

CIDADE CAMPO &

olhares de Brasil e Portugal

Organização

Glaucio José Marafon

Eduarda Marques da Costa

Organização
Glaucio José Marafon
Eduarda Marques da Costa

Cidade e Campo: Olhares de Brasil e Portugal



Rio de Janeiro
2020



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor

Ricardo Lodi Ribeiro

Vice-reitor

Mario Sergio Alves Carneiro



EDITORA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Conselho Editorial

João Feres Júnior (presidente)

Henriqueta do Coutto Prado Valladares

Hilda Maria Montes Ribeiro de Souza

Italo Moriconi Junior

José Ricardo Ferreira Cunha

Lucia Maria Bastos Pereira das Neves

Luciano Rodrigues Ornelas de Lima

Maria Cristina Cardoso Ribas

Tania Maria Tavares Bessone da Cruz Ferreira

Aníbal Francisco Alves Bragança (UFF)

Katia Regina Cervantes Dias (UFRJ)

Copyright © 2020, EdUERJ.

Todos os direitos desta edição reservados à Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, ou de parte do mesmo, em quaisquer meios, sem autorização expressa da editora.



EdUERJ

Editora da UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rua São Francisco Xavier, 524 – Maracanã

CEP 20550-013 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tel./Fax.: 55 (21) 2334-0720 / 2334-0721

www.eduerj.uerj.br

eduerj@uerj.br

Editor Executivo: João Feres Júnior

Coordenadora Administrativa: Elisete Cantuária

Coordenadora Editorial: Silvia Nóbrega de Almeida

Assistente Editorial: Thiago Braz

Coordenador de Produção: Mauro Siqueira

Assistente de Produção: Érika Neuschwang

Supervisor de Revisão: Elmar Aquino

Revisão: Elmar Aquino / Flavia de Holanda

Capa: Júlio Nogueira

Projeto e Diagramação: Emilio Biscardi

Diagramação de e-book: Calil Mello Serviços Editoriais

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/NPROTEC

C568 Cidade e campo: olhares de Brasil e Portugal [recurso eletrônico] / Organização Glaucio José Marafon, Eduarda Marques da Costa. - 1. ed. - Rio de Janeiro : EdUERJ, 2020.
1 recurso online (306 p) : ePub.

ISBN 978-65-87949-05-5

1. Geografia humana. 2. Geografia urbana. 3. Territorialidade humana. I. Marafon, Glaucio José. II. Costa, Eduarda Marques.

CDU 911.3

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Sumário

Prefácio

Parte I – Conceitos de cidade e campo – da dicotomia à relação cidade-campo

Capítulo 1 - Cidade e campo: olhares de Brasil e Portugal

Eduarda Marques da Costa e Glaucio José Marafon

Capítulo 2 - Notas sobre as relações cidade e campo: um esforço de síntese

Sonale Vasconcelos de Souza e Doralice Sátyro Maia

Capítulo 3 - A possibilidade de levantar dados sobre a percepção espacial do rural e do urbano no Brasil

Gabriel Bias-Fortes e Glaucio José Marafon

Parte II - Políticas para os territórios rurais, urbanos e espaços metropolitanos

Capítulo 4 - Mundo rural e biodiversidade: a territorialização das políticas públicas de desenvolvimento rural em Portugal

Susana Clemente

Capítulo 5 - Turismo, cultura, criatividade e desenvolvimento local: casos de estudo em municípios de pequeno porte demográfico em Portugal

Eduarda Marques da Costa, Larissa de Mattos Alves e Angela Maria Endlich

Capítulo 6 - Política urbana no Brasil: a difícil regulação de uma urbanização periférica

Angela Moulin S. Penalva Santos

Capítulo 7 - Governanças Metropolitanas no Brasil: cooperações intergovernamentais e coparticipações instituintes para a sustentabilidade da

gestão dos territórios

Augusto César Pinheiro da Silva

Parte III - Temas-chave no quadro dos novos desafios para os territórios

Capítulo 8 - Agricultura em espaço metropolitano: dinâmicas, tipologias e políticas espaciais para a sustentabilidade

Patrícia Abrantes e Eduardo Gomes

Capítulo 9 - Transporte e Cidades Saudáveis: realidades, políticas e intervenções em Portugal

Nuno Marques da Costa, Ana Louro e Eduarda Marques da Costa

Capítulo 10 - Mobilidade e segurança em contexto urbano: contributos para a redução do risco em populações idosas

Paulo Nuno Nossa e Anabela Mota-Pinto

Capítulo 11 - Atuação da rede de gestão empresarial no território brasileiro no início do século XXI

Paulo Wagner Teixeira Marques e Miguel Ângelo Ribeiro

Anexo 1

Anexo 2

Anexo 3

Sobre os organizadores

Prefácio

O presente livro se constitui de uma compilação de textos estruturados em três partes.

A parte I centra-se na discussão dos “Conceitos de campo e cidade – da dicotomia à relação cidade-campo” e como a sua evolução nos leva para os conceitos de rural, urbano e relações rural-urbano. Esta abre com um capítulo de E. Marques da Costa e G. Marafon, de introdução às temáticas, frisando as transformações globais e, mais em particular, as verificadas nas realidades brasileira e portuguesa, com o título do livro: “Cidade e campo: olhares de Brasil e Portugal”.

Seguem-se, ainda na parte I, dois capítulos centrados no caso do Brasil: o capítulo 2, “Notas sobre as relações cidade e campo: um esforço de síntese”, de Souza e Maia, discussão que se complementa com o texto do capítulo 3, intitulado “A possibilidade de levantar dados sobre a percepção espacial do rural e do urbano no Brasil”, de G. Bias-Fortes e G. Marafon.

Após a discussão de conceitos e critérios, entramos na parte II do livro, em que se introduz a temática “Políticas para os territórios rurais, urbanos e espaços metropolitanos”. Esta segundo parte inicia-se com o capítulo 4, de S. Clemente, intitulado “Mundo rural e biodiversidade: a territorialização das políticas públicas de desenvolvimento rural em Portugal”, no qual a autora traz para a discussão a orientação da política de desenvolvimento rural na União Europeia, que veio promover novas atividades para além da agricultura, contribuindo para a diversificação funcional e para o seu desenvolvimento.

O capítulo 5, de E. Marques da Costa, L. Matos e A. Endlich, intitulado “Turismo, cultura, criatividade e desenvolvimento local: casos de estudo em municípios de pequeno porte demográfico em Portugal”, reporta três exemplos da

realidade portuguesa (os municípios de Montemor-o-Novo, Coruche e Óbidos), mostrando outras alternativas que se colocam ao desenvolvimento dos territórios rurais.

No capítulo 6, de Ângela Santos, intitulado “Política urbana no Brasil: a difícil regulação de uma urbanização periférica”, explica-se de forma detalhada a evolução do fenômeno da urbanização na realidade do Brasil e como as políticas relacionadas com o “urbano” foram sendo produzidas de forma a irem se adaptando às aceleradas mudanças ocorridas.

Em seguida, o capítulo 7, de Augusto Silva, com o título “Governanças metropolitanas no Brasil: cooperações intergovernamentais e coparticipações instituintes para a sustentabilidade da gestão dos territórios”, reporta que, para responder às novas formas de organização territorial, a gestão territorial avança para formas multiescalares, envolvendo diferentes entidades político-administrativas que, pelas suas competências, só podem atuar em determinadas configurações territoriais.

A parte III, intitulada “Temas-chave no quadro dos novos desafios para os territórios”, inicia-se com o trabalho de P. Abrantes e E. Gomes. Esses autores apresentam o capítulo 8, “Agricultura em espaço metropolitano: dinâmicas, tipologias e políticas espaciais para a sustentabilidade”, e fazem uma proposta de classificação dos municípios da Região Metropolitana de Lisboa, tendo em conta o tipo de agricultura que pode ser encontrada nos diferentes contextos de urbanização.

Seguem-se dois trabalhos centrados na questão do transporte e mobilidade. O capítulo 9, com o título “Transporte e Cidades Saudáveis: realidades, políticas e intervenções em Portugal”, elaborado por N. Marques da Costa, A. Louro e E. Marques da Costa, traz para cima da mesa a questão do planeamento urbano com vista à promoção de cidades saudáveis e ao papel que o transporte e a mobilidade podem deter nesse processo. O capítulo 10, de P. Nossa e A. Mota-Pinto, continua a problemática da mobilidade. Nesse caso, aplicada ao grupo dos idosos. “Mobilidade e segurança em contexto urbano: contributos para a redução do

risco em populações idosas” é um capítulo que retrata o problema do envelhecimento e como a mobilidade condicionada, fomenta o isolamento.

O capítulo 11 encerra a parte III e relaciona-se com a constituição de redes de gestão empresarial. Tendo por base o título de P. Marques e M. Ribeiro, “Atuação da rede de gestão empresarial no território brasileiro no início do século XXI”, voltamos à discussão sobre a importância de definir e compreender as formas de organização do território, tema com que iniciamos a presente obra.

As realidades do Brasil e Portugal, apesar de muito distintas pelas dimensões dos dois países, pelas formas de organização e competências político-administrativas e pelo diferente desenvolvimento das políticas setoriais e territoriais, apresentam aspectos em comum, que aqui serão discutidos. Obrigado a todos os que aceitaram participar deste livro e assim contribuíram para fortalecer o conhecimento geográfico.

