

CIDADE, SAÚDE E CUIDADO: INFLUÊNCIAS DO AMBIENTE URBANO SOBRE O INDIVÍDUO NA INTERFACE ENTRE ENFERMAGEM, PSICOLOGIA E ARQUITETURA

João Felipe Taretti¹

Resumo: O artigo parte do problema de como a cidade influencia a saúde do indivíduo, considerando que o ambiente urbano não atua apenas como cenário da vida cotidiana, mas como fator que condiciona práticas, vínculos, exposições e possibilidades de cuidado. O objetivo geral foi analisar, em perspectiva interdisciplinar, de que modo elementos do ambiente construído interferem na saúde física, mental e social, articulando contribuições da Enfermagem, da Psicologia e da Arquitetura. A metodologia adotada foi pesquisa bibliográfica, qualitativa, exploratória, descritiva e teórico-analítica, baseada em livros, artigos científicos e documentos institucionais sobre saúde urbana, ambiência, território, saúde mental, mobilidade, moradia, áreas verdes e espaços públicos. Os resultados indicaram que a cidade influencia a saúde por meio da mobilidade, da qualidade habitacional, da segurança, da presença de áreas verdes, da acessibilidade aos serviços e da configuração dos espaços de convivência. Também se verificou que desigualdades socioespaciais ampliam vulnerabilidades e limitam práticas de autocuidado. Conclui-se que a cidade deve ser compreendida como componente ativo da produção de saúde e adoecimento, exigindo planejamento urbano orientado pela equidade, práticas de cuidado territorializadas e integração entre políticas de saúde, arquitetura, mobilidade e desenvolvimento urbano.

Palavras-chave: saúde urbana; ambiente construído; saúde mental; planejamento urbano; qualidade de vida.

CITY, HEALTH, AND CARE: INFLUENCES OF THE URBAN ENVIRONMENT ON THE INDIVIDUAL AT THE INTERFACE OF NURSING, PSYCHOLOGY, AND ARCHITECTURE

Abstract: This article addresses the research problem of how the city influences individual health, considering that the urban environment is not merely a setting for everyday life, but a factor that shapes practices, relationships, exposures, and possibilities of care. The

1 Especialização em Enfermagem em Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar pela Faculdade Holística, Brasil(2025). Enfermeiro do Trabalho da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil.

general objective was to analyze, from an interdisciplinary perspective, how elements of the built environment affect physical, mental, and social health, bringing together contributions from Nursing, Psychology, and Architecture. The methodology consisted of a qualitative, exploratory, descriptive, bibliographic, and theoretical-analytical study, based on books, scientific articles, and institutional documents on urban health, ambience, territory, mental health, mobility, housing, green areas, and public spaces. The results indicated that the city influences health through mobility, housing quality, safety, the presence of green areas, access to services, and the configuration of spaces for social interaction. It was also found that socio-spatial inequalities increase vulnerabilities and limit self-care practices. The study concludes that the city should be understood as an active component in the production of health and illness, requiring urban planning guided by equity, territorially based care practices, and integration among health policies, architecture, mobility, and urban development.

Keywords: urban health; built environment; mental health; urban planning; quality of life.

1 INTRODUÇÃO

A cidade não constitui apenas o cenário onde a vida cotidiana transcorre; ela participa ativamente da produção de condições de saúde e adoecimento. A forma urbana, a qualidade da moradia, a mobilidade, a oferta de áreas verdes, a segurança, o ruído, a densidade populacional e o acesso a serviços influenciam práticas corporais, níveis de estresse, vínculos sociais e percepções de bem-estar. Nessa perspectiva, a saúde do indivíduo deixa de ser compreendida apenas como resultado de fatores biológicos ou comportamentais isolados e passa a ser analisada em articulação com o ambiente construído e com a organização social do espaço urbano (World Health Organization; UN-HABITAT, 2020).

No campo da Enfermagem, essa discussão é relevante porque o processo saúde-doença envolve determinantes sociais e ambientais que afetam a prevenção, o cuidado e a promoção da saúde. Na Psicologia, a cidade é entendida como espaço de experiência subjetiva, capaz de favorecer pertencimento, suporte social e restauração psíquica, mas também sobrecarga sensorial, ansiedade e sofrimento mental. Já na Arquitetura e no Urbanismo, o debate se concentra na maneira pela qual o desenho dos espaços pode ampliar ou restringir circulação, convivência, segurança e acesso a condições promotoras de saúde. Assim, a análise do tema exige abordagem interdisciplinar, pois os efeitos da cidade sobre o indivíduo não se explicam por um único campo de saber.

Estudos apontam que características do ambiente construído se associam tanto à saúde física quanto à saúde mental. Ambientes com melhor caminhabilidade, presença de espaços públicos qualificados e áreas verdes tendem a favorecer atividade física, interação social e percepção de qualidade de vida (Hino; Reis; Florindo, 2010; World Health Organization, 2016). Em sentido oposto, contextos marcados por precariedade habitacional, fragmentação urbana, insegurança e excesso de estímulos estressores podem intensificar

desgaste psíquico e vulnerabilidades em saúde (Evans, 2003; Lederbogen *et al.*, 2011). Além disso, ambientes restauradores urbanos mostram potencial para atenuar sofrimento emocional e contribuir para o equilíbrio mental em cenários de vida urbana intensa (Nogueira; Favareto; Arana, 2022).

