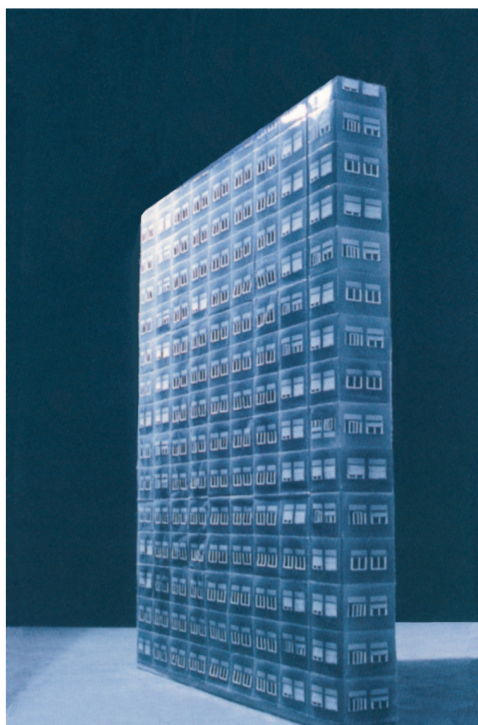


Helena Nogueira

Os Lugares e a Saúde



(Página deixada propositadamente em branco)

Helena Nogueira

Os Lugares e a Saúde

Coordenação Científica da Coleção Ciências e Culturas

João Rui Pita e Ana Leonor Pereira

Coordenação Editorial

Maria João Padez Ferreira de Castro

Edição

Imprensa da Universidade de Coimbra

Email: imprensa@uc.pt

URL: http://www.uc.pt/imprensa_uc

Design

António Barros

Paginação

Cláudia Costa

Impressão e Acabamento

Tipografia Lousanense

ISBN

978-989-8074-33-1

ISBN DIGITAL

978-989-26-0454-1

DOI

<http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0454-1>

Depósito Legal

275613/08

Obra publicada com o apoio de:

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

Centro de Estudos Geográficos de Coimbra

© Maio 2008, Imprensa da Universidade de Coimbra

Expresso o meu reconhecimento a todos os que apoiaram, directa ou indirectamente, a realização deste estudo, em particular à Professora Doutora Paula Santana, pela orientação científica cuidada e enriquecedora.

(Página deixada propositadamente em branco)

ÍNDICE

Introdução	9
I. Importância do tema: algumas (breves) notas	9
II. Justificação do estudo	10
III. Objectivos e questões principais	13
IV. Estrutura do trabalho	13
V. Metodologias e fontes de estudo	15
PRIMEIRA PARTE: GEOGRAFIA, SAÚDE E URBANIZAÇÃO	17
Capítulo 1: Os Geógrafos e a Saúde	19
1.1. O Envolvimento da Geografia na Investigação em Saúde	19
1.2. A Geografia e a Saúde: novos desafios e novos paradigmas	21
1.2.1. Pluralidade e diversidade	21
1.2.1.1. Geografia da Saúde tradicional	21
1.2.1.2. Geografia da Saúde contemporânea	22
1.2.2. Unidade	24
1.2.3. Interdisciplinaridade	25
1.3. Síntese	26
Capítulo 2: Saúde, Desenvolvimento e Urbanização	27
2.1. Saúde: o conceito	27
2.2. Saúde e Desenvolvimento	28
2.2.1. A transição epidemiológica	29
2.3. Saúde e Urbanização	31
2.4. Síntese	33
SEGUNDA PARTE: VARIAÇÕES ESPACIAIS EM SAÚDE - CAUSALIDADE E ABORDAGENS	35
Capítulo 3: Factores Individuais das Variações em Saúde	37
3.1. Factores Imutáveis	37
3.1.1. Idade	37
3.1.2. Género	38
3.2. Factores Mutáveis	40
3.2.1. Etnia	40
3.2.2. Estatuto socioeconómico	41
3.2.2.1. Rendimento	42
3.2.2.2. Ocupação	43
3.2.2.3. Instrução	44
3.2.3. Percurso de vida	45
3.3. Síntese	46

