

## **CONDICIONANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

### **FACTOS COMPROVADOS**

O documento que se segue é a tradução efectuada sob coordenação do Gabinete do Projecto Seixal Saudável de uma publicação do Gabinete Regional da Organização Mundial de Saúde para a Europa no âmbito do Projecto Cidades Saudáveis – Saúde para Todos e do Centro Internacional para a Saúde e Sociedade.

A comprovação dos impactos em saúde das diversas situações sociais e ambientais, que é o objectivo deste documento, é um importante contributo para os que se interessam pelo desenvolvimento de políticas de promoção de saúde. As soluções propostas e a sua adequação, ou não, têm no entanto que ser avaliadas no contexto da realidade concreta em que os problemas se colocam. Tendo isso em conta, o seu conteúdo pode ser um bom suporte ao debate a decorrer no Fórum *Juntos pela Saúde*.

***Política de "Saúde para Todos" na Europa :Meta 14***

### **COMPROMISSOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Até ao ano 2000, todos os aspectos da vida e da actividade social, tais como a cidade, a escola, o local de trabalho, o local de residência e a habitação deveriam proporcionar melhores oportunidades para a promoção da saúde.

### **Sumário**

As políticas e as acções a favor da saúde necessitam ser reformuladas por forma a terem em conta as condicionantes sociais de saúde para que assim se combatam as causas dos desequilíbrios em saúde antes que eles se transformem em problemas. Isto é um desafio tanto para os decisores como para os participantes na saúde pública e para os seus defensores. As provas científicas sobre as condicionantes sociais de saúde são fortes, contudo são sobretudo discutidas pelos investigadores. Esta publicação faz parte de uma campanha do Gabinete Regional da OMS para a Europa que visa apresentar os factos sobre as condicionantes sociais de uma forma clara e compreensível. A publicação identifica em dez áreas seleccionadas as implicações mais amplas para o desenvolvimento da política,. A campanha pretende alargar os horizontes das pessoas, estimular o debate e promover a tomada de acção.

## Palavras Chave

- SAÚDE PÚBLICA
- FACTORES SÓCIO ECONÓMICOS
- AMBIENTE SOCIAL
- COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS
- APOIO SOCIAL
- PROMOÇÃO DA SAÚDE
- CIDADES SAUDÁVEIS
- EUROPA

## Organização Mundial de Saúde

*O Gabinete Regional da OMS para a Europa reserva-se de todos os direitos sobre este documento.*

*A publicação original foi editada por Richard Wilkinson e Michael Marmot*

*Todos os pontos de vista expressos pelos autores referidos são da exclusiva responsabilidade desses mesmos autores.*

*A coordenação da tradução foi feita pelo Gabinete Projecto Seixal Saudável*

*A tradutora deste documento, é responsável pelo rigor da tradução.*

## COLABORADORES

**Dr Mel Bartley**

*University College London*

*Reino Unido*

**Professor Mark McCarth**

*University College London*

*Reino Unido*

**Dr David Blane**

*Charing Cross and Westminster Medical School, Londres*

*Reino Unido*

**Dr Mary Shaw**

*Departamento de Geografia Universidade de Bristol*

*Reino Unido*

**Dr Eric Brunner**

*University College London*

*Reino Unido*

**Professor Aubrey Sheiham**

*University College London*

*Reino Unido*

**Dr Danny Dorling**

*Departamento de Geografia Universidade  
de Bristol*

*Reino Unido*

**Dr Stephen Stansfeld**

*University College London*

*Reino Unido*

**Ms Jane Ferrie**

*University College London*

*Reino Unido*

**Professor Mike Wadsworth**

*Medical Research Council*

*National Survey of Health and Development*

*University College London*

*Reino Unido*

**Dr Martin Jarvis**

*Imperial Cancer Research Fund*

*Health Behaviour Unit*

*University College London*

*Reino Unido*

**Professor Richard Wilkinson**

*University of Sussex, Brighton and  
University College London*

*Reino Unido*

**Professor Michael Marmot**

*University College London*

*Reino Unido*

## **PRÓLOGO**

Qualquer apelo feito aos decisores e aos profissionais da saúde para que tenham em conta as condicionantes sociais da saúde deverá fundamentar-se em provas documentadas.

A maior parte das pessoas tem um conhecimento intuitivo sobre os efeitos positivos e negativos das condições de vida e de trabalho que afectam a sua saúde. Ainda que

não faltem provas legítimas, o debate sobre as condicionantes sociais da saúde pública continua a ser restringido sobretudo ao foro académico.

O passado recente da saúde pública pode mostrar muitos exemplos de inércia imperdoável, mesmo quando os factos são flagrantes, como acontece com o tabaco. É perturbador que a indústria do tabaco apenas tenha admitido há um ano atrás que o tabaco provoca dependências. Ora a escassez de atitudes suficientes contra o tabaco tem sido atribuída à falta de apresentação de provas indesmentíveis.

O reconhecimento do impacto na saúde das políticas sociais e económicas e das condições de vida das populações pode ter vastas implicações na forma como a sociedade toma decisões acerca do desenvolvimento e põe em causa os valores e princípios sobre os quais as instituições são edificadas e o progresso é avaliado. É uma boa novidade saber que os decisores reconhecem cada vez mais e a todos os níveis, a necessidade de investir na saúde e no desenvolvimento sustentável. Para tal eles necessitam de factos concretos, na mesma medida em que precisam de orientação estratégica e instrumentos políticos. Ninguém está à espera que a ciência seja "preto no branco", mas ela deverá ser acessível, por forma a criar oportunidades para o debate e para que se tomem decisões fundamentadas.

Alguns organismos do Gabinete Regional da OMS para a Europa, nomeadamente o *Centro de Saúde Urbana* (Centre for Urban Health), em parceria com a *Comunicação e os Assuntos Públicos* (Communication and Public Affairs) e o novo organismo denominado *Rede Europeia de Comunicação em Saúde* (European Health Communication Network), envolveram-se numa campanha para promover o conhecimento, o debate e acção sobre as condicionantes da saúde. A campanha visa atingir audiências o mais vastas possível de defensores e profissionais da saúde pública, activistas comunitários e decisores. A campanha irá desenvolver e utilizar materiais atractivos e de leitura e tradução fáceis. A rede do projecto Cidades Saudáveis da OMS será um veículo primordial para a promoção da campanha através da *Região Europeia* (European Region). O momento em que nos encontramos é excelente para empreender este esforço, uma vez que coincide com o lançamento da renovada estratégia *Saúde para Todos para o Século XXI*, o lançamento da fase III (1998-2002) do Projecto Cidades Saudáveis e o crescente compromisso dum certo número de cidades com a *Agenda 21 local*.

