

Santinha, Gonçalo; Marques, Sara  
Ambiente construído, saúde pública e políticas públicas: uma discussão à luz de  
perceções e experiências de idosos institucionalizados  
Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 1047-1060  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263644024>

# Ambiente construído, saúde pública e políticas públicas: uma discussão à luz de percepções e experiências de idosos institucionalizados

## Built environment, public health and public policies: understanding institutionalised older people's behaviour

### Gonçalo Santinha

Universidade de Aveiro. Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território. Aveiro, Portugal.  
E-mail: g.santinha@ua.pt

### Sara Marques

Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Aveiro, Portugal.  
E-mail: srita@ua.pt

### Resumo

O impacto do ambiente construído na saúde das populações há muito que é reconhecido. Com efeito, esta ligação remonta ao século XIX. Dado o aumento da esperança de vida, as políticas públicas começaram, mais recentemente, a dar particular atenção à maximização da saúde e das capacidades funcionais das pessoas idosas. A ideia consiste em considerar a população idosa não como um problema, mas, antes, como um desafio e como o resultado de um substancial desenvolvimento social, económico e territorial. Como tal, iniciativas do tipo cidades/comunidades amigas dos idosos ganharam protagonismo, reconhecendo-se por esta via o impacto que o desenho, os serviços e as amenidades produzem na saúde e no bem-estar das pessoas. Essas iniciativas, porém, tendem a negligenciar o importante papel que as instituições de apoio à terceira idade detêm na sociedade. É objetivo deste artigo perceber o impacto que o ambiente construído envolvente a essas instituições produz no comportamento dos seus utentes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 88 pessoas idosas, com idade média de 75 anos, de 11 instituições localizadas no Distrito de Aveiro, Portugal, representando diferentes padrões geográficos. Foram, igualmente, entrevistadas algumas das pessoas que aí exercem a sua atividade profissional. Embora globalmente os utentes sintam-se satisfeitos com a localização da instituição, foram referidas inúmeras barreiras associadas ao desenho urbano. Os resultados alcançados permitem realçar a importância de se realizar estudos dessa natureza e, consequentemente, reforçar, ao nível das políticas públicas, a ligação da saúde pública com o ordenamento do território.

### Correspondência

Gonçalo Santinha  
Universidade de Aveiro. Campus Universitário de Santiago.  
Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território.  
Aveiro, Portugal. 3810-193.

**Palavras-chave:** Ambiente Construído; Saúde Pública; Políticas Públicas; Envelhecimento; Instituições de Apoio à Terceira Idade.

## Abstract

The importance of the built environment in shaping health outcomes does not come as a surprise. In fact, the linkage between these issues dates back to the 19<sup>th</sup> century, known as the sanitary revolution. Due to the increase in life expectancy, public policies more recently began focusing on how to maximize the health and functional capacity of the elderly. The idea is to look at population ageing not as a problem but rather as a challenge and a legacy of prosperous social, economic and spatial development. As such, initiatives like age-friendly cities/communities have come to the forefront worldwide, recognizing that the design, utilities and amenities of places affect the health and well-being of older people. However, these initiatives tend to neglect the important role supportive care facilities play for a considerable number of older people. This paper seeks to understand the impact of the neighbourhood environment of supportive care facilities on older people's behaviour. Data for the study were gathered from 11 facilities of the Aveiro District, Portugal, located in places with different geographical patterns. Semi-structured group interviews were conducted with 88 older persons with an average age of 75, as well as with the institutional setting's personnel. Although, overall, older people are satisfied with the location of their facility, barriers concerning the design of the built environment were largely mentioned. The results achieved provide additional insights for public policies and to strengthen the link between public health and spatial planning.

**Keywords:** Built Environment; Public Health; Public Policies; Ageing; Supportive Care Facilities.

## Introdução

O impacto do ambiente construído na saúde dos indivíduos há muito é reconhecido, com raízes no século XIX. Com efeito, na sequência das deslocações massivas de populações das áreas rurais para as urbanas, no âmbito da revolução industrial, diversos centros urbanos, particularmente na Europa e nos EUA, foram afetados por epidemias de doenças infectocontagiosas, como sejam a cólera e a tuberculose (Hall, 1980). Não estando preparados para acomodar a enorme deslocação de pessoas que se verificou, quer do ponto de vista das habitações, quer em termos das infraestruturas (especialmente de abastecimento de águas e saneamento), os centros urbanos cedo começaram a ficar lotados e a constituir focos de doenças e de baixa qualidade de vida. A resposta necessitou de uma clara articulação entre as questões de ordenamento físico do território e as questões de saúde, motivando a construção de espaços mais amplos e ventilados, com áreas verdes integradas e, inclusive, a separação funcional de certas atividades. É nesse contexto que surge, por exemplo, o movimento da *cidade jardim* de Ebenezer Howard.

Ainda que por razões distintas, essa articulação continuou a ser visível nas décadas que se seguiram, observando-se, porém, uma fragmentação no período posterior à Segunda Guerra Mundial (Kidd, 2007, p. 170): "As infectious diseases were reduced or eliminated, town planning increasingly concentrated on issues, less evidently connected to public health, while advances in medicine saw a shift in power and resources to therapeutic hospital-based health services". Mais recentemente, a relação entre as duas áreas tem ganho um novo folego, à medida que se foi percebendo o alcance da definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946 (não meramente a ausência de doença ou enfermidade) e que o tipo e o local de habitação produzem claros efeitos no bem-estar físico, mental e social dos cidadãos (Kidd, 2007). Com particular ênfase já no século XXI, vários são os trabalhos académicos que procuram aprofundar essa temática, seja no sentido de compreender o impacto do ambiente construído em questões particulares associadas à saúde, seja no sentido de repensar os processos de formulação de

políticas públicas de forma a considerar conjuntamente os dois domínios de intervenção. Ao primeiro grupo referem-se os trabalhos desenvolvidos por Velasquez-Melendez et al. (2013) sobre a obesidade; por Tomprowski e Taylor (2013), sobre a saúde mental; por Dunton et al. (2012) e Koohsari et al. (2013), sobre a atividade física; por Martins et al. (2012), sobre patologias do foro respiratório; e por Parra et al. (2010), sobre vários atributos associados à qualidade de vida. Em comum, esses autores mostram que a saúde ou a adoção de estilos de vida saudável estão fortemente relacionadas com o ambiente construído. Quanto ao segundo grupo, sublinhe-se o número especial da revista *Planning Theory and Practice* (Crawford et al., 2010) dedicado precisamente a essa questão ou os trabalhos recentemente publicados por Carmichael et al. (2013) e Santinha (2013). É, pois, perante essas circunstâncias que as políticas de base territorial (re)começam a ser consideradas como veículos importantes para lidar com o bem-estar, a sustentabilidade e a vivência das comunidades, constituindo consequentemente fatores cruciais para lidar com as disparidades sociais e de saúde (Corburn, 2005).