Capítulo 4: Factores Ambientais das Variações em Saúde	49
4.1. Ambiente Físico	49
4.2. Ambiente Socioeconómico	51
4.2.1. Condições sociomateriais: a privação	51
4.2.2. Os serviços de saúde	54
4.2.3. A desigualdade nos rendimentos e a sua redistribuição	56
4.3. O Funcionamento Colectivo	59
4.3.1. O capital social	59
4.3.2. As redes sociais	62
4.3.3. A reputação dos lugares e a mobilidade selectiva	64
4.3.4. Os factores de oportunidade local: recursos necessários ao quotidiano	66
4.4. Síntese	68
Capítulo 5: Saúde d(nos) Lugares	69
5.1. Políticas de combate às variações em saúde	69
5.1.1. Do indivíduo ao lugar	70
5.2. Criando lugares saudáveis	71
5.2.1. Comportamentos e estilos de vida (nível 1)	72
5.2.2. Influências comunitárias e condições estruturais locais: funcionamento colectivo e condições sociomateriais (nível 2)	73
5.2.3. Influências ambientais gerais (nível 3)	76
5.3. Síntese	78
TERCEIRA PARTE: VARIAÇÕES EM SAÚDE NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	79
Capítulo 6: Escala, Dados e Métodos	81
6.1. A Escolha da Escala de Análise	81
6.2. Fontes	82
6.2.1. Privação sociomaterial	83
6.2.2. O funcionamento colectivo dos lugares	83
6.2.3. A amostra estudada: o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99	83
6.3. Dados	83
6.3.1. A privação sociomaterial dos lugares	84
6.3.2. O funcionamento colectivo dos lugares – as dimensões do ambiente local	84
6.3.3. As características da amostra: o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99	85
6.3.3.1. Resultado em saúde: o estado de saúde auto-avaliado	86
6.3.3.2. As determinantes individuais da saúde	86
6.4. Métodos	87
6.4.1. A privação sociomaterial dos lugares – o indicador de privação múltipla	87
6.4.2. O funcionamento colectivo – as dimensões do ambiente local	88
6.4.2.1. Organização da informação: construção das bases e geocodificação dos dados	88
6.4.2.2. Redução da informação: a Análise Factorial em Componentes Principais (ACP)	88
6.4.2.3. Análise de confiança – o coeficiente de Cronbach Alpha e o Alpha estandardizado	89
6.4.3. Cartografia das variáveis contextuais criadas	89
6.4.4. A relação entre indivíduos, contexto e saúde: modelos de regressão logística ordenada	90
6.4.4.1. A especificação dos modelos	90
6.4.4.2. A elaboração dos modelos	91
6.4.4.3. A interpretação dos modelos	92