Eduarda Marques da Costa – Universidade de Lisboa
Glaucio José Marafon – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Capítulo 10

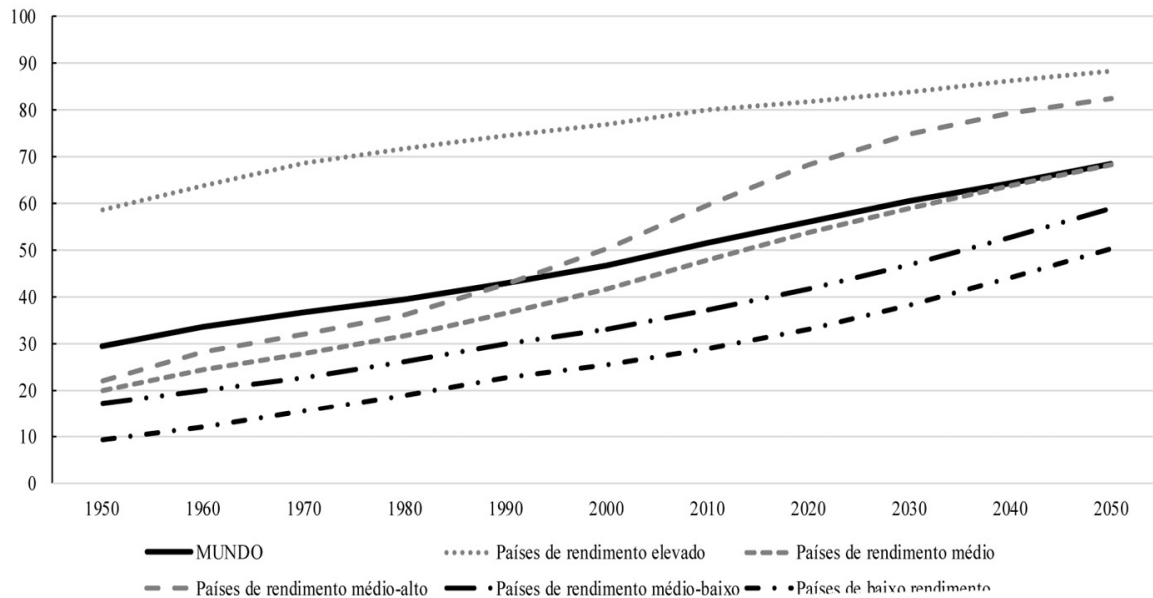
Mobilidade e segurança em contexto urbano: contributos para a redução do risco em populações idosas

Paulo Nuno Nossa
Anabela Mota-Pinto

O futuro da população mundial é urbano. Mais de metade da população mundial vive em áreas urbanas pelo que, a urbanização, determina a distribuição espacial da população constituindo uma das quatro megatendências demográficas, conjuntamente com o crescimento da população mundial [regional], o envelhecimento e as migrações internacionais (UN (d), 2019, p. 3).

Assistimos, de um modo persistente e continuado, ao aumento da população urbana nos níveis mundial e regional, sendo que, em 2020, estima-se que 56,2% população mundial reside em áreas urbanas. Essa tendência é historicamente liderada pelos países de rendimento elevado e, mais recentemente (1990 e seguintes), pelo grupo de países de rendimento médio-elevado (figura 1).

Figura 1 – Evolução da população residente em áreas urbanas por região do globo (1950-2050)



Fonte: UN-POP/DB/WUP/Rev.2018.

Organização: Autor

Apesar dos contrastes regionais que ainda podem ser observados, com catorze países a exibirem taxas de urbanização próximas dos 20% (Exs.: Burundi, Maláui, Níger, Ruanda; 2018), as estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) para a população (2018) previam para esses territórios uma duplicação da parcela de população urbana pelo que, em 2050, espera-se que 101 países tenham 80% da sua população a habitar em áreas urbanas (UN, 2019). Simultaneamente, ainda que de um modo regionalmente mais diferenciado, assistimos a uma tendência sustentada de redução das taxas de fecundidade (Taxa Global de Fecundidade: 3,2 nascimentos, 1990; 2,5 nascimentos, 2019; 2,2 nascimentos, 2050), a par do aumento da esperança de vida, contribuindo para a difusão do envelhecimento da população mundial. Em 2019, 1 em cada 11 pessoas no mundo terá 65 e mais anos (65 +anos; 9%), esperando-se que, em 2050, essa razão seja de 1 em cada 6 pessoas (16%). África do Norte, Ásia Ocidental, Ásia Central e do Sul, Ásia Oriental e do Sudeste, América Latina e Caribe são as regiões onde a parcela da população com 65 +anos deve duplicar entre 2019 e 2050 (UN, 2019).

O forte crescimento da população urbana com idades 65 +anos tem gerado preocupação e discussão, quer em contexto acadêmico quer em contexto político, questionando-se se a cidade ou as áreas metropolitanas em geral são territórios aptos para potenciarem bem-estar a esses residentes. A OECD (2015) perspectiva para os países membros que, até 2050, ocorra um aumento de 25,1% de idosos a residir em áreas urbanas, sendo que, no presente, 43,2% da população com mais de 65 anos já vivem em cidades (OECD, 2015, p. 5). Hoof et al. (2018, p. 2) retomam a discussão sobre o potencial de bem-estar dos idosos na cidade, admitindo que, em determinadas circunstâncias: “Envelhecer no lugar (i.e., viver na comunidade, com algum nível de independência e não em cuidado residencial), é muitas vezes visto como um ideal”. Autores como Smedley (2018, apud Hoof et al, 2018) admitem que a cidade pode ser “o lugar certo” e “amigável para os idosos” se, intencionalmente, esses territórios passarem por um processo de adaptação orientado para as necessidades desses residentes. A questão de se “envelhecer no lugar” como um ideal toca a problemática da identidade territorial dos grupos e, particularmente, as condições da sua coexistência, tema classicamente abordado pela geografia. Tal como nos recorda Haesbaert (1997), os espaços expressam mais do que a manifestação concreta do visível. Para Poche (1983, apud Haesbaert, 1997), os “espaços de referência identitária”, urbanos ou não, estão na base de leituras simbólicas que conjugam processos de apropriação estética, de pertença cultural coletiva e que contribuem para dar caráter e identidade a um território, no qual os sujeitos se fundem e, nesse caso, os sujeitos idosos se identificam, fruto de um processo mais ou menos longo de apropriação, constituindo-se como elementos vitais para o seu equilíbrio socioemocional ancorados nas redes de vizinhança, na (re)visitação de espaços de pertença e de “espaços sagrados”, carregados de simbolismo, onde existe a capacidade de ver uma coisa diferente do que ela é. Naturalmente, a diversidade etária e social presente na cidade, e que é por definição uma das suas características, detém o potencial de gerar fricções entre as diversas identidades que a compõem, mas que, em alguns casos, se confrontam, apartando e segregando sutilmente as mais frágeis porque já

menos adaptadas à sua tendência totalizante, podendo tornar incógnitos alguns dos seus residentes e rompendo mesmo com os vínculos sociais em razão de um conjunto de limitações que advém com a idade e para as quais a “personalidade urbana”, na designação de Wirth (1979), está pouco disponível para fazer concessões.

Por outro lado, o nível de desenvolvimento econômico e social parece condicionar a pertença e a adequação dos territórios “amigos dos idosos”. Hoof et al. (2018, p. 2), citando estudos produzidos por Easterlin et al. (2011) e Sorensen et al. (2014), sublinham que, no contexto da União Europeia (UE), em territórios com baixos níveis socioeconômicos, as áreas urbanas são mais favorecidas do que as áreas rurais em termos de rendimento, educação e estrutura ocupacional, potenciando uma melhor qualidade de vida para os idosos. Porém, em territórios com níveis de desenvolvimento socioeconômico mais elevado, as áreas rurais aproximam-se ou excedem os níveis de satisfação proporcionados pelas cidades para esses residentes.

Nesse contexto, assume particular relevância debater de que modo a mobilidade e a segurança habitacional da pessoa idosa pode ser alcançada e melhorada em contexto urbano, discutindo-se um conjunto de potenciais ações orientadas para a redução de risco em populações idosas (65 +anos), seja em contexto de envelhecimento ativo, seja num contexto de promoção da saúde, e procurando ampliar ou conservar a sua autonomia.

