



Universidade de Évora

Mestrado em Políticas de Bem-estar em Perspectiva: Evolução,  
Conceitos e Actores

**Efectividade do Programa de Planeamento  
Urbano Saudável da Cidade de Viana do Castelo**



CASSILDA MARIA QUEIRÓS DIAS

Dissertação de Mestrado

Orientadores:

Professora Doutora Fátima Nunes

Professor Doutor Teodoro Briz

Évora

2009

Universidade de Évora  
Mestrado em Políticas de Bem-estar em Perspectiva: Evolução,  
Conceitos e Actores

**Efectividade do Programa de Planeamento  
Urbano Saudável  
da Cidade de Viana do Castelo**

CASSILDA MARIA QUEIRÓS DIAS

Dissertação de Mestrado

Orientadores:

Professora Doutora Fátima Nunes

Professor Doutor Teodoro Briz



Évora

2009

Dedicado ao meu Pai

"O urbanismo é chamado para conceber as regras necessárias a assegurar aos cidadãos as condições de vida que salvaguardem não somente sua saúde física mas, também, sua saúde moral e a alegria de viver delas decorrente.

Os princípios do urbanismo moderno foram produzidos pelo trabalho de inúmeros técnicos: técnicos da arte de construir, técnicos de saúde, técnicos da organização social. Eles foram objecto de artigos, livros, congressos, debates públicos ou privados. Mas é preciso fazer com que sejam admitidos pelos órgãos administrativos encarregados de velar pelo destino das cidades e que, não raro, são hostis às grandes transformações propostas por esses dados novos. É necessário, antes de mais nada, que a autoridade seja esclarecida e, depois, que ela haja. Clarividência e energia podem vir a restaurar a situação comprometida.

A cidade deve assegurar, nos planos espiritual e material, a liberdade individual e o benefício da acção colectiva."

Em Carta de Atenas, Assembleia do CIAM, Congresso Internacional de Arquitectura Moderna – 1933

## Agradecimentos

Da Universidade de Évora agradeço à **Professora Doutora Laurinda Abreu** pela existência deste mestrado o qual me possibilitou evoluir academicamente, vivenciando toda esta experiência, assim como pelo seu trabalho e pela sua presença técnica e humana ao longo deste percurso.

À minha orientadora **Professora Doutora Fátima Nunes** agradeço por ter depositado a sua confiança nas minhas capacidades académicas e pessoais manifestadas na sua permanente disponibilidade essencial nesta concretização. Salientando a influência do seu trabalho académico na visão e organização que me conduziram à definição científica deste trabalho.

Da Escola Nacional de Saúde Pública agradeço igualmente ao **Professor Doutor Teodoro Briz** como meu orientador, pelo contributo do seu trabalho e presença manifestada sobretudo na concretização da definição da metodologia aplicada ao objecto deste estudo.

Agradeço ainda ao Júri pelas correcções indicadas e as quais considerei, julgando-as como um ponto importante para a evolução não só desta tese como da minha perspectiva em relação ao meu trabalho.

Quero também agradecer aos envolvidos na Rede de Cidades Saudáveis e nos municípios de Viana do Castelo e Odivelas, em especial à **Doutora Corália** pela ajuda nas oportunidades necessárias ao início desta investigação, à **Doutora Paula Ganchinho** pela envolvimento na sua visão e pelo convite ao tema das Cidades Saudáveis e do Planeamento Urbano, à **Doutora Mirieme Ferreira** pelo seu compromisso assumido e cumprido para comigo e para com a Universidade de Évora e sobretudo pela forma tão próxima e disponível como o fez e à **Doutora Margarida Silva** pelos dados e tempo disponibilizados.

Da Direcção Geral de Saúde, agradeço à **Doutora Leonor Batalha** e à **Doutora Silvia Silva** pela disponibilidade e acessibilidade na cedência de informação e meios.

A todos os colegas e professores de mestrado, dos quais a convivência se tornou em vivência e aprendizagem, agradeço também. Salientando a presença tão especial e amiga da **Arianna** e da **Constanza**, recordando as excelentes tertúlias, presença e ensinamentos até hoje existentes.

A título pessoal quero agradecer aos meus **Pais**, como sempre.

E recordando uma etapa inicial deste processo agradeço à **Daniela** por me ter feito acreditar na concretização deste trabalho, à **Helena Andrade** minha amiga de sempre agradeço a sua companhia e ajuda em mais esta caminhada, à **Liliana** obrigada pelo seu incentivo e auxílio para o princípio do mestrado, à **Margarida Barros** agradeço pela sua atenção quando lhe foi solicitada assim como à **Leonor Malike**, muito obrigada pelo vosso tempo, amizade e carinho, que possibilitaram mais um princípio criativo.

Ao longo de todo este percurso agradeço ao **Miguel Silva** pelo seu carinho e preocupação tão calorosa e necessária manifestados até ao final deste trabalho, à **Margarida Vieira** estou igualmente grata pela bibliografia disponibilizada como prova do seu carinho e amizade, à **Nucha** pela sua atenção e trabalho prestados na realização desta tese assim como à **Natacha** pela sua amizade e apoio ao longo de toda a fase curricular e à **Sandra Sofia** no encerrar deste projecto.

Do meu local de trabalho agradeço à **Engenheira Lurdes Duarte** e ao **Doutor Mário Rocha** pelo encorajamento, confiança e ajuda essenciais ao iniciar do processo do mestrado. À **Engenheira Maria de Jesus Costa** estou grata sobretudo pelo seu apoio e capacitação de meios indispensáveis à realização do meu estudo mesmo em circunstâncias por vezes tão adversas, às minhas colegas mais próximas **Nélia** acima de tudo pelo seu contributo tão empenhado e descrito na sua opinião e **Susana** pelo sua presença encorajadora manifestada até ao fim deste trabalho.

Obrigada ainda ao meu amigo **Bento** por ter estado sempre pronto a auxiliar-me ao longo destes dois anos com a sua compreensão e ajuda, mesmo que fisicamente longe.

A todos os que mesmo não aqui descritos, mas que permanecem na minha memória, pela amizade, apoio e meios cedidos ao longo deste trabalho, obrigada.

## **Resumo**

### **Efectividade do Programa de Planeamento Urbano Saudável da Cidade de Viana do Castelo**

Esta dissertação debruça-se sobre a perspectiva Epidemiológica da Efectividade aplicada ao Programa de Planeamento Urbano Saudável (PPUS) – um programa interdisciplinar e transectorial dado os vários campos e matérias neste envolvido, concebido pelo município de Viana do Castelo e enquadrado no conceito de Cidade Saudável desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde.

O estudo centrou-se concretamente na acção do Plano Estratégico que previa a alteração do arruamento e circulação rodoviária no centro da cidade, com implicações ao nível do Plano Director Municipal (PDM), cujo objectivo era o de diminuir os níveis de Poluição Atmosférica através da aplicação do Projecto Ambiente Urbano, desenvolvido a partir do referido PPUS. O nosso objectivo foi o de identificar a Acessibilidade, Viabilidade e Conteúdo do Programa como valores inerentes à verificação da pertinência programática para alcançar a sua Efectividade. Para tal definimos a verificação de alguns aspectos estruturais programáticos, nomeadamente os objectivos, as metas, a génese, a acção e o conteúdo do PPUS. Isto tendo em consideração os seus antecedentes, apesar de os sabermos enquadrados em dimensões políticas diferentes, tanto ao nível internacional, como ao nacional e local.

Como resultado, concluímos pela não pertinência deste Programa, não excluindo, no entanto, o facto de novos e mais profundos estudos poderem fornecer dados diferentes daqueles que aqui apresentamos.

**Palavras-chave:** Programas de Saúde Pública, Políticas de Promoção da Saúde, Efectividade, Epidemiologia, Cidade, Planeamento Urbano, Política Local, Organização Mundial de Saúde.

## **Abstract**

### **Effectiveness of the Healthy Urban Planning Program of Viana do Castelo town**

This master thesis deals with the Effectiveness of the Epidemiologist perspective applied to the Healthy Urban Planning Program (PPUS) – an interdisciplinary and transectorial program involving several fields and subjects – conceived by the city of Viana do Castelo and framed into the concept of Healthy Cities developed by the WHO.

The study was based on the action of the Strategic Plan that foresaw the alteration of the streets adjustment and cars circulation in the city centre, with implications on the Urban Environment Project, in order to reduce the atmospheric pollution levels.

Our aim was to recognize the Program Accessibility, Viability and Contents as intrinsic values for the verification of its programmatic relevance in terms of effectiveness. In order to achieve this, we defined the verification of some structural aspects of Program, such as the aims, the goals, the concepts and the contents. This having in mind the previous political dimensions either at international level as well as national and local.

As final result, we concluded that the Viana do Castelo's Urban Planning Program was irrelevant. However, this doesn't exclude the possibility of further studies provide different elements from the ones we present here.

**Keywords:** Public Health Programs, Health Promotion Policies, Effectiveness, Epidemiology, City, Urban Planning, Local Policies, World Health Organization.



## Índice

<b>Agradecimentos.....</b>	<b>I</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>III</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>IV</b>
<b>Lista de Abreviaturas .....</b>	<b>VI</b>
<b>Lista de Figuras.....</b>	<b>VII</b>
<b>Lista de Quadros.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Lista de Esquemas.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Lista de Mapas.....</b>	<b>IX</b>
<b>Lista de Gráficos.....</b>	<b>IX</b>
<b>Prólogo.....</b>	<b>X</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>

## Capítulo 1

### **Enquadramento Conceptual, Relevância Temática e Justificação da Investigação**

#### **1.1 Epidemiologia na Promoção da Saúde**

1.1.1 Génese e Desenvolvimento .....	4
1.1.2 Prevenção, Risco e Exposição Epidemiológicos na Promoção da Saúde.....	8
1.1.3 Avaliação Epidemiológica na Promoção da Saúde.....	15

#### **1.2 Promoção da Saúde no Planeamento Urbano, uma perspectiva global**

1.2.1 Génese e Desenvolvimento do Plano Healthy Cities.....	19
1.2.2 Evolução até ao Planeamento Urbano Saudável.....	28

#### **1.3 Promoção da Saúde no Planeamento Urbano, uma perspectiva local**

1.3.1 Evolução até às Cidades Saudáveis em Portugal.....	35
1.3.2 Evolução até ao Programa de Planeamento Urbano Saudável, de Viana do Castelo.....	40
<b><u>1.4 Síntese: Relevância do Tema e Justificação da Investigação.....</u></b>	<b>44</b>

## Capítulo 2

<b>Finalidade da Investigação.....</b>	<b>46</b>
--	-----------

## Capítulo 3

<b>Objectivos da Investigação.....</b>	<b>48</b>
--	-----------

## **Metodologia de Estudo**

### **4.1 Tipo de Estudo**

4.1.1 Dimensões .....	50
4.1.2 Método.....	52

### **4.2 Campo de Estudo: População, Espaço e Conteúdo**

4.2.1 Descrição do Espaço Histórico-Geográfico e Demográfico da Cidade de Viana do Castelo.....	62
4.2.2 Descrição do Estado de Saúde da População do Concelho de Viana do Castelo.....	66
4.2.3 Objecto de Estudo	
Descrição Programática do Programa de Planeamento Urbano Saudável na Cidade de Viana do Castelo.....	68

## **Capítulo 5**

### **Resultados Obtidos na Investigação**

<b><u>5.1 Apresentação dos Resultados Obtidos na Investigação</u></b> .....	71
---	----

## **Capítulo 6**

<b>Discussão dos Resultados Obtidos na Investigação</b> .....	88
---	----

## **Capítulo 7**

<b>Conclusões</b> .....	97
-------------------------	----

<b>Referências Bibliográficas.</b> .....	102
--	-----

<b>Anexo I</b> .....	112
<b>Anexo II</b> .....	115
<b>Anexo III</b> .....	117

## **Lista de Abreviaturas:**

**CDC-** Centro de Prevenção e Controlo de Doenças

**CM-Viana de Castelo** - Câmara Municipal de Viana do Castelo

**DALY** - Disability Adjusted Life Years

**ENDS-** Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**PDS-** Plano de Desenvolvimento em Saúde  
**PNAAS-** Plano Nacional de Ambiente e Saúde  
**PIENDS-** Plano de Implementação da Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável  
**RCM-** Resolução do Conselho de Ministros  
**SNS-** Serviço Nacional de Saúde  
**WHO-** World Health Organization

#### Fórmulas:

**Ip-** Tx Incidência da doença em toda a população  
**Ine-** Tx Incidência da doença no grupo não exposto.  
**FAp-** Risco Atribuível Populacional  
**P-** Taxa de Incidência

#### Símbolos Químicos:

**CO-** Monóxido de carbono  
**SO<sub>2</sub>** – Dióxido de Enxofre  
**NO<sub>2</sub>**-Dióxido de Azoto  
**O<sub>3</sub>**-Ozono  
**CO-** Monóxido de Carbono

#### **Lista de Figuras:**

<b>Figura 1-</b> Jonh Snow ( <a href="http://www.londonparticular.wordpress.com">www.londonparticular.wordpress.com</a> ).....	5
<b>Figura 2</b> – Edwin Chadwick ( <a href="http://www.cottontimes.co.uk/chadwick.htm">www.cottontimes.co.uk/chadwick.htm</a> ).....	5
<b>Figura 3</b> – Louis René Villermé ( <a href="http://www.newadvent.org">www.newadvent.org</a> ).....	6
<b>Figura 4</b> – Rudolf Virchow ( <a href="http://www.answers.com">www.answers.com</a> ).....	6
<b>Figura 5</b> – Thomas Adams ( <a href="http://www.koismoid.net/planning/adams">www.koismoid.net/planning/adams</a> ).....	7
<b>Figura 6-</b> Michael Marmot ( <a href="http://www.who.int/social_determinants/thecomission/marmot/en/index.html">www.who.int/social_determinants/thecomission/marmot/en/index.html</a> ).....	7
<b>Figura 7</b> – Marc Lalonde ( <a href="http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29975.html">www.cihr-irsc.gc.ca/e/29975.html</a> ).....	19
<b>Figura 8–</b> Trevor Hancock ( <a href="http://healthycity.taipei.gov.tw/conference/2005_09/files/cv_fs/Bio-TrvorHancock.htm">http://healthycity.taipei.gov.tw/conference/2005_09/files/cv_fs/Bio-TrvorHancock.htm</a> ).....	20
<b>Figura 9–</b> Illona Kickbush	

( <a href="http://www.iuhpeconference.org/archive/IUHPE2007/en/conference/speakers.htm">http://www.iuhpeconference.org/archive/IUHPE2007/en/conference/speakers.htm</a> ).....	21
<b>Figura 10</b> – Conceito de Política de Saúde Pública, na perspectiva de Promoção Saúde (Beaglehole, 2003). ....	27
<b>Figura 11</b> – Le Corbusier ( <a href="http://www.algosobre.com.br/biografias/le-corbusier.html">http://www.algosobre.com.br/biografias/le-corbusier.html</a> ).....	29
<b>Figura 12</b> - Ricardo Jorge ( <a href="http://www.scmed.pt/np4/16.html">http://www.scmed.pt/np4/16.html</a> ).....	36
<b>Figura 13</b> – Francisco António Gonçalves Ferreira ( <a href="http://www.insaporto.com.sapo.pt/por/introduc/personali.htm">http://www.insaporto.com.sapo.pt/por/introduc/personali.htm</a> ).....	37
<b>Figura 14:</b> Defensor de Oliveira Moura ( <a href="http://www.jornalovianense.com">www.jornalovianense.com</a> ).....	39

## **Lista de Quadros:**

<b>Quadro 1-</b> Esquema explicativo simplificado dos Planos de Ordenamento do Território Português (Barreto, pgs. 19/20, 2003).....	113
<b>Quadro 2-</b> Programa Polis, principais referências (Barreto, pg. 21, 2003).....	116

## **Lista de Esquemas:**

<b>Esquema 1-</b> Causas da Cólera (Beaglehole, pg.81, 2003) .....	9
<b>Esquema 2-</b> Gestão e Avaliação de Risco (Beaglehole, pg.13, 2003).....	11
<b>Esquema 3-</b> Dimensões do sector da saúde na actualidade (Chaves, 2003) .....	11
<b>Esquema 4-</b> Exemplificativo dos requisitos para um programa Efectivo.....	18
<b>Esquema 5-</b> Exemplificativo dos requisitos para o desenvolvimento de um Plano cidades Saudáveis, em termos estruturais programáticos.....	25
<b>Esquema 6-</b> Qualidades específicas de uma Cidade Saudável .....	26
<b>Esquema 7-</b> Esquema representativo da acção local para uma sociedade sustentável (World Health Organization Regional Office for Europe, Link 9) .....	33
<b>Esquema 8-</b> Questões iniciais da análise.....	54
<b>Esquema 9</b> – Divisão e Organização dos Documentos analisados .....	57
<b>Esquema 10-</b> Quadro utilizado da análise documental, de metas objectivo e génese do conteúdo dos documentos analisados.....	57
<b>Esquema 11-</b> Questões utilizadas numa fase da pesquisa, acerca dos valores da pertinência programática, no alcance da sua efectividade .....	58
<b>Esquema 12-</b> Quadros utilizados na observação e discussão de dados e resultados obtidos durante a pesquisa .....	61

<b>Esquema 13</b> -Exemplificativo da acção, definição e constituição do Programa de Planeamento Urbano Saudável da Cidade de Viana do Castelo.....	73
<b>Esquema 14</b> -Exemplificativo das metas e objectivos inerentes ao Programa de Planeamento Urbano Saudável da Cidade de Viana do Castelo.....	74

### **Lista de Mapas:**

<b>Mapa 1</b> - Rede de Municípios Portugueses, ( <a href="http://www.anmp.pt">www.anmp.pt</a> ).....	63
---	----

### **Lista de Gráficos:**

<b>Gráfico 1</b> - Evolução da População no Distrito de Viana do Castelo, nos vários Concelhos, desde a década de 60 até à década de 2000, dados do INE, Censos da População (Barreto, pag. 51, 2003).....	64
<b>Gráfico 2</b> - Evolução da Dimensão Urbana em termos de população, da cidade de Viana do Castelo, desde o ano de 1981 até ao ano de 2001, dados do INE, Censos de 2001, INE/DGOTDU, 1999 (Barreto, pg.53, 2003).....	65
<b>Gráfico 3</b> - Estrutura Etária da População de Viana do Castelo, no intervalo de anos de 2001 2004, dados da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, Gabinete de Administração e Epidemiologia (CM-Viana do Castelo, Link 18).....	65
<b>Gráfico 4</b> – Taxa de Natalidade de Viana do Castelo, no intervalo de anos de 2001 a 2004, dados da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, Gabinete de Administração e Epidemiologia (CM- Viana do Castelo, Link 18) .....	66
<b>Gráfico 5</b> - Evolução das Taxas de Mortalidade no Concelho de Viana do Castelo, por motivo de causa, no intervalo de anos de 2001 a 2004, dados da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, Gabinete de Administração e Epidemiologia (CM- Viana do Castelo, Link 18).....	67

## Prólogo

Este trabalho tem a intenção de contribuir para o estudo da Efectividade de Programas de Saúde Pública no âmbito da Promoção da Saúde quando aplicada ao nível Local.

A temática das Cidades Saudáveis foi envolvida neste estudo partindo da preocupação de um líder técnico responsável por um Gabinete de Saúde de uma Câmara Municipal, para com as necessidades emergentes em saúde das populações nos meios urbanos. A ideia do Planeamento Urbano Saudável surgiu mais tarde, na definição de uma área prioritária de possível interesse a desenvolver na temática iniciada. Este foi considerado um assunto motivante pela sua aplicação e resultados em países desenvolvidos, mas pioneiro em Portugal pela actuação da Câmara Municipal de Viana do Castelo. Tendo assim este trabalho sido efectuado em parceria com a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis e com o Município de Viana do Castelo, tendo esta sido manifestada na disponibilidade e colaboração quer em tempo, material e dados quer em interacção entre os intervenientes.

O tema da Epidemiologia na Efectividade foi escolhido pelo contacto com a Escola Nacional de Saúde Pública e pelo meu interesse em contribuir para que esta disciplina possa esclarecer e organizar aspectos em áreas tão complexas como a Promoção da Saúde ou o Planeamento Urbano. A este conteúdo se une uma pesquisa documental numa perspectiva evolutiva para análise dos respectivos Programas envolvidos até ao seu produto final, o Programa de Planeamento Urbano Saudável. Salientando que tal organização se deveu à influência do aprendizado no Mestrado em Políticas de Bem-Estar em Perspectiva, da Universidade de Évora.

Este relatório apresenta assim uma possibilidade de avaliação de um programa de saúde pública conseguida pela pesquisa bibliográfica de entre vários autores, seguindo a linha condutora da pesquisa documental.

O objectivo principal foi reflectir acerca da Efectividade do Programa de Planeamento Urbano numa abordagem Epidemiológica quando aplicada a um Programa de Saúde Pública e contextualizado no conceito da Promoção da Saúde, mais especificamente acerca do Programa de Planeamento Urbano Saudável. Tendo sido escolhido como campo de estudo e devido a aspectos práticos, o Projecto Ambiente Urbano, aplicado na cidade de Viana do Castelo.

## **Introdução**

Os pressupostos desta investigação acerca da Efectividade do Programa de Planeamento Urbano Saudável da Cidade de Viana do Castelo assentam na consideração do valor dos recursos afectados numa intervenção de Saúde Pública, de forma a que esta deva ser programada a garantir os efeitos e impactes pressupostos. Um dos principais desafios aqui encarados é a metodologia da avaliação do processo de desenvolvimento e de resultados de um Plano ou Programa de Intervenção. Pois a efectivação destes tende a ser lenta e complexa, devido a factores culturais, políticos, ambientais e sociais.

Tendo em consideração que cada avaliação programática deve ser única e ter o seu desenho próprio não se adoptaram por isso neste trabalho modelos teóricos fixos na construção do seu modelo avaliativo. Neste tentou sim elaborar-se um modelo flexível adaptado à complexidade dos conceitos em causa e partindo da resposta a questões formuladas como ponto de partida desta investigação.

No primeiro capítulo são apresentados aspectos relacionados com a contribuição Epidemiológica para o paradigma da Promoção da Saúde de forma a quês e compreendam os pontos comuns entre os dois temas. Seguindo-se um enquadramento contextualizante da relação entre Ambiente, Cidades e Saúde e da sua perspectiva de um nível global para um nível local, focando em especial os conceitos envolvidos nestas áreas e que se reflecte na especificidade do Planeamento Urbano.

As cidades são assim aqui observadas como uma base temática, pelas quais se estuda a possibilidade de evolução dos conceitos de Saúde e de Planeamento Urbano Saudável, partindo-se do principal foco temporal da primeira metade do século XIX, época a partir da qual foram questionados problemas urbanos que ainda persistem nas cidades contemporâneas, como paradigmas orientadores da vivência urbana (Bresciani, 1992). Pois a Revolução Industrial dos séculos XVIII e XIX parece ter trazido à cidade, novas populações e problemáticas, conducentes à acção de medidas no sentido de dar resposta para a melhoria das condições de vida dos seus habitantes. De forma a que as cidades Europeias industrializadas entre os anos de 1820 e 1900, tenham sido talvez o espelho da destruição e da desordem, nesta época as aldeias expandiam-se e transformavam-se em cidades e estas por si mesmas em metrópoles muitas das quais com mais de quinhentos mil habitantes, nas quais os principais elementos eram a fábrica, a linha ferroviária e o “cortiço” ou “ilhas”. Não se tendo tomado iniciativas

acerca da segurança ou protecção policial, do abastecimento de água e de alimentos, das condições da habitação, dos cuidados hospitalares ou até da educação das crianças e jovens. Os rios ou riachos tinham a função de canal ao qual se destinavam os resíduos industriais entre outros detritos, tal como em tempos medievais. A nova cidade Industrial do século XIX trouxe assim a aprendizagem do que se deveria evitar, mas no entanto só a doença estimulou a resposta necessária para vencer os seus erros (Mumford, 1982).

E assim, as epidemias ocorridas na Europa motivaram o início de uma série de conferências sanitárias internacionais ocorridas com a intervenção de vários Organismos de Saúde, das quais se conclui entre outros aspectos que a Saúde da população deveria ser tratada pelos governos dos próprios países, tendo sempre em a conclusão dos assuntos tratados internacionalmente (DGS, 2006).

No entanto nos países industrializados, as epidemias deixariam de ser o foco da principal preocupação na Saúde Pública, estimando a OMS que actualmente cerca de 24% das afectações de Saúde das populações dos países mais desenvolvidos, seja correspondente ao peso global das doenças conducentes à perda de anos de vida saudável e destas que 23% das afectações sejam conducentes a mortalidade prematura, (RCM, 2008).

No alcance da resolução deste problema a OMS seguiu até aos conceitos que envolvem a relação entre Ambiente e Saúde, como resposta ao efeito patológico induzido por factores químicos, físicos, biológicos e sociais. O Meio-Ambiente é assim nesta óptica entendido em um sentido lato, desde físico, psíquico, social e estético, englobando vários aspectos, que vão desde a habitação ao desenvolvimento do planeamento urbano. Sendo actualmente o conceito de Saúde considerado de uma forma mais abrangente, pretendendo-se ir para além do bem-estar físico, social e mental, de forma a que neste se insiram inúmeros factores, desde genéticos, biológicos, comportamentais, de estilo de vida, políticos, económicos e culturais (RCM, 2008).

No entanto a investigação da Organização Mundial de Saúde e da Agência Europeia do Ambiente referem que no respeitante ao impacto na Saúde dos indivíduos por parte da exposição crónica a factores ambientais, que ainda existe uma grande lacuna na sua acção no terreno ou na prática. Considerando que a interacção entre o Ambiente e a Saúde é ainda hoje muito complexa e pouco desenvolvida no que respeita à atenção dada à sinergia entre os diversos agentes poluentes nos organismos vivos e no meio ambiente (RCM, 2008).



O Planeamento Urbano foi uma das áreas desenvolvidas para esta acção, de conhecimento entre Ambiente e Saúde, sendo actualmente promovido pelo Centro para a Saúde Urbana da OMS de forma a se orientar a planificação das cidades com foco na Saúde e Bem-estar dos cidadãos. A sua utilização ao nível do Poder Local para a Saúde, faz-se pela importância da organização económica e social presente na diversidade das funções dos organismos municipais, pois estes são um instrumento potencialmente decisivo para as mudanças na sociedade e um dos vectores de utilização das transformações sociais, devido à sua proximidade para com o indivíduo (Silva, 1995).

Reunindo-se desta forma ideias, pressupostos e conhecimento para o avançar de um Estudo de Caso, no qual a Cidade de Viana do Castelo foi a escolhida como terreno de aplicação, por se mostrar pioneira no exemplo da aplicação do Programa de Planeamento Urbano Saudável.

Mas o que teria conduzido este município a envolver-se com o plano Cidades Saudáveis? Que necessidades teriam justificado a sua aplicação? Teriam efectivamente existido resultados? E em que perspectiva?

Em resposta a tais questões, tenta-se com a aplicação do conhecimento de ferramentas de Avaliação de Programas no âmbito Epidemiológico e do estudo da evolução do conteúdo documental dos conceitos envolvidos, compreender a dinâmica deste fenómeno português do poder local para a Saúde Pública. Terá sido acaso, tendência ou organização? Existiu realmente Efectividade no Programa de Planeamento Urbano Saudável, da cidade de Viana do Castelo?

## **Capítulo 1**

### **Enquadramento Conceptual, Relevância Temática e Justificação da Investigação**

#### **1.1 Epidemiologia para a Promoção da Saúde**

##### **1.1.1 Génese e Desenvolvimento**

O conceito de Promoção da Saúde desenvolveu-se na Europa em meados do século XIX e na América do Norte no início do século XX. De todo este processo fazem parte inúmeras personagens e circunstâncias, das quais aqui se destacarão apenas alguns actores numa perspectiva de Epidemiologia, Política, Sanitarismo, Planeamento Urbano e Saúde.

A Epidemiologia é a ciência que exerce o seu estudo na distribuição das doenças, nos determinantes dos estados de Saúde e nos meios para a sua melhoria em populações específicas, sendo estas definidas como uma região, um país ou um grupo mais restrito num determinado período de tempo. Actualmente esta observa o meio ambiente como um campo alargado que inclui factores biológicos, químicos, físicos, psicológicos, sociais, políticos e comportamentais, afectantes da saúde das populações, de forma que os comportamentos e os estilos de vida desempenham hoje um dos seus campos, cada vez mais utilizado no estudo das influências de potenciais intervenções preventivas, através da promoção da saúde (Beaglehole, 2003).

Poderão possivelmente encontrar-se os seus princípios na ideologia Hipocrática a qual defendia que os factores ambientais influenciavam a ocorrência de doença. Hipócrates teve assim uma visão coerente e sistematizada acerca da exposição a factores, explicando as suas consequências na saúde para os grupos populacionais com determinada afinidade a tal exposição (Briz, 2009).

Nesta e até ao século XVIII se desenvolveram quase exclusivamente conceitos rudimentares da História natural das doenças baseados sobretudo na observação de doentes em determinado contexto e até uma fase mais marcante para a Epidemiologia na qual se desenvolveriam sobretudo três principais perspectivas acerca da procura do conhecimento para a Saúde: a perspectiva clínica, na qual se achavam exposições para casos semelhantes, a perspectiva demográfica na elaboração de dados estatísticos e a perspectiva teórica, no desenvolvimento da microbiologia na medicina (Briz, 2009).

Mas seria a partir do século XIX em que mais marcadamente se iniciaria a mensuração da distribuição das doenças em grupos populacionais humanos. Tal como

demonstram os estudos epidemiológicos de Jonh Snow (Figura 1), os quais viriam a proporcionar uma série de investigações que envolveram uma análise de processos, químicos, físicos, sociais, biológicos e político, na Inglaterra. (Beaglehole, 2003).

Neste país e nesta época se destaca também Edwin Chadwick, (Figura 2) o qual teve um papel preponderante no campo do saneamento e higiene do meio ambiente através da publicação de inúmeros relatórios referentes à relação entre a transmissão de determinadas doenças e a falta de limpeza nas cidades industriais inglesas do século XIX. No ano de 1834, este autor traçaria as raízes de conceitos de Saúde actuais que se repercutiram num grande impacto para a melhoria das condições sanitárias das cidades inglesas (Ribeiro, Helena, 2004).



**Figura 1-** Imagem de Jonh Snow foi um médico britânico, epidemiologista e anestesista (1813 – 1858), o qual demonstrou que o foco da doença estava também relacionado com as regiões pobres e desprovidas de saneamento, contribuindo para a transformação social, nos meios urbanos

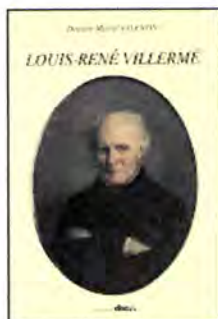
(<http://irevolution.wordpress.com/2009/09/01/doctor-snows->;  
<http://www.jkris.dk/jkris/Historie/Histofiles/snowphoto1857.jpg>).



**Figura 2 –** Edwin Chadwick foi um médico Inglês (1800 – 1890) e também um reformista social conhecido pela sua intervenção na saúde pública e sanitária das cidades ([www.cottontimes.co.uk/chadwick.html](http://www.cottontimes.co.uk/chadwick.html); [http://roger-williams.net/family\\_history/william\\_lee/edwin\\_chadwick.jpg](http://roger-williams.net/family_history/william_lee/edwin_chadwick.jpg)).

Em outros territórios Europeus tais como a França e a Alemanha, a aplicação da abordagem epidemiológica na comparação das taxas de doença em subgrupos da população viria também a aumentar ao longo do século XIX, permitindo um maior controlo das doenças transmissíveis e mostrando-se assim um instrumento essencial na demonstração da associação entre estas e o meio ambiente. Pois através desta alguns factores foram sendo demonstrados como essenciais para o seu aparecimento, assim como outros foram reconhecidos apenas como potenciais facilitadores do risco de desenvolvimento das doenças (Beaglehole, 2003).

Na França destaca-se Villermé (Figura 3), o qual publicou no ano de 1840 um importante relatório acerca das taxas de mortalidade e morbilidade da cidade de Paris e no qual relacionava os conceitos de pobreza como preponderantes para o desenvolvimento de doença (Ribeiro, 2004).



**Figura 3** – Louis René Villermé foi um economista Francês (1782-1863), o qual escreveu obras importantes na área da saúde tais como *Annales d'hygiène* em 1829. O seu trabalho baseou-se sobretudo a nível estatístico e acerca do estado de saúde dos operários das manufacturas de algodão, lãs e sedas e da sua relação com a pneumonia. Foi também defensor contra o trabalho infantil, tendo contribuído em 1841, para legislação nesse sentido (<http://www.newadvent.org/cathen/15431b.htm>; <http://www.editions-docis.com/wpFichiers/1/1/Ressources/villerm.gif>).

Na Alemanha, o patologista Rudolf Virchow (Figura 4) elaborou no ano de 1849 uma teoria da doença epidémica como manifestação do desajuste social e económico das populações, reorientando assim neste território a definição dos problemas de Saúde Pública para a área da Engenharia Sanitária e despertando preocupações com o bem-estar das populações a nível social (Ribeiro, Helena, 2004).



**Figura 4** – Rudolf Virchow (1821 – 1902) foi um médico alemão, que se estabeleceu como um marco na patologia médica aplicada às reformas sociais. Este referiu um novo âmbito da medicina, chamada de medicina social (<http://www.answers.com/topic/rudolf-virchow>; [http://homoeopathy.sghomebis.com/images/rudolf\\_virchow.jpg](http://homoeopathy.sghomebis.com/images/rudolf_virchow.jpg)).