Diante disso, o presente texto delimita-se à análise de como a cidade influencia a saúde do indivíduo sob três eixos articulados: condições do ambiente construído, repercussões psicossociais da experiência urbana e implicações para o cuidado em saúde. O foco recai sobre o contexto urbano contemporâneo e sobre elementos como moradia, mobilidade, espaços públicos e áreas verdes, por serem dimensões concretas pelas quais a cidade interfere no cotidiano. Parte-se do pressuposto de que compreender essa relação é fundamental para subsidiar práticas de cuidado mais integrais e estratégias de planejamento urbano orientadas pela promoção da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O debate sobre a influência da cidade na saúde do indivíduo parte do reconhecimento de que o processo saúde-doença não se restringe à esfera orgânica nem pode ser explicado exclusivamente por escolhas individuais. A saúde é produzida em contextos históricos, sociais, econômicos, culturais e espaciais, de modo que o território urbano deve ser compreendido como dimensão constitutiva da vida humana. Nessa perspectiva, a cidade não representa apenas suporte físico das práticas sociais, mas uma estrutura que condiciona rotinas, deslocamentos, interações, percepções de segurança, exposição a riscos e possibilidades de cuidado. Ao discutir saúde urbana, portanto, o foco desloca-se de uma visão centrada apenas no indivíduo para uma abordagem que considera a articulação entre sujeito, ambiente construído e organização social do espaço (Corburn, 2009; World Health Organization; UN-HABITAT, 2020).

Esse entendimento aproxima-se do campo dos determinantes sociais da saúde, segundo o qual as condições de vida, trabalho, moradia, renda, educação, mobilidade e acesso a bens e serviços interferem diretamente nos níveis de bem-estar e vulnerabilidade. No espaço urbano, tais determinantes ganham materialidade concreta: a distribuição desigual de infraestrutura, a segregação socioespacial, a precariedade habitacional e a insuficiência de áreas públicas qualificadas produzem efeitos que incidem sobre o corpo e sobre a experiência subjetiva dos moradores. Em outras palavras, a cidade organiza oportunidades e restrições. Ela favorece ou dificulta práticas saudáveis, amplia ou limita o acesso à rede de apoio e intensifica ou reduz exposições crônicas ao estresse, ao isolamento e à insegurança. Por isso, a leitura da saúde urbana exige considerar a cidade como um agente ativo na conformação das condições de existência (Frumkin; Frank; Jackson, 2004; Corburn, 2009).

No plano conceitual, o ambiente construído ocupa posição central nessa discussão. Esse conceito refere-se ao conjunto de espaços produzidos ou modificados pela ação humana, incluindo moradias, ruas, calçadas, praças, equipamentos públicos, sistemas de transporte, serviços urbanos e a própria configuração do tecido urbano. Não se trata apenas da dimensão arquitetônica isolada, mas de uma rede de relações espaciais que organiza a experiência cotidiana. O ambiente construído influencia a saúde porque orienta comportamentos, define acessibilidades, regula encontros e separações, distribui estímulos e impõe ritmos de vida. Um bairro com boa conectividade, iluminação adequada, calçadas seguras e oferta de espaços de convivência tende a favorecer circulação, sociabilidade e sensação de pertencimento. Em contraste, territórios marcados por barreiras físicas, degradação, ruído excessivo ou insegurança tendem a produzir retraimento, medo e limitação do uso do espaço comum (Evans, 2003; Hino; Reis; Florindo, 2010).

A relação entre cidade e saúde também pode ser compreendida a partir da noção de ambiência. Embora frequentemente associada a ambientes institucionais de cuidado, a ambiência possui alcance mais amplo, pois envolve as qualidades materiais e simbólicas do espaço que afetam percepção, acolhimento, conforto e interação. Na escala urbana, a ambiência corresponde ao modo como o espaço é vivido e sentido: a presença de sombra, ventilação, vegetação, iluminação, legibilidade espacial, estímulos sensoriais equilibrados e condições de permanência influenciam a forma como o indivíduo estabelece vínculo com o lugar. A cidade, nesse sentido, não atua apenas por seus componentes objetivos, mas também por sua dimensão experiencial. Espaços hostis, caóticos ou desumanizados tendem a intensificar desgaste psíquico e afastamento; espaços legíveis, acessíveis e acolhedores tendem a favorecer apropriação, confiança e bem-estar (Gehl, 2013; Sternberg, 2010).

Na Arquitetura e no Urbanismo, essa discussão se articula ao princípio de que a forma espacial não é neutra. A organização da cidade interfere na produção da vida coletiva e na qualidade das experiências individuais. Jane Jacobs (2011) já demonstrava que a vitalidade urbana depende da diversidade de usos, da presença de pessoas nas ruas, da densidade equilibrada e da continuidade da vida pública. Essa formulação é relevante para a saúde porque associa urbanidade a segurança informal, encontro e sociabilidade. Uma cidade que favorece a presença de pessoas e o uso cotidiano dos espaços públicos tende a criar condições mais protetivas para a vida social. Em direção semelhante, Gehl (2013) argumenta que cidades planejadas na escala humana ampliam caminhabilidade, permanência e interação, elementos que repercutem positivamente na saúde física e mental. Assim, a qualidade urbana não deve ser reduzida a critérios estéticos ou funcionais; ela também possui implicações sanitárias e psicossociais.

A Psicologia contribui para esse debate ao compreender a cidade como espaço de produção de subjetividade. O ambiente urbano não apenas abriga

comportamentos; ele participa da constituição de emoções, percepções e modos de relação. A experiência cotidiana em contextos de congestionamento, ruído, violência, superlotação ou isolamento territorial pode intensificar estresse crônico, hipervigilância, fadiga e sentimento de impotência. Em contrapartida, a existência de espaços restauradores, áreas verdes, lugares de convivência e paisagens que possibilitem pausa e contemplação tende a favorecer regulação emocional e sensação de equilíbrio. Nesse ponto, a noção de restauração ambiental torna-se importante, pois sugere que determinados ambientes ajudam a recompor recursos cognitivos e afetivos desgastados pela vida urbana intensa. O valor terapêutico de áreas verdes e espaços públicos qualificados não reside apenas em sua função recreativa, mas em sua capacidade de atenuar sobrecarga psíquica e ampliar a percepção de bem-estar (World Health Organization, 2016; Nogueira; Favareto; Arana, 2022).