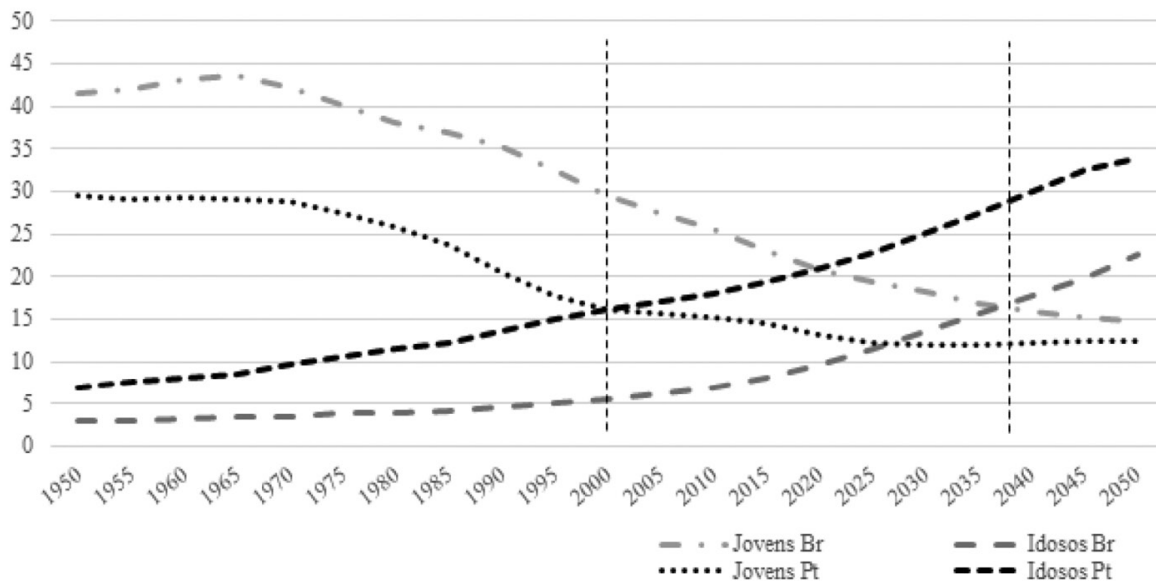
Envelhecimento ativo e saudável: mobilidade e permanência em contexto urbano

O processo de envelhecimento demográfico, que se traduz num maior peso da população idosa (65 +anos) sobre a população jovem (0-14 anos), assume-se como uma conquista civilizacional, que é, cumulativamente, tributária da melhoria das condições higiênico-sanitárias e assistenciais, com reflexo na mortalidade geral e infantil, de uma dieta alimentar mais adequada, acompanhada por avanços significativos na qualidade da habitação e do rendimento disponível,

aos quais também se devem associar progressos na escolaridade, sobretudo feminina, e um aumento significativo da autonomia da mulher em diferentes domínios, que passam pela sexualidade, conjugalidade, emprego e participação social.

Ainda que evidenciando algum desfasamento temporal, Portugal e o Brasil buscam, a diferentes escalas, soluções para os desafios relacionados com o envelhecimento demográfico e o aumento da esperança de vida. Tal como é demonstrado na figura 2, em Portugal, o envelhecimento populacional concretizou-se na transição do século (2001), estando prevista ainda que com algum atraso, uma trajetória semelhante para o Brasil, em que estimativas da World Health Organization (WHO, 2010) apontavam 2037 como o ano em que o número de idosos ultrapassará a população jovem. Estima-se que, em 2025, o Brasil será o quinto país do mundo com maior número absoluto de idosos (33,4 milhões) (OPAS/OMS, 2005). De acordo com um relatório publicado pelo Banco Mundial (2011) – *Growing Old in an older Brazil*: “A população idosa aumentará em cerca de 11% na total população em idade ativa em 2005, atingindo 49% até 2050, enquanto a população em idade escolar diminuirá em cerca de 50%, cifrando-se em 29% da população em idade ativa em 2050 (Gragnotati et al.; 2011, p. XXVI).

Figura 2 – Projeção da relação percentual entre jovens e idosos em Portugal e Brasil (1950-2050)



Fonte: WHO – World Population Prospects, 2010.

Organização: Sartor, 2014.

Embora não deva ser ignorada a abordagem crítica apresentada por Tornstam (1992), sobre o envelhecimento e o(s) estereótipo(s), que recai sobre os idosos nas sociedades ocidentais, ancorada no enraizamento da valorização do trabalho (sociedade industrial e pós-industrial), da produtividade econômica e do “bom envelhecimento”, que, em alguns casos, remete de um modo falacioso para uma procura arrebatada de juventude eterna, em que o envelhecimento e os seus “efeitos associados” são apresentados como uma doença que é preciso combater (Blech, 2006), o conceito de *envelhecimento ativo*, hoje defendido pela OMS como *Plano de Ação Global* e promovido pelos Estados no nível de políticas, evidencia um conjunto de objetivos cuja bondade e benefício merece ser averiguada.

O conceito de *atividade/ativo*, que quase se “opõe” ao declínio físico gerado pelo envelhecimento biológico, foi inicialmente defendido por Robert Havighurst (1961) e adotado pela OMS no final dos anos 1990, demonstrando a existência de vantagens mensuráveis, físicas, emocionais e psicológicas, para os idosos, caso se mantivessem ativos e socialmente integrados, condições essas que

contribuíam para retardar o processo de envelhecimento e melhorar a qualidade de vida. Essa posição surge como reação ao paradigma de desinvestimento e conformação da pessoa idosa, atribuído a Cumming e Henry (1961), conhecido por *Disengagement theory of aging*, assente em nove postulados, nos quais, entre outros, se reconhecia passivamente que, sendo o envelhecimento uma etapa inevitável, o processo de declínio das aptidões físicas e o estreitamento das relações sociais consistiam num percurso natural e inelutável, resultando na inata e natural diminuição da interação entre o idoso e os outros no sistema social em que estava inserido.

O moderno conceito de *envelhecimento ativo* coloca novos desafios para a saúde e para os gestores urbanos, uma vez que é entendido como:

Um processo contínuo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, bem como do seu processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, cooperando para a construção do conceito de bem-estar da pessoa idosa, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (DGS, 2017, p. 6, WHO, 2015).

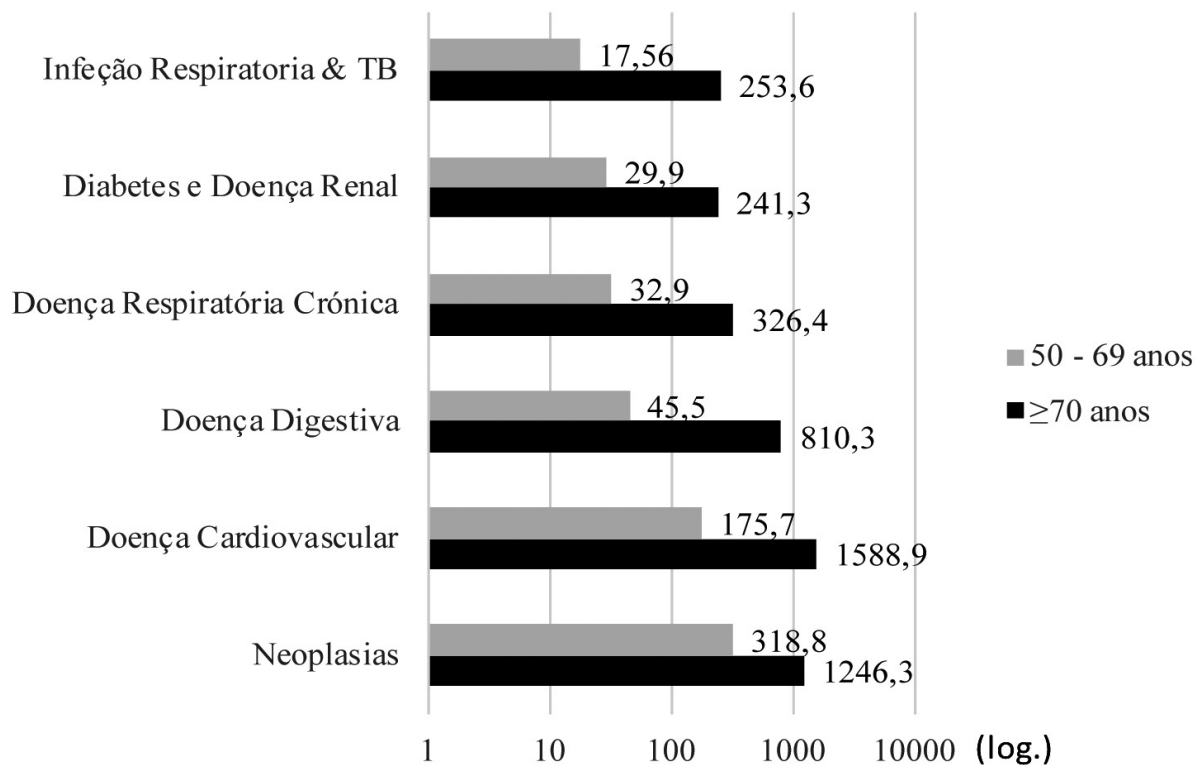
Como facilmente se infere, o que aqui se projeta é a construção de condições capazes de possibilitarem a participação contínua na vida social, econômica, cultural, espiritual e cívica, indo para além da mera possibilidade de ser física e profissionalmente ativo. O *envelhecimento ativo* baseia-se no reconhecimento dos *direitos humanos* e no respeito pelos princípios de independência, dignidade, assistência, participação e autorrealização (WHO, 2015). Assim, o *envelhecimento ativo* assume-se como um conceito mais abrangente do que o *envelhecimento saudável*, pois compreende o processo de otimização das oportunidades em saúde, participação e segurança, sendo a manutenção da *capacidade funcional* um aspecto instrumental¹ crucial, com implicações diretas no contexto de bem-estar, tributário de múltiplas interações entre o idoso/a e o meio (OPAS/OMS, 2005). Garantir os contextos adequados para estimular o *envelhecimento ativo* emerge como um imperativo ético que congrega políticas

transversais, envolvendo estratégias de atuação multidisciplinares, flexíveis e de proximidade, que permitam que todas as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida ativa e saudável:

As condições de saúde são determinantes no envelhecimento ativo, mas a promoção do envelhecimento ativo não se restringe à promoção de comportamentos saudáveis. É essencial considerar os fatores ambientais e pessoais, como os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo e outros determinantes (WHO, 2002). A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (Cabral et al., 2013).