Com o fenômeno do envelhecimento populacional tem-se observado um crescente interesse em analisar a relação entre o ambiente construído e a saúde pública para o caso concreto das pessoas idosas. Os estudos recentemente desenvolvidos por Hurdakova e Hornakova (2011), sobre a relação entre a mobilidade dos idosos e a sua qualidade de vida, e por Sarkar, Gallacher e Webster (2013), acerca do impacto do ambiente construído na saúde mental dos idosos, ilustram a apostila que se tem efetuado nesse domínio de investigação científica. No cerne desses trabalhos parte-se da premissa de que com o avançar da idade as pessoas ficam mais sensíveis ao espaço físico que as rodeia, podendo este constituir uma barreira ou, pelo contrário, um fator catalisador para uma vida mais saudável e ativa na sociedade.

Na discussão em torno do ambiente construído, e principalmente desde a transição do século, o conceito de acessibilidade geográfica tem sido lançado ao debate para o caso particular dos idosos. Com efeito, à ideia de desenhar habitações mais acessíveis para pessoas com mobilidade reduzida a discussão tem acrescentado uma outra dimensão: o planeamento

e o desenho do ambiente construído envolvente à habitação levando em consideração o envelhecimento populacional (Burton; Mitchell, 2006). Impulsionadas pela noção de *ageing in place*, que elege a manutenção da pessoa idosa no seu local de residência como meio preferencial de vida, mesmo quando confrontada com alterações de condições de subsistência, como a perda de rendimentos ou a diminuição do estado de saúde (Martin et al., 2012), iniciativas diversas como *comunidades amigas dos idosos* (Alley et al., 2007), *liveable communities* (AARP, 2005), *liveable neighbourhoods* (Jones, 2003), *cidades amigas dos idosos* (OMS, 2009), *comunidades sustentáveis* (United Kingdom, 2003) *walkable communities* (Burden; Lagerwey, 1999) ou mesmo *streets for life* (Burton; Mitchell, 2006), surgem nesse contexto. Em comum, essas iniciativas realçam quatro questões em concreto: i) as características do ambiente construído podem restringir ou contribuir para a independência das pessoas idosas; ii) os meios urbanos com maior variedade de serviços e boa acessibilidade pedonal contribuem para uma maior mobilidade dos idosos; iii) as áreas com maior densidade populacional proporcionam maiores oportunidades de interesse e interação social aos idosos; e iv) do ponto de vista das políticas públicas, é importante desenvolver lugares onde as pessoas idosas se sintam socialmente apoiadas e valorizadas e que tenham acesso a atividades, serviços e infraestruturas que respondam efetivamente às suas necessidades.

Ao assumirem que os idosos devem manter-se nas suas comunidades o mais tempo possível, porém, essas iniciativas tendem a negligenciar o papel que as instituições de apoio à terceira idade desempenham na sociedade. Com efeito, essas instituições formam uma válida e, não raro, única solução para um número considerável de pessoas idosas. E, contrariamente à opinião generalizada, a frequência das instituições não se resume aos idosos que se encontram fisicamente mais dependentes ou que não têm apoio familiar (Freitas; Scheicher, 2010). A definição de políticas públicas que promovam o bem-estar dessas pessoas institucionalizadas constitui, por isso, uma importante resposta para um grupo considerável da população. Contudo, a análise da localização dessas instituições tem sido pouco explorada no campo académico, ficando, do ponto de

vista das políticas públicas, por responder algumas questões: onde se devem localizar as instituições de apoio à terceira idade? Devem essas instituições favorecer uma mobilidade mais ativa dos seus utilizadores e, por isso, situar-se na proximidade de outros serviços e atividades (segundo a lógica das iniciativas acima descritas) ou, pelo contrário, assumir que são espaços destinados essencialmente para idosos com mobilidade reduzida, atribuindo assim ao fator localização uma importância secundária? Por outro lado, as próprias expectativas dos idosos institucionalizados têm permanecido ausentes do debate em torno da relação entre o ambiente construído e o envelhecimento populacional, pelo que a estas interrogações acrescentam-se outras. O que motiva esse grupo de idosos a deslocar-se? Será a localização da instituição e a acessibilidade a outros serviços/atividades indiferente para eles?

Ora, o objetivo deste artigo é justamente este: perceber o impacto que o meio construído envolvente das instituições de apoio à terceira idade, designadamente os lares e os centros de dia, produz no comportamento dos seus utilizadores idosos. As respostas sociais de apoio às pessoas idosas em Portugal são diversas e distinguem-se em função do grau de autonomia dos utilizadores. O centro de dia caracteriza-se por ser um equipamento que presta um conjunto de serviços, permitindo à pessoa idosa a manutenção no seu contexto familiar. Por outro lado, recorre-se a unidades residenciais (lares) quando a manutenção da pessoa idosa no contexto familiar não é possível. O serviço de apoio domiciliário, centro de dia e lar representavam em 2009 e em Portugal cerca de 90% das respostas sociais e 88% dos utentes (Serga, 2011). Em números absolutos, a oferta de centros de dia era de 1.997 com capacidade para 63.166 utentes e dos lares era de 1.972 com capacidade para 74.851 utentes<sup>1</sup>.

Do ponto de vista metodológico, foi recolhida informação junto a 11 instituições localizadas no Distrito de Aveiro, Portugal, incluindo a realização de entrevistas semiestruturadas com 88 idosos, com idade média de 75 anos, bem como profissionais que aí exercem a sua atividade, nomeadamente diretores, profissionais de saúde e de ação social.