A literatura sobre saúde mental urbana reforça essa proposição ao indicar que viver na cidade não produz efeitos homogêneos, mas pode aumentar exposições a determinados fatores de risco quando o ambiente é adverso. Evans (2003) sustenta que o ambiente construído afeta a saúde mental por múltiplas vias, entre elas superlotação, deficiência habitacional, ruído, ausência de privacidade e sobrecarga ambiental. Já Lederbogen *et al.* (2011) apontam que a vida urbana e o crescimento em contextos urbanos relacionam-se a alterações no processamento neural do estresse social, o que reforça a necessidade de considerar o espaço urbano como variável relevante na compreensão do sofrimento psíquico. A proposição central, nesse caso, não é a de que a cidade seja patológica em si, mas a de que certos modos de urbanização podem intensificar vulnerabilidades emocionais, sobretudo quando combinados a desigualdades sociais persistentes.

No campo da Enfermagem, a relevância do tema decorre do fato de que o cuidado em saúde não se esgota no atendimento clínico, mas envolve compreensão ampliada das condições de vida da população. A prática de enfermagem, especialmente na atenção primária e na saúde coletiva, lida diretamente com territórios, famílias, redes sociais e contextos de vulnerabilidade. Isso significa que a leitura do adoecimento exige atenção ao lugar onde o indivíduo vive, circula e constrói sua rotina. Moradias insalubres, bairros sem equipamentos de lazer, dificuldades de mobilidade e inexistência de espaços seguros para atividade física são fatores que incidem sobre doenças crônicas, sofrimento mental e capacidade de autocuidado. Assim, a cidade não é um pano de fundo indiferente ao trabalho em saúde; ela integra o próprio campo de observação e intervenção do cuidado (Casate; Corrêa, 2005; Oliveira *et al.*, 2022).

Esse ponto aproxima a discussão da ideia de integralidade. Sob essa perspectiva, a saúde do indivíduo depende da articulação entre atenção clínica, condições ambientais e políticas públicas que assegurem equidade territorial. O cuidado integral exige reconhecer que exposições urbanas não se distribuem

de forma uniforme. Existem cidades diferentes dentro da mesma cidade: áreas mais bem servidas de infraestrutura, mobilidade e lazer convivem com territórios marcados por precariedade, informalidade e carência de serviços. Essa distribuição desigual do espaço urbano repercute na distribuição desigual da saúde. Em vez de explicar o adoecimento por suposta incapacidade individual de adotar hábitos saudáveis, torna-se necessário examinar em que medida a própria cidade viabiliza ou impede tais práticas. Nesse sentido, a proposição fundamental do campo da saúde urbana é que estilos de vida não são escolhas abstratas, mas práticas condicionadas por contextos concretos (Frumkin; Frank; Jackson, 2004; World Health Organization; UN-HABITAT, 2020).

A mobilidade urbana constitui um exemplo claro dessa lógica. Deslocar-se pela cidade não é apenas uma necessidade funcional; é uma experiência que afeta tempo, desgaste, autonomia e acesso a recursos de saúde e sociabilidade. Sistemas de mobilidade que priorizam deslocamentos longos, inseguros ou exaustivos impõem custo físico e psíquico aos indivíduos. Em contrapartida, cidades caminháveis e conectadas estimulam atividade física incidental, ampliam acesso a serviços e fortalecem a apropriação do espaço público. A caminhabilidade, nesse contexto, deve ser entendida como mais do que possibilidade geométrica de caminhar; ela envolve segurança, conforto, continuidade dos percursos e qualidade da paisagem urbana. Quando a cidade favorece o deslocamento ativo, ela incorpora a promoção da saúde à rotina cotidiana, sem depender exclusivamente de intervenções compensatórias posteriores (Hino; Reis; Florindo, 2010; Gehl, 2013).

Outro conceito decisivo é o de espaço público. Praças, parques, calçadas e áreas de convivência representam dimensões fundamentais da vida urbana porque materializam o encontro entre diferenças, a circulação de corpos e a experiência de pertencimento coletivo. O espaço público saudável não é apenas acessível; ele precisa ser utilizável, legível, seguro e socialmente convidativo. Sua ausência ou degradação compromete não apenas o lazer, mas a própria possibilidade de participação na vida urbana. Para crianças, idosos e grupos socialmente vulneráveis, essa questão torna-se ainda mais importante, pois a acessibilidade e a qualidade do espaço interferem diretamente em autonomia, inclusão e proteção. A literatura recente destaca que espaços públicos bem planejados podem contribuir para coesão social, redução do isolamento e promoção de estilos de vida ativos, o que reforça seu papel como componente de saúde urbana (World Health Organization, 2016; UN-HABITAT, 2022).

Associado a isso, o conceito de áreas verdes adquire relevância singular. Parques, jardins, arborização urbana e corredores verdes têm sido relacionados a múltiplos benefícios, como incentivo à atividade física, melhora da qualidade do ar, regulação térmica e apoio ao bem-estar psicológico. Do ponto de vista conceitual, a importância das áreas verdes não se limita ao contato estético com a natureza, mas inclui sua função restauradora e social. Tais espaços podem

reduzir saturação sensorial, favorecer interações comunitárias e ampliar a sensação de respiro em cidades densas e aceleradas. A Organização Mundial da Saúde destaca que espaços verdes urbanos bem distribuídos e acessíveis produzem efeitos positivos sobre saúde e qualidade de vida, especialmente quando integrados ao planejamento local (World Health Organization, 2016; 2017). A proposição central, portanto, é que o verde urbano deve ser compreendido como infraestrutura de saúde, e não como elemento ornamental secundário.

A moradia também precisa ser situada nesse debate como categoria fundamental. A casa não é apenas abrigo físico, mas núcleo de proteção, privacidade, descanso e organização da vida cotidiana. Quando apresenta problemas estruturais, superlotação, baixa ventilação, umidade, ruído ou insegurança, a moradia torna-se fonte de adoecimento. Evans *et al.* (2000) mostram que a qualidade habitacional associa-se à saúde mental, indicando que condições precárias do domicílio afetam bem-estar emocional e estabilidade cotidiana. A moradia, além disso, conecta-se ao entorno: não basta avaliar a qualidade interna da habitação sem considerar localização, acesso a transporte, equipamentos e serviços. Nesse sentido, a discussão sobre saúde urbana exige uma noção ampliada de habitação, entendida como unidade inseparável entre casa e bairro.