A estrutura desta campanha está orientada sobretudo para o fornecimento de informação actualizada nas áreas chave das condicionantes sociais, adoptando uma

forma concisa e clara. Isto foi conseguido através do trabalho de parceria entre a OMS e o *Centro Internacional para a Saúde e Sociedade* (International Centre for Health and Society) sediado no Reino Unido.

Gostaria de expressar a minha gratidão ao Professor Michael Marmot e ao Professor Richard Wilkinson, que coordenaram a preparação e edição dos materiais para esta publicação. O processo de elaboração resultou de uma série de discussões de grupo conduzidas de tal maneira que os participantes geraram ideias de uma forma espontânea e sem qualquer tipo de restrições. Gostaria de agradecer a todos os membros da equipa científica que contribuíram para este excelente trabalho. Estou convencido que esta publicação será um instrumento valioso para a compreensão das condicionantes sociais de saúde.

Um reconhecimento especial deverá ser dirigido à Dr<sup>a</sup> Jill Farrington, consultora da OMS e elemento central na campanha das condicionantes sociais, pelas suas ideias criativas e contributos editoriais valiosos e ainda por garantir uma boa comunicação com o Centro.

Também se deve um agradecimento à Sr<sup>a</sup> Patricia Crowley, administradora do Centro Internacional para a Saúde e Sociedade (International Centre for Health and Society), pela forma eficiente com que orientou todos as fases da preparação dos documentos científicos.

Finalmente uma palavra de agradecimento a Mary Stewart Burgher, que editou o texto desta publicação num curto espaço de tempo.

### **Dr Agis Tsouros**

Presidente do *Centro de Saúde Urbana* do Gabinete Regional da OMS para a Europa

### **PREFÁCIO**

É sempre um processo complexo traduzir os factos científicos em políticas e acções. Isso é particularmente difícil quando as acções implicam a transformação da forma como pensamos acerca das políticas que afectam a saúde. Os governantes e os decisores têm levado imenso tempo para reconhecerem e começarem a abordar as desigualdades sociais na saúde.

Hoje em dia, o conhecimento científico sobre as condicionantes sociais da saúde vai-se acumulando a um ritmo muito acelerado. A necessidade de dirigirmos os nossos esforços nesse sentido, tem-se manifestado crescentemente. Isto significa tratar na

origem os problemas da saúde pública, divulgando o conhecimento e promovendo debates sobre as condicionantes sociais.

O Centro Internacional para a Saúde e Sociedade (International Centre for Health and Society) está empenhado em pesquisar as determinantes sociais da saúde e em traduzir as conclusões das pesquisas numa forma que seja útil para os decisores e para o público. Esta campanha da OMS é uma oportunidade muito bem vinda para contribuir para o desafio de promover políticas públicas saudáveis.

### **Sir Donald Acheson**

Presidente, Centro Internacional para a Saúde e Sociedade (International Centre for Health and Society) , *University College London*.

## **INTRODUÇÃO**

Mesmo nos países mais ricos, as pessoas mais bem sucedidas vivem mais anos e têm menos doenças do que as mais pobres. Estas diferenças na saúde são uma injustiça social grave, e denunciam algumas das mais poderosas influências que incidem sobre a saúde no mundo moderno. O modo de vida das pessoas e as condições em que elas vivem e trabalham, influenciam consideravelmente a sua saúde e a sua longevidade.

Os cuidados médicos podem prolongar a vida depois de se ter sofrido algumas doenças graves mas as condições económicas e sociais, que afectam o estado de saúde das pessoas, acabam por ser mais importantes em termos de benefício para a saúde das populações .

As condições degradadas conduzem a uma saúde precária. Os recursos materiais escassos e comportamentos pouco saudáveis produzem efeitos nocivos directos, mas as preocupações e as inseguranças do dia a dia e a falta de meios de apoio também são determinantes

Esta publicação debate dez aspectos diferentes mas interligados de condicionantes sociais da saúde . Eles explicam:

1. a necessidade de haver políticas que impeçam as pessoas de caírem em longos períodos de desvantagem;
2. a forma como o ambiente social e psicológico afecta a saúde;
3. a importância de assegurar um bom ambiente desde a mais tenra idade;
4. o impacto do trabalho na saúde;

5. os problemas do desemprego e da insegurança no trabalho;
6. o papel da amizade e da coesão social;
7. os perigos da exclusão social;
8. os efeitos do álcool e de outras drogas;
9. a necessidade de assegurar que o acesso a uma alimentação saudável esteja ao alcance de todos;
10. a necessidade de um sistema de transportes mais saudável.

Estas mensagens em conjunto fornecem a chave para um padrão mais elevado de saúde das populações nos países mais desenvolvidos da Europa. Estas mensagens pretendem mostrar como os factores sociais e económicos afectam, a todos os níveis na sociedade, as decisões individuais e a própria saúde. Cada pessoa é responsável por fazer uma dieta saudável, por praticar exercício regularmente e por evitar fumar e beber em excesso. Apesar disso, nós agora conhecemos a importância para a saúde das circunstâncias sociais e económicas que estão com frequência para além do nosso controle. Esta brochura pretende pois assegurar que a política - a todos os níveis no governo, nas instituições públicas e privadas, locais de trabalho e na comunidade – assuma a quota parte da enorme responsabilidade de criar oportunidades para a saúde. A publicação fornece então, informação sobre o ambiente social e económico que é conducente a padrões mais elevados de saúde, junto da população.

## **1 - A ESCALA SOCIAL**

**A situação social e económica das pessoas afecta fortemente a sua saúde ao longo da vida, por isso a política da saúde tem que estar ligada às condicionantes sociais e económicas da saúde.**

### **- Os factos**

As circunstâncias sociais e económicas precárias afectam a saúde ao longo da vida. As pessoas que se encontram no fundo da escala social correm o dobro do risco de contraírem doenças graves e de serem vítimas de morte prematura do que aquelas que se encontram no topo dessa escala. Entre o topo e o fundo os padrões de saúde

mostram um desnível social contínuo, por isso, mesmo os empregados com funções mais subalternas tendem a sofrer muito mais doenças e morte prematura do que as pessoas que exercem cargos de posição mais elevada.