6.5. Limitações impostas ao estudo	94
6.5.1. A privação sociomaterial dos lugares	94
6.5.2. O funcionamento colectivo dos lugares – as dimensões do ambiente local	97
6.5.3. As características da amostra: o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99	99
6.5.4. Os modelos estatísticos utilizados	100
Capítulo 7: A Área Metropolitana de Lisboa - caracterização geohumana e socioeconómica	101
7.1. Estrutura Morfo-funcional	101
7.2. Dinâmica Demográfica	102
7.2.1. Evolução da população residente e densidade populacional	102
7.2.2. Estrutura etária	105
7.2.3. Mobilidade	108
7.3. Dinâmica Socioeconómica	109
7.3.1. Estrutura profissional	109
7.3.2. Desemprego	111
7.3.3. Analfabetismo e nível de instrução	112
7.3.4. Poder de compra	116
7.4. Privação Sociomaterial	118
7.4.1. Geografia da privação múltipla na Área Metropolitana de Lisboa	118
7.5. Síntese	123
Capítulo 8: Funcionamento Colectivo - organização social e factores de oportunidade local na Área Metropolitana de Lisboa	125
8.1. Ambiente Local na AML: caracterização e análise de diferentes dimensões	126
8.1.1. O ambiente “outdoor”	129
8.1.2. O ambiente “indoor”	131
8.1.3. Desporto	134
8.1.4. Lazer e recreação	136
8.1.5. Protecção e segurança	137
8.1.6. (In)segurança rodoviária	139
8.1.7. Desemprego e condições sociais de trabalho	140
8.1.8. Transportes e acessibilidades	142
8.1.9. Educação	144
8.1.10. Serviços de saúde	145
8.1.11. Serviços de apoio social e familiar	148
8.1.12. Acesso a produtos alimentares	150
8.1.13. Outros recursos locais	151
8.1.14. Capital social e coesão social	153
8.2. Dimensões do Ambiente Local: sobreposição ou especificidade	158
8.3. Síntese	159
Capítulo 9: Indivíduos, Lugares e Saúde na Área Metropolitana de Lisboa - variações no estado de saúde auto-avaliado	161
9.1. Características da Amostra Estudada	161
9.2. A Influência dos Lugares na Saúde	163
9.2.1. Variáveis introduzidas na análise estatística	163
9.2.1.1. As determinantes da saúde: as variáveis independentes	163
9.2.1.2. O resultado em saúde: a variável dependente	165
9.2.1.3. As estimativas efectuadas	165
9.3. Principais resultados	165
9.3.1. Modelo 1: relação entre dimensões do ambiente sociomaterial local e saúde	165

9.3.2. Modelo 2: relação entre privação sociomaterial e saúde	169
9.3.3. Alterações possíveis na saúde auto-avaliada: previsões baseadas nos modelos	169
9.3.4. A especificidade do género	173
9.4. Discussão dos resultados	176
9.4.1. Determinantes da saúde retidas pelos modelos: efeitos em conformidade com o padrão teórico pré-estabelecido	177
9.4.2. Determinantes da saúde retidas pelos modelos: efeitos (ou intensidades) não conformes com o padrão teórico pré-estabelecido	185
9.4.3. Determinantes da saúde retidas pelos modelos: a especificidade do género	187
9.4.4. Determinantes contextuais da saúde afastadas no decurso da análise estatística	192
9.5. Síntese	196
Capítulo 10: Conclusões/Paradigmas de Intervenção	199
10.1. Principais Conclusões e Orientações Propostas pelo Estudo Realizado	200
10.1.1. As determinantes da saúde da população residente na AML	200
10.1.2. A AML, mosaico de factores de risco e protecção da saúde	201
10.1.3. Saúde na AML: espaços sociais e espaços de recursos	204
10.1.3.1. Vertente dos recursos e promoção da saúde	205
10.1.3.2. Vertente da acessibilidade e promoção da saúde	206
10.1.3.3. Vertente da identidade e promoção da saúde	208
10.2. Paradigmas de Intervenção	209
10.2.1. Ecologia da saúde: uma mudança de perspectiva	209
10.2.2. Lugares e comunidades saudáveis: a proximidade como horizonte	210
10.2.3. Um novo paradigma (de planeamento) para o século XXI: a saúde nos (dos) lugares	211
10.2.4. Para uma (nova) geografia de intervenção	212
10.2.5. Linhas de investigação futuras	213
Bibliografia	215
Fontes Estatísticas	236
Endereços www	236
Índice de Quadros	237
Índice de Figuras	239

INTRODUÇÃO

I. IMPORTÂNCIA DO TEMA: ALGUMAS (BREVES) NOTAS

O tema abordado neste estudo é tão persistente no tempo e tão transversal no conhecimento que pode ser considerado hegemônico no campo da investigação em saúde. Na realidade, poucas problemáticas têm sido tão sistematicamente estudadas, ao longo do tempo e por diferentes ramos do saber, como a das variações em saúde. As variações em saúde, individuais ou coletivas, cedo foram associadas à sua expressão espacial. Essa associação é tão intensa e congruente que a expressão “variações em saúde” é frequentemente conotada de espacial, ainda que essa qualificação se faça, por vezes, de forma implícita. Estudar variações em saúde é estudar também a dimensão espacial dessas variações. É atribuir ao espaço, entendido na sua dimensão de lugar, de matriz física e social que contextualiza a vida do Homem e a sua saúde, a importância que lhe é reconhecida desde a Antiguidade.