O remanescente do texto encontra-se organizado em três partes. Na primeira, contextualiza-se a área de intervenção do estudo empírico efetuado e explicita-se a abordagem metodológica seguida. Na segunda parte, apresentam-se os resultados alcançados; primeiro, de uma forma geral e, depois, caracterizando, de forma sucinta e exemplificativa, duas das instituições analisadas. Finalmente, na terceira parte, discutem-se os resultados obtidos e efetuam-se alguns comentários de síntese com vista à formulação de orientações mais sensíveis à articulação entre o ambiente construído, a saúde pública e as políticas públicas num contexto de envelhecimento populacional.

## Estudo empírico: contexto e metodologia

Com o objetivo de perceber o impacto do meio construído envolvente das instituições de apoio à terceira idade no comportamento dos seus utentes, foram analisadas 11 instituições de natureza jurídica não lucrativa, englobando lares e centros de dia, de quatro municípios do Distrito de Aveiro, no litoral da Região Centro de Portugal. Dentre as diversas tipologias de respostas sociais existentes no distrito, foram selecionados centros de dia e lares em que os utentes permanecem mais tempo, o que permite analisar de forma mais precisa a relação que estabelecem com o espaço envolvente. Apesar de o número de instituições contactadas ter sido mais amplo, apenas 11 mostraram disponibilidade para receber a equipa de investigação e participar no estudo.

O próximo quadro elenca as instituições analisadas, bem como as características das freguesias e dos municípios de que fazem parte. De forma sucinta, a leitura do quadro permite observar que as instituições fazem parte de freguesias bastante diversas no que respeita ao seu grau de urbanidade (associado à densidade populacional<sup>2</sup>) e índice de envelhecimento. É também possível observar que sete instituições apresentam a dupla valência de lar e centro de dia, três apresentam-se somente como centros de dia e uma corresponde a lar de idosos.

<sup>1</sup> CARTA SOCIAL. Rede de Serviços e Equipamentos, 2011. Disponível em <[www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt)>. Acesso em: 9 setembro de 2014.

**Quadro I – Identificação das instituições analisadas, Aveiro, Portugal, 2011<sup>3</sup>**

Instituição	Função	Município	Freguesia	Densidade populacional (hab./km <sup>2</sup> ) 2011	Índice de envelhecimento 2011
Santa Casa da Misericórdia de Aveiro	Lar de idosos Centro de dia	Aveiro	Oliveirinha	399	139
Centro Social Santa Joana Princesa	Lar de idosos Centro de dia	Aveiro	Santa Joana	1385	114
Centro Comunitário da Vera Cruz	Centro de dia	Aveiro	Vera Cruz	251	131
Patronato N. Sr. de Fátima	Lar de idosos Centro de dia	Aveiro	Glória	1329	190
Centro de Dia Florinhas do Vouga	Centro de Dia	Aveiro	Glória	1329	190
Centro Social e Paroquial de S.to André	Centro de Dia	Aveiro	Esgueira	783	81
Centro Paroquial de S. Bernardo	Lar de idosos Centro de Dia	Aveiro	S. Bernardo	1260	94
Santa Casa da Misericórdia da Murtosa	Lar de idosos Centro de Dia	Murtosa	Murtosa	254	204
Paraíso social	Lar de idosos Centro de Dia	Águeda	Aguada de Baixo	374	213
Santa Casa da Misericórdia de S. João da Madeira	Lar de idosos Centro de Dia	S. João da Madeira	S. João da Madeira	2734	114
Centro Geriátrico Solar das Camélias	Lar de idosos	Albergaria-a-Velha	Ribeira de Fráguas	64	226

<sup>3</sup> Informação estatística retirada do Instituto Nacional de Estatística (INE), Censos da população (2011). Disponível em <[www.ine.pt](http://www.ine.pt)>. Acesso em: 18 fev. 2014.

A abordagem metodológica utilizada para alcançar o objetivo proposto consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas com oito idosos de cada instituição. No total, foram entrevistados 88 utentes, na sua maioria do sexo feminino, com uma média de 75 anos de idade. Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: a) ter 65 ou mais anos; b) ser utente da instituição; c) ter discurso coerente e articulado; e d) ter capacidade de deslocação independente da ajuda de terceiros. Foram cumpridas as recomendações éticas para a pesquisa com seres humanos, de acordo com a Declaração de Helsínquia. Importa ainda referir que a amostra ficou dependente da vontade das pessoas idosas em participar no estudo, bem como do tempo disponibilizado pelos profissionais da instituição em acompanhar o processo. Assim sendo, não foi possível constituir uma amostra repartida em relação ao género. O acompanhamento da entrevista por profissionais da instituição foi a pedido dos utentes, por se sentirem mais confortáveis com a presença de uma pessoa familiar.

Para o desenho do guião das entrevistas, recorreu-se às referências bibliográficas já mencionadas, bem como a trabalhos similares efetuados com o objetivo geral de analisar o impacto do ambiente construído no comportamento das pessoas idosas (consultar, por exemplo, Centeio et al., 2010). Foi possível, assim, definir um conjunto de tópicos para aferir as experiências e percepções dos entrevistados acerca do assunto em causa, incluindo, a título de exemplo, serviços/atividades que mais frequentavam, os percursos utilizados, os constrangimentos encontrados e as motivações.

De forma a poder aprofundar-se o diálogo com os entrevistados e a perceber-se com maior profundidade as observações por eles apontadas, efetuou-se, previamente à realização das entrevistas, uma deslocação à área de influência de cada instituição para mapear os serviços ali presentes, perceber as vivências existentes e detetar eventuais barreiras arquitetónicas e urbanísticas. Do ponto de vista conceitual, área de influência (ou *ped-shed*, na li-