A dimensão simbólica do espaço urbano também merece destaque. Os lugares não são experimentados apenas por suas características físicas mensuráveis, mas por sentidos, memórias e identidades que neles se constroem. Kevin Lynch (1964) já indicava que a legibilidade da cidade influencia orientação e vínculo dos indivíduos com o ambiente urbano. Cidades confusas, fragmentadas ou hostis dificultam apropriação e reconhecimento; cidades com referências claras e continuidade espacial tendem a favorecer segurança cognitiva e pertencimento. Na Psicologia Ambiental, esse aspecto é relevante porque a saúde também depende da possibilidade de o sujeito reconhecer-se em seu espaço, desenvolver laços com o território e perceber-se como parte dele. Pertencimento territorial, portanto, não é questão acessória; integra a produção de estabilidade emocional e de vida comunitária.

No plano teórico, a interdisciplinaridade entre Enfermagem, Psicologia e Arquitetura justifica-se porque cada campo ilumina uma dimensão complementar do problema. A Enfermagem oferece leitura centrada no cuidado, na promoção da saúde e na atenção aos territórios de vida. A Psicologia contribui com a compreensão da experiência subjetiva, do sofrimento psíquico e dos vínculos entre espaço, emoção e comportamento. A Arquitetura e o Urbanismo examinam as mediações espaciais e materiais que tornam certas experiências possíveis ou improváveis. Isoladamente, cada área descreve apenas parte do fenômeno; articuladas, permitem compreender que o impacto da cidade sobre a saúde do indivíduo decorre tanto de condições físicas quanto de significados sociais e efeitos psicossociais do habitar urbano.

Dessa articulação decorre uma proposição central: a cidade saudável não é apenas aquela que dispõe de serviços de saúde, mas aquela que organiza seu espaço de modo a reduzir riscos, ampliar capacidades e sustentar relações de cuidado. Isso implica reconhecer que planejamento urbano, desenho ambiental e políticas territoriais possuem efeitos sanitários concretos. Também implica superar a oposição simplificadora entre assistência em saúde e organização da cidade. A promoção da saúde, nesse enquadramento, passa a depender de intervenções intersetoriais que articulem infraestrutura, habitação, mobilidade, áreas verdes, segurança e acesso a equipamentos coletivos. A cidade, então, deixa de ser tratada como cenário passivo e passa a ser compreendida como componente estrutural do cuidado e da qualidade de vida (World Health Organization; UN-HABITAT, 2020; UN-HABITAT, 2022).

Em síntese, o referencial teórico sobre a influência da cidade na saúde do indivíduo sustenta-se em algumas ideias fundamentais. A primeira é que a saúde é social e espacialmente produzida, não podendo ser reduzida a fatores biológicos isolados. A segunda é que o ambiente construído interfere nas práticas, nos afetos e nas vulnerabilidades cotidianas. A terceira é que a experiência urbana possui efeitos físicos e mentais, mediada por condições como mobilidade, moradia, segurança, áreas verdes e qualidade do espaço público. A quarta é que o cuidado em saúde exige leitura territorial e interdisciplinar. Por fim, a quinta é que a cidade pode tanto agravar processos de adoecimento quanto atuar como dispositivo de promoção da saúde, a depender de como seu espaço é planejado, distribuído e vivido. É nesse horizonte que se insere a análise proposta, voltada à compreensão da cidade como determinante ativo da saúde individual e coletiva.

3 METODOLOGIA

A pesquisa caracteriza-se como bibliográfica, de abordagem qualitativa, com finalidade exploratória, descritiva e teórico-analítica. Adotou-se uma revisão narrativa da literatura, adequada ao objetivo de compreender, de forma interdisciplinar, como a cidade influencia a saúde do indivíduo na interface entre Enfermagem, Psicologia e Arquitetura. A opção pela revisão narrativa justifica-se porque o estudo não pretendeu realizar metanálise ou revisão sistemática, mas organizar criticamente contribuições conceituais e empíricas de diferentes campos do conhecimento, conforme orientação metodológica de que a pesquisa bibliográfica permite reunir, examinar e interpretar materiais já publicados sobre determinado problema de investigação (Prodanov; Freitas, 2013).

O levantamento bibliográfico foi realizado entre março e abril de 2026, em bases e repositórios científicos nacionais e internacionais. Foram consultadas as seguintes fontes: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed/MEDLINE, Google Scholar, Portal de Periódicos CAPES, documentos institucionais da World Health Organization (WHO), relatórios

da UN-HABITAT e catálogos editoriais de obras clássicas em Arquitetura, Urbanismo e Psicologia Ambiental. Utilizaram-se descritores em português e inglês, combinados por operadores booleanos, tais como: “saúde urbana” AND “ambiente construído”; “cidade” AND “saúde mental”; “ambiente construído” AND “atividade física”; “urban health” AND “built environment”; “green spaces” AND “mental health”; “urban planning” AND “health”; “nursing” AND “territory”; “environmental psychology” AND “urban space”.

Foram incluídos artigos científicos, livros, revisões de literatura e documentos institucionais que tratassem da relação entre cidade, saúde, ambiente construído, saúde mental, mobilidade, moradia, áreas verdes, ambiência e cuidado em saúde. Foram considerados textos em português e inglês, publicados prioritariamente entre 2000 e 2022. Excepcionalmente, foram mantidas obras clássicas anteriores a esse período, em razão de sua relevância teórica para o tema, como Lynch (1964), Almeida Filho e Santana (1986) e Jacobs (2011). Foram excluídos materiais sem relação direta com o problema de pesquisa, textos opinativos sem base acadêmica, publicações sem identificação de autoria institucional ou científica e estudos centrados exclusivamente em aspectos clínicos sem articulação com território ou ambiente urbano.

O levantamento inicial resultou em 40 materiais potencialmente relevantes. Após leitura dos títulos, resumos e palavras-chave, 28 publicações foram pré-selecionadas. Em seguida, realizou-se leitura seletiva e analítica dos textos, observando pertinência temática, consistência conceitual, contribuição interdisciplinar e relação direta com os eixos do artigo. Ao final, 22 referências compuseram o corpus final da pesquisa, sendo artigos científicos, livros e documentos institucionais. A análise foi conduzida por organização temática, agrupando os materiais em cinco eixos interpretativos: ambiente construído e práticas de saúde; cidade e saúde mental; mobilidade, moradia e desigualdade socioespacial; áreas verdes e espaços restauradores; e implicações territoriais para o cuidado em saúde.