Os primeiros registos sobre a relação saúde – lugar surgiram há mais de 2000 anos. Os trabalhos de Hipócrates, desenvolvidos entre 460 e 377 a.C. (Meade e outros, 1988), radicam numa perspectiva ecológica de saúde e doença que ainda hoje é filosoficamente importante. Ao longo dos séculos XVIII e XIX, vários autores, na sua maioria médicos, estudaram variações espaciais da saúde, procurando relacionar a ausência de saúde com condições ambientais específicas. Apontem-se, como exemplo, os trabalhos de Finke (1792-1795, referido por Barret, 1993, 2000); de Fuch (1853) e Hirsch (1883-1886), referidos por Meade e outros (1988) e de Snow (1854, referido por McLeod, 2000). O reconhecimento precoce da relação existente entre saúde e lugar conduziu a melhorias da habitação e das infra-estruturas de saneamento e ao desenvolvimento de políticas sociais que em muito melhoraram a saúde da população (Macintyre, 1998).

Porém, no final do século XIX, a eclosão da “revolução bacteriológica” marca uma mudança de paradigma na medicina e nos estudos em saúde. A possibilidade de apontar uma etiologia específica ou uma causa única, simultaneamente necessária e suficiente para desencadear situações patológicas, relega para segundo plano a importância do lugar e das explicações ambientais na génese da doença (Simões, 1989).

O século XX, essencialmente marcado por uma certa inércia deste tipo de estudos, vê ressurgir a sua importância nas últimas décadas. As populações das sociedades

modernas sofrem e morrem sobretudo de doenças cardiovasculares e cancro, diabetes, alcoolismo, problemas renais e acidentes, patologias que têm, para além da dimensão biofísica, uma dimensão social, cultural e económica (Nogueira, 2001). A saúde humana não resulta somente de aspectos biológicos e dos serviços médicos, curativos e preventivos, mas de todo um conjunto de factores sociais, económicos e culturais que, em interacção, constituem e fundamentam cada lugar. A tónica da investigação é então recolocada nas relações entre os lugares e a saúde, de tal forma que Gatrell (1997) refere a emergência de uma nova consciência entre a comunidade científica, que dita que a saúde deve ser “posta no seu lugar”. O espaço deixa de ser apenas objecto de descrição, assumindo uma vocação claramente explicativa dos resultados em saúde. Estudam-se não apenas as variações espaciais da saúde, mas também o papel dos lugares na saúde. Na passagem da descrição à explicação, o geógrafo tem uma importância fundamental, pela sua capacidade de interpretação do espaço e daquilo que ele representa para a humanidade.

II. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Nas últimas décadas do século XX, sobretudo nos países desenvolvidos, assistiu-se ao aumento da esperança de vida, tendência que se tem mantido neste século e que é, muito possivelmente, o corolário do desenvolvimento. Todavia, se o desenvolvimento está associado a uma vida mais longa, é também verdade que está associado a uma vida mais saudável, uma vez que a saúde da população dos países desenvolvidos tem vindo a melhorar. Esta evolução parece apontar para um futuro cenário de vida humana caracterizado pelo binómio, alongamento da esperança de vida/compressão das morbilidades (Fries, 1980). No entanto, são bem conhecidas as diferenças existentes entre países (Santana e Nogueira, 2001): se ao nível da União Europeia os diferentes estados-membros apresentam diferenças na esperança de vida e na esperança de vida saudável, elas tornam-se mais evidentes quando se comparam espaços geográfica, económica e socialmente mais distantes. Por outro lado, dentro de cada país, o aumento global dos anos de vida e a melhoria da saúde não afectam de igual forma os diferentes grupos da população. As variações em saúde, observadas a escalas nacionais e sistematicamente estudadas desde o século XIX, parecem manter-se e até ter aumentado nos últimos anos do século XX (Macintyre, 1997). Este quadro de desigualdades em saúde torna-se ainda mais preocupante, na medida em que a tendência de manutenção e aumento parece dever-se não tanto a melhorias na saúde ocorridas para todos, ainda que a diferentes velocidades, mas a melhorias circunscritas apenas a alguns grupos populacionais, ou áreas geográficas, acompanhadas por estagnação ou até deterioração da saúde para outros grupos ou áreas geográficas (McLoone e Boddy, 1994; Mackenbach e outros, 1997).