teratura anglo-saxónica) é definida como o espaço territorial cujo afastamento ao serviço corresponde ao valor da distância ou do tempo máximo percorrido pelos utilizadores (Newman; Kenworthy, 2006). Tal significa que a população que se encontra nessa área de influência consegue aceder a esse serviço dentro de um determinado tempo de deslocação (medido em minutos) e de acordo com uma distância máxima (medido em metros). Na perspetiva das políticas públicas, a utilização desse conceito revela-se bastante útil, já que permite determinar não só o número de potenciais utilizadores de cada serviço, como também o tipo e número de outros serviços que se encontram nessa área de influência. Ainda assim, o cálculo da área de influência depende da natureza do serviço e dos seus utilizadores. Para o caso concreto das pessoas idosas, tal significa perceber a distância máxima que esse grupo está disposto a percorrer para aceder a um determinado serviço/atividade. Amplamente mencionados na literatura, Carstens (1993) e Tolley (2003) apresentam dois critérios consoante à natureza do serviço/atividade em causa: 400/500 metros para os que consideram prioritários e de utilização mais frequente (e.g. mercearia, comércio e paragem de transportes coletivos) e 800/1000 metros para aqueles que consideram desejáveis, mas com uma utilização menos frequente (e.g. serviços médicos, restaurante, café e correios). A essas distâncias os autores fazem corresponder tempos de deslocação de 5 e 10 minutos, respetivamente. Mais recentemente, o trabalho apresentado por Burton e Mitchell (2006) veio colocar em causa esses tempos de deslocação para o caso específico dos idosos, avançando com valores na ordem dos 10 e 20 minutos, respetivamente, mais adequados, segundo os autores, às restrições de mobilidade tão características desse grupo populacional. Em comum com o argumento apresentado por Burton e Mitchell, o estudo efetuado por Day (2008) reforça a ideia de que a disponibilidade de serviços/atividades dentro de determinada distância pode encorajar a deslocação das pessoas idosas. Por seu turno, Patterson e

<sup>2</sup> De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), a densidade populacional é utilizada como critério para fazer a distinção entre áreas urbanas (com mais de 500 hab./km<sup>2</sup>) áreas medianamente urbanas ou suburbanas (entre 100 e 500 hab./km<sup>2</sup>) e áreas rurais (com menos de 100 hab./km<sup>2</sup>). Informação disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt) - Sistema de metainformação (classificação: tipologia de áreas urbanas versão: V01961 - Tipologia de áreas urbanas, 2009).

Chapman (2004) introduzem elementos adicionais ao debate, alegando que, se os serviços/atividades não estiverem dispersos mas antes concentrados numa determinada área, as deslocações por parte das pessoas idosas ocorrem com maior frequência.

Embora a disponibilidade, o número e a disposição geográfica de serviços/atividades condicione a deslocação das pessoas idosas, outros fatores, como a existência de barreiras arquitetónicas e urbanísticas, devem igualmente ser considerados nesse contexto. Por efetuar uma síntese de várias referências bibliográficas produzidas nesse âmbito, o trabalho publicado por Santinha e Marques (2013) tem a vantagem de apresentar uma diversidade de elementos que devem ser levados em consideração na promoção da mobilidade junto à população idosa. São cinco os critérios que os autores apresentam (p. 398):

- a) *conectividade*, que representa uma rede de percursos contínuos, sem barreiras, e que asseguram uma boa ligação entre os principais polos de atração, bem como à rede de transportes coletivos;
- b) *conveniência*, que significa desenhar uma rede pedonal o mais direta possível, combinando os caminhos pedonais, os passeios, as vias mistas com tráfego moderado, as passadeiras ou passagens subterrâneas, bem como as zonas pedonais;
- c) *conforto*, associado a uma deslocação plena e agradável sem quaisquer restrições, proporcionando uma sensação de calma e acolhimento, num espaço livre de barreiras, pavimentos de elevada qualidade, desenho atraente, mobiliário dedicado ao descanso e abrigos;
- d) *legibilidade*, que visa a adoção de percursos facilmente percepíveis, fáceis de encontrar e de seguir; e
- e) *convivência*, com o intuito de tirar partido da atratividade dos espaços, variedade e riqueza arquitetónica e cultural e interação social.

De acordo com os autores, o acolhimento duma visão conjunta desses critérios, do ponto de vista das políticas públicas, produz efeitos não só na qualidade do ambiente urbano, mas também na mobilidade, participação social e adoção de estilos de vida mais saudáveis por parte da população idosa.

Procurou, assim, seguir-se de perto neste trabalho as indicações referidas pelo conjunto de autores citados, permitindo colocar questões adicionais durante as entrevistas e perceber com outro rigor determinados comportamentos, como, por exemplo, se a não deslocação para fora da instituição ou a um determinado serviço deve-se simplesmente à parca vontade do idoso em se deslocar ou se é resultado dos obstáculos existentes no respetivo percurso.

Foram igualmente realizadas entrevistas semiestruturadas com os diretores e profissionais (de saúde e de ação social) das instituições com o intuito de discutir os tópicos acima referidos e percecionar a perspetiva destes atores. Nesse caso concreto, procurou obter-se a sua perspetiva sobre a localização da instituição (existência e distância de serviços na área de influência), os fatores que condicionam ou promovem o acesso aos serviços e o comportamento dos idosos no contexto do fenómeno em estudo. Em média, foram realizadas duas entrevistas por instituição.

O percurso metodológico seguido - realização de entrevistas com idosos e profissionais das instituições e análise e mapeamento de serviços, percursos e barreiras arquitetónicas e urbanísticas do meio construído envolvente - permitiu alcançar um conjunto de resultados no duplo ponto de vista: a) localização da instituição e proximidade geográfica e b) acessibilidade.

## Resultados

### Localização da instituição e proximidade geográfica

Seguindo o já descrito referencial conceitual de Carstens (1993), Tolley (2003) e, sobretudo, Burton e Mitchell (2006), definiu-se uma área de influência com dois níveis de distância. Dentro do raio correspondente ao primeiro nível (400/500 metros), em mais de  $\frac{3}{4}$  dos casos foram encontrados cafés, restaurantes, mercearias e igrejas. Dentro desse alcance, em metade dos casos analisados estavam disponíveis consultórios médicos e áreas de lazer ou espaços verdes. Se alargarmos a análise para segundo nível (800/1.000 metros), o número e o tipo de serviços aumentam consideravelmente: cafés,

restaurantes e mercearias foram encontrados na proximidade de todas as instituições analisadas; em cerca de ¾ dos casos foi observada a presença de igrejas; e, finalmente, em mais de metade das situações foi visível a existência de consultórios médicos, cabeleireiros, áreas de lazer ou espaços verdes. Por outro lado, serviços como juntas de freguesia, postos de polícia de segurança pública ou mesmo cemitérios foram encontrados num número reduzido de casos.