A maior parte das doenças e das causas de morte são mais frequentes quanto mais baixa for a hierarquia social das pessoas. Na saúde, o fosso social reflecte a desvantagem material e os efeitos da insegurança, ansiedade e falta de integração social.

A desvantagem tem muitas formas e pode ser absoluta ou relativa. Ela pode incluir: ter poucos bens de família, ter uma educação fraca durante a adolescência, estar preso a um emprego sem futuro ou ter um trabalho precário, viver em habitações degradadas e tentar sustentar uma família em circunstâncias difíceis. Estas adversidades tendem a concentrar-se todas nas mesmas pessoas, e os seus efeitos na saúde somam-se. Quanto mais tempo as pessoas vivem sob *stress* económico e social maior é o desgaste psicológico que sofrem e menos provável se torna que elas venham a gozar uma velhice saudável.

#### **- Implicações políticas**

A vida contém uma série de transições críticas: as mudanças emocionais da infância, a passagem dos ciclos escolares, o primeiro emprego, a saída de casa dos pais e o iniciar uma família, a troca de empregos, ter de enfrentar a possível redundância e mais tarde a reforma. Cada uma destas mudanças pode afectar a saúde por empurrar as pessoas para um caminho mais ou menos vantajoso.

As pessoas que já estiveram em desvantagem no passado correm um risco maior em cada transição. Isto significa que as políticas da saúde precisam de fornecer não só as redes de segurança mas também os pontos de partida para compensar a desvantagem inicial.

Uma boa saúde envolve reduzir os níveis de insucesso escolar, a quantidade de insegurança no trabalho e a extensão de diferenças de rendimentos na sociedade. Precisamos garantir que menos pessoas venham a descer nessa escala. As políticas de educação, emprego e habitação afectam os padrões de saúde. As sociedades que permitem que todos os seus cidadãos desempenhem um papel útil e pleno na vida social, económica e cultural, serão mais saudáveis do que aquelas onde as pessoas enfrentam inseguranças, exclusões e privações.

## **BIBLIOGRAFIA**

BARTLEY, M. ET AL. A saúde e o curso da vida: porque é que as redes de segurança são importantes. *British medical journal*, **314**, pp.1194-1196 (1997).

BLANE, D. ET AL. A Etiologia da saúde e as explicações materialistas dos diferenciais de mortalidade por motivos socioeconómicos. *European journal of public health*, **7**: pp.385-391 (1997).

DAVEY SMITH, G. ET AL. A posição socioeconómica durante a vida e a mortalidade: estudo prospectivo baseado em técnicas de observação. *British medical journal*, **314**: pp.547-552 (1997).

MONTGOMERY, S. ET AL. Antecedentes sociais e de saúde do desemprego juvenil masculino em Inglaterra. *Journal of epidemiology and community health*, **50**: pp.415-422 (1996).

WUNCH, G. ET AL. Diferenças socioeconómicas na mortalidade: uma abordagem do ciclo de vida. *European journal of population*, **12**: pp.167-185 (1996).

## **2 - STRESS**

### **O stress prejudica a saúde**

#### **- Os factos**

As circunstâncias sociais e psicológicas podem causar stress de longa duração. Certos sintomas prolongados, como a ansiedade, insegurança, amor-próprio reduzido, isolamento social e falta de controle no trabalho e na vida familiar, têm efeitos devastadores na saúde. Tais riscos psicológicos acumulam-se durante a vida e aumentam as hipóteses de uma saúde mental precária e morte prematura. Longos períodos de ansiedade e insegurança e a ausência de amizades compensadoras, são prejudiciais em quaisquer áreas da vida em que surjam.

*Como é que estes factores psicológicos afectam a saúde física?*

Em situações de emergência, a resposta ao stress desencadeia uma cascata de hormonas do stress que afectam o sistema cardiovascular e imunológico. As nossas hormonas e o nosso sistema nervoso preparam-nos para enfrentar qualquer ameaça física imediata ao aumentar a frequência cardíaca, desviando o sangue para os músculos e aumentando a ansiedade e o estado de alerta. No entanto, a activação frequente e prolongada da resposta biológica ao stress, pode implicar múltiplos custos para a saúde. Estes incluem depressão, susceptibilidade crescente para contrair

infecções, diabetes, e um padrão nocivo de colesterol e gorduras no sangue, tensão arterial alta e os riscos iminentes de ataque cardíaco e acidente vascular cerebral.

Os humanos e vários primatas estudados no seu habitat natural e em cativeiro mostraram ter mecanismos semelhantes para lidarem com o stress psicológico.

Os estudos dos primatas revelam que os animais que ocupam posições subalternas na comunidade, estão mais sujeitos, do que os animais socialmente dominantes, a sofrer de artérias obstruídas e outras alterações no seu metabolismo. Nos humanos, tais mudanças estão associadas a um risco maior de doença cardiovascular. Quanto mais baixo as pessoas estiverem na hierarquia social das cidades industrializadas, mais comuns estes problemas se tornam.

#### **- Implicações políticas**

Uma resposta médica às alterações biológicas que acompanham o stress, poderá passar pela tentativa de controlá-las através de medicamentos. No entanto a nossa atenção deve orientar-se para a raiz do problema, e colmatar as causas da falta de saúde.

Nas escolas, nos empregos e outras instituições a qualidade do ambiente social e da estabilidade material são muitas vezes tão importantes para a saúde como o ambiente físico. As instituições que conseguem dar às pessoas a noção de pertença e de ser valorizado, são possivelmente locais mais saudáveis do que aqueles onde as pessoas sentem-se excluídas, desvalorizadas e usadas.

Os governos deveriam reconhecer que os programas de saúde precisam abranger tanto as necessidades psicológicas como as necessidades materiais : ambas são fontes de ansiedade e de insegurança. Em particular os governos deveriam apoiar as famílias com crianças pequenas, encorajar o auxílio da comunidade, combater o isolamento social, reduzir a instabilidade financeira e promover a educação e a reabilitação.

#### **BIBLIOGRAFIA**

BRUNNER, E. J. O stress e a biologia da desigualdade. *British medical journal*, **314**: pp.1472-1476 (1997).

KARASEK, R. A. & THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.

MARMOT, M. G. O stress causa ataque cardíaco? *Postgraduate medical journal*, **62**: pp.683-686 (1986).