Da América do Norte salienta-se a *Commission on Conservation*, comissão para a saúde pública estabelecida em 1909, que assentava os seus princípios na conservação do meio ambiente e dos seus recursos como resposta a vários problemas de saúde da população. Esta Comissão defendia a necessidade da conservação do planeta, das suas florestas, dos minerais, das águas e do ar, na perspectiva da prevenção das doenças e da conservação da saúde como alcance do prolongamento da vida humana, da qual Thomas Adams (Figura 5) seu Conselheiro para o Planeamento Urbano (1914 a 1919) é um exemplo dos muitos actores envolvidos no compromisso para com a Saúde nas cidades (Duhl, 1999).





**Figura 5** – Thomas Adams foi planificador urbano britânico (1871-1940) fundador do *Town Planning Institute* em 1914 e do *American City Planning Institute*, em 1917. De 1914 a 1919, foi Conselheiro para o Planeamento Urbano na *Commission on Conservation* (<http://www.kosmoid.net/planning/adams>).

Charles Hastings, médico do Gabinete de Saúde de Toronto em 1910 efectuou também nesta cidade uma série de trabalhos, tais como o início da pasteurização do leite fornecido à cidade e o processo de desinfecção da água por adição de cloro, tendo ainda no ano de 1915 começado nesta cidade a serem tratados os esgotos e as águas residuais. Como resultado, a taxa de mortalidade resultante da febre tifóide, baixou em 90% entre 1910 e 1915, pois Toronto apresentava nesta época, elevadas taxas de mortalidade quando comparada com algumas das cidades Europeias (Duhl, 1999).

No século XX a Epidemiologia abria os seus caminhos aos estudos que reforçam a importância do contexto social e económico na ocorrência de doença. Nos quais fisiologistas, psicólogos e neuro-endocrinologistas tornam visíveis as implicações do stress psicossocial na sua ocorrência e no seu prognóstico (Briz, 2009).

A relação entre a Saúde Pública e a Epidemiologia vem assim tentar demonstrar que na procura de factores de risco a utilização de modelos puramente estatísticos, deixa os investigadores longe dos dados originais. E neste sentido Geoffrey Rose<sup>1</sup>, defenderia a transposição do conceito de risco da pessoa para a população, reforçando o papel dos factores sociais e económicos na Saúde. Da actualidade ainda se salienta ainda Michael Marmot, o qual defende que a Saúde da pessoa ou da população será em função do seu contexto social e económico, o que viria a contribuir para o conceito de Epidemiologia Ambiental e Comportamental (Briz, 2009).



**Figura 6-** Michael Marmot é o actual Director do Instituto Internacional para a Sociedade e Saúde, este tem liderado inúmeras investigações nos últimos trinta anos acerca das desigualdades em saúde. Estando também relacionado com organismos para o desenvolvimento da doença ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/marmot/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/marmot/en/)).

<sup>1</sup> Professor em Epidemiologia, nascido em 1926, destaca-se aqui pelas suas inúmeras publicações no tema da medicina preventiva e na importância dos factores de risco (<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1583.pdf>).

### **1.1.2 Prevenção, Risco e Exposição Epidemiológicos para a Promoção da Saúde**

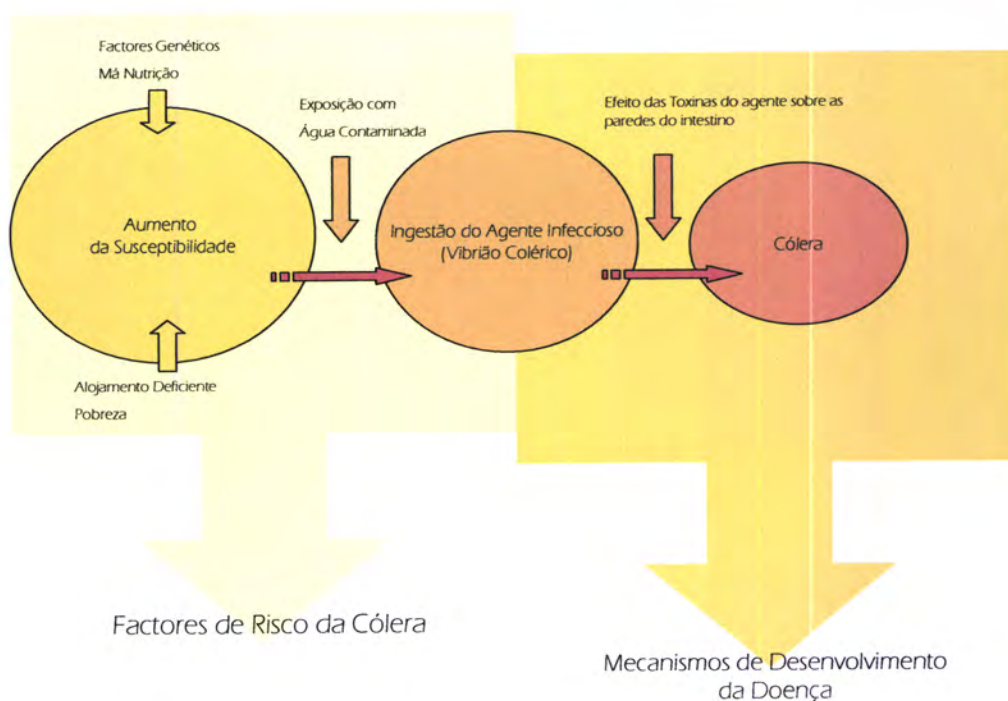
Neste contexto, a perspectiva da Epidemiologia que aqui se desenvolve é focada na prevenção da doença ao alcance da Promoção da Saúde, dirigindo a sua investigação nas causas e nos meios que as podem modificar.

Dentro dos quatro níveis de Prevenção definidos pela OMS, que são a Prevenção Primordial, a Prevenção Primária, a Prevenção Secundária e a Prevenção Terciária, a Promoção da Saúde introduz-se ao nível da Prevenção Primordial, na qual se evitam padrões de vida sociais, económicos e culturais que possam contribuir para um elevado risco de doença. Tentando-se a este nível eliminar a instalação das condições adjacentes que favorecem a acção dos factores causais, abrangendo toda a população e grupos seleccionados para o efeito. Esta investigação da causalidade considera no seu estudo um processo complexo entre causa multifactorial e doença, promovendo a prevenção através da intervenção nas causas ambientais para que as mudanças no meio ambiente sejam eficazes na prevenção da doença mesmo antes que o próprio agente patogénico e ou o seu mecanismo de acção seja identificado na população (Beaglehole, 2003).

Os Factores de Risco da causalidade aqui considerados são os factores associados ao risco de desenvolvimento da doença, apropriados a programas preventivos, uma vez que a proporcionam mas que não são suficientes para que esta se desenvolva. Nestes casos, os estudos epidemiológicos podem medir a contribuição relativa de cada um desses Factores reduzindo o seu potencial de risco pela sua identificação e eliminação (Beaglehole, 2003).

O esquema que se segue é exemplificativo desta visão da causalidade através da explicação do mecanismo de acção da cólera. Ou seja, o individuo pode ou não ser atingido por esta doença de acordo com a intensidade da sua exposição a factores causais, tais como as condições sociais que possam ou não conduzir a boa ou má habitação, boa ou má alimentação, com sistema de esgotos e de água potável eficiente, ou deficiente. Ao nível do indivíduo e de acordo com a sua predisposição genética face às condicionantes referidas, se este ingerir água contaminada desenvolverá então o mecanismo de doença (Esquema 1).





**Esquema 1-** Causas da Cólera (Beaglehole, 2003).

Risco define-se para este trabalho como *Risco Atribuível Populacional (F<sub>Ap</sub>)*, que é uma medida do excesso da taxa de uma doença para um determinado grupo da população e atribuível a uma determinada exposição a um factor nocivo. Esta taxa determina a importância relativa das várias exposições para toda a população, traduzindo a proporção em que seria possível diminuir a incidência da doença, se tal de exposição factor fosse eliminado. Podendo traduzir-se na seguinte equação, em (**F<sub>Ap</sub>**):

$$F_{Ap} = \frac{I_p - I_{ne}}{I_p}$$

$I_p$  – Tx Incidência da doença em toda a população  
 $I_{ne}$  – Tx Incidência da doença no grupo não exposto.

Sendo *Incidência* o indicador descritivo do número de novos casos que possam surgir com determinada doença, num determinado tempo e em determinada população. A sua medição é utilizada em especial para enumeração de casos de populações em risco. Sendo este dados úteis sobretudo quando se apresentam em forma de cálculo de taxas, pela informação acerca da dimensão do problema, traduzindo-se a taxa de *Incidência* em (P) (Beaglehole, 2003).

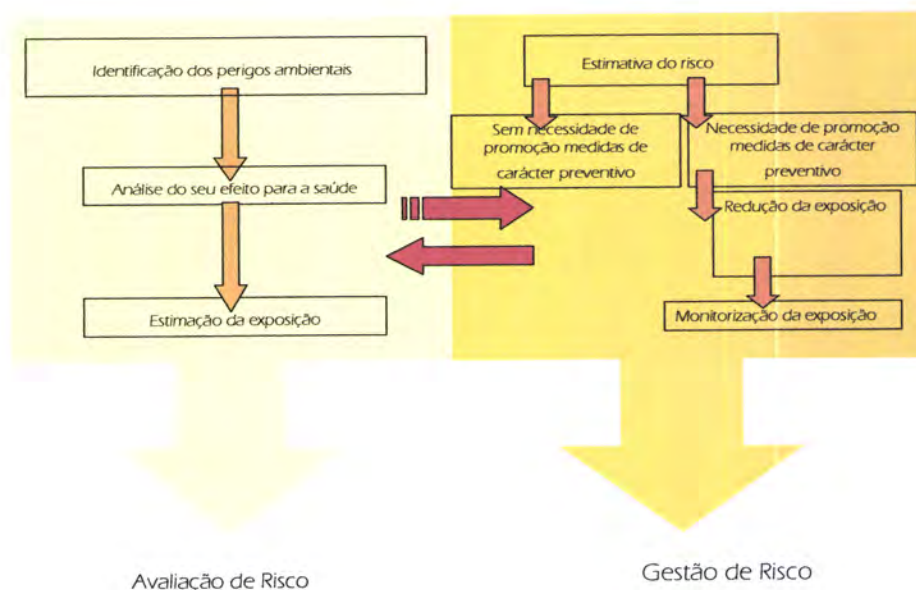
$$P = \frac{\text{N.º de Pessoas com a doença ou característica em det. Tempo}}{\text{N.º de Pessoas da População em Risco em det. Tempo}}$$

A avaliação do risco de doença é um campo aplicado à planificação e implementação de acções, com vista à redução ou eliminação dos riscos para a saúde, em várias etapas, que se demonstram no esquema 2.

A primeira etapa corresponde à sua avaliação, identificando-se os perigos ambientais para a saúde. A etapa seguinte corresponde a uma análise do tipo de efeito para a saúde que cada factor adverso poderá causar, denominando-se de análise de risco. E a última relaciona-se com a mensuração ou estimação da intensidade da exposição para os indivíduos potencialmente afectados (Beaglehole, 2003).

A gestão do risco envolve também etapas nas quais a primeira respeita à estimativa deste para a Saúde, face a outros riscos já existentes, partindo da questão se é necessário promover medidas de carácter preventivo ou não. Se sim, passar-se-á então à segunda fase que é a de reduzir o risco de exposição através da alteração do meio ambiente. E por fim surge a monitorização da exposição, fase na qual é importante assegurar que se consiga a protecção desejada e que medidas serão necessárias para tal, utilizando-se ferramentas como a avaliação da exposição e inquéritos de vigilância (Beaglehole, 2003).





**Esquema 2** – Gestão e Avaliação de Risco (Beaglehole, 2003).

Dos factores causais salientam-se neste trabalho os chamados de facilitadores, que são neste caso a poluição atmosférica vista como o factor a alterar no meio ambiente da cidade de Viana do Castelo. Neste caso e em concreto tal pode ser exemplificado através do aumento da qualidade do ar influenciado pela diminuição do tráfego no centro da cidade, no qual a importância do risco da poluição atmosférica poderia provocar problemas mais ou menos graves de saúde na população humana, tais como a bronquite, asma e cancro pulmonar, doenças do foro respiratória causadas e ou agravadas face à exposição continuada ao agente poluente e estabelecidas no organismo de acordo com a predisposição de cada indivíduo.

Ao nível fisiológico o risco da poluição atmosférica face à sua predisposição para a doença actua de forma que tais agentes sendo transportados no ar atingem os alvéolos pulmonares irritando-os. Destes, se destacam-se o monóxido de carbono (CO), o qual está sobretudo associado ao agravamento das doenças cardiovasculares, assim como a fadiga, tonturas e danos visuais; o dióxido de enxofre (SO<sub>2</sub>), o dióxido de azoto (NO<sub>2</sub>), o ozono (O<sub>3</sub>), os metais pesados e os compostos orgânicos voláteis, todos eles

provenientes sobretudo da poluição provocada pelos transportes rodoviários, pela actividade industrial e pelo calor produzido nos meios urbanos (WHO, 1997, Link 10).

No entanto refere-se ser difícil avaliar os efeitos nocivos de ar poluído sobre a Saúde humana, pois como já referido tal apreciação depende de inúmeros factores tais como a concentração do poluente, da duração da exposição e da debilidade ou predisposição do indivíduo, para além de factores climáticos, sociais e comportamentais, que possam estar associados também ao desenvolvimento da doença observada (Castro, 2003).

De uma forma simplificada e para o caso do Programa de Planeamento Urbano Saudável da cidade de Viana do Castelo aplicado pelo Projecto Ambiente Urbano, o seu enquadramento no Esquema 2 pode pensar-se na inserção da problemática da identificação e análise dos perigos e efeitos dos poluentes atmosféricos para a saúde dos habitantes. O qual seria pensado aos dois níveis, o da análise e o da gestão do risco face ao perfil de saúde verificado entre a população, sendo este demonstrativo que as doenças de foro cardiovasculares e de foro respiratório estão entre as principais causas de morte no Concelho. Então após ter sido estimado o risco da exposição aos poluentes atmosféricos, surgiria a necessidade de implementação de medidas transformadoras para a sua redução através da alteração da circulação rodoviária com vista à promoção da melhoria da qualidade do ar. Obtidos os resultados pretendidos prever-se-ia a sua monitorização contínua pela avaliação dos níveis de qualidade do ar e pelo impacte na saúde dos seus habitantes, através do estudo das taxas de Mortalidade, Morbilidade e de Incidência de doenças associadas ao risco da poluição do ar, assim como no seu efeito ao nível da alteração do estilo de vida da população definida como alvo de estudo.

Salientando mais um vez que os dados de morbilidade são úteis sobretudo no estudo de doenças crónicas, uma vez que estas apresentam taxas de mortalidade não elevadas, estes auxiliam assim na clarificação da sua causa. O que é útil sobretudo nos países desenvolvidos, uma vez que a tendência é para que diminuam as taxas de mortalidade e aumentem as taxas de morbilidade, sendo as variações destas ao longo do tempo influenciadas não só pelas mudanças na estrutura etária da população, mas também pelo desaparecimento de doenças endémicas (Beaglehole, 2003).

Estes indicadores e outras formas de medida são no entanto apenas algumas das ferramentas epidemiológicas envolvidas no estudo do estado de Saúde da população e nas causas a si associadas, pois muitas outras medidas lhe poderão ser úteis, tais como a medição da efectividade das intervenções uma vez que o estudo da relação entre os



Programas de intervenção e os seus resultados constituem uma fonte de informação importante para a tomada de decisões pelos responsáveis das afectações dos recursos pertencentes geralmente ao nível político. Tal relação pode caracterizar-se em termos quantitativos e qualitativos de forma que os dados qualitativos para a medida de efectividade respeitem acerca da missão, organização, metas, objectivos e processamento de uma intervenção, sendo os dados quantitativos serão a redução da mortalidade e da morbilidade, como resultado dessa intervenção. A efectividade das intervenções de Saúde numa comunidade será entre outros factores determinada pelas condições em que a intervenção tenha sido executada, face à atenção dada ao diagnóstico, à organização e ao processamento das actividades inerentes ao todo o seu processo. Assim como pela capacidade de rastreio e ou diagnóstico da doença em causa, e pelo empenho devido na intervenção, por parte de todos os envolvidos, técnicos e população (Beaglehole, 2003).

A Epidemiologia a este nível entra numa das fases de estudo de um ciclo de planeamento, em que a avaliação ou diagnóstico de determinada doença conduz ao estudo ou identificação das suas causas, impulsoras de intervenções que possam ser avaliadas em termos de efectividade em função dos recursos utilizados, o que justificará ou não a implementação da intervenção ou a sua continuidade. Resumindo e uma vez que as intervenções em Promoção da Saúde actuam ao nível da criação de ambientes de suporte, no reforço das acções da comunidade, no desenvolvimento das habilitações pessoais e na reorientação dos serviços de saúde, a Epidemiologia pode então ser útil não só na prevenção da doença prevenindo e controlando as causas, mas também na influência que os resultados da sua investigação possam ter junto de decisores da Saúde ou na formulação de políticas de saúde. Pois tais políticas têm um impacto demasiadamente significativo para o estado de saúde de uma população, face a todas as expectativas criadas e recursos afectados, em função dos resultados obtidos (Beaglehole, 2003).

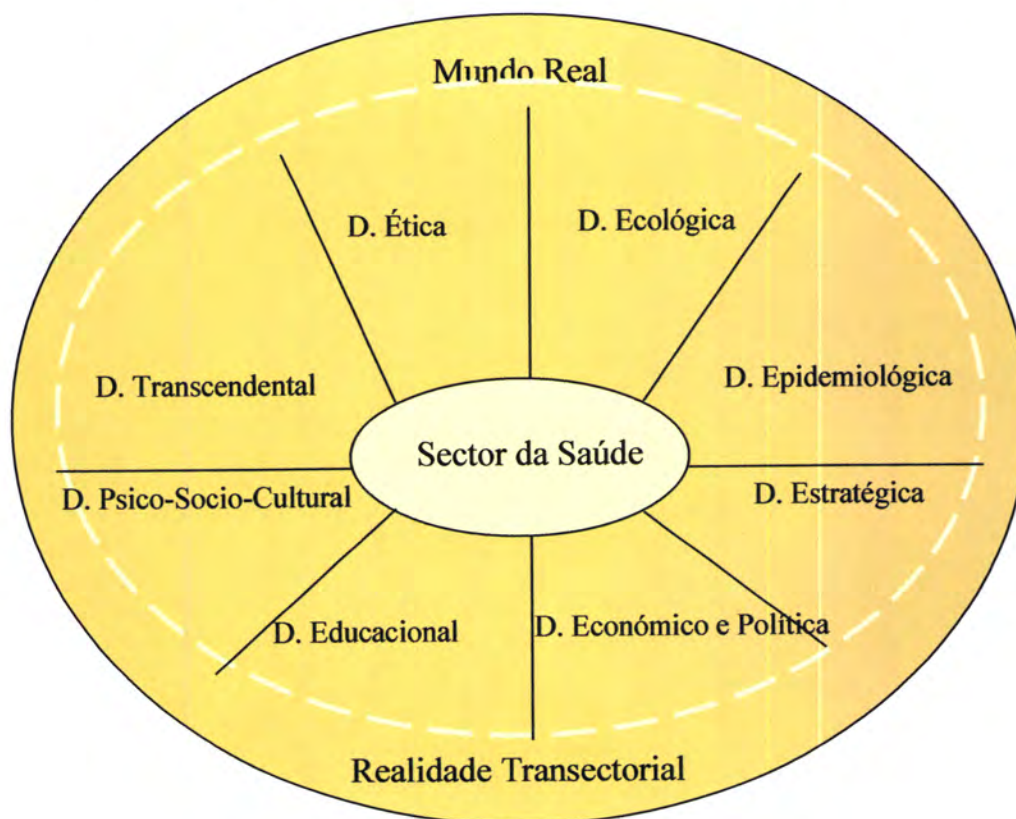
E tratando-se de um conjunto de medidas de planeamento para a prevenção de Saúde e não de acções depois da doença instalada, tentam actualmente incluir-se na análise de Promoção de Saúde e como já referido indicadores acerca de qualidade de vida e não única e exclusivamente de doença (Beaglehole, 2003).

Como desafio à evolução do conceito de Promoção da Saúde apresenta-se a contribuição do autor Mário Chaves (Esquema 3), com a representação de uma tendência da evolução deste sector no século XXI, de forma a se poder contribuir para



uma melhor percepção ao nível de um Programa que aborda sistemas hierarquizados e regionalizados de Saúde. Este não abrange somente um conceito de medicina preventiva e curativa, mas sim de medicina integral. Mário Chaves observa a relação da área da Saúde como um todo com outros sectores nela envolvidos caracterizando-a não como um sector aglutinador de forças dispersas mas sim unificador, para um paradigma da complexidade emergente para o século XXI. Saúde é assim um produto de todo um desenvolvimento cultural, histórico e civilizacional que advém de novas concepções, de novas visões e de novas descobertas reunidas num só assunto (Chaves, 2002).

Para este autor a dimensão Epidemiológica entra sobretudo no cerne do âmbito da Saúde, pensando-se a referência de novos indicadores expressos no somatório dos anos de vida desperdiçados por mortes prematuras e anos de vida desperdiçados com doenças incapacitantes ou de consequências severas, cuja referência escolhida foi a efectuada pela *OMS*, *Banco Mundial* e *Universidade de Harvard* como **DALY**, ou *disability adjusted life years* e traduzido por este autor como o *número de anos de vida perdidos por inabilidade ou perda de bem-estar*. Prevendo-se que a sua utilização possa ser crescente, pois a carga económica, social e individual das doenças crónicas é cada vez maior do que as doenças conducentes a morte súbita (Chaves, 2002).



### **Esquema 3- Dimensões do sector da saúde na actualidade (Chaves, 2002)**

Neste esquema, a dimensão ética constitui-se como o suporte de todas as outras, pois os princípios a esta inerente tais como a equidade, a qualidade dos serviços prestados e o respeito pela vida humana devem ser inerentes a qualquer sistema ou programa de saúde. A dimensão ecológica apresenta-se como uma problemática obrigatória, face à ocupação predadora do planeta pelo Homem e pelo consequente crescimento demográfico e económico que lhe é inerente e que foi trazendo problemas relacionados com o meio ambiente e com a afectação da sustentabilidade de recursos. A dimensão ecológica é compreendida através da relação entre Saúde, planeamento, saneamento e meio ambiente circundante. Relembrando que a Saúde abrange medidas tais como o Saneamento Básico e o Abastecimento de Águas potáveis, Tratamento de resíduos, Higiene das Habitações, Qualidade do Ar, Poluentes Perigosos e Segurança Alimentar, todos eles aspectos constituintes do Planeamento Urbano (Chaves, 2002).

A Epidemiologia a este nível entra assim no campo ambiental e social, preocupando-se com a causalidade das doenças, assim como para com os aspectos que possam ser medidos quantitativa e qualitativamente. A evolução até à Epidemiologia Social, Ambiental e Comportamental embora tendente a um aspecto quantificador foi também modificativo no seu conteúdo mais positivista para um nível mais abrangente e compreensivo da realidade. Incluindo actualmente a actividade social, individual e colectiva em função de um objectivo, considerando que a acção humana é resultado de atitudes, valores e concepções culturais. O objecto da Epidemiologia passou então a ser um conjunto de doentes de uma população cujo processo de doença é social, importando a historicidade e o carácter sócio político dos seus fenómenos (Castiel, 1986).

#### **1.1.3 Avaliação Epidemiológica na Promoção da Saúde**

A avaliação em Epidemiologia é um processo que permite determinar sistemática e objectivamente a relevância, a efectividade, a eficiência e o impacto de actividades face aos objectivos, dizendo respeito como já referido a uma fase de um processo de planeamento de uma intervenção ou Programa de Saúde (Beaglehole, 2003).

E as avaliações em Saúde Pública devem ultrapassar a limitação das pesquisas que tenham como único objectivo a obtenção de dados numéricos, pois a subjectividade está implícita no próprio processo, partindo para a necessidade de uma abordagem dita de qualitativa. Sendo assim necessário superar as velhas tendências da busca de aferição de resultados ou da sua operacionalização. A qualidade da avaliação programática tem de ser exercida com *nuance*, com pormenor e subtileza, assim como com autenticidade diferenciadora de uma escala standartizada. E qualidade nesta área da Epidemiologia entende-se como o que permanece por entre os vários pontos de mensuração de uma escala, escapando-se-lhe não na óptica de uma nova versão escalar, mas sim de percepção. Salientando que as percepções dos actores sociais acerca da qualidade dos serviços ou programas, determinam-se também pela experiência inerente na própria vivência com estes, devendo a sua avaliação permitir não só a noção da qualidade do próprio Programa ou Serviço, visto pela população, mas também pela forma como estes lhes são apresentados (Uchimura, 2002).

Por Efectividade de um Programa se entende para este contexto, como a relação do impacto real com o impacto potencial desejado numa situação ideal. Por eficácia dos recursos programáticos se entende a capacidade de produzir o efeito desejado e por eficiência dos seus resultados, a relação entre o efeito real e os custos desse efeito. Todos estes são considerados valores necessários para que seja possível a utilização dos efeitos de um Programa, assim como para o correcto fornecimento de serviços e efeitos, de acordo com as expectativas e os aspectos culturais e sociais da população alvo (Uchimura, 2002).

A Efectividade de um Programa numa perspectiva Epidemiológica pode medir-se em aspectos ou dimensões diferentes sendo uma qualidade sujeita a um processo de avaliação de uma qualquer intervenção ou prática social, a qual auxilia a definição da sua utilidade e do seu propósito, assim como a eficácia e eficiência da sua prática e acção, quando observadas numa situação real e não controlada. Abrangendo-se neste caso um campo técnico e filosófico acerca da Saúde ao qual é inerente o direito e a oportunidade do cidadão sobre esta, face à responsabilidade social na sua construção dentro de certos limites, matrizes teóricas e metodológicas que orientam a noção de Promoção da Saúde (Tavares, 2007).

Os Programas neste contexto são concebidos como espaços negociados por diferentes actores de diferentes cenários, face a soluções predeterminadas e generalizáveis, constituindo-se como espaços dinâmicos, construtores e mutantes em

função das contingências das condições internas encontradas. São um conjunto de acções deliberadas pelos seus actores para que se vão inserindo mais objectivos e formas de acção para a interacção, face a um determinado problema. O papel da avaliação é aqui o de associar o Programa à modificação de um problema alimentando modelos e teorias a todo um conjunto de mecanismos em jogo transformando-se então este, nessa matriz de inter-relações constituída por uma diversidade de autores, cujas acções e consequências constituirão o Programa propriamente dito (Bosi, 2006).

Um Programa não deve apenas tratar de conhecer causas e determinantes de um problema mas sim de as explorar para as melhor conhecer e resolver, partindo da questão principal de quais as acções a desenvolver para que se possam identificar verdadeiramente as suas causas e quais os mecanismos que se produzem ou reproduzem na transformação desses problemas. Existindo igualmente a necessidade de desenvolver ferramentas fundamentadas não só na observação das mudanças induzidas pelo Programa mas também nas realidades observadas em estudos de caso através da observação e da constatação dos processos na própria realidade (Briz, 2008).

Programas são então aqui considerados como um conjunto de actividades ou serviços coordenados e organizados segundo uma sequência temporal empregadora de recursos focados num alcance específico, como resposta a um determinado problema de uma população, sendo uma forma de acção e de intervenção actuante nas mais diversas esferas da sociedade e definindo-se por uma sequência de acções, bem definidas em torno de objectivos ou de um problema em particular. O Programa é também uma das principais dimensões da actividade de Saúde Pública, constituindo a pesquisa avaliativa, uma forma de produzir conhecimento relacionado com a sua própria intervenção. Um Programa de Saúde pode assim ser observado como uma forma de intervenção organizada e reveladora de outra forma de intervenção em Saúde, para além da clínica médica (Mercado, 2006).

A Epidemiologia pode intervir desta forma na Administração em Saúde pela sua intervenção na investigação da avaliação da acção de Programas de Saúde Pública influenciando para a melhoria de sistemas de informação e intervindo na evolução da própria cultura de elaboração de programas, partindo do princípio de saber o que é necessário executar através da verificação da evidência na avaliação e na decisão adequada, de forma contínua tanto na acção como no progresso alcançado (Briz, 2008).

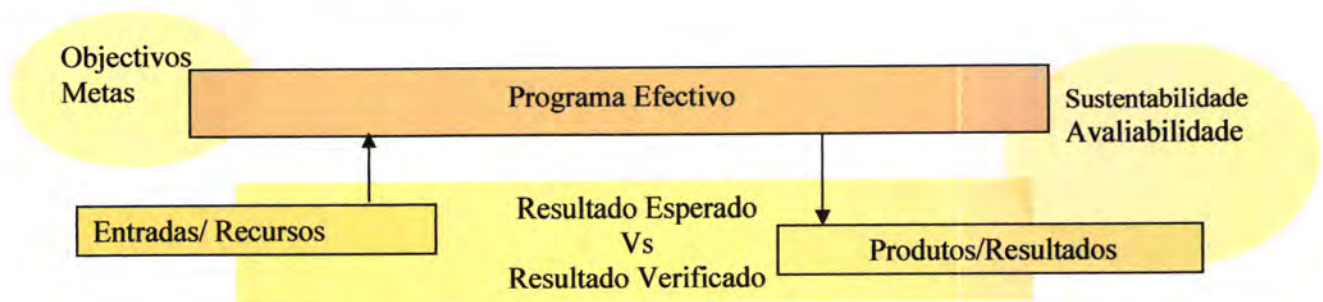
Aos olhos da Epidemiologia a pertinência de um Programa decisor para a Saúde Pública garante-se pela identificação dos grupos de exposição ao risco, pela



identificação de causas ou factores relacionados com o problema identificado e pela análise dos custos e dos benefícios a modificar face à exposição verificada, assim como pela verificação da força da sua própria evidência e das suas limitações resultantes de generalizações e inferências (Briz, 2008).

Um bom programa tem igualmente objectivos definidos, é avaliável e são-lhe atribuídos resultados, apresenta metas ou uma missão genérica e tem outputs e outcomes em produtos e resultados, prevendo a entrada de recursos e de constrangimentos, descrevendo métodos, actividades e tarefas de forma clara. É descritor do seu próprio processo avaliativo e possibilita mecanismos para a sua implementação e sustentação (Esquema 4), (Briz, 2008).

Os seus produtos devem manifestar-se em saídas, como por exemplo a alteração de um PDM e apresentar resultados tais como o Aumento da Qualidade do Ar, prevendo-se o impacte na saúde das populações afectadas e efeito nos hábitos dos cidadãos envolvidos (Briz, 2008).



**Esquema 4** – Exemplificativo dos requisitos para um programa Efectivo.

A sua monitorização passará pela avaliação da proporção de entradas em produtos, serviços, pessoas e dinheiro para atingir os objectivos gerais e específicos, concluindo os seus propósitos verificáveis no efeito do seu impacte em saúde e efeito em comportamentos e hábitos, podendo englobar vários subprogramas até se conseguir garantir a sua Efectividade (Briz, 2008).

Dos seus vários componentes são assim fundamentais os problemas existentes, a contabilização das necessidades em saúde e serviços disponíveis através de um diagnóstico da situação real para que se justifique a sua existência. Salientando a sustentabilidade do seu processamento relativamente aos inputs e outputs alcançados,



devendo ser mensurável quanto às suas necessidades e produções conseguidas (Briz, 2008).

A eficácia programática deve manifestar-se ao nível dos recursos imputáveis ao seu arranque ou à sua génese, na eficiência ao nível da sua organização ou das suas actividades, de forma a que a Efectividade possa ser observada nos efeitos ou produtos da sua aplicação em termos de impactes e efeitos como já referido, mas também no nível ou dimensão da alteração dos factores de exposição ao risco (Briz, 2008).

Um bom Programa e dentro de uma realidade de um sistema de Saúde nacional deve responder a necessidades provocadas por problemas, resultando numa dinâmica entre populações alvo e produção de efeitos, impactes e resultados, como outputs. Implicando sempre na sua própria pertinência programática a colocação de perguntas ou questões, à partida (Briz, 2008).

## **1.2 Promoção da Saúde no Planeamento Urbano, uma perspectiva global**

### **1.2.1 Génese e Desenvolvimento do Plano Healthy Cities**

O paradigma conceptual da Promoção da Saúde foi desenvolvido sobretudo pela OMS e por esta definido como o processo que visa criar condições no meio ambiente para que os seus habitantes consigam agir sobre os factores determinantes da sua própria saúde. O indivíduo é observado como o centro para a sua capacitação de alcançar a sua saúde se rodeado por meios favoráveis, criados por toda uma vasta e complexa rede, constituída por vários sectores da sociedade em que este mesmo habita (WHO, 1986, Link 1).

Este estudo como vem sendo referido assenta num Plano Internacional de Promoção da Saúde, num contexto que foi desenvolvido pela OMS até ao nível de projectos de visão internacional, que visaram colocar a Saúde ao nível local das agendas políticas e sociais das cidades, tendo-se criando um movimento global para a saúde pública, próximo do cidadão, denominado de Cidades Saudáveis ou Healthy Cities (Flower, 1994).