No que respeita à disposição geográfica dos serviços existentes na área de influência de cada instituição analisada, a expectativa inicial era que se observasse uma diferença entre as instituições localizadas em áreas mais urbanas (com maior oferta e variedade) e as situadas em áreas com características mais rurais. Não foram, porém, observadas diferenças significativas em relação à disponibilidade dos serviços acima mencionados para se poder avançar com qualquer conclusão. Já no que concerne a outro tipo de serviços (em menor número), nomeadamente bibliotecas, teatros/cinemas, pontos de acesso à internet ou mesmo o número de paragens de acesso a transportes coletivos, já foram observadas diferenças, com a prevalência a recair, como seria de esperar, nas áreas mais urbanas.

Apresentados os resultados referentes ao tipo e ao número de serviços localizados na área de influência das instituições em causa, importa agora expor as principais observações que decorrem das entrevistas efetuadas. Os comentários que se seguem centram-se em dois pontos: apreciação da localização da instituição e propósito das deslocações efetuadas.

De uma forma geral os idosos afirmaram ter uma opinião bastante positiva sobre a localização da instituição que frequentam. Tal apreciação decorre essencialmente do facto de a maioria dos utentes vir do lugar onde se insere a instituição, o que mostra que o processo de institucionalização, quando é pacífico do ponto de vista geográfico, pode constituir um fator motivador para que os idosos institucionalizados se mantenham ativos. A localização de cada instituição foi também elogiada pelos profissionais, embora aqui o discurso se centrasse mais na necessidade de disponibilizar meios de transporte alternativos para deslocações mais longas e não

tanto na proximidade com serviços/atividades que fomentassem a mobilidade das pessoas idosas.

Quanto ao propósito das deslocações, foi possível detetar diferenças entre as que se efetuavam por necessidade, isto é, rumo a um serviço público ou a um local de paragem de transportes coletivos, ou simplesmente por lazer (e.g. compras, exercício físico, interação com amigos). Em relação ao primeiro caso, observou-se que a maioria das pessoas idosas não utiliza os transportes coletivos essencialmente por quatro motivos: i) em áreas não urbanas não só as paragens dos transportes coletivos tendem a estar distantes das instituições, como a periodicidade e a variedade disponíveis são escassas; ii) um número considerável de idosos tem pouca experiência em utilizar os transportes coletivos, pelo que a opção de usar estes meios é raramente considerada; iii) a maioria dos transportes coletivos não está preparada para pessoas que apresentem mobilidade reduzida, o que constitui um entrave adicional à sua utilização por parte de muitos idosos; e iv) ainda se verifica uma reduzida sensibilidade por parte da população em geral para com as pessoas idosas, visível também nos transportes públicos (e.g. o condutor coloca o veículo em movimento sem verificar se o idoso já está sentado). Essas razões ajudam a explicar o facto de a maioria dos utentes requerer a um familiar ou pedir apoio à própria instituição quando quer deslocar-se para um determinado serviço público, que na maioria das ocasiões se encontra a considerável distância. O comentário efetuado por um dos profissionais entrevistados ilustra bem esta questão: “[...] o hospital, o consultório médico ou a igreja são os espaços que os idosos mais frequentam fora da instituição, e para lá irem têm de pedir e usar o transporte da instituição”. Nas deslocações por motivos de lazer, embora alguns utentes mencionem que por vezes saem da instituição sem um destino específico, a maioria faz-lo com o intuito de ir ao café ou a espaços verdes para estar e conviver com amigos. Por outras palavras, a mobilidade pedestre, nesse contexto, surge maioritariamente por motivos de interação e não induzida pela procura de atividade física.

Embora constituindo uma minoria, algumas das pessoas idosas entrevistadas foram perentórias em declarar que não sentiam necessidade de se deslocar

para fora da instituição de apoio, na medida em que as condições e as atividades aí disponíveis respondiam às suas necessidades. Para se perceber melhor o alcance dessa postura foram efetuadas questões adicionais sobre o tipo de atividades e serviços que costumavam frequentar antes de transitarem para a instituição. Foi então possível compreender que o facto de considerarem que a instituição lhes proporcionava todas as atividades e serviços necessários decorria efetivamente da ausência do mesmo tipo de atividades e serviços que frequentavam na envolvente dos locais onde residiam anteriormente. Tal significa que se o meio envolvente estiver provido desses espaços ou serviços/atividades a sua motivação em se deslocar para fora da instituição aumenta substancialmente.

### **Acessibilidade**

Depois de percebido o propósito das deslocações para fora das instituições, ou as razões que conduziam a não se deslocarem, procurou-se aferir a sua percepção sobre a qualidade do espaço exterior. Os problemas de mobilidade que muitos dos idosos apresentam, associados ao medo de queda, constituem as principais preocupações vincadas pelos entrevistados. Com efeito, essa é uma questão que encontra eco em estudos realizados previamente, que mostram que a perda de equilíbrio e as quedas representam um sério problema junto à população mais idosa, contribuindo para uma elevada taxa de morbidade e o consequente uso de cuidados de saúde (Rubenstein, 2006).

Das observações efetuadas pelos utentes entrevistados, e confirmadas pelos próprios profissionais, ficou patente que os trajetos eram cuidadosamente escolhidos pelos idosos, seja na procura por caminho mais direto para o local de destino, seja na procura por percursos dotados de espaços/bancos de repouso, no caso de terem de efetuar distâncias maiores, seja ainda na utilização de caminhos com menores barreiras arquitetónicas e urbanísticas. Nesse âmbito, fatores como a topografia, a qualidade do piso, a ausência de rampas ou a reduzida dimensão dos passeios foram amplamente mencionados pelos entrevistados como sérios inibidores de utilização de determinados percursos, levando-os a procurarem, quando possível, trajetos alternativos mais longos.

Os seguintes comentários proferidos por utentes de duas instituições diferentes ilustram bem essas preocupações: “*Os passeios são perigosos. Tenho de andar sempre a olhar para o chão*”; “*Não consigo andar nos passeios por causa das raízes das árvores*”. O facto de a maioria dos idosos institucionalizados ter-se mantido num ambiente construído conhecido, como acima mencionado, facilitou a procura de percursos alternativos, evitando-se assim situações de maior risco para a sua integridade física.

