelas populações utentes destes espaços (GANHO, 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 -

⁴ A exploração descontrolada destes recursos pode ter consequências trágicas, como aconteceu em Portugal com a extracção 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 subjectividade 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

As dimensões do urbanismo saudável

(Fonte: Adaptado de NOGUEIRA, 2007b: 358)

Intervenções que procurem melhorar e transformar lugares caracterizados pelo défice de infra-

estruturas, pela falta de equipamentos e de recursos necessários à vida quotidiana, pela fraca disponibilidade de alojamentos, sobretudo de habitação de qualidade terão, certamente, um impacto 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 fracamente 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 anomia, 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 aprazíveis, que estimulem 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 descontinua. Múltiplos centros com capacidade de assegurar o acesso e a utilização efectiva dos recursos neles disponibilizados. Múltiplos centros que, estruturando, reforçando e consolidando o tecido urbano, constroem a identidade dos lugares. Identidade esta 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. A estas 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; colectivo e individual - não tem sido suficientemente conseguida.

O planeamento urbano saudável assume um carácter 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) Propugnadas, 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 (SIHTO *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 participada, uma vez que as acções estratégicas direccionadas à promoção 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 intencionais e podem, por isso, ser transformados de modo a promover a saúde (NOGUEIRA, 2007 b); contribuindo, pois, para a criação de lugares de urbanidade, sustentabilidade e saúde.

5. Bibliografia

- ADLER, N. E.; BOYCE, W. T.; CHESNEY, M. A.; FOLKMAN, S. e SYME, L. (1993) - "Socioeconomic inequalities in health - No easy solution". *J. A. M. A.*, 269, pp. 3140-3145.
- ARMSTRONG, D. (2000) - "A survey of community gardens in Upstate New York: implications for health promotion and community development". *Health & Place*, 6, pp. 319-327.
- BALFOUR, J. e KAPLAN, G. (2002) - "Neighborhood environment and loss of physical function in older adults: evidence from the Alameda County study". *American Journal of Epidemiology*, 155, pp. 507-515.
- BANISTER, D. (2005) - *Unsustainable transport. City transport in the New Century*. Routledge, Nova Iorque.
- BARTON, H. e TSOUROU, C. (2000) - *Healthy urban planning. A WHO guide to planning for people*. OMS, Spon Press, Londres.
- BARTON, H.; GRANT, M. e GUISE, R. (2003c) - *Shaping neighbourhoods. A guide for health, sustainability and vitality*. Spon Press, Londres.
- BLACKMAN, T.; HARVEY, J.; LAWRENCE, M. e SIMON, A. (2001) - "Neighbourhood renewal and health: evidence from a local case study". *Health & Place*, 7, pp. 93-103.
- BRAVEMAN, PP. e GRUSKIN, S. (2003) - "Defining equity in health". *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, pp. 254-258.
- BRIMBLECOMBE, N.; DORLING, D. e SHAW, M. (1999) - "Where the poor die in a Rich City: The case of Oxford". *Health & Place*, 5, pp. 287-300.
- BUSH, J.; MOFFATT, S. e DUNN, C. (2001) - "Even the birds here cough: stigma, air pollution and health in Teesside". *Health & Place*, 7, pp. 47-56.
- CHANDOLA, T. (2001) - "The fear of crime and area differences in health". *Health & Place*, 7, pp. 105-116.
- CHARLTON, B. (1994) - "Is inequality bad for the national health?". *Lancet*, 343, pp. 221-222.
- CHUANG, Y.-C.; CUBBIN, C.; WINKLEBY, M. e AHN, D. (2005) - "Effects of neighbourhood socioeconomic status and convenience store concentration on individual-level smoking". *Tobacco Control*, 14, pp. 337-353.