**Figura 7** – Marc Lalonde é um canadiano actual (1929) licenciado em Direito, o qual foi Primeiro-ministro do seu país em 1968 e em 1972 Ministro da Saúde, tendo nesta área ficado mundialmente conhecido pelo seu relatório acerca da saúde dos Canadianos, o famoso Relatório Lalonde

(<http://images.google.pt/imgres?imgurl=http://www.cdnmedhall.org/lib/pht/65.jpg&imgrefurl=http://www.cdn>

[medhall.org/laureates/%3Flaur\\_id%3D65&usg=\\_\\_VrX6fFnrSeOC3MQztUwyGsGng80=&h=299&w=200&sz=9&hl=pt-PT&start=4&sig2=mgN8OkTMqxvc8Vu2IyOjwA&tbnid=x7j2rM9-eJ-H9M:&tbnh=116&tbnw=78&prev=/images%3Fq%3Dmarc%2Blalonde%26gbv%3D2%26hl%3Dpt-PT%26sa%3Dg&ei=ZrleS5HSH9PV-QaBquTsCg](http://medhall.org/laureates/%3Flaur_id%3D65&usg=__VrX6fFnrSeOC3MQztUwyGsGng80=&h=299&w=200&sz=9&hl=pt-PT&start=4&sig2=mgN8OkTMqxvc8Vu2IyOjwA&tbnid=x7j2rM9-eJ-H9M:&tbnh=116&tbnw=78&prev=/images%3Fq%3Dmarc%2Blalonde%26gbv%3D2%26hl%3Dpt-PT%26sa%3Dg&ei=ZrleS5HSH9PV-QaBquTsCg).

Marc Lalonde (Figura 7) contribuiu fortemente para este conceito, ao ter colocado em causa os Sistemas de Saúde adoptados pelos países industrializados. Em 1974 este é autor de uma declaração de Saúde Pública na qual foram estabelecidas linhas de acção políticas, sociais e de desenvolvimento comunitário ao nível local, como resposta aos problemas mais prevaletentes de Saúde Pública naquele momento. Lalonde defendia assim um maior investimento em Serviços de Apoio Pessoal e Ambiental do que propriamente nos Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde (Flower, 1994).



**Figura 8** – Trevor Hancock é um médico e político norte –americano actual. Foi um dos criadores do projecto Healthy Cities, destacando-se em especial em 2005 pelo seu trabalho em iniciativa para com os municípios

([http://healthycity.taipei.gov.tw/conference/2005\\_09/files/cv\\_fs/Bio-TrvorHancock.htm](http://healthycity.taipei.gov.tw/conference/2005_09/files/cv_fs/Bio-TrvorHancock.htm);

<http://www.yorku.ca/ycom/gazette/past/archive/011597/hancock.gif>).

Em 1985 Trevor Hancock (Figura 8) do Departamento de Saúde Pública de Toronto proporcionou o primeiro Workshop acerca do tema “Healthy Toronto 2000”, o qual inspirou mais tarde Illona Kickbush (Figura 9) para o início do Plano Cidades Saudáveis na Europa (Flower, 1994).

A primeira conferência internacional acerca de Promoção de Saúde apresentada pela OMS ocorreu assim no ano de 1986 na cidade de Ottawa, da qual resultou a *Carta de Ottawa*<sup>2</sup>. Esta é fortemente fundamentada no Relatório Lalonde apresentando-se como resposta às crescentes expectativas para uma nova Saúde Pública, quando reflectida para os países industrializados (WHO, 1986, Link 1).

<sup>2</sup> Ver em [www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf).



Os seus participantes comprometiam-se a intervir no domínio das políticas públicas saudáveis, no movimento contrário às pressões dos produtos nocivos e delapidantes de recursos assim como contra as más condições de vida e a insalubridade ambiental. Agindo no reconhecimento da Saúde como o maior investimento e desafio social quando observado numa perspectiva ecológica global (WHO, 1986, Link 1).

Em Janeiro de 1986, um grupo de trabalho em Promoção de Saúde indexado ao *WHO Regional Office for Europe* introduziu o Plano Cidades Saudáveis na Europa por iniciativa de Illona Kickbush. Esta refere que o seu interesse em Cidades Saudáveis advém da influência do já referido Workshop “Healthy Toronto 2000”, liderado por Trevor Hancock. Aqui, Illona observou na Cidade Saudável um conceito potencial de Promoção da Saúde, colocando conceitos globais na aplicação concreta ao nível local do município (Duhl, 2003).



**Figura 9** – Illona Kickbush é uma actual socióloga alemã, a qual ficou conhecida pelo seu contributo na Promoção da Saúde com o Plano Healthy Cities que introduziu na Europa

(<http://www.iuhpeconference.org/archive/IUHPE2007/en/conference/speakers.html>).

Kickbush (Figura 9) refere que apesar da História indicar que a Saúde Pública se verifica a nível local, as Políticas de Saúde centrais não se tinham ainda realmente envolvido na prática com as autoridades locais. E então questiona em porque não transportar este conceito para as cidades europeias?

Os protagonistas norte-americanos Hancock e Duhl<sup>3</sup> foram então convidados a envolverem-se também no projecto europeu no qual foi desenvolvido inicialmente um estudo da sua viabilidade e só posteriormente concretizado o seu primeiro guião. Fomentando-se assim um sistemas de reuniões em várias cidades nas quais os respectivos representantes se encontrariam de forma a decidir em que direcção o Plano deveria avançar, criando-se um fórum democrático no qual todos os participantes eram e ainda são envolvidos (Flower, 1994).

---

<sup>3</sup>Leonard Duhl é um marco na actualidade no que respeita à saúde urbana, o qual influenciou o movimento Healthy Cities sendo inclusive considerado como o “pai” do conceito da cidade saudável, ([http://www.paho.org/English/PAHEF/abraham\\_horwitz2002-02.htm](http://www.paho.org/English/PAHEF/abraham_horwitz2002-02.htm))

Este Plano<sup>4</sup> era assim construído num âmbito global envolvendo os municípios no desenvolvimento para a Saúde através de um processo de compromisso político, mudança e evolução institucional, capacidade construtiva e parceria para projectos inovadores. Promovendo o planeamento de políticas sistemáticas e compreensíveis com especial ênfase nas desigualdades e pobreza urbanas, nas necessidades de grupos vulneráveis, na participação dos grupos políticos e sociais e nos determinantes económicos, ambientais e sociais para a saúde (WHO, Link 21).

A segunda conferência<sup>5</sup> internacional da OMS acerca deste assunto ocorreu em 1988 na Austrália, na cidade de Adelaide. Nesta se discutiu acerca de uma nova orientação para a política de Saúde face ao já estabelecido anteriormente nas conferências de Alma-Ata e de Ottawa, tendo-se definido com mais clareza o conceito de *Política Pública Saudável* e o seu principal objectivo como a criação de ambientes favoráveis à vivência dos cidadãos através da existência de políticas que agindo no meio ambiente físico e social o tornassem favorável à saúde dos seus habitantes. Para tal alcance definiu-se como necessário que os mais diversos sectores da economia e da sociedade encarassem a Saúde como essencial nos seus Programas. As recomendações seriam para que se executassem acções a nível nacional, regional e local, focando em particular a necessidade da avaliação do impacte e efeito das políticas adoptadas (WHO, 1988, Link 2).

A terceira conferência internacional sobre Promoção de Saúde<sup>6</sup> ocorreu na cidade de Sundsvall na Suécia no ano de 1991 incidindo mais uma vez a sua temática nos ambientes favoráveis à Saúde. Nesta se aprofundaram e se clarificaram os factores considerados como de maior importância para a Promoção da Saúde considerando-se que a criação de ambientes físicos, sociais, económicos e políticos, assentassem em dois princípios básicos, a equidade e a sustentabilidade para com os recursos naturais (WHO, 1991, Link 3).

A quarta conferência sobre Promoção de Saúde ocorreu no ano de 1997, em Jacarta, na Indonésia. A Declaração de Jacarta<sup>7</sup> fala acerca da Promoção de Saúde para

---

<sup>4</sup> <http://www.euro.who.int/healthy-cities>

<sup>5</sup> Ver em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>

<sup>6</sup> ver [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf)

<sup>7</sup> ver, [www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_portuguese.pdf)

uma Nova Era adaptando os conceitos anteriores às necessidades do século XXI e considerando a Saúde como um investimento essencial e um direito fundamental do Ser Humano. Definindo que o seu investimento e intervenção deveria proporcionar directamente uma acção nos Determinantes de Saúde de forma a se obterem ganhos em Saúde e redução de desigualdades. Redefiniram-se as condições consideradas de base para se constituir Saúde acrescentando o aspecto da segurança social, do relacionamento social, da capacitação das Mulheres e do respeito pelos Direitos Humanos. Nesta se enfatizou a pobreza como uma grande ameaça para a Saúde reflectindo-se ainda acerca das tendências demográficas da urbanização, do envelhecimento da população e das doenças crónicas, assim como acerca do sedentarismo, da violência, dos perigos inerentes à globalização da economia, à degradação ambiental, ao desenvolvimento tecnológico e ao uso insustentável de recursos (WHO, 1997, Link 4).

Em 1998 foi assinada a Declaração de Atenas para as Cidades Saudáveis<sup>8</sup>. Esta vem englobar aspectos do Programa Saúde para Todos e da Agenda XXI (sendo estes descritos mais detalhadamente nos sub-capítulos apresentado a seguir). Nesta declaração é considerado que para a liderança das cidades para a Saúde e para o desenvolvimento sustentável as acções prioritárias passariam pela capacitação das Mulheres e de Grupos Minoritários, pelo desenvolvimento de parcerias e de Redes entre cidades, pelo Planeamento integrado para a Saúde de forma sustentável e mais uma vez pela integração do aspecto da Avaliação e Monitorização dos projectos implementados. Entre os assuntos a desenvolver em específico no Planeamento Integrado constava já o tema da Poluição e do Planeamento Urbano (WHO, 1998, Link 23).

O Plano Healthy Cities desenvolve-se assim na Europa através de um trabalho em Rede entre cidades Europeias, sendo os quatro elementos de aproximação e de ligação entre si caracterizados em quatro universos principais: Comitês Políticos, Novas Estruturas Organizacionais, Comité para o Desenvolvimento de uma visão partilhada da cidade para a Saúde e Investimento formal e informal numa Rede de cooperação. Estando actualmente ligadas a este Plano cerca de 1200 cidades, em mais de trinta países europeus (WHO, 1998, Link 23).

---

<sup>8</sup> Ver em, [http://www.agenda21.bremen.de/modell/agenda21/dokumente/athens\\_declaration.pdf](http://www.agenda21.bremen.de/modell/agenda21/dokumente/athens_declaration.pdf).

Este Plano<sup>9</sup> foi definido em fases de cinco anos em que cada uma corresponderia a temas considerados como prioritários. Viana do Castelo envolveu-se entre a III e IV Fase, correspondendo a época actual em que este trabalho foi efectuado ao final da IV fase (intervalo de anos entre 2003-2008), no qual foram trabalhados três temas principais: Saúde no Envelhecimento, Saúde no Planeamento Urbano e Avaliação do Impacto da Saúde (WHO, Link 21).

A V Fase teve início no ano de 2009 com término em 2013 sendo dirigida para três áreas prioritárias: a Promoção de ambientes inducentes à inclusão social e à literacia em Saúde dos cidadãos, a Promoção de uma vida saudável pelo aumento das condições e oportunidades que apoiem estilos de vida saudáveis e a Promoção de ambientes saudáveis & design, de forma a integrar considerações sobre a saúde nos Processos, Programas e Projectos de Planeamento Urbano Saudável para o bem-estar, segurança, interacção social, mobilidade e acessibilidade de todos os cidadãos. Priorizando o impacte na saúde pública, relativamente às consequências das alterações climáticas na saúde das populações (Rede Cidades Saudáveis, Link 22).

No ano de 2003 e passados quinze anos desde o início do plano Healthy Cities é assinada a Declaração de Belfast para as Cidades Saudáveis<sup>10</sup>, desta se salientam linhas de acção actantes na educação, pobreza, governância, desenvolvimento do Planeamento Urbano Saudável, construção de cidades seguras e promoção do impacte na Saúde, assim como a vontade de expansão das Redes já criadas (WHO, 2003, Link 9).

A Declaração mais recente acerca das Cidades Saudáveis<sup>11</sup> foi assinada no ano de 2009 em Zagreb, na qual se vem reflectir entre outros aspectos acerca dos custos e do aumento de casos de doenças crónicas, das mudanças climáticas e da forma como estas afectam o ambiente urbano, assim como acerca da sustentabilidade do desenvolvimento urbano, na qual é dada particular atenção à influência dos determinantes sociais na saúde. Desta foram ainda definidos os campos de acção da Fase V do plano Healthy Cities (WHO, 2009, Link 24).

---

<sup>9</sup> [http://www.euro.who.int/healthy-cities/natl/20040714\\_1](http://www.euro.who.int/healthy-cities/natl/20040714_1); [http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5)

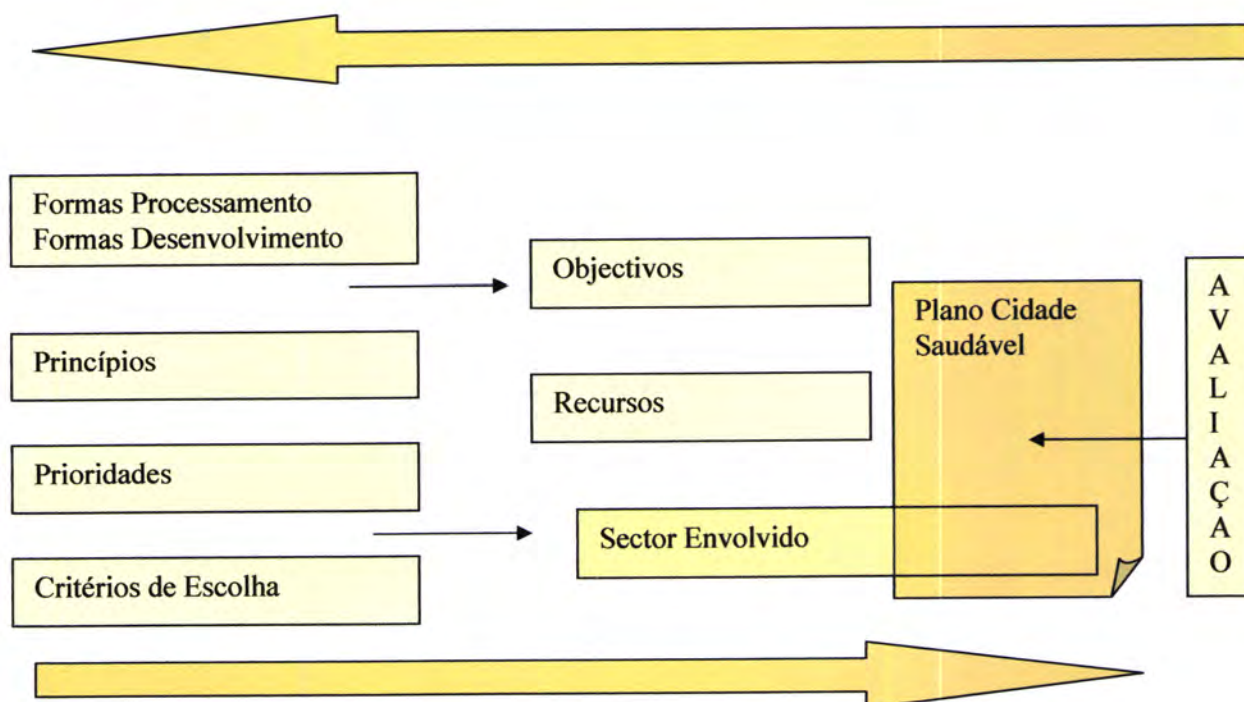
<sup>8</sup> ver, <http://www.sagliklikentlerbirligi.org.tr/belgearsivi/BelfastDeclarationFinalUK.pdf>

<sup>11</sup> ver, em <http://www.euro.who.int/document/E92343.pdf>



O Plano Cidades Saudáveis<sup>12</sup> estava previsto como enquadrável em planos menores dentro da área de projecto de cada cidade, os quais deveriam ser formulados para que o contexto político, burocrático e legal no qual este estivesse enquadrado influenciasse o seu próprio processo de desenvolvimento. Cada cidade pelo seu próprio sistema legislativo, político e administrativo deveria influenciar a Saúde dos seus habitantes, definindo-se à partida um Perfil de Saúde para cada cidade em particular de forma a poderem ser estudadas e analisadas as principais necessidades (WHO, 1997, Link 10).

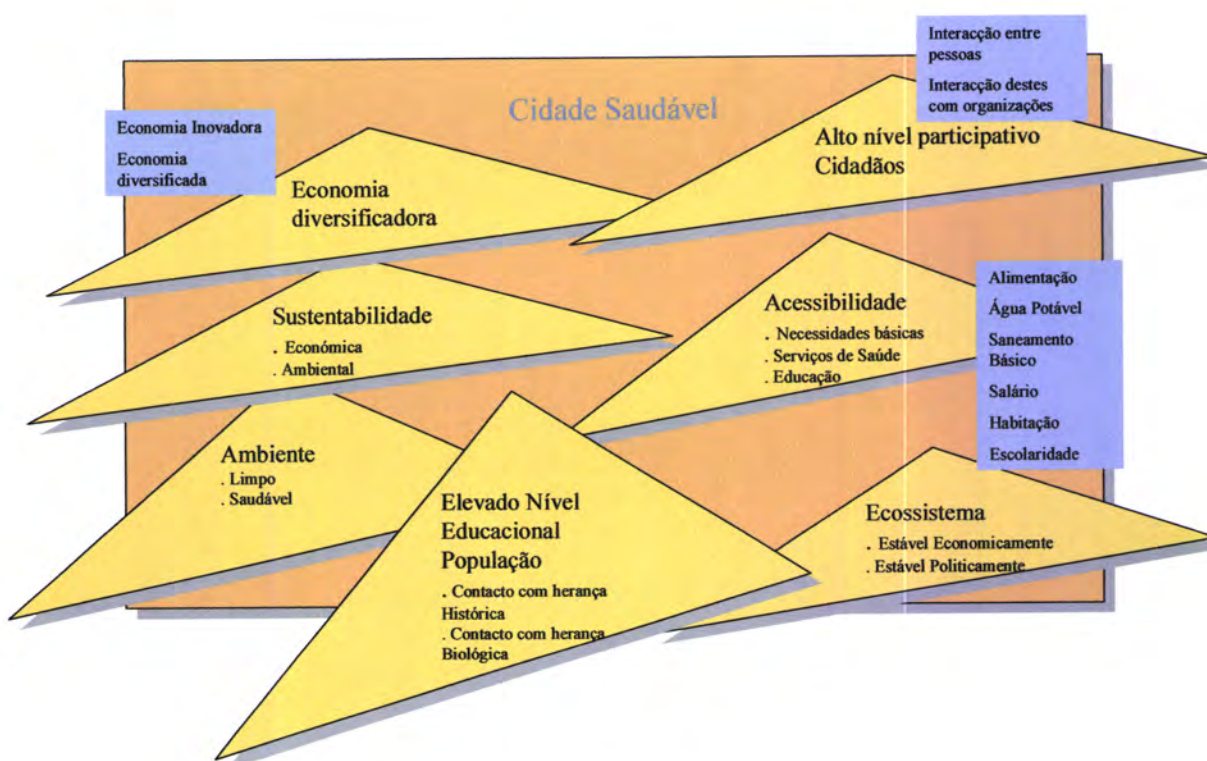
Tais Planos deveriam ainda incluir informação acerca do seu processo de desenvolvimento e dos princípios em que este se basearia de forma a serem claras as justificações das prioridades definidas e os seus motivos e critérios de escolha. Para tal os Programas e Projectos adjacentes deveriam definir claramente os seus objectivos, os sectores e níveis políticos envolvidos e prever o seu próprio processo de monitorização, avaliação e revisão (Esquema 6), (WHO, 1996, Link 8).



**Esquema 5-** Exemplificativo dos requisitos para o desenvolvimento de um Plano cidades Saudáveis em termos estruturais programático.

<sup>12</sup> ver, em [http://www.euro.who.int/document/EUR\\_JCP\\_HCIT\\_94\\_01\\_MT06\\_7.pdf](http://www.euro.who.int/document/EUR_JCP_HCIT_94_01_MT06_7.pdf)

A Cidade Saudável definia-se como uma cidade com requisitos básicos ao nível da sua economia e estrutura social permissíveis à interacção entre os seus habitantes e organizações, contendo infra-estruturas básicas ao nível de saneamento, de emprego, de mercados alimentares, de educação e habitação, de forma a que proporcionasse uma economia diversificadora e sustentável, permitindo a participação activa nas suas decisões aos cidadãos, acessibilidade de todos a um elevado nível de literacia, assim como a um ambiente limpo e saudável e um ecossistema estável ao nível político e económico (Esquema 7).



**Esquema 6** – Qualidades específicas de uma Cidade Saudável.

O conceito de Promoção da Saúde evoluiu desta forma até à Cidade Saudável definida como aquela que está continuamente a proporcionar e a criar ambientes sociais e físicos focados na saúde dos seus habitantes. Expandindo os seus recursos comunitários, de forma a permitirem à população potencializar e desenvolver todas as suas funções para viver bem.



Em muitos países estas estratégias da OMS constituíam-se actualmente como uma base ou um ponto central para as suas próprias políticas de saúde, cujos objectivos específicos são no entanto estabelecidos de acordo com os conhecimentos epidemiológicos de cada um e definidos conforme as suas necessidades. Estas são um marco na política de Saúde Pública actual para a Promoção de Saúde, na tentativa de habilitar as populações a controlarem e melhorarem a sua saúde, através da medida essencial da criação de ambientes de suporte, da reorientação dos serviços de saúde, do reforço das acções da comunidade e do desenvolvimento da experiência pessoal (Beaglehole, 2003).



**Figura 10** – Conceito de Política de Saúde Pública na perspectiva de Promoção Saúde (Beaglehole, 2003).

A Promoção da Saúde insere-se no campo da Saúde Pública o qual actualmente respeita a uma área de conhecimento e acção com a finalidade de proporcionar o melhor nível de Saúde ao maior número de pessoas, pela optimização dos recursos disponíveis. Consistindo no desenvolvimento de diversas áreas de estudo, de decisão e de intervenção, mobilizando e aplicando transdisciplinarmente os recursos da comunidade em causa (Figura 10).

### 1.2.2 Evolução até ao Planeamento Urbano Saudável

As ligações entre Planeamento Urbano e Saúde são inúmeras manifestando-se em condições ambientais, sociais, económicas e até políticas, podendo estas manifestarem-se tanto como factores positivos ou negativos, relativamente à influência na saúde do indivíduo.

Ao longo da História, as cidades no que refere ao seu Planeamento parecem ter sido especialmente marcadas por uma “Era Mecânica” que caracterizou uma sociedade dita de liberal com um “Estado Polícia”, em que o conhecimento da engenharia conjuntamente com o saber médico a observava, actuando e transformando o seu meio ambiente (Bresciani, 1992).

A cidade passa a ser problematizada tecnicamente ocorrendo a necessidade da sua avaliação com vista a soluções para o alcance de uma cidade ideal. O espaço urbano passa a funcionar como um laboratório para novas políticas transformadoras do seu meio ambiente em que a intervenção técnica parte da observação da doença até à sugestão da alteração a cumprir para que esta se circunscreva, manifestando-se numa ideologia sanitária de mentes sãs em corpos sãos. Daí que as intervenções efectuadas nos meios mais pobres tenha implicado uma modificação de poderes, compreendidos como novas regras de civilidade para o meio urbano (Bresciani, 1992).

Os problemas da cidade passam a ser traduzidos numa equação entre custos e técnicas de transformação, de tal forma que o meio ambiente se foi transformando pela presença de esgotos, distribuição de água potável, drenagem de solos, limpeza de ruas, recolha de lixos e coordenadas para novas edificações. Os novos bairros para operários redefiniam esta nova máquina urbana e também a sua política, surgindo a ideia não só de intervenção nos fluidos da cidade, mas também nos seus limites técnicos, sociais, físicos e políticos (Bresciani, 1992).

Academicamente é *Patrick Geddes*<sup>13</sup> que é considerado o início do Planeamento Urbano, o qual defendia a “Cidade Jardim” como um amplo território distribuído em harmonia com o meio natural circundante. E embora tal ideia fosse visionária e aplicada até à actualidade principalmente na América do Norte, este modelo vem a ser posto em

---

<sup>13</sup> Patrick Geddes (1854–1932) [Biólogo](#) e [Filósofo Escocês](#) que ficou conhecido pelo seu pensamento inovador nos campos do [planeamento](#) urbano. Foi responsável pela introdução do conceito de [região](#) no [urbanismo](#), (<http://www.trp.dundee.ac.uk/general/geddes.html>).



causa, em grande parte devido ao aumento demográfico das cidades Norte-Americanas (Quental, 2003).

Mais tarde, Le Corbusier (Figura 10) veio encarar o aumento das populações citadinas nos subúrbios da cidade como uma pseudo evasão, anárquica e geradora de cidadezinhas corroentes da natureza, degradantes da paisagem e dos hábitos rurais. Alertando para os gastos vertiginosos da sua inexistente planificação, conducente à desorganização do fenómeno urbano. Este defendia a utilização da técnica consequente da modernização tecnológica como uma realidade positiva e viável para o desenvolvimento das cidades. Assumindo o impacto e a presença da máquina no quotidiano da humanidade, para que pelo seu uso, nesta se modificassem profundamente costumes na sua economia e sociedade (Le Corbusier, 2008).

Como consequência de tal avançar técnico em especial na área da construção civil, as cidades passam a ser construídas com grandes avenidas e grandes edifícios em altura, rodeados de espaço público e de zonas verdes. Surgindo a ideia de uma cidade mais funcional, zonada em áreas principais tais como habitação, trabalho, recreio e circulação. Este desenvolvimento urbano foi encarado como uma solução para as cidades de uma época denominada de “Era Moderna” (Quental, 2003).

Na cidade vem assim incorporar-se à concepção do humano a máquina como uma sua extensão, a qual vem permitir a velocidade da eficácia tecnológica aplicada às várias actividades profissionais e domésticas, de forma a que no espaço urbano se tenha formado uma sociedade dita de moderna, fruto da evolução de todas as anteriores. No entanto o ser humano vai surgindo também cada vez mais automatizado, constituindo-se uma cultura urbana, cuja intelectualidade e automatismo contrasta cada vez mais com a vida dos meios rurais. A cidade como lugar sinónimo de progresso e História passa também a ser um lugar de alienação (Bresciani, 1992).



**Figura 11** – Le Corbusier de nome Charles Edouard Jeanneret Gris (1887- 1965) foi um arquitecto suíço, o qual teve um forte contributo para o conceito da cidade contemporânea (<http://www.algosobre.com.br/biografias/le-corbusier.html>).

E nas cidades dos anos 50 e 60 surgem em especial problemas de congestionamento de tráfego rodoviário e poluição. Surgindo assim igualmente as primeiras críticas à cidade em massa que não parando de crescer conduziria à sua



inevitável expansão mais ao longo do seu território, não se tendo actuado nem na sua humanização nem na sua reconstrução (Quental, 2003).

Vem então a defender-se um novo conceito denominado de “Novo Urbanismo” que reflecte preocupações não só com a expansão dos subúrbios, mas também com a desumanidade e alheamento das culturas urbanas. Surgindo a preocupação em como trazer à cidade, um equilíbrio entre a realidade dos que nela habitam e os aspectos das problemáticas globais, tais como a sustentabilidade e a Saúde (Quental, 2003).

Esta ideologia estendeu-se até ao “Planeamento Urbano Estratégico”, o qual vê o urbanismo como uma lógica de cidades em Rede uma vez que a área das grandes cidades se foi estendendo até ao limite com outras suas vizinhas. Seguindo estes conceitos, Peter Calthorpe<sup>14</sup> e William Fulton<sup>15</sup> lançavam em 2001, as bases para a ideia de “Cidade Região” a qual partilharia estratégias em conjunto com outros municípios para que nestas se revitalizassem os centros urbanos e os subúrbios, pensando-se a região de uma forma articulada (Quental, 2003).

No entanto o contínuo progresso em termos demográficos continuaria a trazer às cidades a preocupação com a sua própria sustentabilidade. E reflectindo-se em termos demográficos salienta-se o contínuo progresso que nestas se tem mantido até à actualidade, comportando estes espaços actualmente cerca de 50% da população mundial. Prevendo-se que em cerca de duas décadas, duas em cada três pessoas viverão em cidades que hoje sendo consideradas como de média dimensão poderão vir a ter nessa altura, aproximadamente cinco milhões de habitantes (Bauman, 2005).

Sendo por isso tão importante que para tão grandes aglomerados populacionais se considere o risco da sua Qualidade de Vida e Saúde face ao agravamento dos problemas ambientais e sociais das cidades contemporâneas. Desde os coliformes dos esgotos aos poluentes, aos metais pesados, ao aumento da temperatura global, à poluição sonora e visual, à violência, ao stress, ao desemprego entre muitos mais aspectos, todos são problemas que afectam a Saúde das populações urbanas no seu conceito actual, exigindo-se políticas que face a aspectos tão globais e complexos,

<sup>14</sup> Peter Calthorpe contemporâneo Arquitecto Norte Americano foi um influente inovador do desenho da comunidade. Sua obra é centrada em uma abordagem ambiental e em soluções para a eficiência energética, tem ensinado arquitectura e planeamento urbano em vários cursos em diversas universidades nos Estados Unidos. Em 1983, fundou o Congresso para o Novo Urbanismo, ([www.lincolnst.edu](http://www.lincolnst.edu)).

<sup>15</sup> William Fulton actual Norte Americano é Investigador e Autor, o qual tem publicado vários livros acerca de Planeamento Urbano ([www.lincolnst.edu](http://www.lincolnst.edu)).



possam minimizar os seus efeitos nocivos na vida dos cidadãos, ao seu nível individual (Bauman, 2005).

Pois no mundo actual os problemas de foro mundial têm consequências directas ao nível do cidadão, sendo as cidades actuais reservatórios de problemas de origem planetária às quais se exige no entanto uma resposta a nível local. Nestas os espaços vetados a uns convertem-se em pontos de referência de uma desintegração comum. Podendo o Planeamento, a arquitectura e o urbanismo, contribuir tanto para a sua unidade e bem-estar, como para a sua separação, fragmentação social e doença. A complexidade deste assunto faz no entanto com que as autoridades municipais sofram de alguma incapacidade na actuação eficaz perante os decisores do cenário político global, sendo necessário encontrar um ponto de convergência, revelado num acordo satisfatório (Bauman, 2005).

Tal acordo pode manifestar-se no equilíbrio através de uma nova ética que se traduza em práticas comunitárias face ao paradoxo da globalização económica. Pois se por um lado esta conduziu à homogeneização do mundo, também por outro conduziu ao regresso à preocupação para com a natureza, a História, a cultura e a saúde dos que nele habitam, sendo a existência de cerca de 1200 cidades Europeias envolvidas com o compromisso proposto pela OMS no plano Healthy Cities, um aspecto revelador da convivência do urbano com a natureza e a saúde, que reintroduz na cidade, novas paisagens geográficas, culturais e políticas.

Pois a cidade tem de ser vista como um todo resultante da combinação entre o Planeamento Urbano e as decisões políticas e individuais dos que nela habitam (Ribeiro, 2004).

Neste sentido e no ano de 1994 vem a surgir o documento Agenda 21 como consequente da “Carta de Aalborg” ou *Carta das Cidades e Vilas Europeias para o Desenvolvimento Sustentável*. Nesta se reflectem variadas e específicas recomendações para a Saúde das populações urbanas em especial no que se refere ao desenvolvimento da planificação das cidades. Dos inúmeros projectos que lhe estão associados, destacam-se os de desenvolvimento de estratégias para o ambiente e de monitorização ambiental (Esquema 7), (WHO, 1997, Link 9).

O Plano das Cidades Saudáveis nos anos de 1997/1998 viria a estender o seu campo de acção ao aspecto da sustentabilidade<sup>16</sup> e às preocupações ambientais, sendo

<sup>16</sup> ver em <http://www.euro.who.int/document/wa38097ci.pdf>.

introduzidos ao Plano Healthy Cities aspectos desenvolvidos no documento Agenda 21<sup>17</sup>. O desenvolvimento sustentável é assim introduzido neste Plano como um aspecto de futuro comum e definido como um ponto de encontro entre as necessidades do tempo presente e os compromissos da humanidade para com as necessidades das futuras gerações. O conceito das Cidades Saudáveis passa a incluir a reflexão do planeamento do espaço florestado, do desenvolvimento rural, da biodiversidade, das biotecnologias, dos oceanos, da água e da degradação dos desperdícios urbanos (WHO, 1997, Link 9).

Esta junção de ideias vem desafiar uma colecção de projectos solitários e independentes manifestados numa multiplicidade de programas ao nível da comunidade local e os quais raramente tenderiam a cooperar entre si.