Na generalidade das sociedades ocidentais que evoluíram para o último estágio de transição em saúde (fase IV), à medida que progredimos etariamente (>50 anos), as principais causas da carga de doença e de mortalidade estão relacionadas com doenças não transmissíveis (DNT's). Nos países com *elevado índice sociodemográfico* (IDS), a hierarquia das principais causas de morte em população 50-69 anos é dominada pelas DNT's que ocupam os cinco primeiros lugares, fato que se mantém inalterado na população com 70 e mais anos, exceto na 5.^a posição, onde emerge uma doença infecciosa – Infecção Respiratória e Tuberculose com comorbidades graves que agravam o risco de morte por patologia cardíaca no idoso (figura 3).

Figura 3 – Principais causas de morte em países com elevado índice sociodemográfico, em população ≥ 50 anos (2017; Óbitos 10^5 hab.)

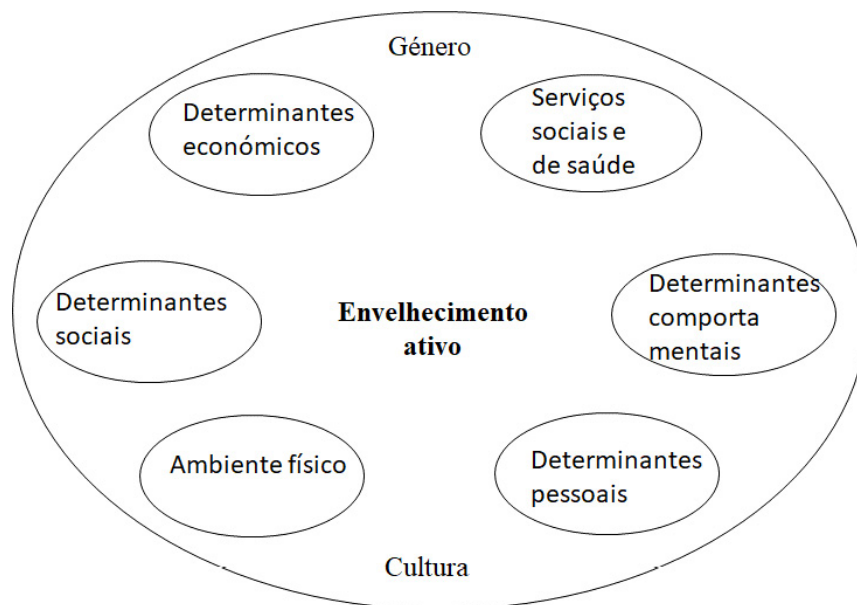


Fonte: Institute for Health and Evaluation – GBD 2017; University of Washington.

Organização: Autor.

Nesse contexto, as linhas orientadoras para a prevenção primária nessa categoria de patologias (DNT) passam pelo equilíbrio da responsabilidade individual com programas transversais de envelhecimento ativo que interagem com os determinantes desse envelhecimento (OPAS/OMS, 2005) (figura 4).

Figura 4 – Determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: OPAS/OMS, 2005, p. 19.

Indo para além de determinantes transversais, como a cultura e o gênero, interessa-nos, nesse contexto, focalizar o papel que *fatores comportamentais e ambiente físico* têm na adoção dos estilos de vida² saudáveis em contexto urbano, onde o aumento da proporção de moradores com 65 +anos acarreta riscos de segurança e de exclusão. Simultaneamente, o processo de êxodo rural da população mais jovem pode resultar num aumento e isolamento das pessoas idosas não só em zonas de baixa densidade demográfica, mas também em áreas urbanas, cujos contornos importa compreender e mitigar.

No nível da prevenção de DNT's, encontramos na literatura diversas associações positivas entre a atividade física³, o exercício físico e a saúde humana em qualquer idade (Lagerros, 2007; Magalhães et al., 2016; Pereira, 2017; Rebelo- Marques et al., 2018). No caso da pessoa idosa (65 +anos), também existem evidências de que a atividade física está associada com maiores níveis de capacidade funcional, menor risco de quedas e melhor função cognitiva. Em idosos com mobilidade reduzida, reconhece-se que a participação em atividade física, pelo menos três dias por semana, contribuiu para melhorar o equilíbrio,

devido a atividade aeróbica ser realizada em períodos de pelo menos 10 minutos de duração, num total de 150 minutos semanais (WHO, 2010, p. 8 e 30).

Como forma de potenciar a atividade física, num contexto de prevenção primária em espaço urbano, o *Movimento das Cidades Saudáveis* (1986), nomeadamente a partir da sua Fase IV (2003-2008), reforçou a necessidade de se desenvolver um plano de saúde para as cidades que desenhasse um conjunto de respostas orientadas para as necessidades dos grupos mais vulneráveis, nos quais se incluem os idosos, incorporando conceitos de desenvolvimento sustentável, vida ativa e governança participativa e democrática, propondo quatro grandes áreas de atuação: envelhecimento saudável, planeamento saudável, avaliação do impacto na saúde e atividade física e vida ativa (Marques da Costa, 2013; WHO, 2017; Nossa, 2017; Sá-Moura et al., 2018). Assim, as metas desenhadas para a concretização da Fase VI do projeto Cidades Saudáveis (2013-2018) passaram por um reforço das estratégias de inclusão e participação, objetivando a correção de assimetrias de poder, nesse caso particular, envolvendo adultos idosos. Como reconhece Phillipson (apud Pereira, 2015), as cidades estão pensadas para quem está em idade ativa: “Se observarmos à escala local, à escala do bairro, 80% do tempo das pessoas com 70 +anos é passado em casa e na vizinhança”.

Todavia, deve referir-se que, em períodos anteriores, nomeadamente a partir da década de 1980, mais por via de preocupações provenientes do planeamento urbano e menos por via da prevenção em saúde, vários movimentos urbanísticos produziram uma abordagem crítica à necessidade de se desenharem cidades sustentáveis, capazes de combaterem a expansão urbana dominante – *urban sprawl* – marcada por elevados impactos ambientais associados ao crescimento horizontal da cidade e das periferias economicamente segregadas, bem como à utilização crescente do automóvel como forma privilegiada de deslocação, agravando modos de vida progressivamente mais sedentários, que ganharam crescente relevância com os modos de vida industriais (Pereira, 2017). Numa fase anterior, na década de 1970, o conceito urbanístico *Livable Communities* já havia aparecido nos Estados Unidos da América (EUA), enfatizando as vantagens

decorrentes do desenho da cidade à escala humana, fomentando a diversidade de usos do solo, diversidade de transportes, favorecendo formas de mobilidade suave, nas quais se incluem a deslocação pedonal, bem como a criação de espaços públicos apropriáveis e de bairros com “caráter”. Tal como esclarece Pereira (2017, p. 19):

Este movimento promove, assim, a caminhabilidade, a criação de assentamentos urbanos diversificados quer na sua estrutura funcional como na sua forma, que procura através da criação de uma vasta gama de equipamentos e estruturas urbanas tornar as cidades mais habitáveis.

Os conceitos de habitável (*livable*) e caminhável (*walkable*) sofreram uma apropriação e uma deriva, figurando, progressivamente, como sinónimos de estratégias promotoras de espaços amigáveis para idosos, onde a habitabilidade e a caminhabilidade são condições indispensáveis à geração de bem-estar e à manutenção de uma atividade física necessária para manter níveis de mobilidade, equilíbrio e cognição benéficos para o processo de *envelhecimento ativo*.

De acordo com Hwang e Ziebarth (2015), o termo habitável (*livable*), após a apropriação do conceito proveniente do planeamento urbano, é hoje extensamente utilizado nos Estados Unidos da América (EUA) para designar comunidades sustentáveis e verdes (*Livable communities*), onde os principais focos dos instrumentos jurídicos de planeamento têm como objetivo gerir de um modo mais eficiente e sustentável questões relacionadas com o uso do solo, crescimento (sub)urbano de baixa densidade ou expansão urbana. A eficiência alcançada nesses domínios beneficia, de modo direto e indireto, o paradigma do *envelhecimento ativo*:

Ao planear uma *comunidade habitável*, a eficiência do transporte é estabelecida, os ativos locais são desenvolvidos e os bairros populares e habitáveis e acessíveis são enfatizados (Geller, 2003). Todo esse contexto pode ajudar as pessoas mais velhas a realizarem atividades quotidianas com opções de mobilidade compatíveis com as suas necessidades que mudam com o tempo.

[...]

A *habitabilidade* [*livability*] também está ligada à criação de mais oportunidades para os idosos ficarem mais tempo em sua própria comunidade (Associação Nacional de Agências de Área

Envelhecimento, 2007 apud Hwang e Ziebarth, 2015, p. 208, tradução livre).

Tal como enfatiza a American Association of Retired Persons (AARP, 2005), uma comunidade habitável tende a oferecer habitação acessível e apropriada, recursos e serviços comunitários de apoio e opções de mobilidade adequadas para facilitar a independência pessoal e o envolvimento comunitário dos moradores. Para que esse conceito seja definitivamente conquistado e estendido a todas as idades (*livable communities for all ages*), existem seis áreas-chave que devem ser desenvolvidas:

1. Acesso a habitação variada (unidades de alojamento acessório; partilha residencial), apropriada e acessível (física e economicamente: gabinetes técnicos de adaptação residencial; custo despendido pelo agregado familiar com um residente 65 +anos \leq 30% rendimento anual);
2. Ajustar o ambiente físico de modo a promover a inclusão e a acessibilidade;
3. Garantir transporte seguro, apropriado e acessível (física e economicamente);
4. Garantir o acesso aos principais serviços prestadores de cuidados;
5. Promover oportunidades de trabalho, educação e voluntariado;
6. Encorajar a participação em atividades cívicas, culturais, sociais e recreativas (Stanford Center on Longevity, 2013, p. 6, tradução livre).