- CLARKE, PP. (2005) - "Urban planning and design". In RANDALL THOMAS (ed.) - *Sustainable urban design. An environmental approach*. Spon Press, Nova Iorque, pp. 14-24.
- COLLINS, D. e KEARNS, R. (2005) - "Geographies of inequality: child Pedestrian injury and walking school buses in Auckland, New Zealand". *Soc. Sci. Med.*, 60, pp. 61-69.
- CUMMINS, S.; MACINTYRE, S.; DAVIDSON, S. e ELLAWAY, A. (2005) - "Measuring neighbourhood social and Material context: generation and interpretation of ecological data from routine and non-routine sources". *Health & Place*, 11, 3, pp. 249-260.
- CUNHA, P. (2002) - "Vulnerabilidade e risco resultante da ocupação de uma planície aluvial - o exemplo das cheias do Rio Mondego (Portugal Central), no Inverno de 2000/2001". *Territorium*, 9, pp. 13-35.
- DAVIES, B. (1968) - *Social needs and resources in local services*. Michael Joseph, Londres.
- DOUGLAS, I. (1989) - "The environmental problems of cities". In D. HERBERT e D. SMITH (eds.) - *Social problems and the city. New perspectives*. Oxford University Press, Nova Iorque, pp. 81-99.
- DUNN, J. e HAYES, M. (2000) - "Social inequality, population health, and housing: a study of two Vancouver neighbourhoods". *Soc. Sci. Med.*, 51, pp. 563-587.
- 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.
- FERRIE, J.; SHIPLEY, M.; NEWMAN, K.; STANSFELD, S. e MARWOT, M. (2005) - "Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II Study: potential explanations of the relationship". *Soc. Sci. Med.*, 60, pp. 1593-1602.
- FITZPATRICK, K. e LAGORY, M. (2000) - *"Unhealthy places. The ecology of risk in the urban landscape"*. Routledge, Londres.
- FUKUDA, Y.; NAKAMURA, K. e TAKANO, T. (2004) - "Municipal socioeconomic status and mortality in Japan: sex and age differences, and trends in 1973-1998". *Soc. Sci. Med.*, 59, pp. 2435-2445.
- GANHO, N. (1998) - *O clima urbano de Coimbra. Estudo de climatologia local aplicada ao ordenamento urbano*. Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra (polícopiado).
- GANHO, N. (1999) - "O clima urbano e a climatologia urbana. Fundamentos e aplicação ao ordenamento urbano". *Cadernos de Geografia*, 18, pp. 97-127.
- GATRELL, A.; THOMAS, C.; BENNETT, S.; BOSTOCK, L.; POPAY, J.; WILLIAMS, G. e SHAHTAHWASEBI, S. (2000) - "Understanding health inequalities: locating people in geographical and social spaces". In H. GRAHAM (ed.) - *Understanding health inequalities*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia, pp. 157-169.