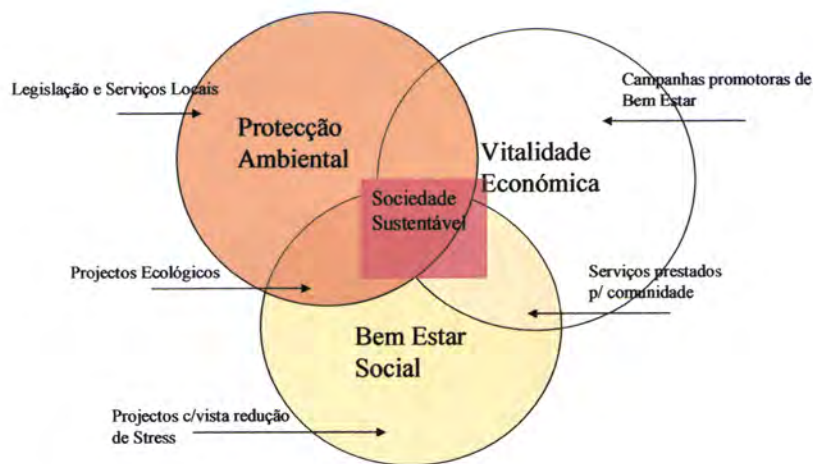
O autor Trevor Hancock descreve-os inclusive como uma evolução da tendência dos departamentos municipais a uma governância do século XIX na qual os iniciais departamentos eram criados para diferentes assuntos. No entanto o século XXI vem apresentar problemáticas que atravessam todas as áreas, sendo necessário criar uma nova estrutura transversal em resposta aos problemas de Saúde das cidades actuais. O Plano Healthy Cities representa um destes instrumentos como somatório do relacionamento entre vários departamentos municipais, organismos privados, a própria comunidade e as agendas políticas como pilar para a saúde (WHO, 1997, Link 9).

Este Plano é assim constituído por Agendas Locais e Políticas Nacionais representando-se como uma base para o relacionamento entre os vários sectores do mundo empresarial, dos transportes, da economia, da saúde, do ambiente, da indústria, da educação e da construção através da envolvimento da comunidade para o seu produto final, a Saúde (WHO, 1997, Link 9)

---

<sup>17</sup> Programa resultante da Conferência Eco-91 decorrida no Rio de Janeiro no Brasil em 1992. Nesta se estabelece a importância de cada país no compromisso e reflexão a nível global e local acerca dos problemas sócio-ambientais, tendo sido assinado por 178 países, ([http://www.cm-santacombadao.pt/portal/page?\\_pageid=239,3600489&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.cm-santacombadao.pt/portal/page?_pageid=239,3600489&_dad=portal&_schema=PORTAL)).





**Esquema 7-** Esquema representativo da acção local para uma sociedade sustentável (World Health Organization Regional Office for Europe, Link 9).

Destas parcerias e em particular para os aspectos explorados neste trabalho surgem preocupações relacionadas com a eficiência energética, com a existência de zonas verdes, com o aquecimento global, com a redução da poluição do ar e com a prevenção de doenças respiratórias, (WHO, 1997, Link 9).

Sendo actualmente estimado que cerca de 70% a 80%, das cidades europeias com mais de 500 000 habitantes ultrapassem os níveis de poluentes recomendados pela OMS. Indo a maior preocupação para os níveis de dióxido de azoto (NO<sub>2</sub>) provenientes dos automóveis e para os elevados níveis de ozono (O<sub>3</sub>), os quais em conjunto contribuem para a formação de smog que atinge cerca de 90% da população europeia com o efeito nocivo do risco da sua exposição (WHO, Dubé, 1997, Link 10).

Considerando-se assim urgente que no século XXI se assista a uma redução de tráfego automóvel nas cidades da Europa. Neste sentido, políticas de Saúde Pública locais e nacionais devem tentar reverter a tendência do aumento da dependência de veículos nas suas cidades dando espaço ao cidadão pedonal, aumentando o circuito de

transportes públicos e diminuindo os incentivos para a construção de estradas (WHO, Marmot, 2003, Link 11).

No ano de 1997, o Gabinete Regional Europeu da Organização Mundial de Saúde estabeleceu o Programa de Planeamento Urbano Saudável<sup>18</sup> como parte integrante na agenda da OMS para a Saúde. A sua essência baseava-se na interdisciplinaridade, na intersectoralidade e na responsabilidade partilhada sendo um dos seus principais objectivos a melhoria da qualidade do ar (WHO, Barton, 2003, Link 19).

A Fase III do Plano Healthy Cities decorrente entre os anos de 1998 a 2002, seria o início da preocupação para com o papel do Planeamento Urbano na construção de ambientes saudáveis sendo este uma das suas metas específicas de forma que as cidades envolvidas promovessem e estabelecessem um Programa para a acção promotora da Saúde no aspecto das Políticas de Planeamento, definindo-se como necessário uma acção integral entre política, urbanismo e planificação. O primeiro seminário temático e específico<sup>19</sup> acerca deste assunto foi organizado pelo Centro da OMS para a Saúde Urbana e ocorreu no ano de 1999 na cidade de Milão. Neste se debateu acerca do conceito e prática do Planeamento Urbano Saudável e do desenvolvimento das ferramentas e linhas condutoras necessárias ao desenvolvimento deste novo caminho para a Saúde (WHO, 1999, Link 12).

O Plano previa-se como um projecto de Rede conducente a uma participação activa dos seus membros para a Promoção da Saúde e para o Desenvolvimento Sustentável no século XXI, dando especial atenção aos aspectos da necessidade de avaliação e monitorização das acções implementadas de forma a que a adopção da filosofia do Plano Cidades Saudáveis se pudesse traduzir em resultados provenientes de caminhos cada vez mais efectivos também ao nível do Planeamento das cidades (WHO, 1999, Link 12).

No ano de 2005 decorreu na Turquia na cidade de Bursa um encontro determinante para o Planeamento Urbano Saudável do qual foi elaborado um documento denominado de *Delineamento para a Saúde e Segurança nas Cidades: o Desafio do Planeamento Urbano Saudável*<sup>20</sup>. Neste foram reflectidas 12 dimensões de acção, que viriam a definir

<sup>18</sup> ver em <http://www.euro.who.int/document/E82657.pdf>

<sup>19</sup> ver em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/urban.pdf>

<sup>20</sup> ver em [http://www.euro.who.int/healthy-cities/city/20051014\\_2](http://www.euro.who.int/healthy-cities/city/20051014_2)



campos específicos de áreas consideradas como prioritárias. Estas são designadas como objectivos chave para os aspectos estruturais que viriam a ser definidos no Programa de Planeamento Urbano Saudável e que são:

- . Estilo de vida,
- . Coesão Social,
- . Qualidade da Habitação,
- . Acesso a Emprego,
- . Acessibilidade,
- . Alimentação,
- . Segurança,
- . Equidade,
- . Qualidade do Ar,
- . Água,
- . Solo e seus Minerais,
- . Clima.

Os temas considerados como prioritários foram os Transportes, a Mobilidade, o Envelhecimento, a Habitação, a Actividade Física, a Estratégia de Planos Directores e a Investigação, tendo sido especificado que se deveriam incrementar zonas pedestres restringir o tráfego rodoviário e equacionar o aspecto da qualidade do ar (WHO, Bengtsson, St/d, Link 20).

O Plano Cidades Saudáveis<sup>21</sup> foi-se adaptando a planos menores dentro da área de projecto de cada cidade aconselhando-se e dentro da política das Cidades Saudáveis que tais planos deveriam incluir informação acerca das prioridades definidas, seus motivos e critérios de escolha, assim como incluir os seus objectivos, os sectores e níveis políticos envolvidos e o seu próprio processo de monitorização, avaliação e revisão (WHO, 1996, Link 8).

### **1.3 Promoção da Saúde no Planeamento Urbano, uma perspectiva local**

#### **1.3.1 Evolução até às Cidades Saudáveis em Portugal**

Mas como se vivenciou em Portugal a evolução do conceito de Saúde até ao paradigma da Promoção da Saúde? Como teria sido compreendido e aplicado este

---

<sup>21</sup> ver, em [http://www.euro.who.int/document/EUR\\_ICP\\_HCIT\\_94\\_01\\_MT06\\_7.pdf](http://www.euro.who.int/document/EUR_ICP_HCIT_94_01_MT06_7.pdf)

conceito até à implementação do Programa de Planeamento Urbano Saudável, por uma entidade local no País? Como se adaptou a realidade da política portuguesa do ordenamento do território, à prática para a Saúde no seu Planeamento? Quais teriam sido os motivos conducentes à envolvimento para com o Plano Cidades Saudáveis?

De uma forma generalizada a evolução do Sector da Saúde em Portugal ocorreu pela acção dos municípios, das instituições religiosas e das determinações Régias e do Estado ao longo das várias épocas. E à semelhança do que aconteceu em outros países da Europa Portugal teve também a preocupação de agir em resposta às epidemias ou às pestes ocorridas. Entre muitos dos seus intervenientes, vários foram os que ligaram ao longo da História a prática da medicina à política como indissociáveis na Saúde das populações, (Ferreira, 1990).



**Figura 12** - Ricardo Jorge foi um médico e sanitarista português, membro da Comissão Técnica de saneamento da cidade do Porto. Foi defensor da importância da higiene no bem-estar da população procurando sensibilizar os governantes para o assunto da Saúde Pública (<http://www.scmed.pt/np4/16.html>).

O desenvolvimento do Sanitarismo no país teve o seu ponto forte com uma reforma pioneira levada a cabo por Ricardo Jorge no ano de 1884, quando este propôs uma Higiene Social aplicada à nação portuguesa a qual viria no entanto a sofrer retracções ao longo do tempo face à escassez de recursos financeiros necessários à sua aplicação (Figura 12), (Graça, 1999).

As cidades portuguesas apresentavam ainda nesta época fortes características de ruralidades embora fossem adquirindo inevitavelmente novos aspectos urbanos, aspectos estes que se repercutiriam no entanto negativamente ao nível da higiene e da sanidade da sua população (Cosme, 2006).

O século XIX em Portugal caracterizou-se neste Sector por uma conjuntura constituída pela autoridade da polícia sanitária nacional e os inspectores da Saúde, em que a polícia sanitária fiscalizava os assuntos relacionados com a educação física dos habitantes, com a vigilância sanitária das crianças a nível escolar, com a prática da medicina, com a cirurgia e com a farmacêutica (Ferreira, 1990).

Até meados do século XX o Sector da Saúde Português, quer pela instabilidade política quer pelo atraso no desenvolvimento da economia do país não se traduziria em mudanças significativas. Tendo por volta do ano de 1958 sido criado o Ministério da Saúde e Assistência, o qual estabelecia no Estado um papel preponderante na prestação



de cuidados de saúde através da sua participação mais activa no âmbito da Saúde Pública. Baseando a sua acção em cinco campos fundamentais: o das Misericórdias, dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, dos Serviços de Saúde Pública, dos Hospitais Estatais e dos Serviços Privados (Valério, s/d).

Na década de 70 foi impulsionado o Sistema Nacional de Saúde em Portugal pela chamada “*Reforma de Gonçalves Ferreira*” na qual o Estado vem a reconhecer o direito a esta como comum a todos os cidadãos, diminuindo as barreiras de acesso aos cuidados de saúde e passando a ser este o seu principal responsável (Figura 12), (Valério, s/d)).



**Figura 13** – Francisco António Gonçalves Ferreira (1912-1994) médico português, o qual teve a seu cargo contribuições na área da Saúde Pública traduzidas numa vasta obra publicada ao nível da política e da investigação científica no domínio da alimentação e nutrição (<http://www.insaporto.com.sapo.pt/por/introduc/personali.htm>).

O Estado asseguraria então o direito à Saúde através de uma política unitária da responsabilidade do Ministério da Saúde, reestruturando não apenas as estruturas nacionais mas também as estruturas locais, sendo um dos objectivos principais a integração de todas as actividades de Saúde e Assistência, ao nível local (Valério, s/d).

A partir do ano de 1974 e no pós 25 de Abril, a Política de Saúde em Portugal sofreria no entanto modificações radicais surgindo condições políticas e sociais condutoras a que em 1979 surgisse o Serviço Nacional de Saúde (SNS), através do qual o Estado assegurava de igual forma o direito à Saúde a todos os cidadãos. Por Arnaut dos Santos, ministro da saúde, se permitiu desta forma o acesso de todos os cidadãos aos Postos das Caixas de Previdência independentemente da sua capacidade contributiva, de forma a envolver todos nos cuidados integrados de saúde e incorporando na prática os conceitos de promoção, vigilância, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento de doentes e de reabilitação médica e social. O Estado assumiria assim a responsabilidade dos objectivos e das respectivas despesas do SNS através do próprio Orçamento Geral do Estado (Valério, s/d).

Posteriormente no ano de 1990 promoveram-se alterações no SNS tais como a Lei de Bases da Saúde que apresentava como princípios gerais a Protecção da Saúde como um direito dos indivíduos e da comunidade através da responsabilidade conjunta entre cidadãos, sociedade e Estado. Ou seja, a Promoção e a Garantia do acesso de todos os cidadãos aos cuidados de Saúde e a Promoção e a Defesa da Saúde Pública passariam



a ser observados como um processo partilhado entre o Estado e outras organizações da sociedade civil (Valério, s/d).

A Política de Saúde Portuguesa viria a obedecer às directrizes da Promoção da Saúde e da prevenção da doença como parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado, cujo objectivo fundamental seria o de obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde independentemente da sua condição económica, assim como a de garantir equidade na distribuição de recursos e na utilização dos serviços de tal forma que a sua gestão fosse conduzida com maior proveito útil, evitando-se o desperdício e a sua indevida utilização. Fomentava-se a participação do sector privado da Saúde e em particular das instituições de solidariedade social como concorrentes para com o com o sector público na prestação de cuidados e no acesso à Saúde, a participação dos indivíduos e da comunidade para a definição das políticas de Saúde assim como a educação das populações e o estímulo dos indivíduos e dos grupos sociais na modificação dos comportamentos nocivos para a saúde pública, procurando-se envolver serviços, profissionais e comunidade civil (Valério, s/d).

Portugal viria a associar-se formalmente à Organização Mundial de Saúde através da participação numa Política denominada de “*Saúde para Todos no ano 2000*” na qual se consideravam que quatro principais desafios se estavam a colocar no aspecto da Saúde no país e que seriam o Envelhecimento com qualidade de vida, a Promoção de estilos de vida saudável, a criação de Ambientes saudáveis e os aspectos dos Cuidados de saúde primários. Esta focava também o tratamento do ambiente biofísico apresentando metas específicas e linhas de orientação no que respeita à redução da poluição do ar (WHO- Gabinete Regional para a Europa, 1985).

Oficialmente a constituição da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis ocorreria em 1997 sendo actualmente constituída por 19 municípios. Esta prosseguiu com os fins do movimento internacional das Cidades Saudáveis desenvolvendo três linhas de orientação principais: Apoiar e promover a definição de estratégias vocacionadas para ganhos em saúde, Promover a cooperação entre municípios que integram a Rede e Divulgar o projecto de forma a estimular a adesão de novos municípios (Santana, 2007).

Ainda antes e no ano de 1996, tinha-se já constituído em Portugal uma Comissão Promotora que incentivou e produziu diversos eventos para o tema das Cidades Saudáveis no país. O Presidente da Assembleia Intermunicipal desta Rede era Defensor Oliveira Moura também na altura Presidente da Câmara de Viana do Castelo, o que fez possivelmente com que esta cidade estivesse desde o início envolvida para a



concretização das metas definidas pela OMS, para a saúde nos centros urbanos (Figura 14), (Rede Cidades Saudáveis, Link 17).



**Figura 14:** Defensor de Oliveira Moura, (1945) médico e Presidente da Câmara de Viana do Castelo destaca-se aqui pelo interesse e contributo político no projecto Viana do Castelo Cidade Saudável, seguindo o plano Healthy Cities da OMS, foto: ([www.jornalovianense.com](http://www.jornalovianense.com)).

Por esta Comissão e em parceria com a OMS viriam a ser definidas vinte medidas ou passos orientadores para a criação de um projecto Cidades Saudáveis em Portugal, medidas estas que foram inseridas em três fases principais: um Início de acções, definido pelo aumento da consciência da saúde, pela defesa do planeamento estratégico, pela mobilização da acção intersectorial, pelo encorajamento para a participação da comunidade e pela promoção da inovação para garantia de uma política saudável. Uma fase Intermédia ou de Organização em que se previa a nomeação de um comité, a análise do meio ambiente, a definição do projecto, a instauração de um gabinete, a planificação de uma estratégia, a edificação das capacidades e o estabelecimento de responsabilidades. E uma última fase de Preparação para o Arranque na qual se definiria a constituição de um grupo de apoio, a compreensão de ideias, o conhecimento da cidade, as perspectivas de financiamento, a decisão da própria organização, a preparação de respostas e a respectiva aprovação (WHO, Gabinete Regional para a Europa, 1996).

No ano de 2002 introduziram-se os conceitos de Promoção da Saúde sob a forma intersectorial da concepção de trabalhos entre diferentes áreas políticas tais como a participação do Ministério do Ambiente, introduzindo-se a importância da participação de várias cidades portuguesas no Plano Cidades Saudáveis, no qual vários municípios portugueses viriam a envolver-se introduzindo a importância da Promoção da Saúde também para as problemáticas da Saúde Ambiental.

No ano de 2006 viria a ser aprovada a Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável (ENDS) e o seu respectivo Plano de Implementação (PIENDS) que visavam a aproximação de Portugal aos padrões de desenvolvimento dos países mais evoluídos da União Europeia através do equilíbrio entre as dimensões económica, social e ambiental numa abordagem respeitante à área do Ambiente e da Saúde no seu quadro de prioridades. As orientações relativas à melhoria de qualidade de vida num quadro sustentável de desenvolvimento previam a adopção do Plano Nacional de Ambiente e

Saúde (PNAAS), vindo este último reconhecer a ausência de uma definição das opções de resposta aos problemas de saúde ambiental em Portugal. Identificando-se a necessidade de dotar o País com instrumentos de referência para a avaliação de ganhos de Saúde decorrentes dos determinantes relacionados com o Ambiente (RCM, 2008).

A ENDS integra a nível legislativo as principais linhas desenhadas pelo Programa de Saúde Ambiental do Plano Nacional de Saúde já estabelecido anteriormente no ano de 2004 pelo Ministério da Saúde (2004-2010), o qual representa um caminho estratégico condutor de várias entidades a um mesmo objectivo comum, ou seja o de assegurar ganhos em Saúde no intervalo de tempo de 2004 a 2010 através da Promoção da Saúde e da prevenção da doença. A sua implementação passaria pela definição de várias estratégias, Planos de acção e implementação de vários Programas à partida assegurados pelos recursos financeiros de Orçamentos Correntes, de Investimentos e de Fundos Comunitários do Ministério da Saúde (DGS, 1999).

### **1.3.2 Evolução até ao Conceito de Planeamento Urbano Saudável, em Portugal**

Em Portugal, o conceito de Planeamento Urbano foi evoluindo como uma extensão da arquitectura e da engenharia urbana de forma que entre as décadas de 30 a 40 os planos urbanísticos eram elaborados por arquitectos e engenheiros. Vindo a arquitectura moderna e a Carta de Atenas<sup>22</sup> a serem marcos na mudança do urbanismo em Portugal no seu aspecto evolutivo referente à sua inspiração e orientação. No entanto na realidade surgiria no país uma tendência para focar as questões do Planeamento ao nível dos Ministérios do Ambiente e do Poder Local<sup>23</sup>, o que na prática conduziu à tendência do aumento da segregação social com a criação de bairros sociais nas periferias das cidades e urbanizações mais favorecidas nos seus centros (Santana, 2007).

Actualmente o Planeamento ou Ordenamento do Território português explicita as suas regras na Lei de Bases da Política de Ordenamento do Território n.º 48/98, a qual define e integra as acções da Administração Pública para a organização e utilização do seu território numa perspectiva de espaço integrado na Europa, tendo como meta o desenvolvimento económico, social e cultural integrado de forma harmoniosa e sustentável quer ao nível das regiões, quer ao nível dos aglomerados urbanos. Os seus instrumentos são hoje os Planos de Ordenamento Nacionais, os Planos de Ordenamento

<sup>22</sup> <http://www.apha.pt/boletim/boletim1/pdf/CartadeAtenas1933.pdf>

<sup>23</sup> por Manuel da Costa Lobo, “Saúde-um Tema de Engenharia”.

Regionais, os Planos Intermunicipais e os Planos Municipais (Para uma melhor compreensão da esquemática do Planeamento Nacional Urbano, ver Anexo I.) (Barreto, 2003).

No ano de 1999 foi no entanto pelo Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território do XIV Governo Constitucional lançado o Programa Polis, um Programa de Requalificação Urbana e Valorização Ambiental de Cidades com uma visão estratégica e selectiva e por isso considerado como um impulso para o desenvolvimento, animação e regeneração das cidades. Este programa parece ter sido o enquadrador na cidade de Viana do Castelo de acções necessárias à aplicação do programa de Planeamento Urbano Saudável no que respeita à alteração do arruamento livre de trânsito (Barreto, 2003).

A política deste Programa veio procurar responder aos desafios complexos das cidades europeias actuais de forma a se conseguir superar as debilidades do sistema urbano da actualidade pela transformação das cidades em motores efectivos do desenvolvimento das regiões e do país. Dentro das suas ambições, a cidade é observada como um território de qualidade de vida bem planeado e bem governado, assumindo para tal entre os seus vários objectivos a qualificação e integração dos seus espaços através da inovação para a sustentabilidade ambiental, a eficiência de utilização de recursos e infra-estruturas e a capacitação das comunidades e das parcerias entre sector publico e privado (Ministério do Ambiente do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, 2008, Link 16).

A Regeneração Urbana é um dos seus eixos principais para a qual o Programa dirige acções a definir em espaços específicos intra-urbanos com vista à coesão e coerência do conjunto total da cidade através da qualificação de factores determinantes da qualidade de vida da sua população, tais como sejam a reabilitação de edifícios e a qualidade do Meio-Ambiente (Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, 2008, Link 16).

A política de Cidades Polis XXI foi implementada com vista a uma descentralização segundo os princípios de iniciativa local, realizada através de procedimentos concursais cujas várias propostas para a afectação de recursos financeiros, deveriam ser apoiadas em acções estratégicas e elaboradas através de uma visão partilhada dos objectivos em função do desenvolvimento da cidade (Anexo II) (Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, 2008, Link 16).

Em termos de Planeamento Urbano o caso da cidade de Viana do Castelo apresenta-se como município pioneiro a equacionar o Planeamento do seu território. Por este foi elaborado um Plano Estratégico no ano de 1995, que visava o desenvolvimento da cidade construída de forma colectiva e participada, focando a qualidade sustentável da vida urbana (CM- Viana do Castelo, Link 18).

Para tal, o município esperava o envolvimento da população, de urbanistas e de políticos, tendo em conta que um dos principais objectivos seria a criação de estruturas promotoras e potenciadoras de estilos de vida saudáveis, de forma a que os cidadãos pudessem facilmente praticar actividade física, diminuir o consumo de tabaco e melhorar hábitos alimentares (CM- Viana do Castelo, Link 18).

No entanto para além de casos de cidades mais participantes no conceito Saúde Urbana e numa perspectiva nacional, a realidade do Planeamento Urbano e Regional parece apresentar-se diferente para a maioria do território português de acordo com alguns críticos e peritos no assunto, tais como Gonçalo Ribeiro Telles<sup>24</sup>, Sidónio Pardal<sup>25</sup> e Nuno Quental<sup>26</sup>, os quais tecem severas críticas a alguns aspectos do Ordenamento do Território no país em vários âmbitos incluindo o da Saúde.

Para Sidónio Pardal o Planeamento do território em Portugal apresenta-se como um assunto com uma legislação dispersa e sem articulação. Não existindo correspondência entre o que é realmente exercido e os diversos sectores em que este interfere. Tal realidade tem criado limitações e dificuldades de aplicação, limitando mercados, inflacionando preços e dificultando disponibilidade de espaços, para além de criar em todo o seu desenvolvimento patologias sociais, degradação ambiental e má

---

<sup>24</sup> Gonçalo Ribeiro Telles actual Arquitecto Paisagista português é licenciado também em Engenharia Agrónoma é conhecido igualmente como activista político, ambientalista e urbanista ([http://www.infopedia.pt/\\$goncalo-ribeiro-teles](http://www.infopedia.pt/$goncalo-ribeiro-teles))

<sup>25</sup> Sidónio Pardal é um actual Urbanista, Arquitecto Paisagista e Engenheiro Agrónomo português é também Professor da Universidade Técnica de Lisboa, ([www.sidoniopardal.com](http://www.sidoniopardal.com)).

<sup>26</sup> Nuno Quental é um actual Doutorando na área da Eng. do Território pelo Instituto Superior Técnico em Lisboa. Tem entre outras experiências profissionais na área do Planeamento Urbano, exercido Consultoria em Ordenamento do território em Planos Estratégicos Municipais, assim como para a Associação do Eixo Atlântico do Noroeste Peninsular, ([http://www.esb.ucp.pt/gea/myfiles/quem\\_somos/nuno/index.htm](http://www.esb.ucp.pt/gea/myfiles/quem_somos/nuno/index.htm))



afecção da paisagem. Sidónio Pardal é da opinião que Portugal sofre de uma demissão do Estado no seu papel regulador para com os princípios do urbanismo, no que respeita à sua racionalidade, cientificidade e tecnologia. Defende também que as políticas de ordenamento se devam ajustar às necessidades das populações locais através da observação das suas principais actividades económicas, defendendo uma diferenciação transparente e afirmativa dos diferentes espaços do território e das suas possibilidades de ocupação. Sugerindo igualmente uma avaliação crítica para todo o processamento técnico de um PDM de forma independente da sua vertente política e legislativa (Pardal, s/d).

Gonçalo Ribeiro Telles critica o aspecto da incoerência da concepção da cidade portuguesa quando comparada com o próprio desenvolvimento do país. Justificando que ao invés da concepção teórica de cidade, a qual define como um espaço em interligação com o meio circundante inclusive o rural fazendo parte de um mesmo universo a que chama de planeamento regional ou do território, os Planos Directores Municipais Portugueses não abrangem a interligação entre os dois meios. De tal forma que os meios urbanos portugueses se tornaram cada vez mais vulneráveis não só pela oscilação de preços dos produtos alimentares essenciais mas também pelo aumento da população nas cidades, causado pelo abandono e despovoamento dos meios rurais. Nos aspectos da planificação, Gonçalo Telles refere que os espaços verdes criados nas cidades portuguesas são meramente decorativos não correspondendo às necessidades mínimas do Homem actual. Critica também a falta de requalificação urbana sobretudo na área metropolitana de Lisboa, que ao invés de requalificar cidades existentes se estende cada vez mais a territórios por construir. Para este, a cidade tem de ter harmonia com o espaço envolvente tendo em conta a necessidade de convivência do ser humano com os ciclos da sua natureza e fundamentais à sua vida como sejam a água, os minerais e os animais (Telles, 2005).

Nuno Quental vem lembrar aspectos relacionados não só com a ausência do papel das políticas centrais, mas também acerca da falta de actuação dos meios de comunicação social no respeitante ao Ordenamento do Território, em especial num país no qual considera que a maioria dos cidadãos tenha um baixo nível cultural. Associa a que o hábito de não planear dos portugueses se reflecta a um nível macro de todo o seu território, de forma a que a malha urbana tenha invadido todo o país de forma anárquica, traduzindo-se em aspectos que têm conduzido à degradação das paisagens, à perda da identidade das populações, ao abate florestal agressivo e à tendência para a construção

de grandes superfícies e de condomínios privados. Tendo-se abandonado a prática da praça, do espaço público, da rua e do jardim. Realça também a necessidade urgente e fundamental de intervenção do cidadão no desenvolvimento do seu próprio território (Quental, 2003).

Resumindo e desde a definição actual de cidades focadas para um futuro global, até uma população pouco literata e pouco participativa no ordenamento da sua região, com um estado ausente do seu papel regulador, dos três autores se retira a visão de várias problemáticas actuais existentes na concepção actual de Planeamento Urbano e do seu papel no território Português. O qual, para um nível global se exige na actualidade e para o futuro que esteja focado nos seus cidadãos, na interculturalidade das cidades actuais, na preservação dos ecossistemas existentes e na Saúde e Bem-Estar dos seus habitantes, assim como no estudo prévio das suas necessidades em Saúde e na respectiva organização dos aspectos Programáticos que o constituem

#### **1.4 Síntese: Relevância do Tema e Justificação da Investigação**

O tema da Promoção da Saúde surgiu neste estudo dentro de uma linha evolutiva de estudo acerca de Políticas de Saúde e Bem-Estar, cujo paradigma conceptual foi desenvolvido como já referido pela OMS sendo definido como o processo criador de condições no meio ambiente para que os seus habitantes consigam agir sobre os factores determinantes da sua própria saúde (Link 21).

E estudar a Promoção da Saúde foi também estudar e compreender a evolução das cidades, espaços estes em que o conhecimento da engenharia se aliou ao conhecimento médico na transformação do meio ambiente urbano, unindo Planeamento Urbano e Saúde.

As cidades passaram a ser problematizadas tecnicamente ocorrendo nestas também a necessidade da sua avaliação, com vista a soluções para o alcance de uma cidade ideal, na circunscrição da doença (Bresciani, 1992).

E o conceito de Promoção da Saúde evoluiu até à Cidade Saudável, a qual é definida como aquela que está continuamente a proporcionar e a criar ambientes sociais e físicos focados na Saúde dos seus habitantes. As Cidades Saudáveis são um marco na Política da Saúde Pública actual, criadas na tentativa de habilitar as populações a controlarem e melhorar a sua saúde (Beaglehole, 2003).

Sendo um dos principais desafios encarados nesta temática, a metodologia da avaliação do processo de desenvolvimento e de resultados de um Plano ou Programa de Intervenção ao nível da Promoção de Saúde. Pois uma vez que a efectivação destes Programas e Planos tende a ser lenta e complexa devido a factores culturais, políticos, ambientais e sociais justifica-se o estudo da sua Efectividade na consideração do valor dos recursos afectados numa intervenção de Saúde Pública.

A Efectividade de um Programa numa perspectiva Epidemiológica é aqui encarada como uma definição da sua própria utilidade e do seu propósito para a sua prática e acção, abrangendo um campo técnico e filosófico acerca da Saúde em que está inerente o direito e a oportunidade do cidadão, face à responsabilidade social dos seus decisores na construção programática, efectuada dentro de certos limites, matrizes e métodos que orientam a noção da Saúde perspectivada (Tavares, 2007).

Na perspectiva da Promoção da Saúde é relevante que as avaliações ultrapassem a limitação das pesquisas de obtenção de dados numéricos, pois a subjectividade é implícita no processo de avaliação, sobretudo numa abordagem dita de qualitativa. Devendo esta acção informar acerca do seu processo e dos resultados esperados em cada uma das suas fases e momentos combinando-se aspectos filosóficos e metodológicos enquadrados em um determinado marco geográfico e político, mediante um exercício de observação, medição e publicação dos resultados (Tavares, 2007).

Relembra-se Illona Kickbush na sua referência à Promoção de Saúde como um processo político de construção através do controle dos seus próprios determinantes. Entendendo-se assim que este tema possa através da abordagem da importância da avaliação programática em Saúde, ser visto como um processo centrado tanto na sua própria evolução, como nos efeitos que tenha para com a Saúde e o Bem-Estar das populações alvo (Salazar, 2003).

## Capítulo 2

### Finalidade da Investigação

Este trabalho teve como principal finalidade o de se poder contribuir para a reflexão em melhores decisões no aspecto da construção Programática no âmbito da Promoção da Saúde, quando aplicada ao nível Local.

O interesse no Planeamento Urbano Saudável manifestou-se na oportunidade de contacto com seus responsáveis permitindo o acesso ao conhecimento de reais preocupações de alguns líderes técnicos de Gabinetes de Saúde Municipais, para com as necessidades emergentes em Saúde das populações nos meios urbanos.

As suas ideias reflectiram a necessidade de mais investigação no tema do Planeamento Urbano Saudável visto para estes como uma área prioritária e de possível interesse a desenvolver por mais municípios em Portugal.

O Planeamento das cidades tem sido considerado um assunto motivante pela sua aplicação e resultados em países desenvolvidos no que respeita à saúde das populações, uma vez que este afecta directamente a vida dos habitantes desse meio lembrando também através do estudo de alguns autores que esta é uma área ainda em desenvolvimento e em aberto no país, demonstrando-se na prática confusa, dispersa, complexa e paradoxal. O município de Viana do Castelo focou de forma pioneira a sua acção no Planeamento Urbano para a Saúde mostrando-se assim um interessante caso de estudo, não só por pertencer a um contexto de um país aonde o Planeamento é ainda uma área esquecida, mas também por ser o seu único exemplo quando focado para a Saúde.

Esta é assim uma área complexa na qual a Epidemiologia pode no entanto permitir uma resposta mais concreta para a unificação de conceitos e práticas de numa investigação que reúna Políticas de Programas, Planeamento Urbano e Saúde.

Para tal ao longo desta investigação foram-se adquirindo conhecimentos acerca dos conceitos básicos de Cidade, Planeamento Urbano, Saúde Pública e Políticas de Saúde sempre numa perspectiva do global para o local, de forma a se unificarem ideias e se consolidarem questões básicas para a sua possível investigação.

O contacto com a unidade curricular de Efectividade em Programas de Saúde Pública trouxe o acesso a uma nova realidade, a da avaliação de Programas de intervenção em Saúde das populações o que permitiu o levantamento da questão acerca



da Efectividade do Programa de Planeamento Urbano Saudável da Cidade de Viana do Castelo, partindo-se então para a acção da investigação.

Como passo inicial foram realizadas através de encontros informais, conversas com líderes técnicos do Gabinete de Saúde do Município de Viana do Castelo e da Rede de Cidades Saudáveis na tentativa de estabelecer relações humanas e conhecer prioridades e disponibilidades na acção para a investigação. Dentro das aplicações do Programa de Planeamento Urbano Saudável manifestou-se por parte destes vontade em ser desenvolvido o estudo do Projecto Ambiente Urbano relacionado com a Qualidade do Ar, tomando-se assim igualmente conhecimento acerca do tipo de dados que seriam possíveis de disponibilizar. Por motivos de recursos financeiros, humanos e de tempo verificar-se-ia a possibilidade de acesso a dados programáticos e documentais.