De modo semelhante, o conceito de caminhabilidade/pedonalidade (*walkability*), hoje associado a sustentabilidade (uso racional dos modos de transporte) e qualidade de vida urbana, também sofreu uma apropriação e uma deriva, qualificando-se como um conceito transdisciplinar. Sendo originário da tributação imobiliária (Ghidini, 2011), passou a ser usado para caracterizar bairros e cidades, até figurar nas modernas recomendações de saúde pública, ganhando crescente relevância à medida que a associação entre o sedentarismo, a obesidade e as comorbidades ganharam espaço na agenda de saúde.

De acordo com Ghidini (2011), o aumento da tributação sobre a propriedade imobiliária urbana ocorrida em Ottawa (1992), tendo como base os valores de mercado, levou a que alguns proprietários questionassem a sua adequabilidade e proporcionalidade e argumentando que, em muitos bairros, a necessidade e o uso de infraestruturas de circulação, subsidiadas por impostos imobiliários, era significativamente inferior, pois a maior parte dos habitantes desses bairros simplesmente caminhava para efetuar as suas deslocações quotidianas. Perante esse desafio/oportunidade, Chris Bradshaw (1993, apud Ghidini, 2011, p. 7) pensou em servir-se da possibilidade de mensurar o potencial de deslocação pedonal no quarteirão ou no bairro, usando-o como um sistema de avaliação ou índice portátil para calcular o valor tributário em razão das deslocações pedonais que pressionavam aos residentes – caminhabilidade. Inicialmente, Bradshaw (1993) utilizou 10 itens como indicadores de mensuração de “caminhabilidade”:

1. Densidade de pessoas nas calçadas;
2. Estacionamento para veículos;
3. Disponibilidade e quantidade de bancos (mobiliário urbano) utilizáveis pelos habitantes do bairro;
4. Oportunidade para estabelecer relações sociais (conversar, conhecer...);
5. Idade com que as crianças podem fazer percursos pedonais autônomos;
6. Avaliação feminina da segurança do bairro;
7. Sensibilidade do serviço de trânsito local;
8. Quantidade de locais importantes do bairro que possam ser enumerados pela vizinhança;
9. Estacionamento, acessibilidade e disponibilidade;
10. Calçadas: tamanho e conservação (Ghidini, 2011, p. 9).

Hoje, o conceito contemporâneo de *caminhabilidade* refere-se à capacidade que uma determinada área urbana apresenta para suportar, promover ou incentivar o caminhar, sendo medido frequentemente por meio de cinco

características (5 D): densidade; diversidade; design; acessibilidade ao destino; e distância aos transportes (Pereira, 2017, p. 33):

A densidade refere-se aos atributos de interesse por área geográfica, a diversidade à mistura de usos do solo, o design diz respeito ao desenho das ruas, a acessibilidade dos destinos refere-se à disponibilidade de destinos para viajar para, como e.g. comércio, serviços... e a distância aos transportes corresponde à distância física aos transportes públicos. Outras características, como a estética ou nível de segurança de um determinado espaço, que se considera como podendo também promover o caminhar, são frequentemente descritas como fazendo parte do nível de caminhabilidade de uma determinada área.

À medida que os modelos ecológicos alcançaram relevância na interpretação e compreensão dos comportamentos em saúde, enfatizando, entre outros, a influência da dimensão ambiental e política sobre o comportamento, como estando implicada na compreensão da motivação para desenvolver atividade física (Pereira, 2017; Edwards e Dulai, 2018), a dimensão qualitativa do ambiente construído, nomeadamente o conceito de caminhabilidade, entrou na equação dos fatores potenciadores de locomoção. Para Ghidini (2010, p. 2), a caminhabilidade é uma qualidade do lugar, e essa característica deve influenciar a motivação dos sujeitos, induzindo mais pessoas a adotarem a pedonalização como uma forma frequente de mobilidade para a resolução de tarefas e necessidades quotidianas (*instrumental walking*), ou para melhorar os seus índices de saúde física e mental (*health or leisure walking*), ao mesmo tempo que contribui para o (r)estabelecimento das relações de interdependência com as ruas e com os bairros. Para além dos benefícios físicos que estão associados ao caminhar ou andar de bicicleta (*cycling*), Edwards e Dulai (2018) admitem que, indiretamente, bairros mais acessíveis também têm sido associados a uma maior coesão e conectividade de vizinhança, menor isolamento social, maior segurança e menor criminalidade.

No entanto, existem algumas preocupações sobre a capacidade de caminhar como um construto, particularmente no que se refere aos idosos (65 +anos), fato que adiante vamos discutir.

A caminhabilidade como estratégia para promoção da saúde na pessoa idosa

Reconhecendo-se que um dos objetivos do projeto Cidades Saudáveis reside no combate à segregação dos residentes vulneráveis, importa, pois, compreender que as medidas preconizadas para promover o bem-estar e a qualidade de vida não devem estar exclusivamente orientadas para um segmento demográfico específico. Tal como sublinham Hoof et al. (2018, p. 3), uma cidade verdadeiramente amiga das pessoas idosas não está enfocada na satisfação das necessidades de uma geração específica, mas deve incluir e abranger todas as gerações: “Idealmente, os lugares para viver devem ser organizados para facilitar a interação social e promover um sentido da comunidade”.

Todavia, são diversos os autores que mencionam a necessidade de refletirmos criticamente sobre a demonstração dos benefícios que a caminhabilidade e as práticas de sociabilização em espaço público têm sobre a população idosa (Van Cauwenberg et al., 2011; Van Holle et al., 2014; Hwang e Ziebarth, 2015; Edwards e Dulai, 2018), encontrando metodologias de ajuste para identificação e avaliação das suas necessidades específicas, sobretudo por meio de estudos que avaliem os ambientes de forma objetiva e subjetiva.

Apesar de ser inquestionável a lista de benefícios que a atividade física têm para a saúde da pessoa idosa, nomeadamente na manutenção de níveis de mobilidade, equilíbrio e cognição, para além da redução do risco para algumas patologias (doença coronária, hipertensão, diabetes tipo 2, carcinoma do cólon e da mama, entre outras) (WHO, 2010), a literatura é menos abundante em estudos que examinem a associação específica entre a caminhabilidade e os benefícios da atividade física de baixa intensidade para a populações idosas, tendo sido publicados pela primeira vez em 2014 os resultados de um estudo envolvendo a população europeia, realizado por Van Holle et al. (2014).

Uma revisão da literatura sobre a temática da caminhabilidade *vs* atividade física produzida por Orstad (2017, apud Edwards e Dulai, 2018) sublinha a importância metodológica de se compararem medidas objetivas de fatores ambientais que influenciam a caminhabilidade e a atividade física com medidas subjetivas, nomeadamente por meio de questionários validados para a idade e

gênero: “o ambiente de vizinhança percebido e o ambiente de vizinhança medido objetivamente são construtos relacionados, mas distintos e essa distinção explica a variação única na atividade física” (Orstad, 2017, apud Edwards e Dulai, 2018, p. 2).

Van Cauwenberg et al. (2011) havia alertado para as desigualdades de relação encontradas entre diferentes grupos etários quando avaliavam atividade física – ambiente construído. A associação mais fraca verificada em grupos de idosos demonstrava a necessidade de se produzirem avaliações mais detalhadas do ambiente físico para que melhor se conheça a relação das pessoas idosas com a atividade física. Caminhar por lazer é uma forma relativamente comum de atividade física encontrada entre idosos (Van Holle et al., 2014), todavia a presença de obstáculos físicos, como escadas, piso irregular ou ambientes pouco iluminados e inseguros ao longo do percurso, podem ser particularmente problemáticos para uma população que detém níveis de restrição na sua mobilidade:

As medidas geográficas [utilizadas] podem não capturar variações locais nas características ambientais, que influenciam o modo como as pessoas mais velhas são capazes de se deslocar no seu ambiente externo ou formularem opções.

[...] As percepções subjetivas levam em consideração a facilidade ou dificuldade de mobilidade no ambiente tendo como base vários atributos pessoais: saúde física ou mental; medo de cair; confiança e domínio do meio ambiente e a perspectiva de possíveis benefícios (Edwards e Dulai, 2018, p. 2, tradução livre).

No que diz respeito aos principais resultados alcançados pelo primeiro estudo europeu produzido por Van Holle et al. (2014), envolvendo a população idosa belga (65 +anos), no qual se avalia a caminhabilidade *vs* atividade física, releva o fato de que, para além das qualidades ambientais que qualificam a caminhabilidade, fatores como rendimento e ocupação influenciam a frequência, duração e intensidade dessa mesma atividade física, predominando, nessa faixa etária, a atividade física de baixa intensidade, cuja prática decresce em pessoas com menores rendimentos e maior ocupação adicional na reforma.