Os resultados e a discussão foram construídos a partir da interpretação crítica desse corpus, mediante comparação entre os autores, identificação de convergências e tensões teóricas e articulação entre os campos da Enfermagem, Psicologia e Arquitetura. Dessa forma, o procedimento metodológico permitiu relacionar os achados da literatura às categorias analíticas centrais do artigo, sem pretensão de generalização estatística, mas com foco na compreensão conceitual e interdisciplinar do fenômeno investigado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura permitiu identificar que a influência da cidade sobre a saúde do indivíduo não se manifesta de forma abstrata nem homogênea, mas por mediações concretas que estruturam a vida cotidiana. Os estudos examinados convergem para a ideia de que o espaço urbano interfere na saúde ao

organizar possibilidades de circulação, acesso a serviços, exposição a estímulos estressores, oportunidades de convivência e condições de permanência nos territórios. Esse conjunto de fatores produz efeitos simultaneamente físicos, psíquicos e sociais, o que confirma a pertinência de uma leitura interdisciplinar entre Enfermagem, Psicologia e Arquitetura.

Um primeiro resultado recorrente da literatura é que o ambiente construído atua como condicionante prático do cuidado de si. Em termos analíticos, isso significa que hábitos frequentemente tratados como escolhas individuais dependem, em larga medida, das condições objetivas do território. A presença de calçadas adequadas, iluminação pública, conectividade entre ruas, transporte acessível, equipamentos de lazer e áreas verdes favorece deslocamentos ativos e uso mais frequente do espaço urbano. Em contrapartida, territórios fragmentados, inseguros ou marcados por infraestrutura precária tendem a restringir a circulação e a reduzir o contato com recursos promotores de saúde. Hino, Reis e Florindo (2010) mostram que a avaliação do ambiente construído se tornou central para compreender níveis de atividade física, justamente porque a configuração espacial interfere na adoção e manutenção de práticas corporais. Esse achado desloca o debate de uma lógica moralizante sobre “estilo de vida” para uma compreensão territorial das práticas de saúde.

Nesse ponto, os resultados indicam que a cidade saudável não depende apenas da existência formal de equipamentos, mas da forma como eles se articulam na experiência cotidiana. Um bairro pode contar, por exemplo, com praça, unidade de saúde e parada de ônibus, mas ainda assim produzir barreiras se tais elementos estiverem dispersos, mal conservados ou percebidos como inseguros. A discussão, portanto, não se reduz à quantidade de infraestrutura, mas alcança sua qualidade, distribuição e usabilidade social. Gehl (2013) chama atenção para o fato de que cidades planejadas em escala humana ampliam permanência, encontro e caminhabilidade, o que ajuda a compreender por que determinados contextos urbanos favorecem mais intensamente o bem-estar do que outros com recursos aparentemente semelhantes. O resultado mais consistente, nesse caso, é que a saúde urbana depende menos da simples presença física dos elementos e mais da sua integração funcional e simbólica.

Outro eixo evidenciado refere-se à desigualdade socioespacial como mecanismo de distribuição desigual da saúde. A literatura revisada mostra que os benefícios e riscos do ambiente urbano não se repartem de maneira neutra entre os grupos sociais. Territórios com melhor infraestrutura, maior cobertura vegetal, mais segurança e maior oferta de serviços tendem a concentrar oportunidades de proteção e promoção da saúde. Já áreas periféricas ou precarizadas, em geral, reúnem carências cumulativas: moradias frágeis, longos deslocamentos, menor acesso a equipamentos públicos, exposição ampliada à violência e menor disponibilidade de espaços qualificados de convivência. Nessa perspectiva, a cidade opera como produtora de assimetrias sanitárias. Almeida Filho e Santana (1986), ao relacionarem espaço social urbano e doença

mental, já indicavam que a organização desigual do espaço não constitui mero pano de fundo, mas variável relevante na produção de sofrimento e adoecimento.

Esse resultado possui implicações importantes para a Enfermagem e para a saúde coletiva, porque evidencia que o cuidado não pode ser compreendido apenas no interior dos serviços. As condições do território prolongam ou limitam a efetividade das orientações clínicas, das ações preventivas e das estratégias de promoção da saúde. Recomendar caminhada, alimentação adequada, adesão terapêutica e acompanhamento contínuo torna-se insuficiente quando o indivíduo vive em contexto marcado por insegurança, mobilidade precária, instabilidade habitacional e acesso intermitente a recursos urbanos. A discussão, então, desloca o foco do comportamento individual para a relação entre vulnerabilidade territorial e possibilidade concreta de cuidado. Isso reforça a necessidade de leitura territorial na prática em saúde, especialmente nos campos em que a observação das condições de vida é inseparável da intervenção.

No plano da saúde mental, a revisão demonstrou que a cidade atua tanto como fonte de sobrecarga quanto como espaço potencialmente restaurador. Os estudos consultados indicam que ambientes urbanos densos, ruidosos, violentos ou sensorialmente saturados tendem a elevar níveis de estresse e fadiga psíquica. Evans (2003) destaca que variáveis como ruído, aglomeração, deficiência habitacional e baixa qualidade ambiental produzem impactos relevantes sobre a saúde mental. Em linha semelhante, Lederbogen *et al.* (2011) sugerem que a vida urbana se relaciona a formas específicas de processamento do estresse social. Esses resultados não autorizam afirmar que a cidade, em si, seja patogênica, mas sustentam a proposição de que certos arranjos urbanos aumentam vulnerabilidades emocionais ao impor estímulos contínuos, incerteza e redução do senso de controle sobre o cotidiano.