MARMOT, M. G. ET AL. A contribuição do poder no trabalho e de outros factores de risco para as variações sociais nas doenças coronárias. *Lancet*, **350**: pp.235-239 (1997).

SAPOLSKY, R. M. & MOTT, G. E. A submissão social nos babuínos está associado com a diminuição das concentrações de colesterol HDL: o papel provável do stress social crónico. *Endocrinology*, **121**: pp. 1605-1610 (1987).

SHIVELY, C. A. & CLARKSON, T. B. O estatuto social e aterosclerose coronária nos macacos fêmea. *Arteriosclerosis thrombosis*, **14**: pp. 721-726 (1994).

### **3 - Os Primeiros Anos de Vida**

**As consequências dos primeiros acontecimentos duram uma vida inteira; um bom começo na vida significa apoio para as mães e para as crianças.**

#### **- Os factos**

Os alicerces mais importantes para se ser um adulto saudável são lançados na vida pré-natal e na infância. Um crescimento lento e a falta de apoio emocional durante estes períodos aumentam o risco de uma saúde física precária e reduz as capacidades físicas, cognitivas e emocionais na vida adulta. Circunstâncias sociais e económicas limitadas representam a maior ameaça ao crescimento de uma criança e lançam-na numa trajectória medíocre a nível educacional e social. Uma alimentação pobre ou inadequada da mãe, o consumo de tabaco, a situação de pobreza no seio familiar, são factores que podem reduzir o desenvolvimento pré-natal e infantil. O desenvolvimento lento da criança está associado a um mau funcionamento cardiovascular, respiratório, dos rins e do pâncreas na vida adulta. O consumo de tabaco por parte dos pais impede o desenvolvimento do aparelho respiratório da criança; isto diminui a função respiratória e assim aumenta a vulnerabilidade da criança.

Uma nutrição e um desenvolvimento físico de má qualidade afectam negativamente o desenvolvimento cognitivo da criança. Adicionalmente, a exaustão mental e a depressão associadas à pobreza reduzem a estimulação da criança por parte dos pais e pode desfazer os laços emocionais.

A pobreza dos pais dá início a uma série de riscos sociais . Ela começa na infância com uma diminuição da aceitação e vontade para com a escola, continua com um comportamento e conhecimentos medíocres na escola e conduz a um risco acrescido de desemprego, marginalização social evidente e a empregos de baixo estatuto e de controle pouco elevados, na vida adulta. Este modelo de educação fraca e de

empregos de má qualidade prejudicam a saúde e em última instância prejudicam o funcionamento cognitivo na velhice.

### **- Implicações políticas**

São necessárias atitudes inovadoras para proteger a saúde e o desenvolvimento no começo da vida, particularmente entre as pessoas que vivem em circunstâncias sociais e económicas precárias. A política deve ter por objectivo:

- 1 - Reduzir o consumo de tabaco por parte dos pais;
- 2 - Aumentar o conhecimento dos pais em relação à saúde e a compreensão das necessidades emocionais das crianças;
- 3 - Introduzir programas pré-escolares não só para promover a leitura e estimular o desenvolvimento cognitivo como também para reduzir os problemas comportamentais na infância e promover o sucesso educacional, a ocupação de tempos livres e um comportamento saudável na vida adulta;
- 4 - Envolver os pais nos programas pré-escolares para reforçar os seus efeitos educacionais e reduzir o abuso infantil;
- 5 - Assegurar que as mães tenham recursos sociais e económicos adequados, e
- 6 - Aumentar as oportunidades para obter sucesso educativo em todas as idades, uma vez que a educação está associada a um aumento de consciência sobre a saúde e à melhoria dos cuidados pessoais.

O investimento nestas políticas iria beneficiar enormemente a saúde e a capacidade de trabalho da futura população adulta.

### **BIBLIOGRAFIA**

BARKER, D. J. P. *Mothers, babies and disease in later life*. London, BMJ Publishing Group, 1994.

BARKER, W. ET AL. *Child protection: the impact of the child development programme*. Bristol, Early Childhood Development Unit, University of Bristol, 1992.

HERTZMAN, C.& WIENS, M. O desenvolvimento infantil e as consequências de longa duração: uma perspectiva de saúde da população e sumário de intervenções bem sucedidas. *Social science and medicine*, **43**: p.1083 (1996).

KUH, D. & BEM-SHLOMO, Y. *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 1997.

ROBINS, L & RUTTER, M.,ED. *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

TAGER, I. B. ET AL. Estudo longitudinal dos efeitos do consumo de tabaco da mãe no funcionamento pulmonar da criança. *New England journal of medicine*, **309**: p. 699 (1983).

SCHWEINHART, L. J. ET AL. *Significant benefits: the High Scope Perry Preschool Study through age 27*. Ypsilanti, The High Scope Press, 1993.

#### **4 - EXCLUSÃO SOCIAL**

##### **A exclusão social causa angústia e custa vidas humanas.**

###### **- Os factos**

Os processos de exclusão social e de privações numa sociedade têm um grande impacto na saúde e na determinação de morte prematura. Os danos para a saúde provêm não só de privações materiais mas também dos problemas sociais e psicológicos de viver na pobreza.

A pobreza, o desemprego e a condição de ser-se *sem abrigo* tem aumentado em imensos países, incluindo em alguns dos países mais ricos. Em alguns países, cerca de um quarto da população total de adultos - e uma proporção maior de crianças – vive num estado de pobreza relativa ( definida pela União Europeia como sendo metade do rendimento médio nacional ). A pobreza relativa tal como a pobreza absoluta, conduz a um pior estado de saúde e a morte prematura. As pessoas que têm vivido a maior parte das suas vidas na pobreza sofrem de uma saúde particularmente má.

Os emigrantes, as minorias étnicas, os trabalhadores ilegais e os refugiados são particularmente vulneráveis à exclusão social, e os seus filhos estão sujeitos a um risco especial. Eles chegam a ser por vezes excluídos da cidadania mas mais frequentemente a exclusão acontece ao nível das oportunidades de trabalho e de educação. O racismo, a discriminação e a hostilidade que eles por vezes enfrentam pode prejudicar a sua saúde.

Adicionalmente, as comunidades são capazes de marginalizar e de rejeitar as pessoas que se encontram doentes, inválidas ou emocionalmente vulneráveis, tais como antigos residentes de internatos, prisões e hospitais psiquiátricos. Aqueles que têm problemas de saúde física ou mental têm frequentemente dificuldades em beneficiar de uma educação adequada ou em ganhar o seu sustento. As crianças deficientes estão mais sujeitas a viver na pobreza.