Nessa investigação, observou-se que os idosos residentes em bairros de caminhabilidade mais elevada acumulavam semanalmente mais minutos de atividade física pedonal associados com a satisfação de rotinas quotidianas (*instrumental walking*), evidenciando uma associação positiva e esperada com atividade física de baixa intensidade, quando comparados com os seus pares residentes em bairros de baixa caminhabilidade. Van Holle et al. (2014, p. 6) justificam esse fato por, presumivelmente, os moradores de bairros de baixa caminhabilidade gastarem mais tempo em atividades realizadas em ambientes fechados, como limpar ou realizar tarefas domésticas, uma vez que essas atividades podem ser fisicamente menos exigentes e de duração mais curta do que as atividades realizadas ao ar livre envolvidas nas deslocações quotidianas. Por outro lado, idosos residentes em bairros de renda e caminhabilidade mais elevada evidenciavam níveis mais altos de atividade física de baixa intensidade, objetivamente medidos, do que os seus pares residentes em bairros menos favorecidos, com diferenças estatisticamente significativas, ao passo que estes últimos acumulavam mais minutos em práticas recreacionais envolvendo atividade física moderada ou vigorosa.

Ainda de acordo com os investigadores (Van Holle et al., 2014), 65% dos participantes admitiram acumular pelo menos duas limitações físicas, com conseqüentes implicações na realização de atividades instrumentais da vida diária (AIVD: ir às compras, gerir dinheiro, uso de telefone, limpar, cozinhar, usar transportes), fato que pode justificar a maior prevalência de atividade física de baixa intensidade associada a deslocações necessárias para a rotina diária:

O acesso a destinos (por exemplo, lojas, serviços públicos, locais de interação social) nas proximidades da residência podem constituir um correlato ambiental essencial por de trás dessa relação significativa. [...] No entanto, ter destinos próximos refere-se apenas a um dos três componentes da capacidade de mobilidade (ou seja, diversidade do uso do solo), enquanto que o índice de caminhabilidade também inclui a conectividade de ruas e a densidade residencial. Ambos os fatores têm sido associados positivamente com a caminhada relacionada ao transporte de idosos em alguns estudos anteriores (Van Holle et al., 2014, p. 6).

Embora, neste estudo, a qualidade de caminhabilidade do lugar não estivesse associada com práticas de atividade física para lazer ou recreação, ou com qualquer uso de mobilidade em bicicleta (*cycling*), fato provavelmente consequente com as incapacidades físicas relatadas pelos participantes, Van Holle et al. (2014) alertam para o potencial significado que outros aspectos do ambiente físico podem ter na explicação da prática de atividade física recreativa entre idosos, como a presença de parques, ou espaços de circulação e níveis de tráfego seguros. Adicionalmente, fatores socioecológicos que estão para além do ambiente físico, como o apoio social ou a força da rede social onde o sujeito se insere, podem estar mais relacionados com a atividade física de recreação nessa faixa etária.

A importância da segurança da pessoa idosa no ambiente físico

De acordo com a WHO (2002), a segurança é um dos pilares do envelhecimento ativo e saudável, sendo essencial para a manutenção da capacidade cognitiva e funcional das pessoas idosas. Nesse contexto, o ambiente físico detém um forte impacto na segurança das pessoas idosas, quer em espaços públicos ou no domicílio, sendo importante produzir estratégias e programas orientados para a adaptação responder às necessidades e limitações deste público-alvo (DGS, 2017).

De acordo com a literatura (Gyllencreutz e Saveman, 2015), metade de todas as quedas entre idosos ocorrem em ambientes exteriores (públicos ou privados), sendo que a sua maioria está associada com atividades de mobilidade quotidiana, como caminhar, andar de bicicleta e participar em atividades de socialização.

Tal como já foi mencionado, para além das condições objetivas relacionadas com a caminhabilidade, importa que as condições físicas dos traçados, dos espaços públicos e das residências sejam seguras e não coloquem em risco a pessoa idosa. De acordo com o *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes* (2012), sabe-se que, em Portugal, o grupo etário de 65 +anos representa 14% das vítimas de acidentes de trânsito, sendo que o fator idade contribui de forma significativa

para a mortalidade em geral e representando os idosos 29% dos peões mortos. Relativamente aos acidentes domésticos, 14% das vítimas são idosos, maioritariamente mulheres, uma vez que o espaço doméstico é o principal local de ocorrência de sinistralidade.

No caso dos EUA, de acordo com o Center for Disease Control and Prevention (CDC), citando um relatório de 2012 produzido pelo HCUPnet⁴, contabilizam-se 3 milhões de atendimentos de emergência gerados por quedas de pessoas idosas, o que corresponde a, aproximadamente, 800 mil internamentos/ano. Por esse motivo, as questões que envolvem a segurança da pessoa idosa em espaço urbano devem envolver quer o espaço público – adaptações da rede de transporte coletivo, sinais de trânsito, qualidade das calçadas entre outros –, como também o espaço doméstico, que, progressivamente, deve estar adaptado às condições físicas e cognitivas da pessoa idosa (Bodstein et al., 2014). Para além dos efeitos físicos e imediatos associados às quedas nos idosos, esse tipo de acidente acarreta consequências psicológicas significativas, quer para o idoso quer para os seus cuidadores ou familiares. De acordo com Carmo (2014), mesmo não havendo lesão física associada à queda, o “medo de cair”, que se caracteriza por: “Uma preocupação exagerada de queda que leva ao excesso de restrição de atividades” (Lach, 2005, p. 45, apud Carmo, 2014, p. 26), pode estar associado a um conjunto de consequências que impactam negativamente a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa idosa:

- Diminuição da autoconfiança e redução da interação social;
- Restrição do nível de atividade;
- Perda de autonomia;
- Confusão e depressão.

Importa, pois, ampliar esforços para garantir um ambiente físico seguro para a pessoa idosa, de modo a reduzir os efeitos incapacitantes que podem secundar esse tipo de ocorrência: “No que temos sido menos bons é a pensar nos efeitos incapacitantes da doença. Temos de pensar mais na redução da incapacidade.

Muitas pessoas têm mais medo de ficar incapacitadas, dependentes, do que de morrer” (Jagger, 2018, apud Pereira, 2018).

Um estudo realizado na Suécia, com recurso a coinvestigação por meio do uso de grupos focais envolvendo idosos ativos, publicado por Gyllencreutz e Saveman (2015), com o objetivo de melhorar a segurança de espaços públicos frequentados por idosos em percursos pedonais habituais, sugeriu às autoridades municipais a adoção de um conjunto de medidas, entre as quais se destacam:

1. Dotar os percursos urbanos [partilhados] de sinalização consistente, informando adequadamente pedestres e ciclistas;
2. Melhorar a iluminação ambiente noturna em trajetos pedonais e clicáveis, ampliando a sensação de segurança para além da introdução de sinalização horizontal por meio de leds incrustados no pavimento;
3. Melhorar a aderência nas transições de plano em calçadas, evitando degraus, mas colocando piso não escorregadio, com limitação de velocidade para os ciclistas em trajetos partilhados;
4. De acordo com a estação do ano, a limpeza das calçadas/trajetos deveria ser melhorada, tornando-as menos escorregadias, fato que obriga muitos pedestres a procurarem o eixo pedonal central para contrariar esse efeito.

De acordo com os participantes, a adoção dessas medidas, a aplicar em espaços públicos urbanos, ampliaria o grau de atividade física por meio de caminhada destinada a organizar a sua rotina diária.

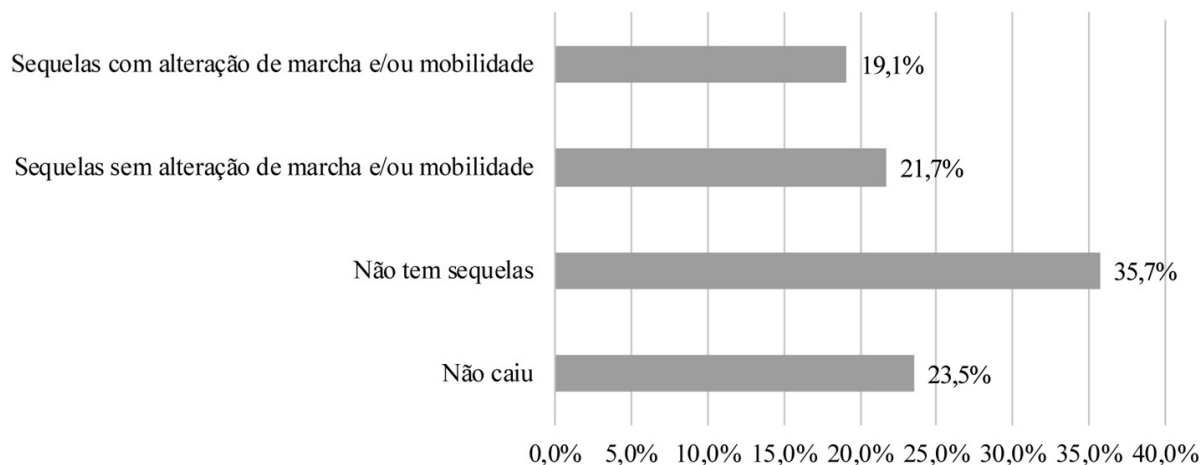
De igual modo, os níveis de segurança dentro das habitações onde residem pessoas idosas também devem ser avaliados e progressivamente adaptados às suas limitações e necessidades. Para além de um conjunto de itens de segurança externos (iluminação, aderência do piso e calçado adequado), alguns autores identificam fatores de risco endógenos do envelhecimento com impacto no risco de queda: diminuição da acuidade visual e auditiva, mudança de postura e má mobilidade, uso de medicação ou polimedicação (Oliveira et al., 2017).