As passadeiras foram igualmente apontadas como um obstáculo pelos entrevistados, quer pela sua inexistência em diversos locais, quer pelo seu mau posicionamento, quer ainda pelo risco inerente à sua utilização, dada a ausência de soluções de calma de tráfego rodoviário, colocando em risco os peões em função da velocidade de alguns veículos automóveis. A questão do mobiliário urbano foi também amplamente mencionada, como a ausência de bancos de repouso, má sinalética informativa ou fraca iluminação. A título de exemplo, no âmbito da discussão sobre a importância da iluminação e legibilidade dos espaços, um dos utentes referiu: “[...] *gostaria de sair mais, mas tenho problemas de visão*”.

De uma forma geral, esses resultados mostram que, em diversas situações, os idosos deparam-se com uma escolha limitada de destinos no ambiente envolvente à instituição, seja pelo tipo de serviços existentes, seja pelos obstáculos que se colocam à mobilidade pedonal, seja ainda pela parca existência de transportes coletivos e respectivas paragens. Por outro lado, a maioria da mobilidade pedonal observada efetua-se não tanto com o intuito da atividade física *per se*, mas principalmente com o propósito de se deslocarem a um destino concreto, tanto por necessidade (e.g. serviço público) como para integrarem com amigos. O facto de o meio construído envolvente lhes proporcionar a possibilidade de efetuarem essas deslocações, ainda que com as limitações referidas, foi globalmente valorizado pelos utentes entrevistados.

Apresentados os resultados globais do estudo efetuado, importa agora expor dois casos que, pelas suas características, não só ilustram bem a diversidade de questões aqui tratadas e as perspetivas dos entrevistados como também constituem bons

exemplos que tipificam os resultados observados de uma forma geral. O primeiro, a Santa Casa da Misericórdia de Aveiro representa o caso típico de uma instituição isolada geograficamente, mas que tem à disposição dos seus idosos um leque variado de atividades e serviços. O segundo, a Santa Casa da Misericórdia da Murtosa patenteia a situação típica das instituições localizadas em centros urbanos e com serviços na proximidade, mas ainda assim com problemas encontrados em outros níveis, como a acessibilidade.

### **Dois casos exemplificativos**

Localizada num espaço não urbano, a instituição da Santa Casa da Misericórdia de Aveiro encontra-se isolada do ponto de vista geográfico. Na verdade, os serviços mais próximos são o consultório médico, os correios e a farmácia, que distam cerca de 2.000 metros da instituição. Já a paragem de transportes coletivos mais próxima fica a aproximadamente 1.000 metros. Por isso mesmo, as deslocações para fora da instituição são muito esporádicas, demandando o acompanhamento dos profissionais quando tal se verifica ser exequível. Mas, mesmo com esse auxílio, os percursos existentes levantam sérios riscos à integridade física das pessoas idosas dada a inexistência de passeios e a largura das faixas de rodagem. É certo que ao disponibilizar serviços médicos e de reabilitação física, transporte coletivo adaptado para pessoas com necessidades especiais e várias atividades de apoio, como ginásio, piscina e mesmo cinema, a instituição procura colmatar os constrangimentos decorrentes do seu posicionamento geográfico. Esse argumento foi, aliás, usado pelo diretor da instituição para valorizar o bem-estar que esta proporciona aos idosos, a que se aliam as excelentes condições ambientais e o amplo parque de estacionamento disponível para receber visitantes. Mesmo assim, o diretor reconheceu que a existência de serviços/atividades como um café, um espaço comercial ou mercearia e uma igreja poderiam estimular os utentes a deslocarem-se com maior regularidade ao exterior da instituição. Curiosa foi a reação dos outros profissionais entrevistados, que referiram não se justificar a existência de outros

serviços/atividades na proximidade não só porque os serviços prestados pela instituição eram suficientes (alguns deles resultado de pedidos dos próprios utentes), mas também porque a sua disponibilidade iria beneficiar somente os próprios profissionais e não os idosos. Com efeito, essa perspetiva contraria a opinião dos próprios idosos, que afirmam categoricamente sentir falta de sair para ir às compras ou de simplesmente estar com os amigos num café. E, por isso, a existência de tais serviços/atividades incitaria a uma maior mobilidade por parte dos utentes.

O segundo caso retrata a instituição da Santa Casa da Misericórdia da Murtosa. Do ponto de vista do ambiente construído, a envolvente dessa instituição é precisamente o oposto do caso acima: a maioria das vias de comunicação está dotada de passeios, com boa iluminação e sinalética, permitindo aos utentes aceder a vários serviços/atividades existentes, como a igreja, o banco, os cafés, o mercado ou mesmo os correios. Ainda assim, e curiosamente, a reação dos idosos foi contrastante: para uns, estas condições “[...] fornecem uma excelente oportunidade para sair e sentir-se ativo e independente [...]” (nas palavras de um dos entrevistados), enquanto para outros a fraca qualidade dos passeios e a sua elevada inclinação em determinados trajetos torna-se um obstáculo, particularmente para aqueles que usam apoio (bengala) para se locomoverem. Esse segundo argumento acabou por ser corroborado pelos profissionais, alegando que algumas intervenções urbanísticas deveriam ser efetuadas para melhorar a acessibilidade das pessoas idosas a alguns locais. Uma outra questão levantada nas entrevistas consistiu no potencial conflito observado com os jovens, que, de certa forma, intimidavam os idosos. Essa situação verifica-se essencialmente devido ao uso de bicicletas, um meio de transporte culturalmente característico do município da Murtosa, mas cuja prática por parte dos mais novos levanta sérias objeções por parte dos idosos, uma vez que, em vez de utilizarem as ciclovias desenhadas para o efeito, os ciclistas acabam por usar os passeios, circulando com elevada velocidade, aumentando o sentimento de insegurança dos idosos.

## Discussão e comentários finais

O objetivo deste artigo consistiu em contribuir para o debate sobre o impacto do ambiente construído no comportamento dos idosos institucionalizados à luz das suas percepções e experiências. O desenvolvimento de estudos dessa natureza revela-se importante e útil não só para a saúde e o bem-estar dos idosos em causa,<sup>4</sup> mas também do ponto de vista das políticas públicas, na medida em que, embora as orientações atuais apontem no sentido do *ageing in place*, a utilização de instituições de apoio à terceira idade afigura-se para muitos idosos como a solução mais viável.