As condições estigmatizadas tais como as doenças mentais, incapacidade física ou doenças como a SIDA pioram as coisas. As pessoas que vivem nas ruas e que podem

sofrer a combinação destes problemas, são vítimas das taxas mais elevadas de morte prematura.

As sociedades que procuram políticas mais igualitárias têm frequentemente taxas mais rápidas de crescimento económico e padrões mais elevados de saúde.

#### **- Implicações políticas**

É necessário uma variedade de acções em planos diferentes para se conseguir combater os efeitos da exclusão social na saúde. Estas incluem as seguintes:

A legislação, que pode ajudar a proteger os direitos dos emigrantes e dos grupos minoritários e prevenir a discriminação.

As intervenções na saúde pública, que devem anular as barreiras de acesso aos cuidados médicos, aos serviços sociais e à habitação social.

São necessários subsídios, um salário mínimo nacional adequado e políticas educativas e de emprego para reduzir a exclusão social.

Os rendimentos e a riqueza deveriam ser redistribuídos para reduzir as desigualdades materiais e a proporção de pobreza relativa; sociedades mais igualitárias tendem a ter padrões mais elevados de saúde.

#### **BIBLIOGRAFIA**

POWER, C. A saúde e a desigualdade social na Europa. *British medical journal*, **309**: pp.1153-1160 (1994).

SIEM, H. Migração e saúde – a perspectiva internacional. *Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis*, **86**(19): pp.788-793 (1997).

WALKER, R. «Poverty and social exclusion in Europe», in: Walker, A. & Walker, C., ed. *Britain divided: the growth of social exclusion in the 1980s and 1990s*. London, Child Poverty Action Group, 1997.

WILKINSON, R. G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London, Routledge, 1996.

VAN DOORSLAER E. ET AL. Desigualdades relacionadas aos rendimentos na saúde: algumas comparações internacionais. *Journal of health economics*, **16**: pp.93-112 (1997).

## **5 - TRABALHO**

**O stress no local de trabalho aumenta o risco de doença.**

### **Os factos**

Os estudos efectuados mostram que o stress no trabalho desempenha um papel importante ao contribuir para o grosso das diferenças na saúde, faltas por doença e morte prematura, factos que estão relacionados com o estatuto social. Vários estudos dos locais de trabalho na Europa mostram que a saúde ressent-se quando as pessoas têm pouco poder para tomar decisões.

Ter pouco domínio sobre o seu próprio trabalho está fortemente relacionado com um risco acrescido de lombalgias, de doenças cardiovasculares e de absentismo ao trabalho.

Tem-se descoberto que estes riscos são independentes das características psicológicas das pessoas estudadas.

Em síntese, eles parecem estar relacionados com o ambiente de trabalho.

Os estudos têm também examinado o papel das exigências no trabalho. Alguns deles mostram uma interacção entre as exigências e o poder de decisão. Os empregos com uma exigência elevada e um poder reduzido envolvem um risco especial. Alguns dados revelam que o apoio social no local de trabalho pode reduzir esses riscos. E mais, tem-se descoberto que o aumento do risco de problemas cardiovasculares está associado à desproporção entre as remunerações recebidas e o esforço despendido no trabalho. As gratificações podem ter a forma de dinheiro, estatuto e valorização da estima pessoal.

As mudanças no mercado de trabalho podem alterar as estruturas de promoções, e tornar mais difícil para as pessoas atingirem as compensações devidas.

Estes resultados sugerem que o ambiente psicossocial no trabalho é um factor importante para o desnível social que se verifica na falta de saúde.

### **Implicações políticas**

Não existe nenhuma incompatibilidade entre a saúde e a produtividade no trabalho. Pode-se estabelecer um círculo *virtuoso* (e não vicioso): a melhoria das condições de trabalho irão conduzir a uma força de trabalho mais saudável; isto irá levar a uma produtividade maior e daí surge a oportunidade para criar um ainda mais saudável e mais produtivo local de trabalho.

Um envolvimento adequado na tomada de decisões pode beneficiar os empregados a todos níveis numa organização.

A redefinição das práticas nos escritórios e noutros locais de trabalho - para permitir que os empregados tenham mais poder, maior variedade de opções e mais oportunidades de progresso no trabalho - beneficia a saúde.

O trabalho que não fornece compensações apropriadas - em termos de dinheiro, valorização da auto-estima e estatuto - prejudica a saúde.

Por forma a reduzir o peso dos problemas músculo-esqueléticos, os locais de trabalho deverão ser adequados quer ergonomicamente quer no âmbito das organizações de trabalho.

## **BIBLIOGRAFIA**

BOSMA, H. ET AL. O poder reduzido no emprego e o risco de doenças coronárias no estudo de Whitehall II (grupo prospectivo). *British medical journal*, **314**: pp.558-565 (1997).

JOHNSON, J.V. Os desenvolvimentos conceptuais e metodológicas nas pesquisas sobre o stress ocupacional: uma introdução ao "estado-da-arte" dos estudos nesta matéria. *Journal of occupational health psychology*, **1**: pp.6-8 (1996).

KARASEK, R. A. & THEORELL, T. *Health work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.

SIEGRIST, J. Os efeitos adversos para a saúde das condições de *demasiado esforço VS baixas remunerações*. *Journal of occupational health psychology*, **1**: pp.27-41 (1996).

THEORELL, T.& KARASEK, R. A Questões actuais relacionadas com a tenção psicossocial no trabalho e as pesquisas sobre as doenças cardiovasculares. *Journal of occupational health psychology*, **1**: pp.9-26 (1996).

## **6 - DESEMPREGO**

**A segurança no trabalho aumenta a saúde, o bem estar e a realização profissional.**

### **- Os factos**

O desemprego coloca a saúde em risco, e o risco é maior nas regiões onde o desemprego está generalizado. A realidade dum certo número de países mostra que os desempregados e as suas famílias sofrem um aumento substancial do risco de morte prematura.

Os efeitos do desemprego na saúde têm que ver com as suas consequências psicológicas e com os problemas financeiros, especialmente as dívidas.