Num estudo realizado na área urbana de Coimbra, Portugal, e publicado por Almeida et al. (2019), envolvendo uma amostra de 115 idosos com a idade média de 80,4 anos (min. 65 anos, max. 98 anos), verificou-se que 48,7% (n= 56) dos sujeitos viviam sozinhos. Observou-se que apenas 22,6% (n= 26) dos participantes ainda detinham autonomia para efetuar deslocações quotidianas, utilizando preferencialmente transporte público. Dos idosos não autônomos em termos de mobilidade quotidiana, 24,3% (n= 28) dependiam da família/amigos para satisfazer as suas necessidades de deslocação, e 48,7% (n=56) dependiam de instituições cuidadoras de idosos para suprir essa necessidade. Esse valor pode ser justificado pelas restrições de mobilidade que enfrentavam 14,8% (n=17) dos idosos participantes, necessitando diariamente do uso de andador ou cadeira de rodas para se moverem. No total, 46,1% da amostra (n=53) não realizavam qualquer atividade física semanal, e apenas 9,6% realizavam atividade física com frequência adequada (≥ 3 vezes por semana, pelo menos 20 minutos), ainda que de baixa intensidade.

Quando foi avaliada a segurança na habitação, verificou-se que 76,5% (n= 88) já havia sofrido algum tipo de queda, tendo esta ocorrido maioritariamente no espaço residencial (41,7%, n=48), ao passo que 34,8% (n=40) declaram ter caído na rua.

Nesse contexto, relativamente aos idosos que declararam já ter caído, 36,5% (n=42) informaram que esse incidente ocorreu nos últimos 12 meses. Quando foi pedida a apreciação subjetiva sobre a existência de algum tipo de limitação relacionada com esse tipo de acidente, 19,1% (n=22) declararam ter ficado com algum tipo de sequela que implicava alteração da marcha ou da mobilidade (figura 5). Adicionalmente, encontrou-se uma relação significativa entre as AIVD e os prejuízos causados por quedas ($\chi^2 = 14,261$; $p = 0,027$), com maiores níveis de dependência encontrados entre idosos com sequelas pós-queda, com alterações na marcha ou na mobilidade e conseqüente aumento da incapacidade.

Figura 5 – Limitações físicas geradas por quedas numa amostra de idosos



Fonte: Oliveira et al., 2019.

Nota: Amostra composta por 115 idosos residentes na área urbana de Coimbra, Portugal (2017).

De modo a minorar o risco de acidentes em espaço doméstico e correspondendo a boas práticas referenciadas pela OMS (2007) e pela *American Association of Retired Persons* (2005), identificamos em Portugal, no domínio das políticas públicas municipais, a autarquia de Pombal, que desenvolveu um programa de apoio à adaptação da habitação da pessoa idosa ou com incapacidade, com o objetivo de fomentar a capacidade de permanência autônoma na habitação da pessoa idosa ou com incapacidade, reduzindo riscos funcionais e adequando os espaços e as suas acessibilidades às suas restrições ou necessidades – Programa de Apoio Municipal para Adaptação e Requalificação de Habitações (AMPARHA, 2016). Esse programa, em vigor no último quadriênio, tem como destinatários privilegiados idosos (65 +anos) ou pessoas com incapacidade, que residam em habitação própria, arrendada ou cedida a título gratuito (comodato) e que evidenciem insuficiência econômica (rendimento *per capita* $\leq 2 \times$ IAS [Indexante de Apoio social= 435.76€] 2019). Os recursos financeiros afetos a esse programa encontram-se devidamente inscritos no Plano de Atividades Municipais, podendo o valor máximo de apoio por intervenção atingir os 2.500€ por candidatura anual.

Esse tipo de política pública municipal, baseado em boas práticas de apoio à autonomia da pessoa idosa e com deficiência, fomentando a sua autonomia e reduzindo o risco de acidente no anterior da habitação, constitui um exemplo que, depois de avaliado, deveria ser replicado e ampliado como instrumento de atuação “amigo da pessoa idosa e/ou com incapacidade”.

Considerações finais

Demonstrou-se que, de um modo paulatino, o processo de envelhecimento demográfico segue uma tendência crescente de consolidação regional, observando-se uma prevalência superior nas áreas urbanas com consequências diretas na qualidade de vida dos residentes, na sua autonomia e no modo como estes organizam as suas rotinas quotidianas.

Desde a década de 1960, como reação ao modelo de crescimento urbano do pós-guerra que se antevia ineficaz e insustentável, que os conceitos de *livable communities*, entre outros, foram amplamente discutidos, transferindo os seus argumentos, em fase posterior, para a saúde pública, em face da alteração observada no perfil de saúde das sociedades ocidentais, onde algumas das morbimortalidades evitáveis poderiam ser minoradas pela adoção de estilos de vida saudáveis, fato enfatizado pelo projeto Cidades Saudáveis.

Por imperativos de sustentabilidade e de autonomia, os novos conceitos de mobilidade urbana exigem que o desenho da cidade e a sua gestão sejam reformatados à medida que são confrontados com as exigências do envelhecimento e das mudanças climáticas, numa lógica de sustentabilidade. É agora inquestionável a prioridade que deve ser dada à satisfação das múltiplas necessidades dos residentes urbanos sem comprometer a fruição, a pertença e a autonomia. As ruas, importantes eixos de circulação, onde a prioridade automóvel está a ser revista, devem acomodar estratégias potenciadoras de mobilidade suave e sustentável centrada nas pessoas. A cidade e os espaços públicos de circulação e lazer têm um importante papel social a cumprir, repensando o contexto de multifuncionalidade, acessibilidade e habitabilidade e

contribuindo para ligar pessoas, melhorar as condições de segurança, autonomia e pertença de todos os habitantes, mas, particularmente, dos mais vulneráveis. Para tornar o espaço público seguro e fruível, é importante que os diferentes modos de transporte a acomodar na cidade assegurem conectividade entre lugares, permitindo uma utilização diária e confortável. No caso dos idosos, a necessidade de conectividade parece estar ligada à satisfação de necessidades quotidianas, contribuindo para o acumular de minutos de atividade física e socialização: “A população idosa deseja realizar suas atividades com independência e participa ativamente de eventos sociais, culturais e familiares, necessitando de autonomia e segurança, para garantir mobilidade e qualidade de vida” (Micheletto, 2011).

A par dos novos hábitos associadas à mobilidade suave/alternativa em meio urbano, tal como demonstraram Gyllencreutz e Saveman (2015), é urgente e necessário que novas regras sejam definidas, especialmente quando abordamos a problemática de percursos urbanos partilhados por peões e por veículos elétricos com motor, sejam bicicletas ou trotinetas. São diversas as cidades europeias que, num passado recente, passaram a disponibilizar esse tipo de transporte alternativo, ainda que com graves lacunas legislativas, nomeadamente quando se trata de harmonizar a sua presença com a segurança dos peões e com os respectivos códigos rodoviários, nacionais ou locais. Essa questão ganhou crescente relevância após a divulgação daquilo que parece ter sido, à data, o primeiro acidente mortal em espaço europeu, ocorrido após a colisão de uma trotinete com um peão (cidadã com 90 anos), na cidade de Barcelona (Garcia, 2018). Um estudo produzido por Trivedi et al. (2019), tendo como universo dados recolhidos em unidades de emergência médica de dois hospitais do sul da Califórnia, (setembro de 2017 a agosto de 2018), revelou que, dos 249 acidentes validados, 8,4% (n= 21) envolviam ferimentos em peões.

Para além da crescente reformulação que as questões de segurança devem merecer a propósito do uso partilhado do espaço público, demonstrou-se, de igual modo, a pertinência e a oportunidade de melhoria no que se refere às questões de

segurança da pessoa idosa na habitação, protagonizadas por políticas públicas locais orientadas para a proteção dos mais vulneráveis.

O envelhecimento da população e a urbanização são o culminar bem-sucedido de um processo de desenvolvimento humano, uma conquista civilizacional, pelo que temos a responsabilidade ética e moral de continuar uma discussão prolífica e partilhada capaz de contribuir para a sua melhoria contínua.

Referências

- ALMEIDA, A. *Avaliação da capacidade funcional e fatores associados nos idosos em centro de dia e apoio domiciliário no concelho de Coimbra* (dissertação). Universidade de Coimbra, 2017.
- _____ et al. (eds.). *Manual de Boas Práticas: prevenção de quedas em idosos*. Coimbra: Cáritas Diocesana de Coimbra, 2017.
- AMPARHA – Programa de Apoio Municipal para Adaptação e Requalificação de Habitações. Câmara Municipal de Pombal; 2016. <https://www.cm-pombal.pt/2016/03/30/programa-de-apoio-municipal-para-adaptacao-e-requalificacao-de-habitacoes/>.
- BLECH, J. *Os inventores de doenças*. Porto: AMBAR, 2006.
- BODSTEIN, A. et al.. “A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidades de uma política de resiliência eficaz”. *Ambiente & Sociedade*, v. XVII, n. 2, p. 157-74, abr.-jun. 2014.
- CABRAL, M. V. et al.. *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.
- CARMO, I. *Risco de queda em idosos na comunidade: contributo para a construção de um instrumento de avaliação* (dissertação). Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014.
- CUMMING, E. e Henry, W. E. *Growing old: the process of disengagement*. Nova York: Basic Books, 1961.
- DGS – Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Saúde Escolar; Divisão Saúde Escolar*. 2006. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/ficheiros-externos/programa-nacional-de-saude-escolar-pdf.aspx>.
- _____. *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-estar (ENPAF)*. 2016.