Ao mesmo tempo, a literatura revela que a cidade também pode oferecer dispositivos de recomposição subjetiva. A presença de áreas verdes, espaços públicos acolhedores e ambientes com menor saturação sensorial associa-se a melhores indicadores de bem-estar, descanso mental e percepção positiva da vida urbana. A Organização Mundial da Saúde (2016; 2017) aponta benefícios de espaços verdes urbanos para saúde e qualidade de vida, enquanto Nogueira, Favareto e Arana (2022) discutem o papel dos ambientes restauradores urbanos na proteção da saúde mental. O resultado mais relevante não está apenas na constatação de que o verde faz bem, mas na compreensão de que determinados espaços urbanos funcionam como mediações terapêuticas informais. Eles oferecem pausa, desaceleração, convivência e respiro em contextos de forte pressão cotidiana. Desse modo, o planejamento urbano pode produzir efeitos em saúde mental não apenas por evitar danos, mas por criar condições positivas de restauração.

A discussão dos achados também permite observar que segurança e pertencimento aparecem como categorias decisivas, embora nem sempre sejam tratadas com a mesma ênfase nos diferentes campos disciplinares. A Arquitetura e o Urbanismo tendem a abordar essas questões em termos de desenho urbano, legibilidade espacial e vitalidade dos espaços. A Psicologia enfatiza seus efeitos sobre medo, retraimento, confiança e vínculo com o lugar. Já a Enfermagem as encontra como parte das condições que modulam adesão ao cuidado, autonomia e circulação cotidiana. A convergência entre esses olhares sugere que a percepção de segurança não depende somente de policiamento ou controle formal, mas também da qualidade das relações entre espaço, visibilidade, uso cotidiano e presença social. Jacobs (2011) já atribuía importância à vida nas ruas e à diversidade de usos como elementos de proteção e vitalidade urbana. À luz da saúde, esse debate ganha nova densidade: espaços esvaziados, degradados ou pouco apropriáveis tendem a aumentar medo e isolamento, enquanto espaços ativos e legíveis tendem a ampliar uso coletivo e sensação de proteção.

A revisão também evidenciou que a moradia segue como núcleo decisivo da influência urbana sobre a saúde. Entretanto, diferentemente do enfoque mais conceitual do referencial teórico, os estudos analisados permitem avançar na discussão ao mostrar que os efeitos da habitação não se encerram no interior da casa. A precariedade domiciliar afeta descanso, privacidade, rotina e estabilidade emocional, mas sua repercussão se amplia quando associada a bairros sem infraestrutura, violência recorrente e baixa acessibilidade. Evans *et al.* (2000) relacionam qualidade habitacional e saúde mental, indicando que o espaço doméstico integra o campo ampliado da saúde. Os resultados sugerem, porém, que a moradia deve ser interpretada como nó territorial: sua qualidade depende também da rede urbana em que se insere. Uma casa minimamente adequada, situada em território desconectado e hostil, pode ainda assim produzir restrições importantes à qualidade de vida e ao cuidado.

Um aspecto particularmente relevante da análise foi a identificação de que o espaço urbano influencia a saúde por meio da temporalidade que impõe aos sujeitos. Longos deslocamentos, espera excessiva por transporte, percursos cansativos e dificuldade de acesso a serviços reduzem tempo disponível para autocuidado, descanso, lazer e convivência familiar. Embora nem todos os estudos revisados formulem essa questão diretamente em termos temporais, ela emerge da literatura sobre mobilidade, desigualdade territorial e ambiente construído. A cidade, assim, não afeta apenas o corpo no espaço, mas também a organização do tempo de vida. Esse resultado é importante porque amplia a compreensão da saúde urbana para além dos elementos físicos visíveis, incluindo o desgaste cotidiano produzido por ritmos urbanos desiguais. Quando o território consome energia e tempo de forma sistemática, ele compromete condições elementares de bem-estar, ainda que isso nem sempre apareça nos indicadores tradicionais.

No campo da Enfermagem, os achados analisados reforçam a necessidade de compreender o território como parte do processo terapêutico e preventivo. A literatura sobre humanização e ambiência em saúde, embora frequentemente voltada aos serviços, oferece elementos para refletir sobre o espaço como componente do cuidado. Casate e Corrêa (2005) já discutiam a humanização do atendimento em saúde como produção de práticas menos mecanizadas e mais atentas ao sujeito. Quando esse debate é colocado em interface com a cidade, torna-se possível sustentar que o cuidado integral depende também de ambientes urbanos menos hostis, mais inteligíveis e mais acolhedores. Oliveira *et al.* (2022), ao abordarem acolhimento e ambiência hospitalar, evidenciam a relevância da percepção espacial para profissionais e usuários; por extensão analítica, essa mesma lógica ajuda a compreender por que a experiência urbana interfere na disposição para buscar cuidado, aderir a tratamentos e manter rotinas protetivas.

Nesse sentido, os resultados sugerem que a cidade atua como extensão do campo do cuidado. Essa formulação não significa dissolver a especificidade dos serviços de saúde, mas reconhecer que eles operam em continuidade com as condições ambientais do território. Um serviço bem estruturado pode ter sua efetividade reduzida se o usuário enfrenta barreiras severas de mobilidade, insegurança ou sobrecarga cotidiana para acessá-lo. Do mesmo modo, ações de prevenção podem produzir impacto limitado quando o território dificulta práticas saudáveis básicas. A discussão aponta, portanto, para uma compreensão relacional da saúde: cuidado clínico, suporte psicossocial e desenho urbano não são esferas separadas, mas dimensões que se cruzam na experiência concreta dos indivíduos.

Outro resultado importante diz respeito ao envelhecimento e à vulnerabilidade diferencial de certos grupos no espaço urbano. A literatura revisada indica que idosos, crianças e pessoas com mobilidade reduzida dependem ainda mais intensamente de ambientes acessíveis, seguros e contínuos para manter autonomia e participação social. Bonaccorsi *et al.* (2020) mostram, em revisão de alcance ampliado, que o ambiente construído e a vizinhança influenciam atividade física e envelhecimento saudável. Kerr, Rosenberg e Frank (2012) apontam direção semelhante ao discutir o papel do ambiente construído no envelhecimento saudável. A discussão desses achados permite inferir que a cidade funciona como facilitadora ou produtora de dependência. Quando o espaço oferece barreiras, o indivíduo tende a reduzir circulação, contato social e práticas ativas; quando oferece acessibilidade e previsibilidade, amplia-se a autonomia. Assim, a influência da cidade sobre a saúde não é uniforme: ela se intensifica em função de idade, condição corporal, gênero e posição social.