Os efeitos começam quando as pessoas inicialmente sentem que os seus empregos estão ameaçados, mesmo antes de eles ficarem efectivamente desempregados. Isto mostra que a ansiedade a respeito da insegurança também deteriora a saúde. A insegurança no trabalho tem provocado o aumento dos efeitos na saúde mental (particularmente a ansiedade e a depressão), doenças cardíacas e os próprios factores de risco das doenças cardíacas. Porque os empregos insatisfatórios ou inseguros podem ser tão prejudiciais como o desemprego, só o facto de se estar empregado não chega para proteger a saúde física ou mental. A qualidade do emprego é importante.

Durante os anos 90, as mudanças nas economias e no mercado de trabalho dos países industrializados tem aumentado os sentimentos de insegurança no trabalho. Quando essa insegurança no trabalho se prolonga ela actua como um gerador de stress crónico, cujos efeitos vão aumentando conforme aumenta o tempo da exposição; o que faz aumentar o absentismo ao trabalho por doença e a procura dos serviços de saúde.

#### **- Implicações políticas**

As políticas deveriam ter três objectivos:

- . prevenir o desemprego e a insegurança no trabalho;
- . reduzir as dificuldades vividas pelos desempregados, e
- . restituir os trabalhos seguros às pessoas.

A gestão governamental da economia para reduzir os altos e baixos dos ciclos económicos pode ser uma contribuição importante para a segurança no trabalho e para a redução do desemprego. As reduções nos horários de trabalho podem também ser benéficas se elas são acompanhadas de maior segurança e satisfação no trabalho.

É importante formar as pessoas para o trabalho que estiver disponível, para padrões mais altos de educação e para bons esquemas de *reciclagem* de conhecimentos. Para aqueles que não estão empregados, o ajuste dos subsídios de desemprego a uma proporção superior aos salários pode ter um efeito protector. Além disso, as associações de crédito podem ser benéficas por reduzirem as dívidas e reforçarem as redes sociais.

## **BIBLIOGRAFIA**

BEALE, N. & NETHERCOTT, S. A perda do trabalho e a morbilidade familiar: um estudo sobre o encerramento duma fábrica. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, **35**: pp.510-514 (1985).

BETHUNE, A « O desemprego e a mortalidade», in: Drever, F. & Whitehead, M., ed. *Health inequalities*. London, H. M. Stationery Office, 1997.

BURCHELL, B. « Os efeitos da posição no mercado de trabalho, da insegurança e do desemprego na saúde psicológica», in: Gallie, D. et al., ed. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 188-212.

FERRIE, J. ET AL., ED. *Labor market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhaga, Gabinete Regional da OMS para a Europa (na imprensa) Publicações Regionais da OMS, Séries Europeias, no. **81**.

IVERSEN, L. ET AL. O desemprego e a mortalidade na Dinamarca. *British medical journal*, **295**: pp.879-884 (1987).

## **7 - APOIO SOCIAL**

**A amizade, boas relações sociais e redes de apoio fortes melhoram a saúde em casa, no trabalho e na comunidade.**

### **- Os factos**

O apoio social e boas relações sociais contribuem bastante para a saúde. O apoio social ajuda a dar às pessoas os suportes emocionais e práticos que elas precisam. Pertencer a uma rede social de comunicação e inter-ajuda faz com que as pessoas se sintam estimadas, amadas e valorizadas. Isto tem um efeito protector poderoso na saúde.

O apoio funciona ao nível do indivíduo e ao nível da sociedade. O isolamento social e a exclusão estão associadas a taxas crescentes de morte prematura e a poucas hipóteses de sobrevivência após um ataque cardíaco. As pessoas que recebem menos apoio emocional estão sujeitas a experimentar um menor bem estar, têm mais depressões, sofrem mais complicações na gravidez e registam níveis mais altos de incapacidade resultante de doenças crónicas. Adicionalmente, os dissabores num relacionamento íntimo podem levar a uma saúde mental e física precária.

O acesso a apoios sociais de tipo material ou social, varia conforme o estatuto social e económico. A pobreza pode contribuir para a exclusão social e o isolamento.

A coesão social - que se traduz por respeito mútuo na comunidade e na sociedade - ajuda a proteger as pessoas e a sua saúde. As sociedades com elevados níveis de desigualdade de rendimentos tendem a ter uma menor coesão social, mais crimes violentos e taxas mais elevadas de óbitos. Um estudo de uma comunidade com grandes registos de coesão social revelou uma taxa muito baixa de doenças coronárias, que aumentou quando a coesão social na comunidade diminuiu.

#### **- Implicações políticas**

Estudos experimentais sugerem que as boas relações sociais podem reduzir os efeitos da resposta física do stress. As intervenções nos grupos de alto risco têm mostrado que fornecer apoio social, melhora a recuperação de um ataque cardíaco, a longevidade nas pessoas com certos tipos de cancro e tem efeitos positivos na gravidez daqueles grupos vulneráveis de mulheres.

A redução das desigualdades de rendimentos e a exclusão social na comunidade, pode levar a uma maior coesão e uma melhor saúde da população. A melhoria do ambiente social nas escolas, no local de trabalho e na comunidade em geral irá ajudar as pessoas a sentirem-se valorizadas e apoiadas em mais áreas das suas vidas e irá contribuir para a sua saúde, especialmente a saúde mental. Em todas as áreas da vida pessoal e institucional, as práticas que deveriam ser evitadas são aquelas que rejeitam os outros como socialmente inferiores ou menos válidos porque elas causam divisão entre as pessoas.

#### **BIBLIOGRAFIA**

BERKMAN, L.F. & SYME, S.L., As redes sociais, resistência do hospedeiro e mortalidade: um acompanhamento de nove anos dos habitantes de Alameda County, *American journal of epidemiology*, 109: pp. 186-204, (1979).

KAPLAN, G.A. et AL., Relações sociais e mortalidade devido a causas diversas e a doença cardiovascular: factos prospectivos oriundos da Finlândia. *American journal of epidemiology*, 128: pp.370-380, (1988).

KAWACHI, I. ET AL., Um estudo prospectivo sobre as redes sociais em relação à mortalidade total e às doenças cardiovasculares nos homens nos EUA. *Journal of epidemiology and community health*, 50(3): pp. 245-251 (1996).

OXMAN, T. E. ET AL., O apoio social e os sintomas depressivos nos idosos. *American journal of epidemiology*, 135, pp.356-368, (1992).