- GAUDERMAN, W.; AVOL, E.; GILILAND, F.; VORA, H.; THOMAS, D.; BERHANE, K.; MCCONNELL, R.; KUENZLI, N.; LURMANN, F.; RAPPAPORT, E.; MARGOLIS, H.; BATES, D. e PETERS, J. (2004) - "The effect of air pollution on Lung development from 10 to 18 years of age". *The New England Journal of Medicine*, 352, 11, pp.1057-1067.
- GOUVEIA, N.; BREMMER, S. e NOAVES, H. (2004) - "Association between ambient air pollution and birth weight in São Paulo, Brazil". *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, pp. 11-17.
- GRANDE, N. R. (1991) - "Perspectivas actuais dos conceitos de saúde e de doença." In BENTO, J. e MARQUES, A. (Eds.) - *Desporto. saúde. bem-estar*. Universidade do Porto, Porto, pp. 27-32.
- GRUNDY, E. e SLOGGETT, A. (2003) - "Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances". *Soc. Sci. Med.*, 56, pp. 935-947.
- GUERRA, I. (2003) - "Tensões do urbanismo quotidiano". In PORTAS, N., DOMINGUES, A. e CABRAL, J. (Eds.) - *Políticas urbanas. Tendências, estratégias e oportunidades*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, pp.218-225.
- HEMBREE, C.; GALEA, S.; AHERN, J.; TRACY, M.; PIPER, T.; MILLER, J.; VLAHOV, D. e TARDIFF, K. (2005) - "The urban built environment and overdose mortality in New York City neighbourhoods". *Health & Place*, 11, pp. 147-156.
- IRRIBARREN, C.; JACOBS, D.; KIEFE, C.; LEWIS, C.; MATTHEWS, A.; ROSEMAN, J. e HULLEY, S. (2005) - "Causes and demographic, medical, lifestyle and psychosocial predictors of premature mortality: the cardia study". *Soc. Sci. Med.*, 60, pp. 471-482.
- JERRET, M.; BURNETT, R.; BROOK, J.; KANAROGLU, PP.; GIOVIS, C.; FINKELSTEIN, N. e HUTCHISON, B. (2004) - "Do socioeconomic characteristics modify the short term association between air pollution and mortality? Evidence from a zonal time series in Hamilton, Canada". *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, pp. 31-40.
- KAWACHI, I.; KENNEDY, B. PP. e WILKINSON, R. (1999b) - "Crime: social disorganization and relative deprivation". *Soc. Sci. Med.*, 48, pp. 719-731.
- KAWACHI, I.; KENNEDY, B. PP.; GUPTA, V. e PROTHROW-STITH, D. (1999a) - "Women's status and the health of women and men. A view from the States". *Soc. Sci. Med.*, 48, pp. 21-32.
- KEMP, PP. (1989) - "The Housing question". In HERBERT, D. e SMITH, D. (Eds.) - *Social Problems and the city. New*