A partir da Psicologia Ambiental, os resultados também indicam que o vínculo com o lugar possui relevância clínica e social. Territórios que favorecem reconhecimento, memória, convivência e apropriação simbólica

tendem a fortalecer pertencimento e estabilidade emocional. Em contraste, espaços percebidos como transitórios, impessoais ou ameaçadores reduzem identificação e ampliam sensação de deslocamento. Embora parte desse debate tenha sido introduzida no referencial teórico, a literatura analisada permite avançar ao mostrar que pertencimento não é apenas categoria subjetiva, mas efeito de qualidades espaciais e sociais concretas. Ele depende de permanência, legibilidade, uso compartilhado e continuidade das relações. Isso ajuda a compreender por que projetos urbanos excessivamente fragmentados ou excludentes produzem não só desigualdade material, mas também fragilização dos laços com o território.

Na interface com a Arquitetura, os achados reforçam a insuficiência de leituras puramente funcionalistas da cidade. A literatura examinada sugere que desenho urbano, ambiência e organização espacial devem ser avaliados também por sua capacidade de produzir saúde. Sternberg (2010) sustenta que o lugar influencia bem-estar de forma mensurável e experiencial, o que converge com trabalhos sobre ambientes restauradores, humanização e espaços de cuidado. Leitner e Pina (2020), ainda que em contexto institucional específico, mostram como a arquitetura sob a ótica da humanização altera percepções e experiências em ambientes de tratamento. Transposta para a escala urbana, essa discussão indica que a materialidade do espaço tem implicações emocionais e comportamentais que não podem ser tratadas como efeitos laterais. A forma como a cidade acolhe, orienta, protege ou expulsa seus usuários constitui variável substantiva para a saúde.

Um ponto que emerge com força da análise é a centralidade da intersetorialidade. Os resultados indicam que nenhum dos campos considerados, isoladamente, dá conta da complexidade da relação entre cidade e saúde. A Enfermagem identifica repercussões no cuidado e na promoção da saúde; a Psicologia evidencia efeitos sobre sofrimento, percepção e vínculo; a Arquitetura explicita como o espaço produz mediações materiais dessas experiências. O problema estudado, portanto, não admite respostas estritamente setoriais. Políticas urbanas que desconsideram saúde tendem a reproduzir adoecimento; práticas de saúde que ignoram o território tendem a atuar apenas sobre os efeitos mais imediatos das desigualdades espaciais. A discussão conduz, assim, a uma proposição prática: promover saúde em contexto urbano implica articular planejamento, cuidado, mobilidade, habitação, segurança, áreas verdes e equipamentos coletivos como dimensões de uma mesma agenda pública.

Também se observou, ao longo da revisão, que a literatura mais consistente evita explicações deterministas. A cidade influencia a saúde, mas não a define de modo absoluto. Seus efeitos são mediados por renda, gênero, redes de apoio, ciclo de vida, políticas públicas e capacidade de uso dos espaços. Essa cautela interpretativa é importante porque impede simplificações. O ambiente urbano pode ampliar riscos, mas também criar recursos de proteção;

pode produzir desgaste, mas também convivência e suporte; pode excluir, mas também integrar, a depender de sua configuração e da posição social dos sujeitos. Assim, os resultados não autorizam uma oposição simplista entre cidade e saúde, mas sustentam uma análise crítica dos modos de urbanização e de seus efeitos desiguais.

Em síntese, os resultados e a discussão permitem afirmar que a cidade influencia a saúde do indivíduo por cinco vias principais, articuladas entre si. A primeira é a via funcional, expressa nas condições de mobilidade, acessibilidade e uso do espaço. A segunda é a via ambiental, associada à presença ou ausência de áreas verdes, conforto, ruído e qualidade física dos lugares. A terceira é a via psicossocial, relacionada a estresse, pertencimento, segurança e convivência. A quarta é a via territorial do cuidado, que incide sobre prevenção, busca por serviços e possibilidade concreta de autocuidado. A quinta é a via distributiva, pela qual desigualdades urbanas produzem desigualdades em saúde. O conjunto desses achados confirma que a cidade não atua como cenário neutro, mas como elemento estruturante das condições de vida e, por consequência, dos processos de saúde e adoecimento. Sob essa perspectiva, pensar saúde exige, inevitavelmente, pensar a cidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida permitiu concluir que a cidade influencia a saúde do indivíduo de maneira concreta, contínua e multidimensional. Os achados indicaram que o ambiente urbano interfere tanto na saúde física quanto na saúde mental por meio de fatores como moradia, mobilidade, segurança, qualidade dos espaços públicos, presença de áreas verdes e acesso a serviços. Verificou-se, ainda, que tais elementos não operam de forma isolada. Ao contrário, articulam-se no cotidiano e produzem efeitos acumulativos sobre bem-estar, sofrimento psíquico, possibilidade de autocuidado e acesso a condições promotoras de saúde.

Entre os principais achados, destacou-se que o ambiente construído condiciona práticas frequentemente tratadas como escolhas individuais, como caminhar, conviver, descansar e buscar atendimento. Também se evidenciou que a desigualdade socioespacial distribui desigualmente riscos e proteções, o que reforça a necessidade de compreender a saúde a partir do território. Outro resultado relevante foi a constatação de que a cidade pode tanto intensificar desgaste emocional, medo e sobrecarga quanto oferecer recursos restauradores, especialmente quando dispõe de espaços públicos qualificados, áreas verdes acessíveis e condições adequadas de permanência e circulação.