## **8 - DEPENDÊNCIAS**

**Os indivíduos voltam-se para o álcool, as drogas e o tabaco e sofrem devido ao seu uso, mas o consumo é influenciado pelo cenário social mais alargado.**

### **- Os factos**

O uso de drogas é duplamente uma resposta ao colapso social e também um factor importante no agravamento das desigualdades na saúde. Ela oferece aos seus consumidores uma evasão para escapar às adversidades e ao stress, mas apenas piora os seus problemas.

A dependência do álcool, o uso de drogas ilícitas e o consumo de tabaco estão intimamente associados com indicadores de desvantagens sociais e económicas. Na Federação Russa, por exemplo, a última década tem sido uma época de grandes convulsões sociais. As mortes relacionadas com o consumo de álcool – provocadas por acidentes, violência, ferimentos e suicídio – têm aumentado drasticamente. A dependência do álcool e as mortes violentas estão também associados nos outros países.

A explicação causal desenvolve-se provavelmente em dois sentidos diferentes. As pessoas voltam-se para o álcool para esquecerem as condições económicas e sociais austeras em que vivem e por outro lado a dependência do álcool inicia uma mobilidade social descendente. A ironia é que, aparte uma libertação temporária da realidade, o álcool intensifica os factores que conduziram ao seu consumo inicial.

O mesmo se passa em relação ao tabaco. As privações sociais – avaliadas por qualquer indicador: habitação degradada, ser-se uma pessoa sem abrigo, ter baixos rendimentos, ou o desemprego – estão associadas a taxas elevadas de consumo de tabaco e taxas muito baixas de abandono do vício. O consumo de tabaco é uma fonte de despesas a mais nos rendimentos das pessoas mais pobres e uma causa enorme de saúde precária e morte prematura. Mas a nicotina não oferece uma alternativa real ao stress nem uma melhoria do humor.

### **- Implicações políticas**

O trabalho para tratar os problemas de droga implica não apenas apoiar e tratar as pessoas que têm desenvolvido padrões de hábitos de consumo mas também abordar as formas de privação social onde os problemas estão enraizados. As políticas necessitam de: regulamentar a sua obtenção, por exemplo estabelecendo preços e a liberalização, informar as pessoas sobre as formas menos prejudiciais de consumo,

fazer uso da educação da saúde para reduzir o "recrutamento" dos jovens e fornecer serviços de tratamento efectivo para os dependentes.

Nenhuma destas medidas irá ser bem sucedida se os factores sociais que originam o uso de drogas, não forem alterados. Tentar deslocar toda a responsabilidade para o consumidor é uma resposta claramente inadequada. Isto responsabiliza a vitima, em vez de abordar a complexidade das circunstâncias sociais que originam o consumo de drogas. Uma política efectiva sobre as drogas deve por isso ser apoiada por uma estrutura mais alargada de políticas sociais e económicas.

## **BIBLIOGRAFIA**

MAKELA, P. ET AL., A contribuição das mortes relacionadas com a variação sócio-económica do uso do álcool na mortalidade. *British medical journal*, **315**, pp.211-216 (1997).

MARKOV, K. V. ET AL., A incidência do consumo de álcool e a estrutura das causas de morte nos homens entre os 40 e os 54 anos de idade. *Sovetskoe Zdravookhranenie*, **4**, pp.8-15 (1990).

MARSH, A & MCKAY, S., *Poor smokers*. London, Policy Studies Institute, 1994.

MELTZER, H. ET AL. *Economic activity and social functioning of adults with psychiatric disorders*. London, H.M. Stationery Office, 1996 (OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 3).

RYAN, M. , O alcoolismo e a mortalidade crescente na Federação Russa. *British medical journal*, **310**, pp.646-648, (1995).

## **9 - ALIMENTAÇÃO**

**A alimentação saudável é um assunto político.**

### **- Os factos**

Uma dieta correcta e um suplemento alimentar adequado são aspectos centrais para promover a saúde e o bem estar. A escassez de alimentos e a falta de variedade causam má nutrição e carências alimentares. A ingestão excessiva (também uma forma de má nutrição) contribui para doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, doenças oftalmológicas degenerativas, obesidade e cáries dentárias. A pobreza alimentar existe lado a lado com a abundância de comida. A questão verdadeiramente importante para a saúde pública é a obtenção e os custos da comida saudável e

nutritiva. O acesso a comida de boa qualidade e a um bom preço é mais relevante para determinar o que as pessoas comem do que a educação para a saúde alimentar.

A industrialização trouxe com ela uma transição epidemiológica das doenças infecciosas para as doenças crónicas - particularmente doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e cancro. Isto foi associado a uma transição nutricional, quando as dietas mudaram para a alimentação em excesso de gorduras saturadas e açúcares, produzindo mais obesidade. Ao mesmo tempo, a obesidade tornou-se mais vulgar entre os pobres do que entre os ricos.

O comércio mundial de géneros alimentícios é agora um negócio gigantesco. O Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio e a Política Agrícola Comum da União Europeia permitem que as potências dominantes dos mercados mundiais controlem o abastecimento alimentar. Os Comités Internacionais tais como o *Codex Alimentarius* que determinam a qualidade dos alimentos e os padrões de segurança, têm falta de representantes da saúde pública, e fortes interesses na indústria alimentar.

As condições sociais e económicas têm como consequência a existência de uma escala social na qualidade da dieta, o que contribui para as desigualdades da saúde. A principal diferença dietética entre as classes sociais está nas fontes dos nutrientes. Os pobres substituem os alimentos frescos pelos alimentos processados, por estes serem mais baratos. A ingestão elevada de gorduras ocorre em todos os grupos sociais. As pessoas que vivem de baixos rendimentos, como por exemplo os jovens, os idosos, os desempregados, são os que se alimentam pior.

Os objectivos dietéticos para prevenir doenças crónicas enfatizam que se deve comer mais vegetais frescos, frutos e legumes e mais reduzidamente as comidas processadas com amidos, mas menos gordura animal, açúcares refinados e sal. Mais de cem comités de especialistas concordaram sobre estes objectivos dietéticos.