- perspectives*. Oxford University Press, Nova Iorque, pp. 159-175.
- LAWOR, D.; NESS, A.; DAVIS, A.; INSALL, PP. e RIDDOCH, C. (2003) - "The challenges of evaluating environmental interventions to increase population levels of physical activity: the case of the UK National cycle network". *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, pp. 96-101.
- LAWSON, B. (2001) - *The language of space*. Architectural Press, Oxford.
- LOURENÇO, L. e LEMOS, L. (2001) - "Considerações acerca da movimentação em massa ocorrida na vertente poente da Av^a. Elísio de Moura, em Coimbra". *Territorium*, 8, pp. 93-108.
- LOW, N.; GLEESON, B.; GREEN, R. e RADOVIC, D. (2005) - *The green city. Sustainable homes, sustainable suburbs*. Routledge, Londres.
- LYNCH, J.; SMITH, G.; KAPLAN, G. e HOUSE, J. (2000) - "Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions". *B. M. J.*, 320, pp. 1200-1204.
- MACINTYRE, S. (1999) - "Geographical inequalities in mortality, morbidity and health-related behaviour in England". In GORDON, D.; SHAW, M.; DORLING, D. e DAVEY SMITH, G. (Eds.) - *Inequalities in health*. The Policy Press, Bristol.
- MACINTYRE, S. e ELLAWAY, A. (2000) - "Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment". In BERKMAN, L. F. e KAWACHI, I. (Eds.) - *Social epidemiology*. Oxford University Press, Oxford, pp. 332-348.
- MACINTYRE, S. e HART, G. (2000) - "Tackling health inequalities in Scotland: a policy relevant research agenda". In STEPHEN, F.H. e MCKEGANEY, N. (Eds.) - *Perspectives on policy*. Glasgow, pp. 1-19 (policopiado).
- MACINTYRE, S.; ELLAWAY, A. e CUMMINS, S. (2002) - "Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?". *Soc. Sci. Med.*, 55, pp. 125-139.
- MACINTYRE, S.; HISCOCK, R.; ELLAWAY, A. e KEARNS, A. (1999) - "The fallacy of the equivalence of a range of household and area based indicators of material resources in the geography of health inequalities. In BOYLE, P.; CURTIS, S.; GATRELL, T. e MOORE, E. (Eds.) - *The geography of health inequalities in the developed world* (policopiado).
- MACINTYRE, S.; HISCOCK, R.; KEARNS, A. e ELLAWAY, A. (1997) - "Housing tenure and health inequalities: a three-dimensional perspective on people, homes and neighbourhoods". *Journal of Health Psychology*, pp. 128-142.
- MACINTYRE, S.; MACIVER, S. e SOOMAN, A. (1993) - "Area, class and Health: should we focusing on places or people?". *Jnl Soc. Pol.*, 22, pp. 213-234.
- MADUREIRA, N. (2003) - "Getting started: the experience of Seixal, Portugal". In BARTON, H.; MITCHAM, C. e TSOUROU, C. (Eds.) - *Healthy urban planning in practice: experience of the European cities*. Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning. OMS, Copenhagen, pp. 11-14.
- MALMSTROM, M.; JOHANSSON, S. e SUNDQUIST, J. (2001) - "A Hierarchical Analysis of Long-Term Illness and Mortality in Socially Deprived Areas". *Soc. Sci. Med.*, 53, pp. 265-275.
- MARTINS, M.; FATIGATI, F.; VÉSPOLI, T.; MARTINS, L.; PEREIRA, L.; MARTINS, M. A.; SALDIVA, PP. e BRAGA, A. (2004) - "Influence of socioeconomic conditions on air pollution adverse health effects in elderly people: an analysis of six regions in São Paulo, Brazil". *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, pp. 41-46.
- MCDADE, T. e ADAIR, L. (2001) - "Defining the 'urban' in urbanization and health: a factor analysis approach". *Soc. Sci. Med.*, 53, pp. 55-70.
- MELCHIOR, M.; BERKMAN, L.; NIEDHAMMER, I.; CHEA, M. e GOLDBERG, M. (2003) - "Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel Cohort". *Soc. Sci. Med.*, 56, pp. 1817-1830.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1997) - *A saúde dos portugueses*. DGS, Lisboa.
- MONTEIRO, A. e VELHAS, E. (1995) - "Estados do tempo e suicídio - Coincidência ou consequência?". *VI Colóquio Ibérico de Geografia* - ACTAS, Porto.
- MORRISON, D.; PETTICREW, M. e THOMSON, H. (2003) - "What are the most effective ways of improving population health through transport interventions? Evidence from systematic reviews". *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, pp. 327-333.
- NOGUEIRA, H. (2001) - *Mortalidade e morbilidade hospitalar por tumor maligno em Portugal Continental. Contributo da Geografia da Saúde*. Tese de mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra (policopiado).
- NOGUEIRA, H. (2007 a) - "Territórios de privação múltipla na Área Metropolitana de Lisboa." In SANTANA, P. (Coord) - *A cidade e a saúde*. Edições Almedina, Coimbra, pp. 133-141.
- NOGUEIRA, H. (2007 b) - *Os lugares e a saúde. Uma abordagem da Geografia às variações em saúde na Área Metropolitana de Lisboa*. Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra (policopiado).
- NOGUEIRA, H. (2008 a) - "Healthy communities: the challenge of social capital in the Lisbon Metropolitan Area." *Health & Place*, 15 pp.133-139.