O estudo apresentou ganhos importantes ao articular Enfermagem, Psicologia e Arquitetura em um mesmo campo interpretativo. Essa aproximação permitiu ampliar a leitura do processo saúde-doença para além da dimensão clínica, incorporando a experiência subjetiva do habitar e a materialidade do

espaço urbano. Como contribuição teórica, o trabalho reforça que a cidade não deve ser tratada como cenário neutro, mas como componente ativo da produção de saúde. Como contribuição analítica, mostra que o cuidado integral depende de leitura interdisciplinar e territorialmente situada.

Há, contudo, limitações que precisam ser reconhecidas. Por se tratar de pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa, o estudo não produziu dados empíricos primários nem comparou realidades urbanas específicas. Além disso, a amplitude do tema exigiu recorte conceitual, o que implicou privilegiar determinados eixos – ambiente construído, saúde mental, mobilidade, moradia e espaço público – em detrimento de outros, como poluição atmosférica, saneamento, raça, gênero e infância, que também merecem aprofundamento. Outra limitação reside no fato de que a literatura interdisciplinar sobre o tema, embora crescente, ainda se apresenta dispersa entre diferentes campos, o que dificulta maior padronização analítica.

Diante disso, recomenda-se que pesquisas futuras avancem em estudos de campo, com recortes territoriais delimitados, a fim de verificar como essas relações se expressam em contextos urbanos concretos. Também se mostra pertinente investir em investigações que articulem percepção dos moradores, indicadores de saúde e características do ambiente urbano. No plano aplicado, recomenda-se que políticas públicas e práticas profissionais incorporem de modo mais sistemático a dimensão territorial da saúde, com ênfase em mobilidade segura, qualificação dos espaços públicos, ampliação de áreas verdes, melhoria habitacional e planejamento urbano orientado pela equidade.

Conclui-se, por fim, que pensar a saúde do indivíduo em contexto urbano exige reconhecer que a cidade participa ativamente da produção das condições de vida. A promoção da saúde, nesse horizonte, não depende apenas da oferta de serviços, mas da construção de ambientes urbanos capazes de sustentar circulação, convivência, pertencimento, segurança e dignidade. Assim, a cidade saudável deve ser entendida como compromisso simultaneamente sanitário, social e espacial.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de; SANTANA, Vilma Souza. Espaço social urbano e doença mental: um estudo de área ecológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 334-348, 1986. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gL8pzJG9VCNHNQRDyHQRcr/>. Acesso em: 30 abr. 2026.

BONACCORSI, Guglielmo *et al.* Impact of the built environment and the neighborhood in promoting the physical activity and the healthy aging in older people: an umbrella review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 17, p. 6127, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6127>. Acesso em: 30 abr. 2026.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4P9yYkX8xW4Z3vFB94b9yv/>. Acesso em: 30 abr. 2026.

CORBURN, Jason. **Toward the healthy city: people, places, and the politics of urban planning**. Cambridge, MA: MIT Press, 2009.

EVANS, Gary W. The built environment and mental health. **Journal of Urban Health**, New York, v. 80, n. 4, p. 536-555, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14709704/>. Acesso em: 30 abr. 2026.

EVANS, Gary W. *et al.* Housing quality and mental health. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 68, n. 3, p. 526-530, 2000. DOI: 10.1037/0022-006X.68.3.526. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10883571/>. Acesso em: 30 abr. 2026.

FRUMKIN, Howard; FRANK, Lawrence; JACKSON, Richard. **Urban sprawl and public health: designing, planning, and building for healthy communities**. Washington, DC: Island Press, 2004.

GEHL, Jan. **Cidades para pessoas**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

HINO, Adriano Akira Ferreira; REIS, Rodrigo Siqueira; FLORINDO, Alex Antonio. Ambiente construído e atividade física: uma breve revisão dos métodos de avaliação. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 12, n. 5, p. 387-394, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcdh/a/hjZW8qwwyZY3M3W3s3z97Kn/>. Acesso em: 30 abr. 2026.

JACOBS, Jane. **Morte e vida de grandes cidades**. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

KERR, Jacqueline; ROSENBERG, Dori; FRANK, Lawrence. The role of the built environment in healthy aging. **Journal of Planning Literature**, Thousand Oaks, v. 27, n. 1, p. 43-60, 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0885412211415283>. Acesso em: 30 abr. 2026.

LEDERBOGEN, Florian *et al.* City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. **Nature**, London, v. 474, n. 7352, p. 498-501, 2011. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nature10190>. Acesso em: 30 abr. 2026.

LEITNER, Andrea D'Angelo; PINA, Silvia A. Mikami G. Arquitetura sob a ótica da humanização em ambientes de quimioterapia pediátrica. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 179-198, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ac/a/QPVpMcNW5kmfDCJh7pn9jdf/>. Acesso em: 30 abr. 2026.

LYNCH, Kevin. **The image of the city**. Cambridge, MA: MIT Press, 1964.

NOGUEIRA, Zilda Rodrigues; FAVARETO, Ana Paula Alves; ARANA, Alba Regina Azevedo. Saúde mental e ambientes restauradores urbanos em tempos de covid-19. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 33, e220012, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psup/a/mj4F5PCytfxsGS4Y3x44VgQ/>. Acesso em: 30 abr. 2026.

OLIVEIRA, Caroline de *et al.* Acolhimento e ambiência hospitalar: percepção de profissionais da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/HwsSQ3BfV8hHCsPvJPDYqss/>. Acesso em: 30 abr. 2026.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013. Disponível em: <https://www.feevale.br/Comum/midias/0163c988-1f5d-496f-b118-a6e009a7a2f9/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2026.

STERNBERG, Esther M. **Healing spaces: the science of place and well-being**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2010.

UN-HABITAT. **World Cities Report 2022: envisaging the future of cities**. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Urban green spaces and health: a review of evidence**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2016-3352-43111-60341>. Acesso em: 30 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Urban green space interventions and health: a review of impacts and effectiveness**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/urban-green-space-interventions-and-health--a-review-of-impacts-and-effectiveness.-full-report>. Acesso em: 30 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UN-HABITAT. **Integrating health in urban and territorial planning: a sourcebook**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/items/3e5abf89-d763-4f78-b0a5-6e370474528b>. Acesso em: 30 abr. 2026.