Seria ainda e antes da pesquisa documental efectuada a participação num Workshop e Seminário acerca de Estilos de Vida Saudável orientado pela Direcção Geral de Saúde em Viana do Castelo, cujo objectivo foi o da aquisição de conhecimentos acerca do Planeamento Urbano e Saúde, de forma formal pelo contacto com profissionais da área aumentando-se o conhecimento do tema para a acção.

Dos conhecimentos e informação obtida até esta fase reflectiu-se sobretudo no Perfil de Saúde da População Vianense do qual se destaca que entre as principais causas de morte no Concelho estavam presentes as doenças respiratórias e coronárias, as quais teoricamente se poderiam então associar ao factor de exposição da poluição ambiental, tendo-se julgado importante e pertinente a colaboração com entidades oficiais de Saúde locais, para a obtenção de dados quantitativos em termos de Saúde da população do Concelho. Não tendo sido dada qualquer resposta, desenvolveu-se então a investigação para a conclusão acerca da Efectividade Programática, através de uma pesquisa documental, efectuada numa perspectiva evolutiva dos Programas, Planos e Projectos considerados como envolvidos até ao produto final.

Esperando assim poder contribuir-se para a unificação do conhecimento da documentação existente assim como para a promoção de novas ideias e mentalidades na construção programática, apresentando-se possibilidades de avaliação em Saúde numa área considerada emergente e motivante.

### Capítulo 3

#### Objectivos da Investigação

A meta desta investigação foi definida à partida como a verificação da Efectividade do Programa de Planeamento Urbano Saudável estabelecido pelo município de Viana do Castelo.

Para tal se reflectiram e desenvolveram meios de estudo que permitissem reconhecer uma abordagem Epidemiológica aplicada a um Programa de Saúde Pública e contextualizada ao conceito da Promoção da Saúde, até se obterem formas mais específicas de alcançar a conclusão acerca da Efectividade Programática do objecto de estudo.

Concretizado algum conhecimento e informação acerca do tema e do campo em causa, foram sendo definidos objectivos concretos no alcance da meta inicial. Tal definição foi no entanto condicionada pela disponibilidade limitada de recursos, conhecimento e dados necessários à sua investigação, verificando-se a impossibilidade de desenvolver aspectos tais como a identificação de grupos de exposição, de níveis de risco do factor em causa, de reconhecimento da dimensão do problema na população, dos benefícios esperados, do nível do impacte obtido em termos de saúde das populações, dos efeitos esperados nos hábitos da Comunidade Urbana assim como acerca das motivações e necessidades dos envolvidos, entre muitos outros aspectos cuja ausência limitaria a ambição do investigador.

Partindo-se então para a definição do principal objectivo de conhecimento na identificação da Acessibilidade, da Viabilidade e do Conteúdo, como valores inerentes à verificação da pertinência programática do Programa de Planeamento Urbano Saudável da cidade de Viana do Castelo.

A Acessibilidade diz respeito à clareza ou compreensão da descrição Programática para que metas, objectivos e resultados possam ser identificados com o Programa em causa. A Viabilidade respeita à descrição Programática em termos do seu processamento e acção, ou seja se nesta se incluem actividades e se está previsto que tanto os processamentos como os produtos possam ser avaliáveis. E o Conteúdo à descrição Programática e se esta é ou não suficiente para que se conheçam os aspectos filosóficos integradores e transmissores da própria lógica de existência e cientificidade do Programa. Os três valores estão assim inerentes na descrição de Efectividade que se manifesta como o somatório das três, possivelmente verificáveis na prática através da

eficácia dos recursos e da eficiência da sua organização de forma a que os resultados previstos pudessem estar ao nível dos resultados obtidos.

Para o alcance destes objectivos foram analisados os parâmetros estruturais do Programa ao nível dos seus objectivos, metas, génese e acção.

Partindo-se assim para o estudo da pertinência do Programa de Planeamento Urbano da Cidade de Viana do Castelo, através do conhecimento dos referidos valores de Acessibilidade, Viabilidade e Conteúdo, inerentes num programa Efectivo.

## Capítulo 4

### Metodologia de Estudo

#### 4.1 Tipo de Estudo

##### 4.1.1 Dimensões

São duas as dimensões em causa nesta investigação, uma de âmbito conceptual, que envolve os aspectos de **(A) Promoção da Saúde**, **(B) Planeamento Urbano Saudável** e **(C) Cidades Saudáveis** num primeiro plano e num segundo plano os aspectos de **(a) Equidade**, **(b) Intersectoralidade**, **(c) Participação Activa da Comunidade**, **(d) Compromisso Político**, **(e) Sustentabilidade** e **(f) Melhoria da Qualidade do Ar** como inerentes no conteúdo dos três conceitos anteriores. A outra dimensão apresentada é estrutural e manifestada nos aspectos de **(1) Acessibilidade**, **(2) Viabilidade**, **(3) Conteúdo** e **(4) Efectividade** como valores inerentes à pertinência de um Programa em Saúde e aqui verificáveis através das componentes estruturais em **(5) prioridades**, **(6) motivos de escolha**, **(7) objectivos**, **(8) acção**, **(9) avaliação** e **(10) resultados**.

Face a uma diversidade de conceitos relativos ao tema e Programas em jogo nesta investigação focou-se o estudo em aspectos específicos Programáticos que se julgaram básicos para a Efectividade do Programa. Assim como se considerou útil a escolha de duas dimensões, numa investigação que pode ser considerada como uma abordagem inicial ao problema, face aos recursos e informação disponíveis.

A dimensão conceptual respeita assim a campos temáticos de base tais como a **Promoção da Saúde**, a qual constitui uma base conceptual para políticas estabelecidas de acordo com os conhecimentos epidemiológicos de cada país ou cidade e definidas em Programas e ou Projectos conforme as necessidades ao nível local. Este conceito de Saúde confere grande parte das especificidades ao aspecto Programático em estudo sendo definido como já referido como o processo criador de condições ambientais, para que os seus habitantes consigam agir sobre os factores determinantes na sua saúde. Os seus principais aspectos focam o alcance para a **Intersectoralidade**, a **Equidade** e o **Compromisso Político** para a Saúde (WHO, 1998, Link 23).

A Promoção da Saúde trouxe ao desenvolvimento Programático em causa um conjunto de valores conferindo **Conteúdo**, cientificidade e impulso até à aplicação prática na realidade. Resumindo, ao Programas em causa e aos seus sucessores se exige terem presentes aspectos conceptuais focados para a **Equidade**, para a **Intersectoralidade** e para o **Compromisso Político** como constituintes para a

Promoção da Saúde da população ao nível local, introduzindo-lhes sentido acerca do seu **Conteúdo**.

O conceito das **Cidades Saudáveis** é resultado do desenvolvimento do conceito anterior de Promoção da Saúde, assim como o campo temático de aplicação do Programa de **Planeamento Urbano Saudável** salientando-se como seu principal conceito específico a **Participação Activa da Comunidade** (WHO, 1997, Link 9).

O **Planeamento Urbano Saudável** é assim uma parte integrante da Promoção da Saúde aplicado através da agenda das Cidades Saudáveis representando-se como uma extensão destes conceitos que vem introduzir o aspecto da **Sustentabilidade** no que refere às preocupações ambientais e de Saúde para os meios urbanos (WHO, 1997, Link 9).

Este Programa envolve os municípios para com o desenvolvimento da Saúde Pública através de um processo de compromisso político focado na mudança e evolução institucional, assim como na capacidade construtiva e na parceria para projectos inovadores promovendo a existência de políticas de Planeamento das cidades que englobem aspectos dirigidos para as desigualdades e pobreza urbanas, assim como para com as necessidades dos grupos mais vulneráveis prevendo a participação dos grupos políticos e sociais nos determinantes económicos, ambientais e sociais para a Saúde (WHO, Farrington, 2003, Link 5).

Está inserido na Fase IV do Plano Healthy Cities e é fruto do assumir do papel do Planeamento Urbano na construção de ambientes saudáveis, podendo definir-se através de uma acção integral entre política, urbanismo e planificação no alcance de ambientes saudáveis. Este defende como valores necessários a participação activa dos seus membros em acções unificadoras da Promoção da Saúde e do Desenvolvimento Sustentável dando especial atenção aos aspectos da necessidade da **avaliação** e monitorização das acções implementadas de forma que a adopção da filosofia do Plano Cidades Saudáveis se possa traduzir em resultados provenientes de caminhos cada vez mais efectivos (WHO, 1999, Link 12).

Através deste Programa se determinam ainda em específico objectivos-chave delineados para os projectos aplicados a nível local, do qual aqui se destaca a **melhoria da qualidade do ar** (WHO, Bengtsson, s/d, Link 20).

Os planos menores dentro da área de projecto de cada cidade deveriam ser formulados para que o contexto político, burocrático e legal no qual este estivesse enquadrado permitisse que cada cidade influenciasse a Saúde dos seus habitantes,



devendo estes assim incluir informação acerca das **prioridades** definidas e dos seus **motivos de escolha**, assim como descrever claramente os seus **objectivos**, a sua **acção** e a previsão da sua **avaliação** e dos seus **resultados** (WHO, 1996, Link 8).

Estes aspectos vêm auxiliar a conclusão acerca da **Acessibilidade**, da **Viabilidade** e de **Conteúdo** como valores necessários para a contribuição acerca da conclusão da Efectividade do Programa em causa.

E por **Efectividade** no contexto Epidemiológico se entende como um processo de avaliação de uma intervenção em Saúde, que consiga definir a sua própria utilidade através do seu propósito, prática e acção (Tavares, 2007).

Recordando que a pertinência Programática a este nível inclui nos seus vários componentes as causas do problema identificado, a identificação dos grupos de exposição ao risco, a análise dos custos e dos benefícios da transformação, a descrição de objectivos e metas assim como métodos e acção das actividades e tarefas (Briz, 2008).

Pois um programa pertinente é no seu todo, completo, gerível e sensível a alterações de resultados, devendo ter instrumentos eficazes e aplicados de modo eficiente de forma a conduzir a um programa Efectivo (Briz, 2008).

#### 4.1.2 Método

Neste sub-capítulo é apresentada a forma de utilização da metodologia escolhida para a apreciação dos valores inerentes à pertinência do programa de Planeamento Urbano Saudável da cidade de Viana do Castelo, no alcance da sua Efectividade.

O conhecimento para o método desenvolvido foi obtido sobretudo através de revisão bibliográfica e da frequência da disciplina de *Epidemiologia na Efectividade de Programas em Saúde Pública*. O principal método utilizado foi a análise documental ao Programa e aos que lhe são relacionados, por se julgarem como suas linhas de orientação em especial no que respeita ao seu conhecimento e cientificidade, para análise do Conteúdo. Partiu-se da colocação de questões propostas inicialmente e consideradas como pertinentes para a sua avaliação, seguindo-se uma análise documental acerca de metas, objectivos e génese dos Planos e Programas seus antecessores.

A etapa seguinte constou da reflexão e análise acerca dos valores de Acessibilidade e Viabilidade do Programa em causa, terminando com a utilização de uma grelha auxiliar na discussão dos resultados obtidos. Com esta última pretendeu-se

facilitar a opinião através da observação de Pontos Fortes, Fracos e Oportunidades observados ao longo da investigação.

Inicialmente pensou-se ainda no recurso a entrevistas aos líderes técnicos e políticos envolvidos no compromisso do seu município para com o Plano Cidades Saudáveis, nomeadamente ao nível da Coordenação da Rede Cidades Saudáveis Portuguesa, assim como do Gabinete de Saúde e da Presidência da Câmara Municipal de Viana do Castelo. Estas entrevistas seriam elaboradas de forma a permitir ao entrevistado um discurso aberto, seguindo-se uma linha orientadora relacionada com as questões desenvolvidas, cujo modelo é apresentado no Anexo III. Este método seria utilizado numa primeira etapa com o objectivo de analisar prioridades e motivos de escolha do envolvimento para com o Programa. No entanto, tal metodologia não viria a ser possível de ser utilizada.

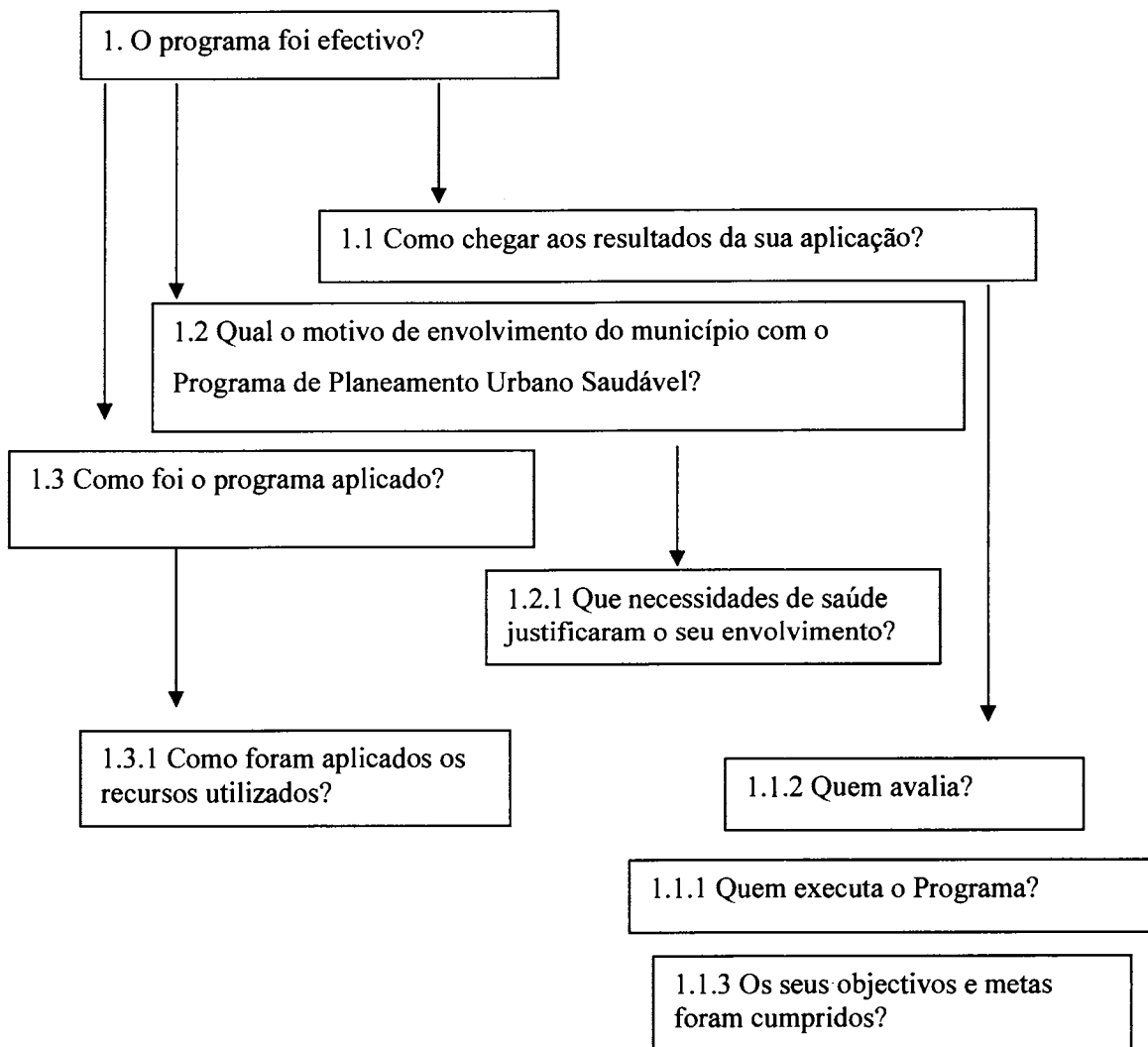
A etapa inicial é referente às Questões colocadas à partida, estas foram consideradas ao longo de todo o estudo como uma linha condutora no alcance de uma questão principal, acerca da Efectividade do Programa. Para tal foram sendo colocadas questões auxiliares relacionadas de forma directa ou indirecta, tais como acerca do motivo que teria conduzido à envolvimento do município para com o Programa de Planeamento Urbano Saudável, tendo em conta as suas prioridades e motivos de escolha. Ainda dentro desta se partiu para uma outra questão que se lhe associou relativa aos motivos de Saúde que conduziram ou justificaram realmente a sua aplicação e se sim, quais seriam? E de que forma se reconheceriam estes objectivos, em específico?

Outra questão colocada directamente acerca da Efectividade foi no que toca ao seu processamento e a como foi este desenvolvido até à sua aplicação a nível local? Tendo então em conta um terceiro aspecto em jogo, a acção ou processamento do Programa.

A terceira pergunta directa foi acerca dos seus resultados. Desta surgiram ainda outras quatro questões acerca da forma de aplicação dos recursos utilizados, do cumprimento de metas e objectivos, de quem executou o Programa e de quem avaliou os seus resultados e processamento? Pois os resultados podem ver-se tanto ao nível do processamento do Programa e do cumprimento dos seus objectivos, como ao nível da utilização dos recursos, relembrando que se trata de um Programa que visa impacto ao nível das modificações no Meio-Ambiente, com vista à diminuição de factores de risco.

Pretendendo chegar-se assim ao conhecimento dos resultados e ao respectivo processo de avaliação.

Estas questões são apresentadas no esquema seguinte facilitando a sua compreensão e mostrando como foi na prática organizado e desenvolvido o seu estudo. Partindo-se então de uma questão inicial e desta para três questões que lhe são directas, das quais surgiram outras cinco questões, sendo no esquema diferenciadas pelo sentido do diagrama (Esquema 8).



**Esquema 8**-Questões iniciais da análise.

Numa segunda etapa deste estudo foi então efectuada uma Análise Documental ao Programa e aos que lhe foram antecessores. O objectivo desta análise aos documentos foi o de conhecer o processo evolutivo dos conceitos envolvidos de forma a encontrar elementos comuns e específicos acerca da coerência e existência dos

conceitos de Promoção da Saúde, de Planeamento Urbano Saudável e de Cidades Saudáveis até ao Programa final. Estruturalmente focou-se o estudo ao nível dos objectivos, metas génese e acção para o estudo do Conteúdo dos documentos analisados. Estes correspondem ao período entre o ano de 1986 até ao ano de 2004, tendo sido divididos de acordo com as suas perspectivas e cenários. Ou seja, estes correspondem assim a Planos Internacionais ao nível da Organização Mundial de Saúde, a Programas e Planos Nacionais ao nível dos Ministérios da Saúde, Ambiente e Ordenamento do Território Português e a Programas e Projectos Locais ao nível do Município de Viana do Castelo.

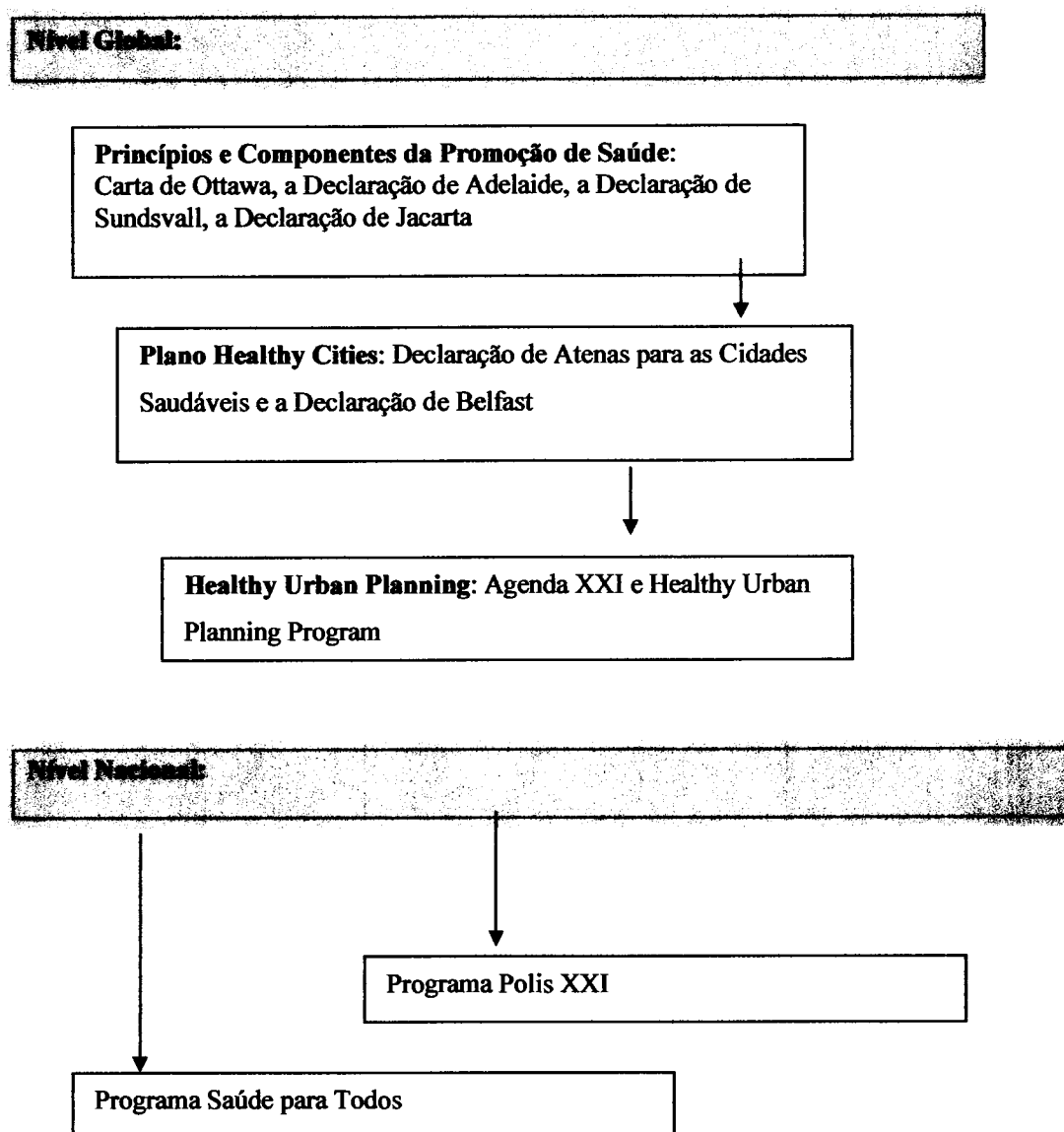
Ao nível dos Planos Internacionais foram considerados três grupos de documentos: a Carta de Ottawa, a Declaração de Adelaide, a Declaração de Sundsvall e a Declaração de Jacarta num primeiro grupo relativo à evolução do conceito de *Promoção da Saúde*; um segundo grupo relativo ao desenvolvimento do conceito das *Cidades Saudáveis* para o qual foram consideradas a Declaração de Atenas para as Cidades Saudáveis e a Declaração de Belfast para as Cidades Saudáveis e ainda um terceiro e último grupo relativo ao desenvolvimento do conceito de *Healthy Urban Planning* com os documentos, Agenda XXI e Healthy Urban Planning Program.

Ao nível dos Projectos, Planos e Programas Nacionais consideraram-se os documentos Programa Saúde para Todos no Ano 2000 e Programa Polis XXI.

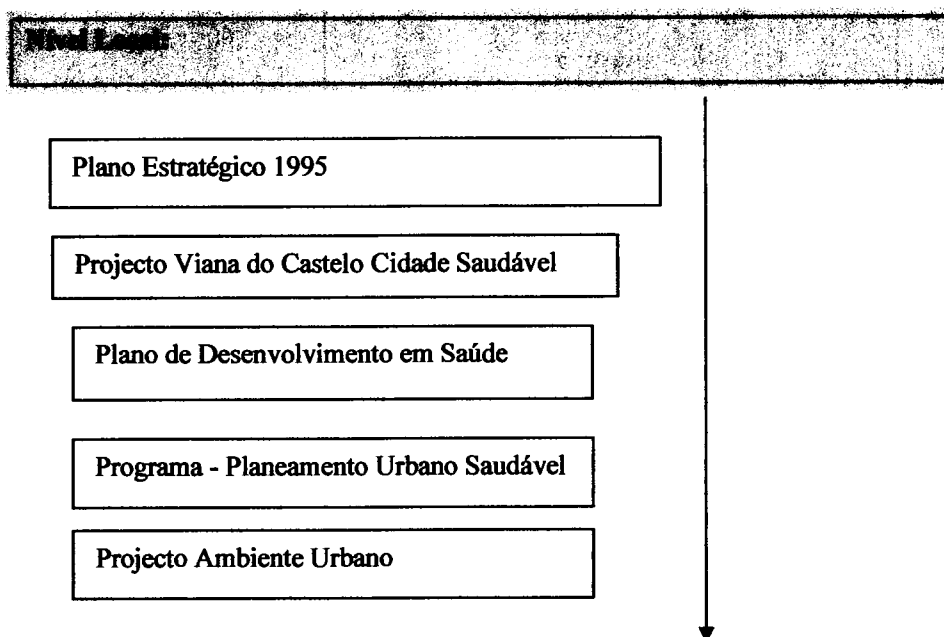
Ao nível Local do Município foram considerados os documentos Plano Estratégico de Viana do Castelo, Projecto Viana do Castelo Cidade Saudável, Plano de Desenvolvimento em Saúde, Programa de Planeamento Urbano Saudável e Projecto Ambiente Urbano.

Todos foram obtidos através de pesquisa electrónica e ou cedência directa e analisados por ordem cronológica.

Sendo também aqui exemplificada a organização e sentido desta pesquisa, através do seguinte esquema, (Esquema 9).







**Esquema 9-** Divisão e Organização dos Documentos analisados.

Os elementos retirados desta análise e como já referido focaram-se ao nível dos objectivos, metas, génese e acção e foram sendo descritos em diagramas desenvolvidos para o efeito. Ao nível do Conteúdo Programático a pesquisa foi assim focada nos aspectos de Equidade, Intersectoralidade, Participação Activa da Comunidade, Compromisso Político, Sustentabilidade e Melhoria da Qualidade do Ar, como constituintes dos conceitos de Promoção da Saúde, Cidades Saudáveis e Planeamento Urbano Saudável (Esquema 10).

	Metas	Objectivos	Génese
Identificação do Documento (Data)			

**Esquema 10-**Quadro utilizado da análise documental acerca de metas objectivo e génese do conteúdo dos documentos analisados.

Numa terceira fase foram analisados também os outros valores inerentes à Efectividade, ou sejam a Viabilidade e a Acessibilidade, além do Conteúdo, através da

colocação de Questões, cujas respostas se procuraram nos documentos directamente relacionados com o Programa em causa ao nível do município e que foram o Projecto Viana do Castelo Cidade Saudável, o Plano de Desenvolvimento em Saúde, o Programa de Planeamento Urbano Saudável e o Projecto Ambiente Urbano.

Ao nível da **Acessibilidade** foi verificada sobretudo a compreensão da descrição programática e a identificação de resultados e ao nível da **Viabilidade** incidiu-se na verificação acerca da inclusão de aspectos relacionados com a identificação e avaliação de resultados. Ao nível do **Conteúdo** verificou-se ainda se a descrição Programática seria suficiente em conteúdo, conhecimento e actividades integradoras para se lhe poderem associar resultados permissíveis à sua avaliação, utilizando dados resultantes da pesquisa documental.

Da mesma forma e seguindo a mesma linha de representação esquemática, utilizaram-se os seguintes diagramas (Esquema 11):

**Acessibilidade:**

- . A descrição programática é compreensível?
- . Os seus resultados podem ser identificados?

**Viabilidade:**

- . A descrição programática inclui objectivos, actividades e produtos controláveis ou avaliáveis?

**Conteúdo:**

- . O programa contém descrição suficiente para que se entenda o seu conteúdo e filosofia integradores e geradores de resultados?

**Esquema 11**-Questões utilizadas numa fase da pesquisa acerca dos valores da pertinência programática e no alcance da sua efectividade.

Com o adquirido na análise até aqui efectuada pensaria ter-se assim obtido material suficiente para a consideração acerca dos valores de acessibilidade, viabilidade e de conteúdo considerados como inerentes à pertinência do Programa. No entanto seguiu-se até uma quarta e última fase recorrendo-se ao auxílio de revisão bibliográfica

na elaboração de uma grelha auxiliar para a discussão dos resultados obtidos no estudo, com o objectivo de facilitar como já referido a referência da opinião pela observação, na identificação de Pontos Fortes, Fracos e Oportunidades do Programa estudado.

Os conceitos desenvolvidos são sugeridos pelo Centro de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC), organismo pertencente ao Departamento de Saúde e de Serviços Humanos do Gabinete de Estratégia e Inovação de Atlanta, Estado Unidos da América, do qual um Grupo de Trabalho de Avaliação desenvolveu um esquema de apreciação de Programas de Saúde cujo resultado é um processo de seis aspectos dos quais aqui se referem três, os Pontos Fortes, os Pontos Fracos e as Oportunidades como aspectos auxiliares para a organização de ideias e orientações na discussão e análise de resultados (Farell, 2002).

Na Identificação de Pontos Fortes pretendeu atingir-se uma visão das potencialidades dos conhecimentos, da coordenação e da organização do Programa, tendo-se apreciado a sua política e procedimentos de forma a se identificarem novas direcções na sua organização e na sua aplicação (Farell, 2002).

Com a Identificação de Pontos Fracos pensou-se acerca do que não funciona e de como deveria funcionar, de forma a se reflectir acerca de quais os conflitos ou assuntos que tornaram difícil o encontro com as metas e objectivos estabelecidos (Farell, 2002).

Pela Identificação de Oportunidades se pretendeu endereçar ao Programa uma perspectiva diferente tal como por exemplo o de poder observar os Pontos Fracos como desafios à mudança para melhor ou em oportunidades para resultar numa melhor capacidade construtiva e melhor utilização dos recursos aplicados (Farell, 2002).

O seu desenvolvimento foi aplicado a cada fase do Programa ou seja à sua génese no que respeita aos aspectos iniciais tais como objectivos, metas, motivações e reconhecimento dos recursos disponíveis, à fase da sua execução focando os aspectos de processamento, acção e mecanismos de avaliação do processamento do Programa e à fase de avaliação no respeitante à acção e organização para a avaliação de resultados (Esquema 12).



<b>Na sua Génese</b> <b>(Reconhecer e Identificar)</b>	<b>Instrumentos</b> <b>Utilizados</b>
<b>Necessidades em Saúde das Populações</b> (Pontos Fortes, Pontos Fracos)	Dados de Instituições
<b>Conhecimento dos Recursos Disponíveis</b> (Pontos Fortes, Pontos Fracos)	Bibliografia
<b>Conhecimento das doenças associadas</b> (Pontos Fortes, Pontos Fracos)	Estudo Programa

<b>Na Definição dos seus Objectivos</b> <b>(Gerais e Específicos)</b>	<b>Instrumentos</b> <b>Utilizados</b>
<b>Económicos/Financeiros/Políticos</b> (Oportunidades)	Estudo Programa
<b>Estruturais</b> (Oportunidades)	Observação
<b>Ganhos de Saúde/Diminuição Risco</b> (Oportunidades)	
<b>Conhecimento</b> (Oportunidades)	

<b>Na sua Execução</b>	<b>Instrumentos</b> <b>Utilizados</b>
<b>Comunicação entre Intervenientes</b> (Pontos Fortes, Pontos Fracos)	Dados de Instituições
<b>Mecanismos Ligação</b> (Pontos Fortes, Pontos Fracos)	Estudo Programa
<b>Avaliação Organização Geral</b> (Oportunidades)	Observação

<b>Avaliação</b>	<b>Instrumentos Utilizados</b>
<b>Avaliação Acção Intervenientes</b> (Pontos Fortes, Pontos Fracos)	Dados de Instituições  Estudo Programa  Observação
<b>Avaliação Organização Geral</b> (Pontos Fortes, Pontos Fracos)	

<b>Avaliação: Resultados (aspecto qualitativo)</b>	<b>Instrumentos Utilizados</b>
<b>Desempenho Mudança Acção Intersectorial</b> (Oportunidades)	Dados de Instituições  Estudo Programa  Observação
<b>Mudança para a Acção na População</b> (Oportunidades)	
<b>Resultados Ganhos Saúde</b> (Oportunidades)	

**Esquema 12** – Quadros utilizados na observação e discussão de dados e resultados obtidos durante a pesquisa.

## **4.2 Campo de Estudo: População, Espaço e Conteúdo**

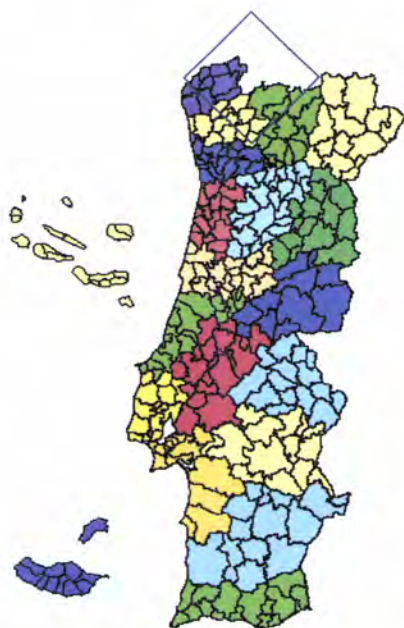
### **4.2.1 Descrição do Espaço Histórico-Geográfico e Demográfico da Cidade de Viana do Castelo**

A cidade de Viana do Castelo é a capital distrital da região do Alto Minho cujo município ocupa uma área de 316,8 km<sup>2</sup>, sendo constituído por uma rede viária de 306 km. É um território atravessado pelo Rio Lima e limitado pela bacia dos rios Âncora e Neiva (Barreto, 2003).