- _____. Ministério da Saúde. *Estratégia para o envelhecimento ativo e saudável: 2017-2025*. Jul. 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- EASTERLIN, R.A. et al. “The impact of modern economic growth on urban–rural differences in subjective well-being”. *World Development*, v. 39, 2.187-98, 2011.
- EDWARDS, N. e DULAI, J. “Examining the relationships between walkability and physical activity among older persons: what about stairs?”. *BMC Public Health*, v. 18, n. 1, p. 1.025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5945-0>.
- GARCIA, J. “Muere un peatón arrollado por un patinete eléctrico por primera vez en España”. *El País*, 29 nov. 2018. Disponível em: https://elpais.com/ccaa/2018/11/28/catalunya/1543417335_555775.html.
- GHIDINI, R. “A caminhabilidade: medida urbana sustentável”. *Revista dos Transportes Públicos – ANTP*, ano 33, 2011.
- GRAGNOLATI, M. et al. *Growing old in an older Brazil: implications of population aging on growth, poverty, public finance and service delivery*. Washington: The World Bank Publications, 2011.
- GYLLENCREUTZ, L. e SAVEMAN, B. “Everyday outdoor mobility in old age: focus group interviews with active senior citizens”. *Healthy Aging Research* 4:32, 2015.
- HAESBAERT, R. “Território, poesia e identidade”. *Espaço e cultura*, n. 3, , 1997. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/espacoecultura/article/viewFile/6708/4786>.
- HAVIGHURST, R. “Successful Aging”. *The Gerontologist*, v. 1, p. 8-13, 1 mar. 1961. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>.
- HOOFF, Joost van et al. “The challenges of urban ageing: making cities age-friendly in Europe”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 15, n. 11, nov. 2018.

- HWANG, E. e ZIEBARTH, A. “Walkability features for seniors in two livable communities: a case study”. *Housing and Society*, v. 42, n. 3, p. 207-21, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08882746.2015.1121681>.
- INSTITUTE FOR HEALTH AND EVALUATION. *GBD 2017*. University of Washington. Disponível em: <http://www.healthdata.org/>.
- LAGERROS, Y. T., LAGIOU, P. “Assessment of physical activity and energy expenditure in epidemiological research of chronic diseases”. *European Journal of Epidemiology*, v. 22, n. 6, p. 353-62, 2007.
- MAGALHÃES, A. et al. “Vicinity of schools, but not of residences, seems to regulate physical and sports activities of 13-year-old teenagers in a South European setting”. *J Phys Act Health*, p. 1-20, 24 out 2016.
- MARQUES DA COSTA, E. “Cidades Saudáveis, saúde e sustentabilidade: dos conceitos às orientações de política na UE”. In _____ e LIMA, S. C. (orgs.). *Construindo Cidades Saudáveis*. Uberlândia: Assis, 2013, p. 41-59.
- MICHELETTO, T. “O risco do idoso pedestre nas vias urbanas”. São Paulo: Companhia de Engenharia de Tráfego, 2011. Disponível em: <http://www.cetsp.com.br/media/96549/nt219.pdf>.
- PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES. *Projeto: com mais cuidado*. Ministério da Saúde, 2012.
- NOSSA, P. “Participação, governação e inclusão: os contributos da rede de Cidades Saudáveis no domínio da saúde e do trabalho”. In SOARES, B. et al. (orgs.). *Construindo Cidades Saudáveis: utopias e práticas*. Uberlândia: Ed. Assis, 2017, p. 123-60.
- OECD. *Ageing in the cities*. Paris: OECD Publishing, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231160-en>
- _____. *Ageing: debate the issues*. Paris: OECD Publishing, Paris, 2015. (OECD Insights). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264242654-en>.
- OLIVEIRA, A. et al. “Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: a cross-sectional study”. *Acta Med Port*, v. 32, n. 10, p. 654-60, out. 2019. Disponível em:

<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11974>.

OPAS/OMS. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília; 2005.

PEREIRA, A. “Formar idosos para trazerem as vozes de idosos mais excluídos”. *Público*, 16 out. 2015. Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/formar-idosos-para-trazerem-as-vozes-de-idosos-mais-excluidos-1711314?page=-1>.

_____. “E se os hospitais tivessem um serviço só para idosos?”. *Público*, 21 jun. 2018. Disponível em: <https://www.publico.pt/2018/06/21/sociedade/noticia/um-servico-hospitalar-so-para-os-mais-velhos-1835293>.

PEREIRA, S. *Ambiente construído – atividade física: uma equação para a saúde – perspectiva interdisciplinar sobre a construção da cidade saudável* (tese). Universidade de Lisboa, 2017.

REBELO-MARQUES, Alexandre et al. “Aging hallmarks: the benefits of physical exercise”. *Frontiers in Endocrinology*, v. 9, p. 1-15, 2018.

RESENDE-OLIVEIRA, C. et al.. “Growing old in Portugal”. In LI, Yushi (Boni) (ed.). *Global aging issues and policies: understanding the importance of comprehending and studying the aging process*. Springfield, Illinois: Charles Thomas - Publishers, Ltd., 2013, p. 196-209.

SÁ-MOURA, Bebiana et al. “Bridging health and social care with the citizens – the case of EIT Health Project ‘Healiq4cities’ and ‘Praça Vida+’, in Portugal”. *Care Weekly*, v. 2, 2018, p. 21-24. SARTOR, B. *A prevalência da violência contra idosos no contexto do envelhecimento populacional e dos cuidados continuados de saúde no Brasil com uma contribuição da experiência portuguesa* (dissertação). Universidade de Coimbra, 2014.

SMEDLEY, T. “Are urban environments best for an ageing population? Disponível em: <https://www.theguardian.com/sustainable-business/blog/urban-environments-ageing-population-design>.

- SORENSEN, J. F. L. "Rural-urban differences in life satisfaction: evidence from the European Union". *Regional Studies*, v. 48, p. 1.451-66, 2014.
- STANFORD CENTER ON LONGEVITY. *Livable community indicators for sustainable aging place*. 2013. Disponível em: <http://longevity3.stanford.edu/wp-content/uploads/2013/03/mmi-livable-communities-study.pdf>.
- TORNSTAM, L. "The quo vadis of gerontology: on the scientific paradigm of gerontology". *The Gerontologist*, v. 32, p. 318-26, 1992.
- TRIVEDI et al. "Injuries associated with standing electric scooter use". *JAMA Network Open*, v. 2, n. 1, 2019.
- UNITED NATIONS (A). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Urbanization Prospects: the 2018 Revision (ST/ESA/SER.A/420)*. Nova York: United Nations, 2019. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/publications/2018-revision-of-world-urbanization-prospects.html>.
- _____ (B). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *Population Facts, n.º 2019/2*, abr. 2019.
- _____ (C). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects 2019: Highlights*, jun. 2019. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/>.
- _____ (D). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Urbanization Prospects 2018: Highlights (ST/ESA/SER.A/421)*. Nova York, 2019. Disponível em: <https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-Highlights.pdf>.
- VAN CAUWENBERG, . et al. "Relationship between the physical environment and physical activity in older adults: a systematic review". *Health Place*, v. 17, p. 458-69, 2011.
- VAN HOLLE et al. "Relationship between neighborhood walkability and older adults' physical activity: results from the Belgian Environmental Physical

Activity Study in Seniors (BEPAS Seniors)”. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, n. 11, 2014. Disponível em: <http://www.ijbnpa.org/content/11/1/110>.

WIRTH, L. “O urbanismo como modo de vida”. In VELHO, O. (org.). *O fenómeno urbano*. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

WHO. *Active ageing: a policy framework*. Geneva, 2002.

_____. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>

_____. *World Population Prospects: the 2010 Revision*. Disponível em: <http://www.esa.un.org/unpd/wpp>.

_____. *Draft 1: global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva, 2015.

_____. *European Healthy Cities Network*. Geneva, 2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network>.

Notas

¹ A *capacidade funcional* (como capacidade ventilatória, força muscular e débito cardíaco) aumenta durante a infância e atinge seu máximo nos primeiros anos da vida adulta, entrando em declínio em seguida. A velocidade do declínio, no entanto, é fortemente determinada por fatores relacionados ao estilo de vida na vida adulta – como, por exemplo, tabagismo, consumo de álcool, nível de atividade física e dieta alimentar – assim como por fatores externos e ambientais. [...] A aceleração no declínio pode sofrer influências e ser reversível em qualquer idade através de medidas individuais e públicas (OMS, 2005, p. 15).

² Estilo de vida: conjunto de hábitos e comportamentos de resposta a situações do dia a dia, aprendidos por meio do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006, p. 15).

³ Atividade física: contempla qualquer movimento realizado pela musculatura esquelética do corpo (os principais músculos) que resulte num dispêndio energético acima dos valores de repouso. Exercício físico compreende toda a prática consciente de atividade física, realizada com um objetivo específico (ex.: melhorar a saúde) e bem delineada no tempo, com ou sem prescrição. É geralmente uma prática planejada. Os idosos devem fazer pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada durante a semana ou fazer pelo menos 75 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa durante a semana ou uma combinação equivalente de atividade moderada e de intensidade vigorosa (ENPAF-DGS, 2016).

⁴ HUCUPnet – Health Care Cost and utilization Project. Disponível em: <https://hcupnet.ahrq.gov/#setup>.