- NOGUEIRA, H. (2008 b) - *Os lugares e a saúde*. Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- NOGUEIRA, H.; SANTANA, P e SANTOS, R. (2006) - "Linking perceptions of health to neighbourhood environment in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal". In MANDER, U. BREBBIA, C. A. e TIEZZI, E. (Eds.) - *The sustainable city IV. Urban regeneration and sustainability*. WIT Press, Boston, Southampton, pp. 723-733.
- OLIVEIRA, S. e ANDRADE, H. (2007) - "An initial assessment of the bioclimatic comfort in an outdoor public space in Lisbon". *Int. J. Biometeorology*, 52, 2, pp. 69-84.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) - *The European Health Report 2002*. OMS, Copenhaga.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2004) - *The next steps in health*. (<http://www.healthycity.stoke.gov.uk>). Stoke-on-Trent, OMS. (Acedido a 16 de Setembro de 2006).
- Organização Mundial de Saúde (2009) - *Phase V (2009-2013) du Réseau européen des Villes - Santé de l'OMS: objectifs et conditions OMS*, Copenhaga
- PHILLIPS, D. R. (1993) - "Urbanization and human health". *Parasitology*, 106, pp. 93-107.
- PHILLIPS, D. R. e VERHASSELT, Y. (1994) - "Introduction: health and development." In PHILLIPS, D. R. e VERHASSELT, Y. (Eds.) - *Health and development*. Routledge, Londres, pp. 3-32.
- PICHERAL, H. (1997) - "La valeur stratégique de l'espace dans les politiques sanitaires". *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, pp. XXXV-XXXVI.
- PITTS, A. (2004) - *Planning and design strategies for sustainability and profit*. Architectural Press, Oxford.
- POLLACK, C. e KNESEBECK, O. (2004) - "Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany". *Health & Place*, 10, pp. 383-391.
- POORTINGA, W. (2006) - "Perceptions of the environment, physical activity, and obesity." *Soc. Sci. Med.*, 63, 2835-2846.
- RICHMAN, J. (2003) - "Holding public health up for inspection". In COSTELLO, J. e HAGGART, M. (Eds.) - *Public health and society*. Palgrave Macmillan, Nova Iorque, pp. 3-22.
- ROSS, J. (2001) - "Inundações e deslizamentos em São Paulo. Riscos da relação inadequada sociedade-natureza". *Territorium*, 8, pp. 15-24.
- SAFRAN, D.; KOSINKI, M.; TARLOV, A.; ROGERS, W.; TAIRA, D.; LIEBERMAN, N. e WARE, J. (1998) - "The primary care assessment survey. Tests of data quality and measurement performance". *Medical Care*, 36, pp. 728-739.
- SAMET, J. e WHITE, R. (2004) - "Urban air pollution, health, and equity". *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, pp. 3-5.
- SANTANA, P. (1993) - *Acessibilidade e utilização dos Serviços de Saúde - Ensaio metodológico em Geografia da Saúde*. Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra (policopiado).
- SANTANA, P. (2005) - *Geografias da saúde e do desenvolvimento. Evolução e tendências em Portugal*. Edições Almedina, Coimbra.
- SANTANA, P. e CAMPOS, A. C. (1997) - "Situação do sector da Saúde em Portugal. (Evolução entre 1985 e 1994)". *Cadernos de Geografia*, 16, pp. 39-53.
- SANTANA, P. e NOGUEIRA, H. (2001) - "A esperança de vida em Portugal". *Cadernos de Geografia*, 20, pp. 3-13.
- SANTANA, P.; SANTOS, R. e NOGUEIRA, H. (2008) - "The link between local environment and obesity: a multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal". *Soc. Sci. Med.* (submetido).
- SHAW, M.; TUNSTALL, H. e DORLING, D. (2005) - "Increasing inequalities in risk of murder in Britain: trends in the demographic and spatial distribution of murder, 1981-2000". *Health & Place*, 11, pp. 45-54.
- SIEGEL, F. e HYAOWITZ, K. (2001) - "Por que razão o Mayor Ed Rendell começou bem e acabou mal?". In *Paradigma Urbano. As Cidades do Novo Milénio*. Quetzal Editores, Lisboa, pp. 21-44.
- SIEGRIST, J. (2000) - "Place, social exchange and health: proposed sociological framework". *Soc. Sci. Med.*, 51, pp. 1283-1293.
- SIHTO, M.; OLLILA, E. e KOIVUSALO, M. (2006) - "Principles and challenges of health in all policies." In STAHL, T.; WISMAR, M.; OLLILA, E.; LAHTINEN, E. e LEPPÖ, K. (Eds.) - *Health in all policies. Prospects and potentials*. Finlândia, Ministry of Social Affairs and Health, pp. 3-21.
- STAFFORD, M.; BARTLEY, M.; MITCHELL, R. e MARMOT, M. (2001) - "Characteristics of individuals and characteristics of areas: investigating their influence on health in the Whitehall II Study". *Health & Place*, 7, pp. 117-129.
- STAFFORD, M.; CUMMINS, S. ELLAWAY, A. SACKER, A. WIGGINS, R. D. e MACINTYRE, S. (2007) - "Pathways to obesity: identifying local, modifiable determinants of physical activity and diet." *Soc. Sci. Med.*, 65, 1882-1897.
- STANISLAV, K. e JONES, B. (2000) - "The impact of job loss and retirement on health". In BERKMAN, L.F. e KAWACHI, I. (Eds.) - *Social epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, pp. 118-136.
- TAYLOR, R.; SMITH, B. e VAN TEIJLINGEN, E. (2003) - *Health and illness in the community*. Oxford University Press, Nova Iorque.
- TELES, V. (2002) - "Quando os rios galgam as margens. Um