É considerada actualmente uma cidade de média dimensão enquadrada por três elementos naturais principais, o mar, o rio Lima e o Monte de St.<sup>a</sup> Luzia, condicionantes da sua expansão e evolução, o que foi possivelmente caracterizando a sua malha urbana ao longo dos tempos, desde a forma da sua muralha medieval até à expansão da cidade moderna.

O seu crescimento urbano evoluiu assim à volta de uma muralha medieval até ao limite da sua ferrovia que foi construída no século XIX. E é em meados deste século que Viana assistiu a um maior desenvolvimento urbano promovido pelo poder central, época em que foram criadas infra-estruturas que a ligaram a outras cidades da região tais como Braga e Porto assim como às vilas circundantes, quer pelo telégrafo quer pela ponte provisória. No ano de 1852 foi melhorado o seu porto e no ano de 1878 foi construída pela casa Eiffel a ponte de ferro que une a cidade à freguesia de Darque, existente do outro lado da margem do rio Lima (Barreto, 2003).

Actualmente a cidade é um pólo urbano de uma sub-região com características rurais, que embora sendo uma cidade do litoral português, apresenta ainda um quadro característico de regiões economicamente observadas como de espaço periférico e interior. Só tendo muito recentemente, ocorrido a construção das vias A3 (Porto-Viana), IC1 (Porto-Viana), IP9 (Viana-Ponte de Lima) e IC28 (Viana-Ourense), que viriam a constituir uma forma de ligação entre Viana, Portugal e Espanha (Barreto, 2003).



O Concelho de Viana do Castelo tem vinte e seis freguesias sendo que destas apenas cinco são urbanas e semi-urbanas: Santa Maria Maior, Monserrate, Areosa, Darque e Santa Marta de Portuzelo. Santa Maria Maior, Monserrate e Darque, tinham uma população no ano de 2001 superior a 5000 habitantes. As Freguesias semi-urbanas de Areosa e Santa Marta de Portuzelo contavam nesta data com uma população entre 2000 e 5000 habitantes (Barreto, 2003).

**Mapa 1-** Rede de municípios Portugueses destacando-se no interior do losango o do município de Viana do Castelo, ([www.anmp.pt](http://www.anmp.pt)).

O modelo de ocupação do seu território é difuso tendo uma forte e intensa ocupação humana, pois devido ao clima e morfologia da região criaram-se condições para uma ocupação agrícola intensiva de regadio bastante dispersa e com territórios de curta dimensão, caracterizando-a pelo minifúndio de cultura intensiva. E é ao abandono da agricultura nos territórios mais interiores do distrito que se deve a elevada taxa de emigração, em especial verificada na década de sessenta, a qual causou desequilíbrios na distribuição da população, apresentando desta forma o seu território desertificação nas regiões mais interiores e agrícolas, em favor das mais povoadas zonas urbanas e do litoral (gráfico 1), (Barreto, 2003).

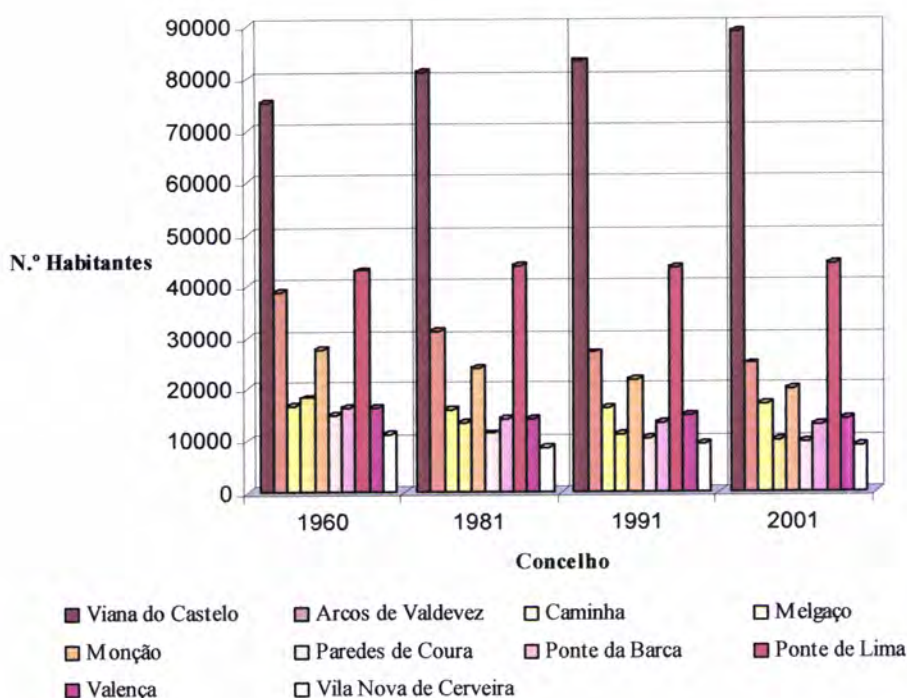
Dos seus aspectos demográficos e socioeconómicos no ano de 2001, esta cidade tinha no seu limite urbano cerca de 40 000 habitantes apresentando uma densidade populacional de 1108 habitantes por km<sup>2</sup> (Barreto, 2003).

Entre os anos de 1960 e 1981 a cidade teve um crescimento populacional nas suas freguesias mais urbanas num nível superior ao dobro do verificado no resto do Concelho. E tal como de um modo geral para as cidades Portuguesas, Viana urbana tem na década de 90 um acréscimo populacional de 11,6% ao contrário do registado nas



suas freguesias mais rurais, nas quais a população decresce cerca de 9,7 % (gráfico 1), (Barreto, 2003).

**Evolução da População Residente no Distrito de Viana do Castelo, 1960/2001**

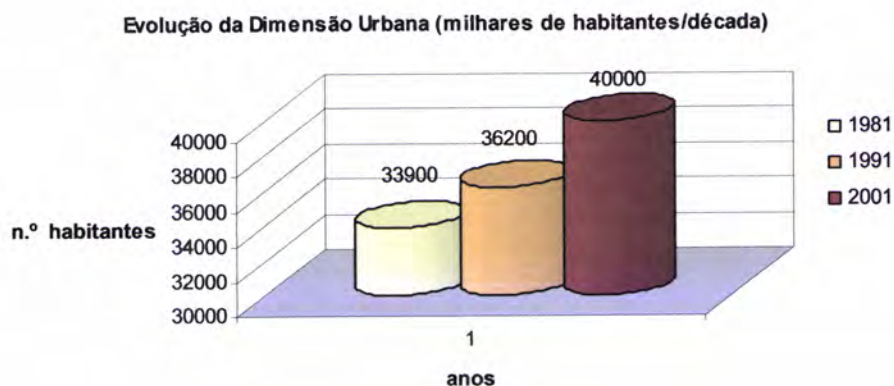


**Gráfico 1-** Evolução da População no Distrito de Viana do Castelo nos vários Concelhos desde a década de 60 até à década de 2000, dados do INE, Censos da População (Barreto, p.51).

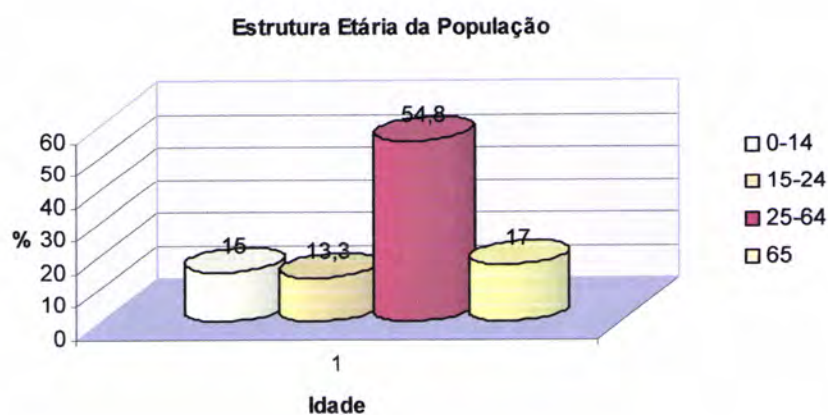
A evolução populacional<sup>27</sup> entre os anos de 2001 a 2004 apresentava um índice de envelhecimento de 106,1%, sendo este valor para a população masculina de 85,4% e para a feminina de 129,7%. A estrutura etária era no mesmo espaço de tempo constituída na sua maior parte por pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, seguindo-se a faixa etária acima dos 65 anos com 17% da população, 15% até aos 14 anos de idade e 13,3% correspondente às idades entre 15 e 24 anos de idade (gráfico 3), (CM-Viana do Castelo, Plano de Desenvolvimento em Saúde (PDS),

<sup>27</sup> [http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5)

Diagnóstico da situação da população do concelho de Viana do Castelo, pág. 16, Link 6).



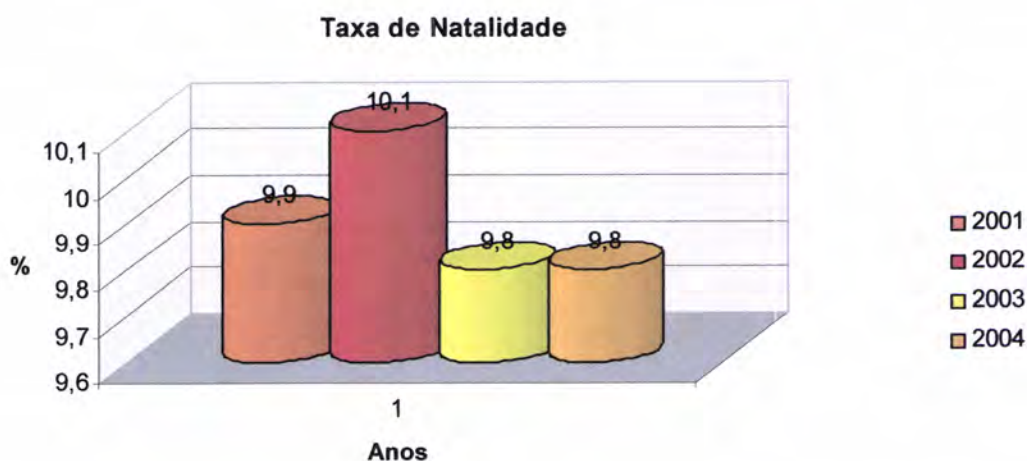
**Gráfico 2-** Evolução da Dimensão Urbana em termos de população da cidade de Viana do Castelo desde o ano de 1981 até ao ano de 2001, dados do INE, Censos de 2001, INE/DGOTDU, 1999, (Barreto, p.53).



**Gráfico 3-** Estrutura Etária da População de Viana do Castelo no intervalo de anos de 2001- 2004, dados da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, Gabinete de Administração e Epidemiologia (CM-Viana do Castelo, Plano de Desenvolvimento em Saúde (PDS), Diagnóstico da situação da população do concelho de Viana do Castelo, pág. 16, Link 18).

Os valores da taxa de Natalidade aumentaram no ano de 2002, tendo decrescido a partir desta data, permanecendo iguais entre os anos de 2003 e 2004 (gráfico 4), (CM-

Viana do Castelo, Plano de Desenvolvimento em Saúde (PDS), Diagnóstico da situação da população do concelho de Viana do Castelo, pág. 16, Link 6).



**Gráfico 4-** Taxa de Natalidade de Viana do Castelo, no intervalo de anos de 2001 2004, dados da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, Gabinete de Administração e Epidemiologia (CM-Viana do Castelo, Plano de Desenvolvimento em Saúde (PDS), Diagnóstico da situação da população do concelho de Viana do Castelo, pag. 16, Link 18).

Concluindo-se assim que Viana do Castelo se observa como uma cidade com uma dimensão populacional média face a outras cidades do país da mesma dimensão, mas com uma população tendente a decrescer em número, mesmo nas áreas mais povoadas ou urbanas.

#### 4.2.2 Descrição do Estado de Saúde da População do Concelho de Viana do Castelo

Os aspectos referidos a seguir são retirados do documento Plano de Desenvolvimento e Saúde<sup>28</sup> elaborado a pensar em acções concretas a desenvolver em vários níveis considerados como fundamentais e prioritários para a Promoção da Saúde na cidade. Neste e a partir de dados fornecidos pelo Gabinete de Administração e Epidemiologia da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo foi elaborado pelo

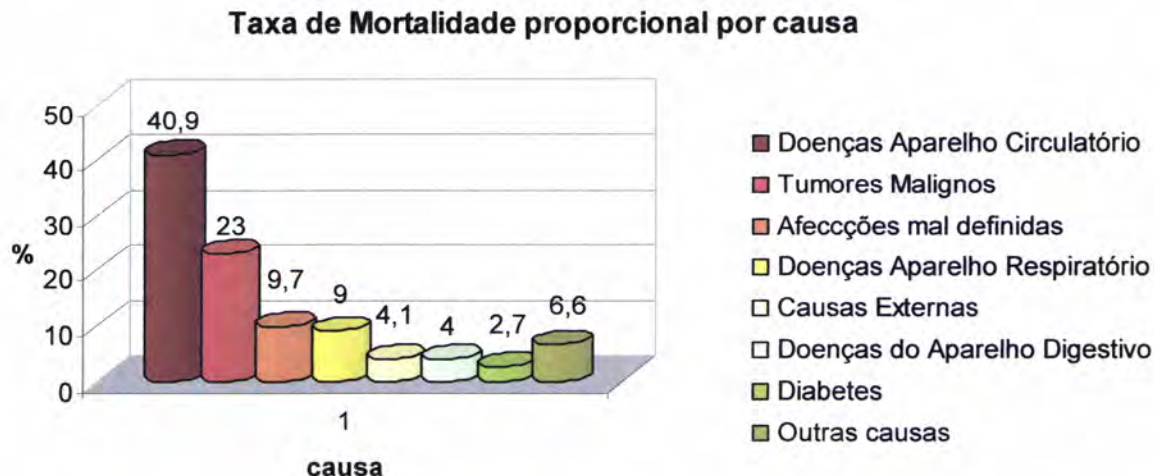
<sup>28</sup> <http://www.cm-viana-castelo.pt>



Gabinete de Saúde da Câmara Municipal, um Perfil de Saúde da população vianense chamado de Diagnóstico da situação da população do concelho de Viana do Castelo.

Salienta-se que este Gabinete tinha como principal intenção a de desenvolver acções no âmbito dos principais assuntos de Saúde da população relacionados com o espaço urbano quotidiano. A sua atenção estava focada na qualidade do ambiente urbano, predispondo-se a aprofundar conhecimentos acerca da população e do espaço, de forma a capacitar as pessoas e os agentes de intervenção locais para uma participação articulada. Na prática as acções desenvolver-se-iam no âmbito do Programa Polis cujos eixos principais corresponderiam aos descritos da Fase IV do Plano Cidades Saudáveis, o Planeamento Urbano Saudável, o Envelhecimento Saudável, a Avaliação do Impacto da Saúde, a Actividade Física e a Migração (CM- Viana do Castelo, Link 6).

Deste Plano se retira que das causas conhecidas pelas quais morreram mais pessoas em Viana do Castelo entre os anos de 2000 e 2004 foram responsáveis as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos, as doenças respiratórias e do aparelho digestivo (gráfico 5), (CM-Viana do Castelo, Plano de Desenvolvimento em Saúde (PDS), Diagnóstico da situação da população do concelho de Viana do Castelo, pag. 17, Link 6).



**Gráfico 5-** Evolução das Taxas de Mortalidade no Concelho de Viana do Castelo por motivo de causa, no intervalo de tempo entre os anos de 2001 a 2004, dados da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, Gabinete de Administração e Epidemiologia (CM-Viana do Castelo, Plano de Desenvolvimento em Saúde (PDS), Diagnóstico da situação da população do concelho de Viana do Castelo, pág. 17, Link 18).



Face a tais valores, este Gabinete viria a definir como prioridade sete aspectos operacionalizados através de nove programas. As prioridades seriam a Prevenção das Doenças Cardiovasculares actuando no aspecto do Sedentarismo, Tabagismo, Hábitos Alimentares e Stress bio-psico-social, assim como na Promoção das Acessibilidades e a Requalificação Urbana e do Meio Ambiente, esta última através do Planeamento Urbano Saudável (CM- Viana do Castelo, Link 6).

Em termos ambientais e de planeamento as principais preocupações centrar-se-iam nas emissões de ruído e de poluentes atmosféricos provenientes do tráfego rodoviário que circulava e atravessava o centro da cidade. Apesar de que nesta cidade se localizarem indústrias de celulose, as quais emitem gases poluentes tais como o CO<sub>2</sub>, o NO e o SO<sub>2</sub>, estas no entanto referem ter um sistema de tratamento de forma que os seus resíduos lançados na atmosfera são diminuídos até à eficiência de 99%, não representando assim por isso uma fonte de preocupação por poluentes, tendo-se associado assim a sua presença apenas à circulação rodoviária (Mendes, 2008).

#### **4.2.3 Objecto de Estudo**

##### **Descrição Programática do Programa de Planeamento Urbano Saudável da Cidade de Viana do Castelo**

O processo de desenvolvimento até ao Planeamento Urbano Saudável em Viana do Castelo foi acompanhado e enquadrado por várias intervenções de Programas de requalificação urbana e valorização ambiental, destacando-se o Plano Estratégico de Viana do Castelo e o Programa Polis. Permitindo-se um delineamento mais específico para o Programa de Planeamento Urbano Saudável com a entrada deste Município na IV Fase do Plano Cidades Saudáveis (CM- Viana do Castelo, Link 18).

Relativamente ao Plano Estratégico<sup>29</sup>, este foi delineado no ano de 1995, no qual a cidade passa a ser dividida em 4 zonas principais, o Centro Histórico, a Zona Ocidental, a Frente do Rio e o Monte de St.<sup>a</sup> Luzia. Para o centro histórico as estratégias passavam pelo aumento da qualidade e modernização comercial, pela melhoria da oferta cultural, pela reabilitação de edifícios habitacionais e pelo arruamento livre de trânsito. Para a zona ocidental estava prevista a criação de estruturas para a promoção de

---

<sup>29</sup> [http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=4](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=4)

congressos e conferências assim como para a dinamização do tecido industrial. Na frente do rio, estava prevista a criação de ambientes de suporte para práticas desportivas náuticas e de zonas de lazer, assim como a recuperação de ecossistemas degradados. Na zona do monte previam-se estruturas promotoras de turismo e de valorização do património cultural, histórico e ambiental (CM- Viana do Castelo, Link 18).

Em 1997, o Município aderiu ao Projecto Cidades Saudáveis<sup>30</sup> da OMS, surgindo o Projecto Viana do Castelo Cidade Saudável<sup>31</sup> cujo principal objectivo seria o da aplicação dos princípios do Programa Saúde Para Todos e das orientações da Carta de Ottawa ao nível local. Este projecto ao nível desta cidade perspectivava a criação de condições para que os seus cidadãos pudessem ser capacitados para a sua própria acção nos determinantes da sua saúde com base nos princípios de multidisciplinaridade, participação activa, equidade e sustentabilidade, tendo sido para tal elaborado o Plano de Desenvolvimento em Saúde, o qual apresentava acções concretas a desenvolver em vários níveis considerados como fundamentais para a Promoção da Saúde ao nível local, tais como as questões relacionadas com o Planeamento Urbano e o Meio-Ambiente, prevendo-se a criação de equipas multidisciplinares e intersectoriais, com vista à identificação de pontos fracos e de soluções, para as mais diversas áreas consideradas como prioritárias na cidade (CM- Viana do Castelo, Link 6).

Viana do Castelo viria assim a assumir-se na perspectiva do Planeamento Urbano Saudável através do alcance para o planeamento do espaço físico e para a mudança pessoal e organizacional. De forma que a que o Planeamento da cidade conduzisse a alterações de comportamentos induzindo a uma mudança social, económica e ambiental, considerando para tal como princípios a colaboração interdisciplinar, inter-institucional e intersectorial (CM- Viana do Castelo, Link 18).

O alcance do Programa de Planeamento Urbano Saudável seria definido como a Promoção de Políticas de Planeamento intervenientes em áreas definidas como prioritárias, tais como a Actividade Física, a Coesão Social, a Qualidade da Habitação, o Acesso a Emprego e Benefícios Sociais, a Segurança Comunitária e Rodoviária, a Equidade e Redução da pobreza e o Ambiente (CM- Viana do Castelo, Link 6).

---

<sup>30</sup>

<sup>31</sup> [http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5)

Dos seus projectos se foca aqui o Projecto Ambiente Urbano que tinha como objectivo geral garantir um Ambiente Seguro e Saudável e como objectivo específico a Melhoria da Qualidade do Ar, a Protecção ao Ruído, a Separação de Resíduos Urbanos e a Implementação de Espaços Verdes, o que estava previsto alcançar através da Criação de uma oficina da Monitorização do Ar e do Ruído, da Sensibilização para a separação de resíduos e da Criação de Espaços Verdes (CM- Viana do Castelo, Link 6).

No respeitante à qualidade do ar e no ano de 2008 foi elaborada uma avaliação da qualidade ambiental, dez anos após ocorridas as modificações de alteração do trânsito necessárias, ou seja no respectivo PDM.

Nesta monitorização foram medidos entre outros aspectos os níveis de CO, O<sub>3</sub>, NO, CO<sub>2</sub> e compostos orgânicos voláteis. Concluindo-se que era o tráfego automóvel a principal fonte poluidora da cidade, associando-se os níveis mais elevados de poluentes às zonas de maior tráfego. A qualidade do ar foi classificada de Boa e Muito Boa à excepção do cenário avaliado no Verão e numa área crítica limitada de maior trânsito, que se classificou como de Muito Fraca pontualmente na Avenida 25 de Abril e na via de acesso à IC1. Destacando este estudo o benefício da pedonalização do centro histórico e referindo como áreas de intervenção e monitorização futura, os locais mais poluídos ou sejam os mais próximos de referidas vias de maior circulação rodoviária (Mendes, 2008).

## Capítulo 5

### Resultados Obtidos na Investigação

#### 5.1 Apresentação dos Resultados Obtidos na Investigação

Seguindo a esquemática apresentada anteriormente explicitam-se neste capítulo os resultados obtidos na investigação partindo então das questões iniciais e seguindo a mesma ordem apresentada no capítulo anterior.

O Programa foi Efectivo?

Qual o motivo de envolvimento do Município com o Programa de Planeamento Urbano Saudável?

Pelo método de análise documental e para responder a esta questão, utilizou-se o referido no conteúdo dos documentos Plano Estratégico de 1995 e Projecto Viana do Castelo Cidade Saudável, pois ambos pertencem a um início de acções e referem acerca das motivações apresentadas para o envolvimento futuro do Município para com a Saúde, tendo sido retirado que as principais motivações no envolvimento, seriam:

-A motivação na criação de estruturas promotoras e potenciadoras de estilos de vida saudáveis com vista a que os cidadãos pudessem praticar actividade física, diminuir o consumo de tabaco e melhorarem hábitos alimentares.

-A motivação no envolvimento para com o conceito de Promoção da Saúde, (CM-Viana-Castelo, Link 6).

Que necessidades de Saúde justificaram o seu envolvimento?

No Plano de Desenvolvimento em Saúde são descritas as principais preocupações condutoras deste processo:

-As preocupações com as comunidades e com o cidadão assim como para com os problemas de relacionamento que estes possam ter com o espaço urbano.

-As preocupações com problemas que se manifestem pela existência ou não de acessibilidade, de facilidades para a prática de exercício físico, controlo e dispersão do stress, de escolhas de alimentação e de consumos.



As Preocupações com a necessidade de criação de um Perfil de Saúde da população vianense, antes de serem estabelecidas quaisquer linhas de orientação para problemas concretos dos cidadãos.

Deste diagnóstico do estado de Saúde da população, retiram-se ainda como aspectos prioritários sete diferentes tipos de intervenção, dos quais:

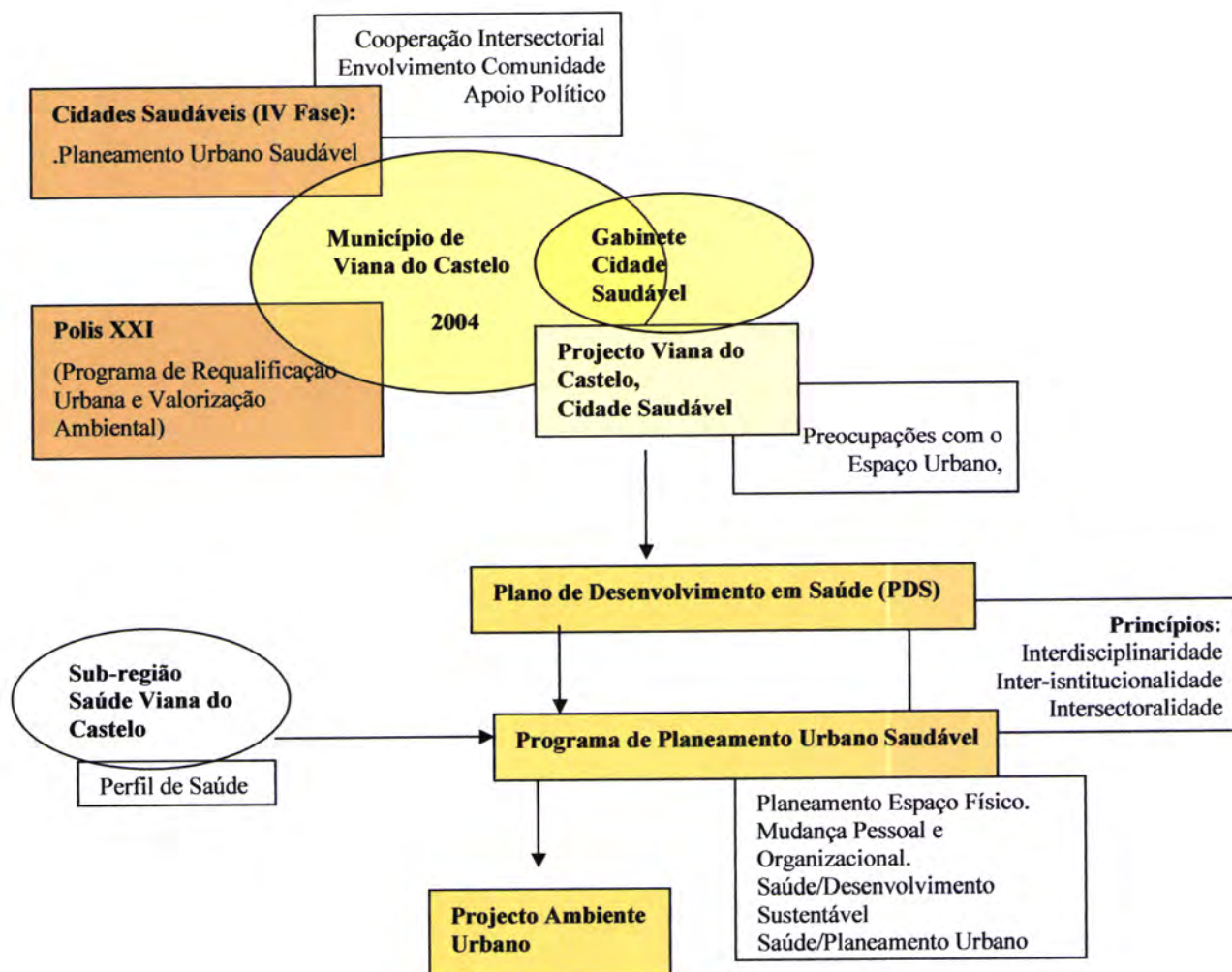
1- Prevenção de doenças cardiovasculares, que pretendia focar-se nos aspectos do Sedentarismo, Tabagismo, Hábitos Alimentares e Stress Bio-psico-social.

2-Planeamento Urbano Saudável que é aqui definido como uma outra prioridade estabelecida, embora paralelamente às necessidades específicas de Saúde da população (CM-Viana-Castelo, Link 6).

Como foi o programa aplicado?
-------------------------------

De uma forma mais abrangente o Programa em causa é observado como fruto da intersectoralidade e integração transversal entre Planos, Programas e Projectos, que terão envolvido na sua formulação e acção tanto serviços de Planeamento e Ordenamento do Território e de Saúde ao nível da área de acção do Município assim como aspectos de cooperação provenientes da acção da Direcção Regional de Saúde de Viana do Castelo (esquema 13).

A nível Programático o Programa foi aplicado de forma mais directa a partir do Plano Estratégico e do Projecto Viana do Castelo Cidade Saudável. Deste projecto parece ter surgido a criação do Gabinete Cidade Saudável que terá desenvolvido o Plano de Desenvolvimento em Saúde, do qual fazem parte cinco Eixos Principais ou prioritários de acção, entre os quais o Planeamento Urbano Saudável, cuja operacionalização parece ter-se aliado às prioridades estabelecidas após o diagnóstico da situação de Saúde da população, surgindo entre as suas prioridades a Requalificação Urbana e do meio Ambiente com o Planeamento Urbano como intervenção. Esta parece ter sido a origem do respectivo Programa de Planeamento Urbano Saudável do qual se desenvolveram sete projectos entre os quais o Projecto Ambiente Urbano, actuante na alteração da Qualidade do Ar (Esquema 13), (CM-Viana-Castelo, Link 6).



**Esquema 13:** Exemplificativo da acção, definição e constituição do Programa de Planeamento Urbano da cidade de Viana do Castelo.

Como chegar aos resultados da sua aplicação?

Para responder a esta questão recorreu-se a uma perspectiva da Efectividade do Programa, a qual se previa em termos de intervenção na comunidade ao nível dos resultados das suas acções. Ou seja, os objectivos e metas do Programa foram cumpridos? Há capacidade de avaliar resultados e quem os avaliou? Os seus efeitos foram aceites pela comunidade? E qual era a população alvo?

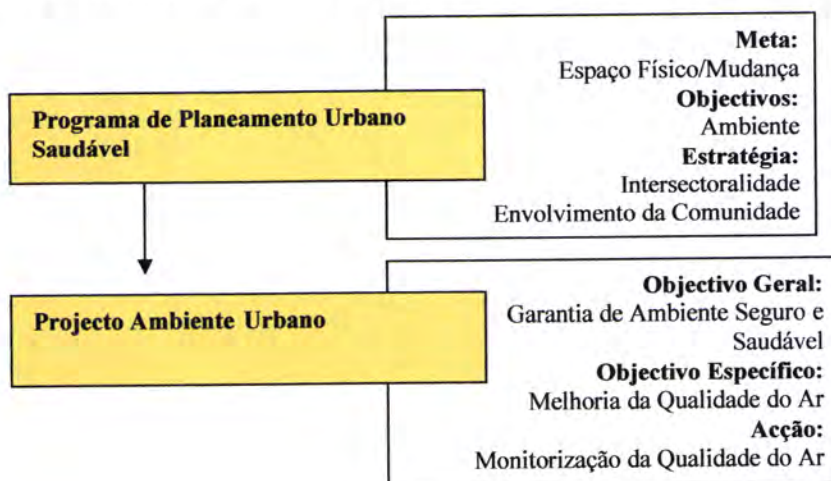
Os recursos foram utilizados seguindo a linha de orientação do programa? Retirando-se esta resposta a partir de outras questões suas auxiliares, que foram então sendo colocadas:

Como foram aplicados os recursos utilizados?

Relativamente aos recursos é referido que as despesas do Plano de Desenvolvimento em Saúde foram asseguradas pela dotação específica do orçamento da Câmara Municipal. Embora se saiba observando, que muitos outros foram utilizados tais como recursos humanos com própria a criação do Gabinete Cidade Saudável e estruturais pela própria aplicação do programa Polis XXI, no entanto tais aspectos não são referidos nos conteúdos programáticos (CM-Viana Castelo, Link 6).

Os seus Objectivos e Metas foram cumpridos?

Da análise documental do Programa de Planeamento Urbano Saudável retira-se que a sua finalidade é o incremento da mudança nas Organizações e cidadãos através do planeamento do espaço físico, destacando-se entre os seus objectivos o Ambiente para os quais se define uma estratégia de intersectoralidade e de envolvimento da comunidade. Podendo concluir-se que os seus objectivos estariam definidos ao nível da Promoção da Intersectoralidade, da Promoção da Mudança de Atitude e ainda para este caso em específico na Melhoria da Qualidade do Ar. Partindo deste Programa se analisa o Projecto Ambiente Urbano que introduz objectivos gerais e específicos entre outros, também focados na melhoria da qualidade do ar (Esquema 14).



**Esquema 14:** Exemplificativo das metas e objectivos inerentes ao programa de Planeamento Urbano da Cidade de Viana do Castelo.



### Qual a população Alvo?

Existe apenas uma breve descrição do relacionamento entre saúde, habitação, espaços circundantes e alguns grupos de indivíduos tais como crianças pequenas, suas mães, idosos, deficientes, doentes crónicos e desempregados, como suposta população mais exposta a tais espaços, (CM-Viana Castelo, Link 6).

### Quem executa o Programa?

O aspectos técnicos do Programa parecem ter sido da responsabilidade do Gabinete Cidade Saudável o qual contaria com o apoio da Câmara Municipal que faz parte da Comissão Directiva do Projecto Viana do Castelo Cidade Saudável e ainda com parcerias a nível privado, do Estado e de movimento associativos, os quais no entanto não são especificados à excepção do Gabinete de Administração e Epidemiologia da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, no fornecimento de dados para a construção do Perfil de Saúde, (CM-Viana Castelo, Link 6).