Os resultados sumariados na secção anterior sugerem que se o meio construído envolvente disponibilizar as condições suficientes (em termos de atividades/serviços e acessibilidade) a predisposição dos idosos institucionalizados para sair é, de uma forma geral, elevada. Esses resultados contrastam claramente com a ideia de que os idosos nessas condições ficam restringidos à instituição e que a localização geográfica desta, em termos de proximidade com outros serviços/atividades, é irrelevante para o bem-estar deste grupo populacional.

Em particular, as questões aqui debatidas procuraram encontrar resposta a três interrogações. Em relação à primeira - poderá a existência de serviços/atividades na área de influência (considerada, para os devidos efeitos, até 800/1.000 metros) das instituições de apoio à terceira idade induzir uma maior mobilidade dos seus utentes? -, o estudo mostrou que: i) a maioria dos idosos desloca-se para fora da instituição de forma regular, seja na procura de um serviço específico, seja por razões de lazer e interação em espaços concretos (e.g. cafés e espaços verdes); e ii) os poucos idosos que geralmente ficam confinados à instituição adotam essa postura essencialmente devido à parca existência de serviços/atividades na proximidade.

No que respeita à segunda questão - terá influência o posicionamento dos serviços (dispersão vs. aglomeração) que se encontram na área de influência da instituição? -, o pressuposto inicial era o de que os ambientes construídos, cuja oferta

de serviços se verificasse na proximidade uns dos outros, motivassem uma maior deslocação por parte dos utentes, como alegado no já mencionado estudo de Patterson e Chapman (2004). No entanto, tal pressuposto não se comprovou, na medida em que a maioria das deslocações dos utentes visa um destino específico, como ir a um café ou à igreja, por exemplo.

Finalmente, a terceira questão - de que forma a qualidade do espaço exterior do ponto de vista da mobilidade pedonal incentiva ou, pelo contrário, desmotiva a deslocação dos utentes fora da instituição? - foi a que motivou uma maior discussão por parte dos idosos entrevistados. Com efeito, o risco de queda associado às mudanças corporais expressivas com o avançar da idade, designadamente no que respeita ao sistema músculo-esquelético, levanta preocupações junto aos idosos entrevistados. Segundo os utentes, mesmo havendo serviços/atividades na proximidade, se o percurso não for confortável, conveniente e legível, seguindo a terminologia de Santinha e Marques (2013), a vontade de se movimentarem fora da instituição diminui. As observações transmitidas pelos entrevistados mostram que, de facto, em diversos locais é possível encontrar inúmeras barreiras arquitetónicas e urbanísticas que dificultam a mobilidade pedonal, o que significa que há aqui um longo caminho a percorrer do ponto de vista das políticas públicas e de intervenção no ambiente construído.

Aos comentários acima proferidos importa efetuar duas observações adicionais. Em primeiro lugar, verificou-se que a postura dos profissionais das instituições pode também ser determinante para encorajar ou restringir a mobilidade dos idosos no espaço exterior da instituição. Percebe-se que não é fácil encontrar equilíbrio entre a proteção dos utentes, de modo a evitar quedas, e facultar-lhes a autonomia necessária para serem o mais possível independentes e poderem deslocar-se no exterior da instituição. Mas o ideal será criar as condições necessárias no sentido de lhes proporcionar a maior autonomia possível, como argumenta Stevenson (1996), e não assumir, como se verificou em dois

<sup>4</sup> Como referem Tahan e Carvalho (2010, p. 886), “[...] a ideia atual de saúde está associada a sentir-se bem e feliz, trocar experiências e vivências com o outro.”

casos, que a instituição por si só garante o bem-estar dos seus utentes. Em segundo lugar, o comportamento cívico da população em geral pode também condicionar a vontade dos idosos de se deslocarem no meio envolvente da instituição. O exemplo atrás mencionado sobre a utilização de bicicletas por parte das camadas etárias mais jovens e o seu pouco cuidado com os pedestres ilustra bem o trabalho que é ainda preciso fazer nesse nível.

A reflexão exposta sustenta o argumento de que refletir sobre o impacto do ambiente construído no comportamento e bem-estar das pessoas idosas implica considerar a disponibilidade e a localização de serviços/atividades, o desenho e a qualidade do meio construído e a forma como a sociedade considera este grupo populacional. Mas às análises das pessoas idosas em geral, tendo por base a ideia de *ageing in place*, importa acrescentar as percepções e experiências dos idosos institucionalizados. Com efeito, particularmente desde a década de 1990 tem-se dado particular enfase à participação dos cidadãos em processos de tomada de decisão. Embora a inclusão de pessoas idosas nesses processos se esteja paulatinamente a observar, ainda são inúmeros os desafios que se colocam para uma participação efetiva e sistemática (Barnes, 2005; Scourfield, 2007). Uma visão ampla e conjunta desses grupos populacionais propicia uma imagem mais exata sobre como intervir no espaço construído, como planejar as instituições de apoio à terceira idade e como interligar estas questões com o campo da saúde pública.

Lançado o desafio com este estudo exploratório, interessa agora, por um lado, aprofundar essas questões realizando estudos similares noutros contextos e, por outro, caminhar para um novo patamar de intervenção, onde ambiente construído, saúde pública e políticas públicas se associem de forma articulada num contexto de envelhecimento populacional.

## Referências

AARP PUBLIC POLICY INSTITUTE. *Livable communities*: an evaluation guide. Washington, DC, 2005. Disponível em: <[http://assets.aarp.org/rgcenter/il/d18311\\_communities.pdf](http://assets.aarp.org/rgcenter/il/d18311_communities.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2014.

ALLEY, D. et al. Creating elder-friendly communities: preparation for an aging society. *Journal of Gerontological Social Work*, Philadelphia, v. 49, n. 1/2, p. 1-18, 2007.

BARNES, M. The same old process?: older people, participation and deliberation. *Ageing and Society*, Cambridge, v. 25, n. 2, p. 245-259, 2005.