- breve retrato das cheias de 5 de Janeiro de 2001 nos Concelhos de Braga e de Guimarães". *Territorium*, 9, pp. 75-88.
- THEORELL, T. (2000) - "Working conditions and health". In BERKMAN, L.F. e KAWACHI, I. (Eds.) - *Social epidemiology*. Oxford University Press, Oxford, pp. 95-117.
- THOMAS, D. (2002) - *Architecture and urban environment. A vision for the new age*. Architectural Press, Oxford.
- THOMSON, H.; KEARNS, A. e PETTICREW, M. (2003) - "Assessing the health impact of local amenities: a qualitative study of contrasting experiences of local swimming pool and leisure provision in two areas of Glasgow". *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, pp. 663-667.
- THORNE, R. e FIDLER-SANKEY, W. (2005) - "Transportation". In RANDALL THOMAS (ed.) - *Sustainable urban design. An environmental approach*. Spon Press, Nova Iorque, pp. 25-32.
- VAN DE POEL, E.; O'DONNELL, O e VAN DOORSLAER, E. (2007) - "Are urban children really healthier? Evidence from 47 developing countries". *Soc. Sci. Med.*, 65, pp. 1986- 2003.
- VAN LENTHE, F.; BRUG, J. e MACKENBACH, J. (2005) - "Neighbourhood inequalities in physical inactivity: the role of neighbourhood attractiveness, proximity to local facilities and safety in the Netherlands". *Soc. Sci. Med.*, 60, pp. 763-775.
- VAN OYEN, H; TAFFOREAU, J. e ROELANDS, M. (1996) - "Regional inequities in health expectancy in Belgium". *Soc. Sci. Med.*, 43, pp. 1673-1678.
- WALCZAK, B. (2002) - *What does a healthy city look like? Reflections from the grassroots*. Rappaport Public Service Lecture, J. F. Kennedy School of Government. Cambridge, Rappaport Institute for Greater Boston, Harvard University (policopiado).
- WEINSTEIN, M. (1980) - *Health in the city. Environmental and behavioral influences*. Pergamon Press, Nova Iorque.
- WEITZMAN, E.; FOLKMAN, A.; FOLKMAN, M. PP. e WECHSLER, H. (2003) - "The relationship of alcohol outlet density to heavy and frequent drinking and drinking-related problems among college students at eight universities". *Health & Place*, 9, pp. 1-6.
- WHEELER, S. (2004) - *Planning for sustainability. Creating livable, equitable, and ecological communities*. Routledge, Nova Iorque.
- WHITE, K. L. (1979) - "Equitable allocation of resources." In WORLD HEALTH ORGANISATION (ed.) - *Measurement of levels of health*. OMS, Copenhagen, pp. 59-63.
- WHITEHEAD, M. e DAHLGREN, G. (1991) - "What can we do about inequalities in health". *Lancet*, 338, pp. 1059-1063.
- Wilkinson, R. e MARMOT, M. (1998) (Eds.) - *Social determinants of health. The solid facts*. OMS, Copenhagen.
- WILSON, K.; ELLIOT, S.; LAW, M.; EYLES, J.; JERRET, M. e KELLER-OLAMIAN, S. (2004) - "Linking perceptions of neighbourhood to health in Hamilton, Canadá". *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, pp. 192-198.
- YAN, Y. (2000) - "The influence of weather on human mortality in Hong Kong". *Soc. Sci. Med.*, 50, pp. 419-427.
- YOUNG, A.; RUSSELL, A. e POWERS, J. (2004) - "The sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and well-being in older women?". *Soc. Sci. Med.*, 59, pp. 2627-2637.
- ZIERSCH, A.; BAUM, F. e PUTLAND, C. (2005) - "Neighbourhood life and social capital: the implications for health". *Soc. Sci. Med.*, 60, pp. 71-86.