### **Implicações políticas**

As agências governamentais a nível local, nacional e internacional juntamente com as organizações não governamentais e com a indústria alimentar deveriam assegurar-se dos seguintes aspectos:

A obtenção de alimentos frescos de alta qualidade, acessível a todos, independentemente das circunstâncias de cada pessoa;

A tomada de decisões democráticas e responsáveis sobre todos os assuntos regulamentares sobre os alimentos, com a participação de todos os consumidores;

Apoios para uma agricultura sustentável e para os métodos de produção de alimentos que conservem os recursos naturais e o ambiente;

A protecção dos alimentos produzidos localmente, da incursão do comércio global alimentar;

O fortalecimento da cultura alimentar a favor da saúde, estimulando o conhecimento das pessoas sobre comida e nutrição, técnicas de confecção de alimentos e o valor social de preparar as refeições e comer em conjunto;

A disponibilidade de informação útil sobre a comida, dietas e saúde;

O uso de valores de referência de nutrientes obtidos cientificamente e de linhas de orientação para dietas alimentares para facilitar o desenvolvimento e a implementação de políticas sobre a alimentação e nutrição.

## **BIBLIOGRAFIA**

*EVERY, N. ET AL., Cracking the Codex. An analysis of who sets world food standards, London, National Food Alliance, 1993.*

*COMMITTEE ON MEDICAL ASPECTS OF FOOD POLICY. Nutritional aspects of cardiovascular disease. London, H. M. Stationery Office, 1994.*

*Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva, Organização Mundial de Saúde, 1990 (WHO Technical Report Series, No. 797).*

*STALLONE, D. D. ET AL. «Dietary assessment in Whitehall II: the influence of reporting bias on apparent socioeconomic variation in nutrient intake». European journal of clinical nutrition, 51: pp.815-825 (1997).*

*WORLD CANCER RESEARCH FUND. Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 1997.*

## **10 - TRANSPORTES**

**Para haver transportes mais saudáveis implica que se reduza a utilização dos automóveis particulares e encoraje que se ande a pé ou de bicicleta mais vezes, tendo por opção melhores transportes públicos.**

## **- Os factos**

Andar de bicicleta, caminhar e usar os transportes públicos promove a saúde de quatro formas diferentes. Pratica-se exercício físico, reduz-se os acidentes fatais, aumenta-se o contacto social entre as pessoas e reduz-se a poluição atmosférica.

A mecanização reduziu o exercício que certos empregos e actividades domésticas implicavam e por isso hoje em dia as pessoas necessitam de encontrar outras formas de trazer o exercício de volta às suas vidas. Isto pode ser conseguido reduzindo a dependência dos automóveis, aumentando os passeios a pé, o ciclismo e expandindo os transportes públicos. Os exercícios praticados regularmente protegem das doenças cardíacas e ao limitar a obesidade, reduz a incidência dos diabetes. Além disso promove a sensação de bem estar e protege os idosos de depressões.

A redução de tráfego rodoviário reduziria as mortes na estrada e os acidentes graves. Apesar dos acidentes que envolvem automóveis ferirem ciclistas e peões, os acidentes em que os ciclistas se envolvem, ferem relativamente poucas pessoas. Ambientes urbanos bem planeados, que separam os ciclistas e os peões do tráfego rodoviário, aumentam a segurança dos passeios a pé e de bicicleta.

Uma maior actividade a pé ou de bicicleta, acrescida de um uso maior dos transportes públicos, estimularia a interacção social nas estradas em detrimento do isolamento que uso o de automóveis provoca nas pessoas por estarem privadas daquele contacto humano. O tráfego rodoviário separa as comunidades e divide os dois lados da estrada. Ter menos peões significa que as estradas deixam de ser espaços sociais o que tem como consequência que os peões isolados tenham frequentemente ser atacados. Além disso, as pessoas dos subúrbios dependem mais dos carros para chegarem ao seu destino e daí que quem não tem automóvel fique mais isolado, o que acontece particularmente com os jovens e aos idosos. O isolamento social e a falta de interacção entre a comunidade são factores que estão fortemente associados a uma saúde precária.

Reduzir o tráfego rodoviário significa diminuir a poluição proveniente dos escapes. Andar a pé e de bicicleta significa um consumo mínimo de combustíveis não renováveis e não conduz ao aquecimento global do planeta. São actividades que não suscitam doenças provocadas pelos poluentes atmosféricos, fazem pouco ruído e são preferíveis para as cidades ecológicas do futuro. As bicicletas, que podem ser fabricadas localmente, têm uma boa "pegada ecológica" em comparação com os carros.

### **- Implicações políticas**

Apesar dos seus efeitos prejudiciais para a saúde, as viagens de automóvel estão a aumentar rapidamente em todos os países europeus, enquanto as viagens a pé ou de bicicleta estão a diminuir. As políticas públicas nacionais e locais têm que inverter esta tendência. No entanto, os *lobbies* dos transportes têm fortes valores investidos. Muitas indústrias - de petróleo, de borrachas, construção de estradas, fabrico, vendas e reparações de automóveis e publicidade - todos beneficiam do uso de automóveis. Tal como o século XX tem assistido ao início da redução do consumo do tabaco, álcool e de drogas, também terá que assistir à redução da dependência dos carros.

As estradas deveriam dar prioridade aos ciclistas e aos peões para percursos curtos, especialmente nas cidades. Os transportes públicos deveriam ser adaptados para serem utilizados em percursos maiores, fazendo ligações regulares e frequentes às áreas rurais. Os incentivos precisam ser modificados; isto significa, por exemplo, reduzir os subsídios estatais para a construção de estradas, aumentar o apoio financeiro aos transportes públicos, criar impostos desincentivadores para o ramo automóvel e aumentar os custos e as multas de estacionamento. Também é necessário fazer-se alterações na ocupação do solo, tais como: converter os espaços rodoviários em espaços verdes, remover os estacionamentos dos carros, dedicar as estradas aos peões e aos ciclistas, aumentar as faixas para autocarros e bicicletas e travar o crescimento dos subúrbios de baixa densidade e dos supermercados situados fora dos centros urbanos que obrigam à utilização de carros. Os factos sugerem, de um modo crescente, que a construção de mais estradas encoraja a utilização de carros enquanto as restrições ao tráfego podem, ao contrário das expectativas, reduzir a congestão rodoviária.

#### **BIBLIOGRAFIA**

**DAVIES, A., *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.**

**ELKIN, T. ET AL. *Reviving the city: towards sustainable urban development*. London, Friends of the Earth, 1991.**

***On the state of health in the European Union*. Brussels, Commission of the European Communities, 1996.**

**PRICE, C. & TSOUROS, A, ed. *Our cities, our future. Policies and action plans for health and sustainable development*. Copenhaga, Gabinete Regional da OMS**

para a Europa, 1996 (documento).

*Traffic impact of highway capacity reductions. Summary report.* London, MVA and ESRC Transport Studies Unit, University College, University of London, 1998.