BURDEN, D.; LAGERWEY, P. *Road diets*: fixing the big roads. High Springs: Walkable Communities, 1999. Disponível em: <[http://nacto.org/docs/usdg\\_road\\_diets\\_fixing\\_big\\_roads\\_burden.pdf](http://nacto.org/docs/usdg_road_diets_fixing_big_roads_burden.pdf)>. Acesso em: 9 jan. 2014.

BURTON, E.; MITCHELL, L. *Inclusive urban design*: streets for life. Oxford: Architectural Press, 2006.

CARMICHAEL, L. et al. Health-integrated planning at the local level in England: impediments and opportunities. *Land Use Policy*, Guildford, v. 31, p. 259-266, mar. 2013.

CARSTENS, D. Y. *Site planning and design for the elderly*: issues, guidelines, and alternatives. New York: Van Nostrand Reinhold, 1993.

CENTEIO, H. et al. Aveiro: cidade amiga das pessoas idosas? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 369-381, 2010.

CORBURN, J. Urban planning and health disparities: implications for research and practice. *Planning Practice and Research*, Oxford, v. 20, n. 2, p. 111-126, 2005.

CRAWFORD, J. et al. Health at the heart of spatial planning strengthening the roots of planning health and the urban planner health inequalities and place planning for the health of people and planet: an australian perspective. *Planning Theory & Practice*, London, v. 11, n. 1, p. 91-113, 2010.

DAY, R. Local environments and older people's health: dimensions from a comparative qualitative study in Scotland. *Health & Place*, Oxford, v. 14, n. 2, p. 299-312, 2008.

DUNTON, G. F. et al. Joint physical activity and sedentary behavior in parent-child pairs. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Hagerstown, v. 44, n. 8, p. 1473-80, 2012.

FREITAS, M.; SCHEICHER, M. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 395-402, 2010.

HALL, P. *Urban and regional planning*. Harmondsworth: Penguin Books, 1980.

HUDAKOVA, A.; HORNAKOVA, A. Mobility and quality of life in elderly and geriatric patients. *International Journal of Nursing and Midwifery*, Nairobi, v. 3, n. 7, p. 81-85, 2011.

JONES, E. Walkable towns: the Liveable Neighbourhoods strategy. In: TOLLEY, R. (Ed.). *Sustainable transport: planning for walking and cycling in urban environments*. Aldershot: Ashgate, 2003.

KIDD, S. Towards a framework of integration in spatial planning: an exploration from a health perspective. *Planning Theory & Practice*, London, v. 8, n. 2, p. 161-181, 2007.

KOOHSARI, M. et al. (Re)designing the built environment to support physical activity: bringing public health back into urban design and planning. *Cities*, London, v. 35, p. 294-298, Dec. 2013.

MARTIN, I. et al. Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Porto, p. 177-203, 2012. Número temático: Envelhecimento demográfico.

MARTINS, P. et al. Airways changes related to air pollution exposure in wheezing children. *The European Respiratory Journal*, Sheffield, v. 39, n. 2, p. 246-53, 2012.

NEWMAN, P.; KENWORTHY, J. Urban design to reduce automobile dependence. *Opolis: an International Journal of Suburban and Metropolitan Studies*, Los Angeles, v. 2, n. 1, p. 35-52, 2006.

UNITED KINGDOM. Office of the Deputy Prime Minister. *Sustainable communities: building for the future*. London, 2003. Disponível em: <<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20060502043818/http://odpm.gov.uk/index.asp?id=1139873>>. Acesso em: 24 jan. 2014.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: OMS, 2009. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789899556867\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789899556867_por.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2014.

PARRA, D. C. et al. Perceived and objective neighborhood environment attributes and health related quality of life among the elderly in Bogota, Colombia. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 70, n. 7, p. 1070-1076, 2010.

PATTERSON, P.; CHAPMAN, N. Urban form and older residents' service use, walking, driving, quality of life, and neighborhood satisfaction. *American Journal of Health Promotion*, North Hollywood, v. 19, n. 1, p. 45-52, 2004.

RUBENSTEIN, L. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, Oxford, v. 35, n. 2, p. ii37-ii41, 2006.

SANTINHA, G. Cuidados de saúde e território: um debate em torno de uma abordagem integrada. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 155-169, 2013.

SANTINHA, G.; MARQUES, S. Repensando o fenômeno do envelhecimento na agenda política das cidades: a importância da promoção da mobilidade pedonal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-400, 2013.

SARKAR, C.; GALLACHER, J.; WEBSTER, C. Urban built environment configuration and psychological distress in older men: results from the Caerphilly study. *BMC Public Health*, Baltimore, v. 13, p. 1-11, 2013.

SCOURFIELD, P. Helping older people in residential care remain full citizens. *British Journal of Social Work*, Oxford, v. 37, n. 7, p. 1135-1152, 2007.

SERGA - SERVIÇOS, ORGANIZAÇÃO E INFORMÁTICA. *Proteção social a idosos: rede de serviços e equipamentos sociais*. Lisboa: POAT/FSE, 2011. Disponível em: <<http://www.updigital.pt/clientes/serga/website/userfiles/>>

files/protec%C3%A7%C3%A3o%20social%20a%20idosos%20RN.pdf>. Acesso em: 9 set. 2014.

STEVENSON, O. Old people and empowerment: the position of old people in contemporary British society. In: PARSLOE, P. (Ed.). *Pathways to empowerment*. Birmingham: Venture, 1996. p. 81-91.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 878-888, 2010.

TOLLEY, R. *Sustainable transport: planning for walking and cycling in urban environments*. Cambridge: Woodhead, 2003.

TOMPOROWSKI, P.; TAYLOR, A. H. Editorial for physical activity and cognitive functioning. *Mental Health and Physical Activity*, London, v. 6, n. 3, p. 163-164, 2013.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. et al. Built environment and social environment: associations with overweight and obesity in a sample of Brazilian adults. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1988-1996, 2013.

---

#### Contribuição dos autores

Santinha foi o responsável pelo desenho da investigação, realização das entrevistas, pesquisa e redação do manuscrito. Marques fez o contato com as entidades participantes na investigação, e foi responsável pela realização das entrevistas e tratamento dos resultados.

Recebido: 28/05/2014

Reapresentado: 03/09/2014

Aprovado: 31/10/2014