### Quem avalia?

Nos aspectos da avaliação do efeito no meio ambiente, proporcionado pelas alterações e portanto num âmbito quantitativo, foi efectuada uma monitorização dos níveis de qualidade do ar por uma equipa da Universidade do Minho.

Num aspecto mais abrangente do Plano de Desenvolvimento em Saúde, salienta-se que um dos seus Eixos Principais, seria o da Avaliação do Impacto em Saúde, definindo-se para a sua acção e como prioridade, a criação de um Observatório Social e de Promoção da Saúde a funcionar em articulação com a Câmara Municipal. Não existe no entanto mais informação acerca do tipo de avaliações efectuadas, nem aos programas afectados (CM-Viana Castelo, Link 6).

Na fase apresentada a seguir foram analisados os conteúdos dos documentos referentes à Promoção da Saúde, ao Plano Healthy Cities e destes até ao Programa de Planeamento Urbano Saudável aplicado pelo município em causa. Como já referido a sua análise foi efectuada nos aspectos da Génese, Metas, Objectivos e Formas de Acção,



cujos resultados obtidos são descritos nos diagramas, que se distinguem entre contexto internacional, contexto nacional e contexto local de desenvolvimento e aplicação.

### Princípios e Componentes da Promoção de Saúde

	Metas	Objectivos	Génese
<p>Conceito de Promoção da Saúde,</p> <p><b>Carta de Ottawa 1986</b></p>	<p>.Criação de ambientes saudáveis, para o desenvolvimento de competências pessoais, na obtenção de uma vida mais saudável.</p> <p>.Compromisso Político para com a Saúde.</p>	<p>.A criação de ambientes saudáveis,</p> <p>.A capacitação do indivíduo e da comunidade,</p> <p>.Reforço da acção comunitária par a saúde,</p> <p>. Construção de políticas saudáveis,</p> <p>. Reorientação dos serviços de saúde para a responsabilidade partilhada.</p>	<p>. Expectativas para uma nova saúde pública, face às necessidades dos países industrializados,</p> <p>. Relatório Lalonde.</p>

	Metas	Objectivos	Acção	Génese
<p>Conceito de Promoção da Saúde,</p> <p><b>Conferência de Adelaide 1988</b></p>	<p>.Redução das diferenças do estado de saúde, dos diferentes países até ao ano 2000, até um mínimo de 25%.</p> <p>. Nova orientação para a política de Saúde.</p> <p>. Fortalecer acções ao nível nacional, regional e local,</p> <p>. Sensibilizar à necessidade da avaliação do impacto das políticas adoptadas.</p>	<p>. Criação de ambientes favoráveis à vivência saudável dos seus habitantes,</p> <p>. Avaliação do impacto das políticas adoptadas.</p>	<p>. Definição de quatro linhas de acção principais:</p> <p>. Apoio às Mulheres,</p> <p>. Alimentação,</p> <p>. Tabaco e Álcool,</p> <p>. Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde.</p>	<p>. Declaração de Alma-Ata,</p> <p>. Carta de Ottawa.</p>

	Metas	Objectivos	Acção	Génese
<p>Conceito de Promoção da Saúde,</p> <p><b>Declaração de Sundsvall 1991</b></p>	<p>. Equidade,</p> <p>. Sustentabilidade para com os Recursos Naturais</p>	<p>. Educação,</p> <p>. Capacitação das comunidades e dos indivíduos</p>	<p>. Fortalecimento da Advocacia para a acção da comunidade,</p> <p>. Habilitação da Comunidade e do Indivíduo no controlo da sua saúde e do meio ambiente,</p> <p>. Construção de Alianças para a Saúde e Ambiente Saudáveis,</p> <p>. Mediação de Interesses em Conflito, na construção de ambientes para a Saúde.</p>	<p>. Carta de Ottawa.</p>

	Metas	Objectivos	Acção	Génese
<p>Conceito de Promoção da Saúde,</p> <p><b>Declaração de Jacarta 1997</b></p>	<p>. Promoção da Responsabilidade Social,</p> <p>. Protecção ao Meio Ambiente,</p> <p>. Avaliação do Impacto sobre a saúde.</p>	<p>. Aumentar o Conhecimento acerca das mudanças nos determinantes de saúde,</p> <p>. Expandir e Estabelecer Redes para a saúde,</p> <p>. Mobilizar Recursos para a Promoção de saúde</p> <p>. Acumular Conhecimentos acerca de boas Práticas,</p> <p>. Partilha de Aprendizagem,</p> <p>. Promoção da Solidariedade na Acção,</p> <p>. Estímulo da Transparência,</p> <p>. Responsabilidade Pública na Promoção de Saúde.</p>	<p>. Incentivo à Perspectiva e aplicação ao nível local para as abordagens globais do desenvolvimento da saúde.</p>	<p>. Carta de Ottawa.</p>

## Caracterização do Plano Healthy Cities/Cidades Saudáveis

	Metas	Objectivos	Acção	Génese
<p>Plano Healthy Cities</p> <p><b>Declaração de Atenas para as Cidades Saudáveis</b></p> <p>1995</p>	<p>. Liderança das cidades para a Saúde e para o Desenvolvimento Sustentável.</p>	<p>. Desenvolvimento sustentável,</p> <p>. Sustentabilidade,</p> <p>. Intersectoralidade,</p> <p>. Solidariedade,</p> <p>. Equidade.</p>	<p>. Liderança e capacitação de grupos minoritários e das Mulheres,</p> <p>. Desenvolvimento de parcerias e de Redes entre cidades,</p> <p>. Planeamento Urbano integrado para a saúde desenvolvido de forma sustentável,</p> <p>. Avaliação e Monitorização dos projectos implementados.</p>	<p>. Promoção da Saúde ao nível Local,</p> <p>. Saúde para Todos no Ano 2000,</p> <p>. Agenda XXI.</p>



	Metas	Objectivos	Acção	Génese
<p>Plano Healthy Cities</p> <p><b>Declaração de Belfast para as Cidades Saudáveis</b></p> <p>2003</p>	<p>. Equidade,</p> <p>. Sustentabilidade,</p> <p>. Intersectoralidade,</p> <p>. Solidariedade,</p> <p>. Capacitação das Comunidades,</p> <p>. Saúde e Qualidade de Vida, ao alcance de todos.</p>	<p>. Construção Parcerias,</p> <p>. Desenvolvimento de Ambientes adequados às necessidades do cidadão,</p> <p>. Considerara importância dos Determinantes Sociais na Saúde,</p> <p>. Criar Políticas, Estratégias e Ferramentas efectivas, na acção.</p>	<p>. Redução das desigualdades e da pobreza,</p> <p>. Boa governância na construção de cidades,</p> <p>. Desenvolvimento do Planeamento Urbano Saudável,</p> <p>. Construção de cidades mais seguras,</p> <p>. Promoção da averiguação do Impacto na Saúde,</p> <p>. Expansão das Redes criadas.</p>	<p>. Declaração de Desenvolvimento Sustentável de Joanesburgo,</p> <p>. Declaração de Atenas para as Cidades Saudáveis.</p>

	Metas	Objectivos	Acção	Génese
<p>Cidades Saudáveis</p> <p><b>Vinte medidas para desenvolver um projecto de Cidades Saudáveis</b></p> <p>1996</p>	<p>. Aumento da consciência da saúde,</p> <p>. Defesa do planeamento estratégico,</p> <p>. Mobilização da acção intersectorial,</p> <p>. Encorajamento para a participação da comunidade,</p> <p>. Promoção da inovação para garantia de uma política saudável.</p>	<p>. Constituição de um grupo de apoio,</p> <p>. Compreensão de ideias,</p> <p>. Conhecimento da cidade,</p> <p>. Perspectiva de financiamento,</p> <p>. Decisão da própria organização,</p> <p>. Preparação de respostas.</p>	<p>. Nomeação de um comité,</p> <p>. Análise do meio ambiente,</p> <p>. Definição do projecto,</p> <p>. Instauração de um gabinete,</p> <p>. Planificação da estratégias,</p> <p>. Edificação das capacidades</p> <p>. Estabelecimento de responsabilidades.</p>	<p>. Plano Healthy Cities</p>



## Caracterização do Programa Healthy Urban Planning

	Metas/Preocupações	Objectivos	Acção/Projectos	Génese
<b>Healthy Urban Planning</b>  <b>Agenda XXI</b>  1992-2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Estabelecer parcerias para a criação de novos níveis de cooperação entre Estado, Sectores da Sociedade e Cidadãos, para o desenvolvimento sustentável do meio urbano.</li> <li>. Aquecimento global,</li> <li>. Redução da poluição do ar,</li> <li>. Prevenção de doenças respiratórias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Gestão das autoridades locais para a performance ambiental,</li> <li>. Integração dos objectivos do desenvolvimento sustentável nas agendas locais,</li> <li>. Educação do cidadão,</li> <li>. Desenvolvimento de Parcerias,</li> <li>. Envolvimento da participação do cidadão,</li> <li>. Avaliação e monitorização dos progressos efectuados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cooperação internacional, através de acordos.</li> <li>.Estratégias para o Ambiente</li> <li>.Monitorização da Qualidade Ambiental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Declaração de Estocolmo, das Nações Unidas, 1972.</li> </ul>

	Metas	Objectivos	Acção	Génese
<b>Healthy Urban Planning</b>  2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Condução a Planos Locais com claros objectivos, definição de sectores e níveis políticos envolvidos e com próprio processo de monitorização, avaliação e revisão.</li> </ul>	Conduzir à actuação para a saúde, em: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Estilos de vida,</li> <li>. Coesão Social,</li> <li>. Qualidade da Habitação,</li> <li>. Acesso a Emprego,</li> <li>. Acessibilidade,</li> <li>. Alimentação,</li> <li>. Segurança,</li> <li>. Equidade,</li> <li>. Qualidade do Ar,</li> <li>. Água,</li> <li>. Solo e seus Minerais,</li> <li>. Clima.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Transportes,</li> <li>. Mobilidade e Acessibilidade,</li> <li>. Envelhecimento,</li> <li>. Habitação,</li> <li>. Actividade Física,</li> <li>. Estratégia de Planos Directores,</li> <li>. Investigação.</li> <li>. Qualidade do Ar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Agenda XXI,</li> <li>.Plano Healthy Cities.</li> </ul>

## Programa Polis XXI

	Metas	Objectivos Gerais/Específicos	Acção	Génese
<b>Programa Polis XXI</b>  2000	. Fazer do território um ambiente para a qualidade de vida,  . Fazer do território um espaço bem planeado e bem governado.	. Qualificação e Integração dos distintos espaços da cidade,  . Inovação na orientação para a sustentabilidade ambiental, na eficiência de utilização de recursos e infra estruturas, na capacitação das comunidades e nas formas de parceria entre sector público e privado.  . Apoio a acções de requalificação para melhoria da qualidade e do ambiente urbano,  . Apoio a iniciativas que visem aumentar as zonas verdes, promover áreas pedonais e condicionar o trânsito automóvel em centros urbanos.	. Regeneração Urbana,  . Qualificação de factores determinantes da qualidade de vida da população, tais como o meio ambiente.	

## Programa Saúde para Todos no Ano 2000

	Metas	Objectivos	Acção	Génese
<b>Programa Saúde para Todos no Ano 2000,</b>  1992	.Equidade e diminuição das desigualdades no acesso à Saúde.	. Igualdade no acesso à saúde, . Ideia Positiva de Saúde, . Participação da comunidade, . Cooperação Multisectorial, . Cobertura total dos cuidados Primários de Saúde, . Cooperação Internacional.	. Tratamento do ambiente biofísico,  . Redução dos níveis de poluição do ar.	.Declaração Alma Ata,  .Carta Ottawa

**Plano Estratégico de Viana do Castelo**

	Metas	Objectivos	Génese
<b>Plano Estratégico de Viana do Castelo, 1995</b>	.Proporcionar estilos de vida mais saudáveis.	.Aumentar número de pessoas que praticam actividade física,	.Planeamento Urbano .Saúde
	.Promover maior envolvimento da população, urbanistas e políticos. .Aumentar, de forma sustentada, a qualidade de vida urbana.	.Diminuição do consumo de tabaco, .Melhoria dos hábitos alimentares, .Inverter a tendência de perda de população no centro da cidade e atrair a população mais jovem, ao centro da cidade, .Aumentar e melhorar a oferta de emprego, .Facilitar o acesso a pessoas com mobilidade reduzida, .Modernização comercial, .Dinamização e melhoria da qualidade do tecido empresarial.	



Projecto Viana do Castelo Cidade Saudável

	Metas	Objectivos	Acção	Génese
<b>Projecto Viana do Castelo Cidade Saudável,</b>  1997	. Aplicação dos princípios da Saúde Para Todos e das orientações da Carta de Ottawa, ao nível local.	. Equidade no acesso à saúde,  . Fomentar a Ideia positiva de saúde integrada no conceito da sua promoção,  . Cooperação intersectorial e comunitária,  . Atenção aos cuidados de saúde primários,  . Cooperação internacional,  . Promoção de uma política pública a favor da saúde,  . Criação de condições favoráveis à saúde,  . Melhoria das capacidades individuais para a saúde,  . Reorientação do sector da saúde.	. Criação de condições favoráveis à saúde,  . Incrementar a Intersectorialidade,  . Promover uma Cultura da Idade,  . Melhorar a capacitação do indivíduo, na acção para a sua saúde.	. Carta de Ottawa,  . Plano Healthy Cities,  . Programa Saúde para Todos no Ano 2000.



## Plano de Desenvolvimento em Saúde

	Metas	Objectivos/Prioridades de Intervenção	Acção	Génese
<b>Plano de Desenvolvimento em Saúde,</b> s/d	. Intergeracionalidade, . Participação da Comunidade, . Intersectoralidade, . Diversificação de Oportunidades, . Facilitar acessos, . Priorizar problemáticas de minorias.	. Doenças Cardiovasculares . Acessibilidade, . Requalificação Urbana e do Meio Ambiente, . Cultura da Idade, . Criação de um espaço para a Promoção de Saúde, . Avaliar Impacto em Saúde.	. Programas: Planeamento Urbano Saudável  . Projectos: Ambiente Urbano	. Projecto Viana do Castelo, Cidade Saudável

## Programa de Planeamento Urbano Saudável

	Metas	Objectivos	Acção	Génese
<b>Programa de Planeamento Urbano saudável</b> 2004	. Interdisciplinaridade, . Intersectoralidade, . Interrelacionamento entre o espaço físico para a mudança no Cidadão e nas Organizações.	. Actividade Física, . Coesão Social, . Qualidade da habitação, . Acesso a Emprego e facilidades sociais e de mercados, . Segurança Comunidade e Rodoviária, . Equidade e redução de pobreza, . Ambiente.	. Promover Intersectoralidade e participação da comunidade, em áreas ou temas prioritários.	. Plano de Desenvolvimento em Saúde,  . Projecto Viana do Castelo Cidade Saudável.

## Projecto Ambiente Urbano

	Metas	Objectivos	Acção	Génese
<b>Projecto Ambiente Urbano</b>  s/d	. Garantir um Ambiente seguro e saudável	.Melhoria da Qualidade do Ar,  .Protecção de Ruído excessivo,  .Separação de Resíduos Urbanos,  .Implementação de Espaços Verdes.	.Criação de Oficina Formativa, para Técnicos e Cidadãos,  .Monitorização da. Qualidade do Ar,  .Sensibilização para a separação de Resíduos sólidos,  .Criação de Espaços Verdes, Oportunidade Verde.	.Programa de Planeamento Urbano Saudável.

Ao nível dos valores de **Acessibilidade** e **Viabilidade** e como referido foram sobretudo verificados os aspectos de compreensão da descrição Programática a vários níveis assim como a identificação e avaliação de possíveis resultados, dados estes que foram igualmente incluídos e associados ao aspecto de **Conteúdo**, obtido anteriormente.

Os documentos analisados nesta fase corresponderam aos mais directamente associados ao Programa de Planeamento Urbano Saudável inclusive e implementados e concebidos a nível local, tais como o Plano de Desenvolvimento e Saúde, o Projecto Viana do Castelo Cidade Saudável e o Projecto Ambiente Urbano.

### Acessibilidade:

- . A descrição programática é compreensível?
- .Os seus resultados podem ser identificados?

O Programa de Planeamento Urbano Saudável de Viana do Castelo apresenta uma descrição programática constituída sobretudo por uma justificação de princípios, que são a colaboração interdisciplinar, inter-institucional e intersectorial na partilha de conhecimentos, problemas e soluções, sendo tal justificação breve e fundada nos princípios do Plano Healthy Cities acerca dos valores de equidade e eficiência do meio

urbano na Saúde. A filosofia adoptada parece ser de que o Planeamento do espaço conduza a mudanças ao nível do indivíduo e das organizações e que estas possam por si induzir a uma mudança social, económica e ambiental.

Sendo assim a sua meta é definida como uma finalidade, a de promover mudança no cidadão e nas organizações, para o qual se descrevem sete objectivos entre os quais o Meio Ambiente sendo tal previsto de alcançar através de uma estratégia facilitadora da intersectoralidade e do envolvimento da comunidade nas áreas julgadas como prioritárias.

As suas prioridades descrevem-se em sete Projectos dos quais o Projecto Ambiente Urbano que estabelece como objectivo geral a garantia de um ambiente mais saudável e mais seguro e como um dos seus objectivos específicos a melhoria da qualidade do ar, não sendo no entanto descritos quaisquer resultados esperados ao Programa.

**Viabilidade:**

. A descrição programática inclui actividades e produtos avaliáveis?

As actividades do Programa não são descritas, não existindo à partida uma noção acerca das alterações efectuadas no respectivo PDM. Para tal seria necessário uma análise documental a outro tipo de documentos existentes concertada ao nível do município. A avaliação concreta de produtos ou resultados é apenas retirada do documento de monitorização da qualidade do ar, que foi cedido e do qual se destacam os níveis de monitorização de qualidade do ar, avaliados passados dez anos após as alterações efectuadas e do qual se salienta a referência ao efeito benéfico da pedonalização do centro histórico, para o efeito.

**Conteúdo:**

.O programa contém descrição suficiente para que se conheça o seu conhecimento e filosofia integradores?

A filosofia e os princípios orientadores deste programa são descritos pelos que lhe são antecessores de forma directa mas também indirecta, através de todos os Planos, Programas e Projectos que fazem parte do mesmo processo evolutivo. Pelo descrito nas fases de estudo anteriores será possível analisar acerca da unicidade do Programa de Planeamento Urbano Saudável de Viana do Castelo para com os Planos e Programas

que o antecede até à sua prática aplicada ao nível do Projecto Ambiente Urbano, no que respeita à conformidade do seu conteúdo em conceitos integradores.

Acerca do conceito de **Promoção de Saúde** e relativamente a todos os documentos a este nível analisados, se verifica que no conteúdos do respectivo Programa de Planeamento Urbano Saudável de Viana do Castelo se verifica a sua existência sobretudo pela referência à **Criação de Ambientes favoráveis à Saúde** e à **Avaliação** do impacto das políticas aplicadas. O mesmo acontece com o conceito das **Cidades Saudáveis**, no que toca ao aspecto de **Compromisso Político** para com a Saúde pois tal é inerente no aspecto prático da envolvência do município para com o projecto Cidades Saudáveis, constando igualmente na sua filosofia programática, os valores de **Equidade, Sustentabilidade e Participação Activa da Comunidade**.

Do Plano Healthy Urban Planning, marco para a aplicação do **Programa Planeamento Urbano Saudável** ao nível local, introduzem-se directamente quase todas as suas linhas de orientação, salientando a **melhoria da qualidade do ar**, focada também no **Programa Polis XXI**.

Do Plano Estratégico de Viana do Castelo o qual antecede e prepara terreno para um projecto mais específico para com o ambiente visando a Criação de Ambientes favoráveis a estilos de vida mais saudáveis, se destaca o **Envolvimento da Comunidade** como comunidade activa assim como o **Desenvolvimento Sustentável** das acções a desenvolver, verifica-se no conteúdo Programático final, a presença dos aspectos de **Sustentabilidade e Participação Activa da Comunidade**, que enfatizam os conceitos que lhe são assim antecessores.



## Capítulo 6

### Discussão dos Resultados Obtidos na Investigação

Ao encontro das motivações iniciais para o envolvimento do Município para com o Programa em causa, salienta-se a observação de que o líder político é médico e estava já envolvido com o projecto Cidades Saudáveis desde 1996, o que pode resumir ao nível do Compromisso Político, as principais motivações para o envolvimento deste Município com o Programa de Planeamento Urbano Saudável. Não se podendo no entanto concluir acerca de prioridades directamente relacionadas com o Programa no que refere ao estado de Saúde da população. Uma vez que as necessidades descritas são referentes a preocupações para com a modificação do ambiente urbano com a intenção de alterar atitudes, não se descrevendo exactamente quais. Sendo ausente a referência às necessidades em Saúde que à partida justificassem a sua aplicação, partindo-se apenas de uma ideia muito geral definida pelo Plano Cidades Saudáveis, no que toca à relação entre Saúde e habitação, aspecto que é realmente inerente ao Planeamento Urbano, mas muito abrangente e pouco definido.

O mesmo sucede no que toca acerca da acção dos elementos envolvidos e dos grupos alvo do Programa. Neste não é definida a população alvo embora facilmente se consiga observar que o arruamento livre de trânsito afectaria a população que mais frequentasse o centro da cidade, na medida em que as pessoas teriam de utilizar transportes públicos ou andar a pé. A qualidade do ar manifestar-se-ia assim com mais intensidade na diminuição do risco atribuído à poluição e à população que habitasse ou trabalhasse no centro da cidade. O Programa manifesta-se assim como pouco **Acessível**, uma vez que não compreende qual a população alvo nem quais as necessidades em Saúde, parecendo existir uma certa confusão na definição dos seus princípios orientadores, verificando-se um vazio de conteúdo e de processamento que se reflecte na indefinição de objectivos próprios e de formas de acção a este associadas, o que impedirá como já referido a associação dos próprios resultados. Estes, são apenas descritos como a melhoria da qualidade do ar pela afectação do Meio Ambiente, verificando-se assim uma inferência na distinção entre mecanismos de acção e filosofia de suporte assim como na justificação dos motivos conducentes da sua aplicação.

Não existe uma descrição igualmente concreta acerca dos meios físicos e estruturais utilizados, o que não confere uma clara noção dos inputs, permanecendo indistinta a diferença entre mecanismos de avaliação e mecanismos de processamento.

Pois avaliar a qualidade do ar é uma acção de monitorização na verificação de resultados e não uma acção no sentido de processamento, pois tal fará parte do final de um ciclo e não do seu desenvolvimento.

Resumindo a descrição programática é insuficiente, não sendo claros os objectivos nem a forma de acção do Programa.

Pois esperar-se-iam resultados em que aspectos? Em Saúde ao nível respiratório/circulatório? E se sim, em que grupos? Ou então esperar-se-iam resultados ao nível da alteração de comportamentos nos cidadãos e grupos envolvidos? Quais organizações e quais pessoas seriam observadas? E como se avaliariam comportamentos? Quais seriam as atitudes que se pretenderiam alterar, de alimentação ou de consumo? Como se relaciona o Planeamento Urbano a este nível? Pretender-se-ia fomentar a cooperação ou intersectoralidade? Que tipo de cooperação? Entre que grupos?

Ao nível da análise da **Viabilidade** programática colocam-se as questões anteriores ao nível dos produtos esperados e do próprio processamento. Destes, apenas é descrito claramente o aspecto da qualidade do ar e essa é efectivamente monitorizada e com sucesso, mas não existe como referido no entanto ao nível local referência ao efeito desejado na Saúde das pessoas. Como já analisado há apenas referência a que se pretenda colaboração e mudança ao nível do cidadão e de organizações, não existindo uma partida para uma acção concreta, nem forma de ligação entre os grupos e entidades como as quais se pretenderia envolver e muito menos que estes sejam directamente relacionados com o programa de Planeamento Urbano Saudável. Assim como tão pouco é prevista qualquer forma de avaliar o impacte deste programa na Saúde e ou nos efeitos comportamentais da comunidade, não sendo assim possível definir qualquer produto esperado.

No entanto, existe uma coerência de **Conteúdo** se foram considerados os vários documentos já referidos. Desde o conceito de Promoção de Saúde ao Plano das Cidades Saudáveis observa-se a presença de alguns dos seus valores e princípios no Programa. Exemplificando com algumas medidas presentes no documento de orientação *Vinte Medidas para Criar uma Cidade Saudável*, tais como a organização e a instauração de um Gabinete, que corresponderá neste caso ao Gabinete de Saúde, além da indicada *Análise do Meio Ambiente*, manifestada na monitorização da qualidade do Ar e na criação do *diagnóstico de Saúde da população vianense*. Destes até à *Agenda XXI* se adaptam as medidas previstas acerca da redução da poluição, do estabelecimento de

parcerias, assim como da obtenção dos resultados nos aspectos da melhoria da qualidade do ar e da sua monitorização.

Pode concluir-se existir **Conteúdo** numa perspectiva que considere aspectos metodológicos e filosóficos enquadrados num determinado cenário político e social, reflectidos na integração de filosofias condutoras no seu conteúdo Programático. Se o Programa for visto como um produto fruto de uma evolução, ele manifesta conteúdo de uma linha condutora unificadora de inúmeros Planos, Programas e Projectos. No entanto e paradoxalmente, quando observado a um nível isolado, apresenta-se como algo disperso e pouco consistente, face aos conteúdos tão globais que o constituem. Manifestando-se um vazio no seu próprio conteúdo e falta de detalhe de informação que lhe traduza a sua própria autenticidade aplicada à realidade local.

Finalizando este capítulo aplica-se a metodologia e os dados apresentados anteriormente a uma esquematização relacionada com as várias fases de desenvolvimento do Programa em estudo, na tentativa de uma discussão mais aberta acerca dos resultados obtidos e na qual se inclui a observação do que foi sendo anotado ao longo da pesquisa. Com esta não se pretende avançar para o nível de recomendações, por se julgar precoce face a uma indefinição de resultados assim como à complexidade das variáveis em jogo, pretendendo-se apenas com esta informação, poder contribuir para uma melhor percepção da visão do próprio investigador, cujas apreciações terão sempre a sua perspectiva.

Ao nível da Génese do Programa e partindo do conhecimento do Perfil de Saúde da população em causa se poderiam assim ter estabelecido aspectos de coordenação e organização focados para as principais necessidades de Saúde do concelho, relacionadas igualmente com a fase de desenvolvimento Programático pretendida pela OMS e correspondente ao Planeamento Urbano Saudável. Os problemas de Saúde relacionados com o meio ambiente em específico com a poluição do ar seriam assim vistos como **Pontos Fortes** para a necessidade da sua envolvimento. Tais níveis de causalidade justificariam a alteração de um PDM focado no arruamento livre de trânsito, sendo necessário para tal uma descrição e estudo detalhados da História natural das doenças que lhe fossem associadas, assim como acerca das populações mais afectadas.

Salientando-se aqui o já conhecido efeito nocivo da exposição prolongada, ao Monóxido de Carbono (CO) e ao Dióxido de Enxofre (SO<sub>2</sub>), em especial para indivíduos que já sofram de doenças do foro cardiovascular, as quais terão nestes casos tendência a agravar. Às doenças respiratórias está também associada a exposição ao

Dióxido de Azoto (NO<sub>2</sub>), às partículas Ozono (O<sub>3</sub>), ao Dióxido de Enxofre (SO<sub>2</sub>) e aos Aerossóis, (Castro, 2003), uma vez que estas doenças se apresentam como causas principais de morte, no Concelho.

Relativamente aos recursos utilizados os aspectos enquadramentos do Programa Polis XXI não são descritos no aspecto Programático embora tenham sido considerados na respectiva alteração do PDM com o arruamento livre de trânsito, julgando-se importante que as suas metas, objectivos e acções tivessem sido também descritos e incluídos de forma a se poderem associar, avaliar e enquadrar nos seus resultados. Estes seriam sem dúvida **Pontos Fortes** na justificação da utilização dos recursos afectados.

<b>Na sua Génese</b> (Reconhecer e Identificar)	<b>Instrumentos</b> <b>Avaliativos</b> <b>Utilizados</b>
<b>Necessidades em Saúde das Populações:</b> Problemas Cardiovasculares Doenças do Aparelho Respiratório	Dados de Instituições: Perfil de Saúde <sup>32</sup>
<b>Conhecimento dos Recursos Disponíveis:</b> Programa Polis XXI	Bibliografia <sup>33</sup>  Estudo Programa <sup>34</sup>
<b>Conhecimento das doenças:</b> Associadas aos aspectos da Poluição Atmosférica	

Na definição de Objectivos e muito para além da qualidade do ar e ou do ruído, estariam na alteração do arruamento à partida envolvido um mundo de desafios que se podem observar como **Oportunidades**. No entanto, o Programa de Planeamento Urbano Saudável nem tão pouco descreve o arruamento livre de trânsito, e este tratar-se-ia à partida um universo pleno de resultados, uma vez que foi envolveu recursos financeiros, estruturais e humanos.

34-[http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5)

35-Castro, 2003

36-[http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5)



Do que observei nesta zona da cidade reflecti e pensei acerca dos exemplos que são referidos no quadro abaixo indicado acerca de aspectos que poderiam ter sido pensados como objectivos, podendo relacionar-se directa ou indirectamente com o aspecto da Saúde da população e inserir-se inclusive em outros Programas com o mesmo alcance. Dos aspectos referidos, alguns são efectivamente visíveis como existentes na realidade, tais como a dinamização do comércio, a utilização de novas formas de transporte, o estacionamento pago e a utilização de bicicletas. Por isso, tais resultados poderiam ter sido definidos e pensados no conteúdo programático do Programa de Planeamento Urbano podendo justificar meios e até responder a dificuldades, tratando-se de um precioso investimento, que deveria ser referido, pensado e justificado da forma mais completa possível.

<b>Na Definição dos seus Objectivos (Específicos)</b>	<b>Instrumentos Utilizados</b>
<b>Económicos/Financeiros/Políticos</b> Criação de Zona Pedonal e Comercial, Dinamização do Centro Histórico, Reabilitação Urbana da Zona Histórica, Criação de Novas Vias de Acesso.: Anel de Cintura interurbano, Dinamização Cultural Ruas Dinamização Comércio Tradicional Estudo de Novas Formas Transporte: Bicicletas Transportes Públicos Aumento de verbas provenientes Impostos do Comércio local, Investimento em Transportes Camarários, Taxamento Estacionamento.	Estudo Programa <sup>35</sup>  Observação
<b>Estruturais</b> Arruamento Livre de Trânsito Conservação Centro Histórico	
<b>Ganhos de Saúde/Diminuição Risco</b> Melhoria da Qualidade do Ar Diminuição Níveis de Ruído Segurança Rodoviária Segurança das Ruas por circulação de pessoas	
<b>Conhecimento</b> Experiência	

Durante o seu Processamento ou Execução salienta-se no Programa o aspecto da intersectoralidade. Embora neste se reflecta acerca da inclusão de 17 entidades constituídas entre Estado pelo Centro de Saúde, Políticas pela Câmara até às Juntas de Freguesia, Técnicas pelo Gabinete de Saúde, Culturais e para o Bem-Estar e Ambiente, estas não são referidas. Para parcerias tinha também pensado à partida a envolvimento com 29 entidades distintas relacionadas com o ensino, cultura, solidariedade, ambiente, mundo

empresarial, mundo académico, saúde e voluntariado, mas da mesma forma não se

37-[http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5)

especificam quais. Poderia então a sua acção e interrelacionamento ter sido definido, referido e justificado especificando acções e definindo actividades.

Este Programa deixa apenas referência a um campo abrangente deixando em aberto a participação, o tipo de envolvimento, a sua necessidade e a ambição, ficando em aberto um campo valioso por explorar, para os aspectos da Intersectoralidade e da Participação Activa, neste tão enfatizados. No entanto destes se poderiam retirar **Pontos Fortes** para um Programa que tem como metas antecessoras a própria Intersectoralidade e a Participação da Comunidade, assim como a Mudança Centrada no Cidadão e nas Organizações Sociais para com a Saúde. Estas definições, previsões e referências poderiam não só justificar metas como formas de avaliação do efeito e impacte do Programa na população e na sociedade. Não são ainda previstos ou referidos quaisquer tipos de formas de ligação e ou de Avaliação do efeito de tais parcerias. Tais aspectos poderiam ter sido reflectidos entre as possíveis viabilidades de comunicação e interacção, fundamentais ao reconhecimento dos vários **Pontos Fracos** a encontrar.

Ficando assim desconhecidos o tipo de projectos resultantes, o número de pessoas que envolveriam ou não, assim como os produtos obtidos na mentalidade das pessoas e organizações após a sua envolvimento.

<b>Na sua Execução</b>	<b>Instrumentos Utilizados</b>
<b>Comunicação entre Intervenientes</b> Comissão Directiva/Coordenação Técnica, Parcerias.	Estudo Programa <sup>36</sup>  Observação
<b>Mecanismos Ligação</b> Actividades com Participação Activa do Cidadão, Intersectoralidade, Apoio Político	
<b>Avaliação Organização Geral</b> Quantidade e Tipo de Acções, Número de Participantes, Tipo de Organizações e de Pessoas Envolvidas.	
<b>Avaliação Acção Intervenientes</b> Mudança Pessoal dos Cidadãos, Mudança Organizações Envolvidas.	

Todo o processo de **Avaliação** deveria ter ainda sido reflectido, previsto e orientado para todos os aspectos quantitativos e qualitativos em causa. Tanto ao nível das metas e objectivos pretendidos, assim como ao nível do seu processamento em termos de recursos utilizados, tempo disponível e Efectividade das acções. A Avaliação é neste descrita apenas como uma

monitorização, sendo observada inclusive como uma acção. Mas que efeitos teve tal

38-[http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5)

melhoria da qualidade do ar na Saúde dos habitantes? Era um objectivo à partida, melhorar o nível de Saúde ou diminuir taxas de mortalidade associadas aos mesmos factores causais ou de risco? Para que população tinha sido dirigida? Aos que frequentassem o centro da cidade? Ou aos que nele habitassem? Quais os grupos de risco?

E embora o Projecto Viana do Castelo Cidade Saudável previsse um Programa avaliativo pela criação de um Observatório da Saúde, especificamente ao Programa em estudo, tal não lhe é referido ou associado. Houve eficácia na alteração da qualidade do ar com a alteração do PDM, mas Efectividade existiria tratando-se de um Programa vocacionado para a melhoria da qualidade do ar, quando na realidade se trata de um Programa de Promoção da Saúde, com uma visão muito mais alargada e estabelecido ao nível de complexidades sociais e políticas, ao qual no mínimo seria exigido a avaliação do impacte e dos efeitos na Saúde dos habitantes face à alteração dos factores de exposição, assim como a análise das expectativas criadas face aos recursos utilizados. Sendo conhecido que os factores de risco pensados, nos aspectos da qualidade do ar, para o desenvolvimento ou agravamento de determinadas doenças já ocorridas de forma preponderante na região tais associações como já referido, não são no entanto reflectidas, salientando que os Determinantes de Saúde se entendem aqui como sendo inerentes à própria exposição ou ainda de susceptibilidade individual, manifestando a consequência da exposição consequências psicológicas, familiares, sociais e económicas, condicionadas ainda pelo quadro político, económico e social envolvente. Mudar tais exposições implicaria actuar nos níveis macro-ambientais das populações e micro-ambientais do indivíduo ou do grupo, no respeitante ao seu estilo de vida, o qual é referido, mas não analisado. Não sendo assim transmitido um sentido claro ao conhecimento das necessidades, nem à História natural das doenças que lhe são associadas.

E avaliar deve permitir comparar indicadores entre si ou com um valor padrão antes e depois da intervenção medindo não só impactes e efeitos, assim como também outras alterações conseguidas. Tais como se o efeito conseguido corresponderá ao efeito desejado e objectivado quer por técnicos, quer por população, uma vez que todos são envolvidos. Então dir-se-á que a Efectividade do Programa em causa existe pela detecção precoce de um problema, pelo sucesso do seu tratamento, pela diminuição da incidência da doença na população e pela diminuição do risco atribuível associado aos

poluentes do ar respirado, assim como nos efeitos de hábitos e comportamentos induzidos nos cidadãos e na sociedade.

<b>Avaliação: Resultados (aspecto quantitativo)</b>	<b>Instrumentos Utilizados</b>
Diminuição do Risco	Estudo Programa <sup>37</sup>  Observação
Diminuição das Taxas de mortalidade em doenças associadas à causalidade do Risco	

<b>Avaliação: Resultados (aspecto qualitativo)</b>	<b>Instrumentos Utilizados</b>
Mudança Acção Intersectorial	Estudo Programa <sup>38</sup>  Observação
Mudança Acção População	
Mudança Política	

41-[http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5)  
40-[http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5)



<b>Avaliação</b> <b>Processo</b>	<b>Instrumentos</b> <b>Utilizados</b>
<b>Avaliação Acção Intervenientes</b> Quantitativa Qualitativa	Estudo Programa <sup>39</sup>  Observação
<b>Avaliação Organização Geral</b> Quantitativa Qualitativa	

39-[http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5)

## **Capítulo 7**

### **Conclusões**

Pode concluir-se acerca da pouca Efectividade do Programa de Planeamento Urbano Saudável da cidade de Viana do Castelo tendo tal sido reconhecido ainda na fase de análise documental devido aos dados, descrição e organização que o Programa apresenta.

Mas concluiu-se sobretudo que a abordagem em Promoção da Saúde exige o ultrapassar da barreira do predefinido, pois se a apreciação deste Programa tivesse sido efectuada única e exclusivamente no correcto ou incorrecto uso das ferramentas da Epidemiologia pouco se obteria, pois nesta perspectiva o documento não se apresenta tão pouco com a estruturação necessária à definição de um Programa, uma vez que não apresenta objectivos coerentes, linhas de acção claras nem atribuição de resultados. Mas foi exactamente o ultrapassar dessa abordagem que permitiu obter algo mais acerca do seu conteúdo Programático, podendo concluir-se positivamente acerca da inclusão de conceitos tais como o Compromisso Político, a Intersectoralidade, a Equidade, a Sustentabilidade e a Participação Activa da Comunidade inerentes à Promoção da Saúde e às Cidades Saudáveis, assim como aspectos mais específicos do conceito de Planeamento Urbano Saudável, até à definição de aspectos práticos ao nível local tais como a Criação de Ambientes favoráveis e a Melhoria da Qualidade do Ar.

Num aspecto mais abrangente observa-se que o aumento da necessidade de informação acerca da Efectividade e do ganho social em intervenções de Promoção de Saúde tem crescido pela relevância da utilidade das Políticas e dos seus Programas nesta área. A necessidade de avaliar o alcance da Promoção da Saúde relaciona-se com o êxito das políticas e das suas intervenções face ao custo do seu fracasso em resultados económicos, sociais, políticos e culturais. Por isso, a avaliação da Efectividade nesta área tem que superar a ausência de uma matriz conceptual (Salazar, 2003).

A complexidade e importância crescente deste conceito de Saúde implicam actualmente a mensuração de um ciclo de fenómenos vitais desde o óbito à doença até à quantificação de Saúde, abrangente e inclusiva também de aspectos complexos e do foro individual e social. Pois as variáveis que interferem nas condições sanitárias das populações são numerosas e muitas vezes invisíveis aos Sistemas de Saúde, podendo desta forma e erradamente atribuir-se a Programas efeitos benéficos ou resultados, que na realidade lhe são exteriores, existindo inúmeras situações de impossibilidade da

aplicação da associação causa/efeito, entre os resultados de um Programa de Promoção da Saúde e o nível de Saúde da população alvo. Salientando que os Indicadores tradicionais, tais como as Taxas de Mortalidade e Morbilidade são insuficientes ou desadequados à avaliação no que toca a doenças crónicas degenerativas e ou de foro ambiental, envolvidas na preocupação alvo da Promoção da Saúde (Castiel, 1986).

Por tais motivos se considera importante estarem inerentes os conceitos de transdisciplinariedade e de complexidade já referidos na sua avaliação, tornando-se tal enfoque ainda mais emergente ao considerar-se a tendência actual da descentralização dos Programas de Saúde para o sistema municipal, em que estes passam a assumir novas responsabilidades de foro global em resposta a problemas locais (Tanaka, 2000).

Os paradigmas da transdisciplinariedade e da complexidade podem assim direccionar a avaliação para que contribuam para o desenvolvimento de uma competência colectiva fundamental na organização e produção das acções de Saúde dirigidas às populações, pois para avaliar Saúde a este nível, é necessário transcender a rotina quotidiana, com acções significantes e concretas, numa construção colectiva (Tanaka, 2000).

Investigar no mundo da Promoção da Saúde e do Planeamento Urbano exige assim um trabalho de equipe de pessoas oriundas de várias áreas ou de várias disciplinas, de muitas profissões e de muitos sectores constituintes da mesma sociedade. É uma área a ser observada de vários ângulos provenientes de várias dimensões mas convergentes entre si, de forma que o microcosmo do indivíduo deva representar o macrocosmo dos Planos Internacionais em que o global mundial se aplica no local municipal.

No entanto a realidade do micro-universo do indivíduo não se reflecte exclusivamente em números sendo necessário estudá-lo ao nível das dimensões básicas do Sector da Saúde do mundo real, considerando-se que quanto mais informação se obtiver a nível multidimensional, mais precisão terá a imagem virtual construída, permitindo decisões mais adequadas (Chaves, 2003).

Ao estudo da apreciação do Programa de Planeamento Urbano Saudável exige assim a este nível o ultrapassar do paradigma da Epidemiologia de carácter positivista, pela sua discriminação e inclusão da actividade social-individual-colectiva em função de objectivos que consideram a acção humana como resultado de atitudes, valores e concepções culturais e políticas. Devendo incluir-se vários determinantes e respeitar uma realidade abrangente e conhecedora das principais problemáticas da região.

Um Programa focado para a Promoção de Saúde deve conseguir implementar um sistema de vigilância fundamentado na filosofia dos seus princípios orientadores no alcance de um sistema de informação eficaz em registos de notificações de casos e estatística de dados, assim como no conhecimento de princípios de compromisso político para com as problemáticas de Saúde das populações afectadas (Castiel, 1986).

No entanto as dificuldades para o desenrolar da avaliação de Programas não devem ser paralisantes mas sim permitirem a orientação do Epidemiologista na direcção de formas reais de participação e na verificação da Efectividade da acção para a Saúde Pública, concluindo-se ser essencial que as instituições dos Sistemas de Saúde considerem a avaliação como um elemento essencial no Planeamento das suas acções e princípios orientadores, de forma a que se desenvolvam Programas adaptados às necessidades em Saúde dos grupos para os quais estes são dirigidos (Castiel, 1986).

Tal Efectividade deve então manifestar-se na pertinência, fundamento e causalidade dos objectivos, na própria capacidade de avaliação, na adequabilidade dos indicadores e nas próprias medições assim como na conclusão acerca de que os resultados serão atribuíveis ao Programa, devendo os seus métodos e recursos demonstrarem-se em processos eficientes efectuados com recursos eficazes (Briz, 2008).

Este Programa mostrou-se à partida pouco coerente na observação acerca das necessidades em Saúde da população, embora este identifique causas deste não se permite concluir no entanto acerca de grupos de risco, das zonas que habitam, que frequentam e se são identificáveis os indivíduos de forma a se possibilitarem estudos posteriores. Não se iniciando um processo baseado em factos e ou observações e apenas sim em pressupostos teóricos pouco explorados e quase indefinidos. Partindo-se à partida para Programas e ou Projectos que se referem como prioritários, mas que não são no entanto justificados para tal, inexistindo qualquer referência ao aspecto das doenças coronárias ou doenças respiratórias, assim como aos grupos alvo ou às necessidades observadas.

Pode concluir-se acerca de uma motivação política e de um compromisso político para a Saúde, mas incoerente no seu processamento e quase vazio no que respeita à intersectoralidade. Nas intenções parece existir uma consistência dos conceitos analisados em Programas, Planos e conceitos antecessores, mas que não são no entanto suficientes para justificar a sua pertinência no sentido da sua Efectividade.



Conclui-se que o Programa é pouco Acessível pela verificação de um vazio de conteúdo quando reflectido numa indefinição de objectivos próprios e de formas de acção a este associadas, o que impede que lhe sejam associados resultados. Da sua Avaliação se conclui que esta é pouco reflectida, mal prevista e desorientada quer nos aspectos quantitativos quer qualitativos em causa, o que advém da falta de identificação de metas e de resultados pretendidos, assim como da ausência da análise do seu processamento em termos de recursos utilizados, acções praticadas e elementos envolvidos.

Do seu Conteúdo se conclui e apesar do que foi já referido que este é insuficiente pela falta de detalhe de informação que lhe traduza a sua própria autenticidade quando aplicada à realidade local, para as principais necessidades de Saúde do Concelho, pois parecem ter sido esquecidos os problemas de Saúde relacionados com o Meio-Ambiente em específico com a poluição do ar, que trariam impulso à alteração de um PDM.

Salientando-se que actualmente se exige que o Planeamento Urbano, tema este em que este Programa é aplicado e face ao confronto com as necessidades de construção ou reconstrução das cidades que os seus meios respeitem não só as suas comunidades, como os meios que as circundam, assim como a natureza inclusive já afectada. O Planeamento Urbano na actualidade deve reflectir a sensibilidade para a construção de cidades multiculturais, equitativas, sustentáveis e Saudáveis como resposta às necessidades presentes e futuras do ser-humano, no seu espaço mais habitado à escala mundial, desenvolvendo-se capacidades funcionais de um plano local para um plano global (Bauman, 2005).

Para tal os seus Planos e Programas devem ter objectivos e metas claros, assim como uma exposição de necessidades, satisfatórias através de uma orientação política e tecnicamente bem informada. Estes devem ser pertinentes na identificação de objectivos devendo a este nível conter um esforço de racionalização e optimização dos recursos afectados, assim como uma perspectiva económica e financeira. A sua natureza deverá obrigatoriamente ser integrada, tendo em conta os mais diversos sectores, como a administração central e local (Pardal, s/d).

Deixando-se deste estudo em aberto a possibilidade de prosseguir estudos documentais nos quais se possam desenvolver formas da análise do Programa principal, sendo estes observados como contributos para a apreciação acerca da sua Efectividade através da verificação de documentos que lhe sejam relacionados em aspectos

transversais ao nível do município, talvez permissores de uma conclusão acerca do vazio (in) existente, entre conceitos globais até à realidade local da cidade de Viana do Castelo.



## **Referências Bibliográficas**

**Akerman**, Marco; Rosilda Mendes, Cláudia Maria Bógus, (s/d)

“É possível avaliar um imperativo ético?”, ([www.scielo.br](http://www.scielo.br))

**Barreto**, Rogério Ramiro da Silva, (2003),

Viana do Castelo, Pensar/fazer cidade-O processo Urbanístico na segunda metade do século XX, Tese de dissertação de Mestrado em Planeamento Urbano e Regional, Universidade do Porto, Departamento de Geografia, Biblioteca Nacional, Cota n.º B. A. 27203 V.

**Bauman**, Zygmunt, (2005),

Confiança e Medo na Cidade. Lisboa, Relógio D' Água

**Beaglehole**, R. Bonita, R. Kjellstrom, (2003),

Epidemiologia básica, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa

**Bosi**, Maria Lúcia Magalhães, Mercado, Francisco Javier, (2006),

Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde, Enfoques Emergentes, Editora Vozes, Petrópolis, Brasil

**Bresciani**, Maria Stella, (1992),

Permanência e Ruptura no Estudo das Cidades, Cidade e História, Salvador, Ana Fernandes et ali, UFBA

**Briz**, Teodoro, (2008),

Apontamentos da Unidade Curricular: Epidemiologia na Efectividade de Programas em Saúde Pública; ([www.ensp.pt](http://www.ensp.pt))

**Câmara Municipal de Viana do Castelo**, (s/d)

Cidade Saudável, Planeamento Urbano Saudável, (Link 18).

**Câmara Municipal de Viana do Castelo, (s/d)**

Plano de Desenvolvimento em Saúde, (Link 6).

**Castiel, Luís David, (1986)**

Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde; Cadernos de Saúde Pública; Volume 2; n.º 2; Abril/Junho de; Rio de Janeiro; ([www.scielo.br](http://www.scielo.br))

**Castiel, Luís David, (1990)**

Inefectividade e Ineficiência: reflexões sobre a epidemiologia e os serviços de saúde de um estado de mal-estar social; Cadernos de Saúde Pública; volume 6; n.º 1; Janeiro/Março; Rio de Janeiro; ([www.scielo.br](http://www.scielo.br))

**Castro, A. Gomes; Duarte, Armando; Santos, Teresa, Rocha; (2003)**

O Ambiente e a Saúde, Instituto Piaget, Lisboa

**CDC, Center for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, (2005)**

Introduction to Program Evaluation for Public Health Programs: A Self Study Guide

**Chaves, Mário M., (2002)**

Complexidade e Transdisciplinariedade – Uma Abordagem Multidimensional do Sector da Saúde (<http://www.uesc.br/cpa/artigos/transdisciplinaridade.pdf>).

**Cosme, João (2006)**

As preocupações Higio-Sanitário em Portugal; Revista da Faculdade de Letras; III série; vol. 7; Porto

**Direcção Geral Saúde, (DGS):**

**1-DGS- Direcção Geral de Saúde, (1999)**

Saúde um Compromisso, Revisão de 1999, Lisboa



**2-Frada, João; Miguel, José Pereira; Viegas, Valentino, (2006)**

IA Direcção - Geral da Saúde, Notas Históricas, Lisboa

**Duhl, L. J.; Sanchez, A. K., (1999)**

Healthy Cities and the Planning Process-A Background Document On Links Between Health And Urban Planning,

**Farell, K.; Kratzman, M.; Mcwilliam, S.; Saunders, S.; J. Ticknor, K. White (2002)**

Evaluation Very Easy Accessible, and Logical, Atlantic Centre of Excellence for Women's Health, Halifax, Nova Scotia

**Ferreira, F. A. Gonçalves, (1990)**

História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

**Flower, Joe (1994)**

In the Beginning...an interview with Ilona Kickbush, The Healthcare Forum Journal, vol. 37, n.º 3

**Graça, Luís, (1999)**

História da Saúde e Segurança no Trabalho, *Pappers on health and work*

**Kelles, Silvana Márcia Bruschi, (s/d)**

Desenvolvimento de Protocolos Baseados em Evidências Científicas, Esquema de projecção de slides; ([www.sobenge.com.br](http://www.sobenge.com.br))

**Le Corbusier, (2008)**

Planejamento Urbano, tradução de Lúcio Gomes Machado, 3.ª Edição, São Paulo

**Mendes, José; Silva, Lúcia, (2008)**

Viana do Castelo-Avaliação da Qualidade Ambiental, Relatório Final, Estudo Elaborado pela Universidade do Minho, (gentilmente cedido pela Câmara Municipal de Viana do Castelo)

**Mercado**, Francisco Javier; Bosi, Maria Lúcia Magalhães, (2006)

Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde, Editora Vozes, Petrópolis, Brasil

**Ministério** do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, Gabinete do Secretário de Estado do Ordenamento do Território e das Cidades, (2008), Portugal-Política de Cidades POLIS XXI-2007-2013, (Link 16).

**Mumford**, Lewis (1982)

A Cidade na História, suas origens, transformações e perspectivas, Ed. Universidade de Brasília

**O'Neill**, Michel; Simard Paule (2006)

Choosing indicators to evaluate Healthy Cities projects: a political task, Health Promotion International, vol. 21, n. ° 2

**Pardal**, Sidónio, ( s/d )

Argumentos para a fundamentação urbanística, ([www.sidoniopardal.com](http://www.sidoniopardal.com))

**Quental**, Nuno (2003)

Uma reflexão sobre o ordenamento do território, ([www.forumdourbanismo.info](http://www.forumdourbanismo.info))

**Quental**, Nuno (2004)

Episódios da História do Urbanismo, ([www.esb.ucp.pt](http://www.esb.ucp.pt))

**Rede** Portuguesa de Cidades Saudáveis, (2008)

Revista Notícias da Rede de Cidades Saudáveis, Setembro de 2008, ver Link 17

**RCM** -Presidência do Conselho de Ministros, (2008)

Resolução do Conselho de Ministros (RCM/1991), n.º 91/2008; Diário da República, I Série; n.º 107, ([www.dgs.pt](http://www.dgs.pt))

**Ribeiro**, António Pinto, (2004)

Abrigos – Condições das cidades e energia da cultura, Lisboa, Livros Cotovia

**Ribeiro, Helena (2004)**

Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos; Revista Saúde e Sociedade; volume 13; n.º 1; Janeiro-Abril

**Salazar, L.; Velez JÁ & Ortiz, (2003)**

Revisión de literatura de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América Latina. Proyecto Regional Latinoamericano de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, UIPES, Santiago de Cali, Colombia

**Silva, Carlos Nunes, (1995)**

“Poder Local e Território Análise Geográfica da Políticas Municipais, 1974-94”, Dissertação de doutoramento em Geografia apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Lisboa, Biblioteca Nacional, (Cota n.º S.C. 72892 V)

**Souza, Elza Maria de Grundy, (2004)**

Promoção de saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública; Cadernos de Saúde Pública; Volume 20; n.º 45; Setembro-Outubro; Rio de Janeiro, ([www.scielosp.org](http://www.scielosp.org))

**Tanaka, Oswaldo Yoshimi; Melo Cristina, (2000)**

Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde, Interface, Comunicação, Saúde, Educação, n.º 7

**Tavares, Maria de Fátima Lobato, (2007)**

Avaliação da Efectividade na Promoção da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, [www.4.ensp.fiocruz.br](http://www.4.ensp.fiocruz.br)

**Telles, Gonçalo Ribeiro (2005)**

O Planeta Diário, <http://o-planeta-diario.weblog.com.pt>

**Uchimura**, Kátia Yumi; Bosi, Maria Lúcia Magalhães, (2002)

Qualidade e subjectividade na avaliação de programas de saúde, Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (6): 1561-1569, nov-dez

**Valério**, Miguel Ângelo F. M., (s/d)

Evolução das Políticas Sociais em Portugal-Saúde, trabalho da disciplina de Política Social, Universidade de Trás – os – Montes e Alto Douro, Vila Real, ver em (<http://home.utad.pt/~mvalerio/0809ps/aula03b.pdf>)

### **World Health Organization-WHO:**

#### **Autores:**

**1-Barton**, Hugh; Mitcham, Claire; Catherine, Tsourou, (2003)

Healthy Urban Planning in practice: experience of European cities, Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning, (Link 19).

**2-Bengtsson**, Elisabeth; Green, Geoff; Tsouros, Agis, Centre for Urban Health, (2007), Healthy Urban Planning: in-road to local health development WHO Healthy Cities, (Link 20).

**3- Dubé**, Pierre; Price, Charles, (1997), “Sustainable development and health: Concepts, principles and framework for Action for European cities and Towns”, Project Office, (Link 10).

**4-Farrington**, Jill; Lafond, Leah J; Heritage, Zoe; Tsouros, Agis, (2003), National healthy cities network, A powerful force for health and sustainable development in Europe, (Link 5).

**5- Marmot**, Michael; Wilkinson, Richard, (2003)

WHO, Social Determinants of Health, the Solid Facts, Second Edition, (Link 11).

#### **Conferências e Seminários:**

**WHO**, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, (1986), Carta de Ottawa, Ottawa, (Link 1).

**WHO**, Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, (1988), Declaração de Adelaide, Adelaide, (Link 2).

**WHO**, Terceira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, (1991), Declaração de Sundsvall, Sundsvall, (Link 3).

**WHO**, Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, (1997), A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI, (Link 4).

**WHO**, International Healthy Cities Conference, (1998), Athens Declaration for Healthy Cities, Atenas, (Link 23).

**WHO** Regional Office for Europe, Healthy Urban Planning, (1999), Report on a WHO Seminar, Milão, (Link 12).

**WHO**, International Healthy Cities Conference (2003), Belfast Declaration for Healthy Cities, The power of local action, Belfast, (Link 7).

**WHO** Regional Office for Europe, International Healthy Cities Conference, (2008), Zagreb Declaration for Healthy Cities, Health and health equity in all local policies, Zagreb, (Link 24).

**Publicações Traduzidas** (sem relação electrónica):

**Gabinete Regional para a Europa**, (1985)

As Metas da Saúde para Todos, (gentilmente cedido pelo Gabinete de Saúde da C.M de Odivelas).

**Gabinete Regional para a Europa**, (1996)

Vinte medidas para desenvolver um projecto de Cidades Saudáveis, (gentilmente cedido pelo Gabinete de Saúde da C.M de Odivelas).



**Publicações (com relação electrónica):**

**WHO** Regional Office for Europe, (1996)

City Health Planning: The Framework, Copenhagen, (Link 8).

**WHO** Regional Office for Europe, (1997)

City planning for health and sustainable development, European Sustainable Development and Health Series: 2, Local Agenda 21, Copenhagen, (Link 9)

**WHO** Regional Office for Europe, (1997)

Sustainable development and health: Concepts, principles and framework for action for European cities and towns, Copenhagen, (Link 10).

**WHO** Regional Office for Europe; The European National Cities Networks, (2005)

STATEMENT, Designing Healthier and Safer Cities: the Challenge of Healthy Urban Planning, Bursa, (Link 13).

**Contactos electrónicos, (Link's):**

**Figuras:**

Figura 1-<http://irevolution.wordpress.com/2009/09/01/doctor-snows->

Figura 2- <http://www.newadvent.org/cathen/15431b.htm>; <http://www.editions-docis.com/wpFichiers/1/1/Ressources/villerm.gif>

Figura 3-[www.cottontimes.co.uk/chadwick.html](http://www.cottontimes.co.uk/chadwick.html); [http://roger-williams.net/family\\_history/william\\_lee/edwin\\_chadwick.jpg](http://roger-williams.net/family_history/william_lee/edwin_chadwick.jpg)

Figura 4- <http://www.answers.com/topic/rudolf-virchow>;  
[http://homoeopathy.sghomebis.com/images/rudolf\\_virchow.jpg](http://homoeopathy.sghomebis.com/images/rudolf_virchow.jpg)

Figura 5- <http://www.kosmoid.net/planning/adams>

Figura 6- [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/marmot/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/marmot/en/)

Figura 7-

[http://images.google.pt/imgres?imgurl=http://www.cdnmedhall.org/lib/pht/65.jpg&imgrefurl=http://www.cdnmedhall.org/laureates/%3Flaur\\_id%3D65&usg=\\_\\_VrX6fFnrSeOC3MQztUwyGsGng80=&h=299&w=200&sz=9&hl=pt-PT&start=4&sig2=mgN8OkTMqxvc8Vu2IyOjwA&tbnid=x7j2rM9-eJ-](http://images.google.pt/imgres?imgurl=http://www.cdnmedhall.org/lib/pht/65.jpg&imgrefurl=http://www.cdnmedhall.org/laureates/%3Flaur_id%3D65&usg=__VrX6fFnrSeOC3MQztUwyGsGng80=&h=299&w=200&sz=9&hl=pt-PT&start=4&sig2=mgN8OkTMqxvc8Vu2IyOjwA&tbnid=x7j2rM9-eJ-)

[H9M:&tbnh=116&tbnw=78&prev=/images%3Fq%3Dmarc%2Bblonde%26gbv%3D2%26hl%3Dpt-PT%26sa%3Dg&ei=ZrleS5HSH9PV-QaBquTsCg](http://H9M:&tbnh=116&tbnw=78&prev=/images%3Fq%3Dmarc%2Bblonde%26gbv%3D2%26hl%3Dpt-PT%26sa%3Dg&ei=ZrleS5HSH9PV-QaBquTsCg)

Figura 8-[http://healthycity.taipei.gov.tw/conference/2005\\_09/files/cv\\_fs/Bio-TrvorHancock.htm](http://healthycity.taipei.gov.tw/conference/2005_09/files/cv_fs/Bio-TrvorHancock.htm); <http://www.yorku.ca/ycom/gazette/past/archive/011597/hancock.gif>

Figura 9-

<http://www.iuhpeconference.org/archive/IUHPE2007/en/conference/speakers.html>

Figura 11- <http://www.algosobre.com.br/biografias/le-corbusier.html>

Figura 12- <http://www.scmmed.pt/np4/16.html>

Figura 13- <http://www.insaporto.com.sapo.pt/por/introduc/personali.htm>

Figura 14-[www.jornalovianense.com](http://www.jornalovianense.com)

Mapa 1 - [www.anmp.pt](http://www.anmp.pt)

### **Bibliografia:**

- 1: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf>
  - 2: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>
  - 3: [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf)
  - 5: <http://www.euro.who.int/document/e82653.pdf>
  - 6: [http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5](http://www.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=559&limitstart=5)
  - 4: [www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_portuguese.pdf)
  - 7: <http://www.sagliklikentlerbirligi.org.tr/belgearsivi/BelfastDeclarationFinalUK.pdf>
  - 8: [http://www.euro.who.int/document/EUR\\_ICP\\_HCIT\\_94\\_01\\_MT06\\_7.pdf](http://www.euro.who.int/document/EUR_ICP_HCIT_94_01_MT06_7.pdf)
  - 9: <http://www.euro.who.int/document/wa38097ci.pdf>
  - 10: <http://www.euro.who.int/document/e53218.pdf>
  - 11: <http://www.euro.who.int/DOCUMENT/E81384.PDF>
  - 12: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/urban.pdf>
  - 13: [http://www.euro.who.int/healthy-cities/city/20051014\\_2](http://www.euro.who.int/healthy-cities/city/20051014_2)
  - 16: <http://www.dgotdu.pt/PC/documentos/POLISXXI-apresentacao.pdf>
  - 17: [http://www.redecidadessaudaveis.com/gestor/doc\\_up/documento\\_pub\\_56.pdf](http://www.redecidadessaudaveis.com/gestor/doc_up/documento_pub_56.pdf)
- Revista Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, (2008), Noticias da Rede Cidades Saudáveis, Setembro de 2008
- 18: [www.cm-viana-castelo.pt](http://www.cm-viana-castelo.pt);

19: <http://www.euro.who.int/document/E82657.pdf>

20: <http://> Slide 1 - Sevilla 2007 - Start

21: [www.eu.who.com](http://www.eu.who.com)

22. [www.redecidadessaudaveis.com](http://www.redecidadessaudaveis.com)

23:

[http://www.agenda21.bremen.de/modell/agenda21/dokumente/athens\\_declaration.pdf](http://www.agenda21.bremen.de/modell/agenda21/dokumente/athens_declaration.pdf)

24. <http://www.euro.who.int/document/E92343.pdf>

## **Anexo I**

<b>Planos de Planeamento ou Ordenamento do Território</b>	<b>Nível</b>	<b>Tipo de Intervenção</b>	<b>Entidade Responsável pela Elaboração</b>	<b>Aprovação</b>
<b>PNOT</b> Programa Nacional de Ordenamento do Território	Nacional	Estabelece directrizes orientadoras do modelo de organização espacial tais como o sistema urbano, aspectos infraestruturais e equipamentos e áreas de interessa nacional, ambiental, patrimonial e agrícola.	MEPAT	Governo
<b>PEOT</b> Planos Especiais de Ordenamento do Território	Supra Local	Estabelece directrizes orientadoras do uso do solo e suas orientações de desenvolvimento em áreas específicas de aspecto natural e ambiental.	Ministério Tutelar	Resolução do Conselho de Ministros
<b>PROT</b> Planos Regionais de Ordenamento do Território	Regional	Estabelece orientações segundo as directrizes, para o ordenamento a nível regional, constituído por quadros de referência e enquadradores para os planos municipais.	MEPAT CDR	Governo Decreto Regulamentar
<b>Planos Intermunicipais</b> de Ordenamento Territorial (Facultativos)	Supra Local	Articulam as estratégias entre diferentes áreas do território, pela sua interdependência necessitando de estratégias integradoras.	Grupos De Municípios	Assembleias Municipais com Aprovação Governamental
<b>PDM</b> Planos Directores Municipais	Local	Estabelecem a estrutura do espaço, classificam a utilização dos solos e a implementação de estruturas sociais.	Municípios	Assembleias Municipais com Aprovação Governamental
<b>PU</b> Planos de Urbanização	Local	Organizam espacialmente parcelas territoriais, integradas em perímetro urbano, segundo a abordagem territorial integrada.	Municípios	Assembleias Municipais com Ratificação Governamental
<b>PP</b> Planos de Pormenor	Local	Definem detalhadamente a utilização de áreas específicas do território municipal, sendo um instrumento de referência para projectos urbanísticos.	Municípios	Assembleias Municipais com Ratificação Governamental



**Quadro 1** – Esquema explicativo simplificado dos Planos de Ordenamento do Território Português, (Barreto, 2003).

## **Anexo II**

Objectivo Principal	Objectivos Específicos	Componentes Operacionais
Melhoria da qualidade de vida nas cidades, através de intervenções nas vertentes urbanística e ambiental.	Desenvolvimento de grandes operações integradas de requalificação urbana, com forte componente de valorização ambiental.	Instrumentos de intervenção urbanística:  Plano Estratégico  Planos de Urbanização, quando a área o justifique.  Planos de Pormenor, a elaborar pela entidade promotora e gestora do projecto.
	Desenvolvimento de acções para a requalificação e revitalização de centros urbanos.	Instrumentos empresariais, constituição de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos com programas de intervenção, calendário de execução e orçamentos de realização.
	Apoio a acções da melhoria da qualidade e do ambiente urbano.	Instrumentos de protocolos com municípios para elaboração de documentos de referência nos devidos cumprimentos.
	Apoio a iniciativas que visem o aumento das zonas verdes, a promoção de áreas pedonais e o condicionamento do trânsito automóvel em centros urbanos	Instrumentos de estrutura e procedimentos de gestão, na criação do Gabinete Coordenador do Programa Polis (GCPP), sob a tutela directa do Ministro do Ambiente e do Ordenamento do Território
		Instrumentos jurídicos

**Quadro 2** – Programa Polis, principais referências, (Barreto, pg. 21, 2003).

## **Anexo III**

### Questionário 1

1. Que preocupações conduziram à adesão do Município de Viana do Castelo ao Plano Cidades Saudáveis?
2. Que factores foram conducentes ao estabelecimento e escolha dos primeiros projectos implementados?
3. As medidas legislativas enquadradoras desses projectos são adequadas à realidade do município?
4. Dos projectos desenvolvidos, qual o que considera ter tido mais impacte na população?
5. Que tema julga urgente desenvolver no seu município, face à necessidade e representatividade na população?



## Questionário 2

1. Que preocupações conduziram ao arranque do Plano Cidades Saudáveis?
2. Que factores foram conducentes ao estabelecimento e escolha dos primeiros projectos implementados?
3. As medidas legislativas enquadradoras desses projectos são adequadas à realidade dos municípios?
4. Dos projectos desenvolvidos, qual o que considera ter tido mais impacte na população?
5. Que tema julga urgente desenvolver no seu município, face à necessidade e representatividade na população?