A conjugação entre melhor qualidade de vida da população, aumento da esperança de vida, aumento da esperança de vida saudável, diminuição da morbilidade, e aumento das variações em saúde constitui uma situação deveras paradoxal, que tem sido questionada por vários autores. A este propósito, Costa e Faggiano (1994) referem que o paradoxo pode ser resultado de uma relativa inércia sociológica que tem acompanhado os processos das transições demográfica e epidemiológica. Segundo

Macintyre (1997), a rápida evolução ocorrida tanto nas estruturas demográficas, como no perfil epidemiológico das populações, não tem sido acompanhada por uma evolução semelhante ao nível das estruturas societais.

As variações em saúde têm sido objecto de estudo em inúmeros países, o que não é alheio a uma certa pressão política para que se identifiquem as suas causas e os mecanismos pelos quais actuam. Apenas a título exemplificativo, refiram-se, entre outros, os trabalhos de Macintyre e outros (1993, 1999a, 1999b, 2002, 2005), Cummins e outros (2004, 2005), Gatrell e outros (2004), no Reino Unido; Valkonen e outros (1997), Lahelma e outros (1997a, 1999), na Finlândia; Kaplan e outros (1996), Kennedy e outros (1998), Kawachi e outros (1999a; 1999b), Franzini e Spears (2003), Lopez (2004), Subramanian e outros (2005), nos EUA; Ross e outros (2004), Wilson e outros (2004), Hou e Myles (2005), Veenstra (2005), no Canadá; Van Oyen e outros (1996), na Bélgica; Mackenbach e outros (1997), Kunst e outros (2003), Van Lenthe e outros (2005), na Holanda; Hemstrom (1999) e Lindstrom (2005), na Suécia; Hraba e outros (1996), na República Checa; Costa e Faggiano (1994), em Itália; Asada e Ohkusa (2004), Fukuda e outros (2004), no Japão; Skrabski e outros (2004), na Hungria; Young e outros (2004), Ziersch e outros (2005), na Austrália; Adab e outros (2005), em Hong Kong; Nossa (1995), Remoaldo (1998), Santana (1993, 1999a, 2001, 2002a, 2002b, 2005), Santana e Nogueira (2001, 2004, 2005), Nogueira (2001), Nogueira e Santana (1999, 2003, 2004, 2005), em Portugal.

Em Portugal, a qualidade de vida e o bem-estar da população melhoraram consideravelmente a partir dos anos 70, progressos esses acompanhados e, em parte, proporcionados pelo aumento do rendimento médio, e facilmente verificáveis pela evolução de alguns indicadores – como a taxa de mortalidade infantil e a esperança de vida (Santana e Nogueira, 2001).

Todavia, o processo genérico de melhoria da qualidade de vida afectou, de forma desigual, diferentes grupos populacionais e diferentes áreas geográficas. A existência de grupos e regiões beneficiadas, em detrimento de outros grupos e territórios, fez aumentar as disparidades pré-existentes, com consequências no aumento das variações em saúde (Santos Lucas, 1987; Giraldes, 1996, 1998; Santana, 1999a; 2002b; Nogueira e Santana, 2004). Todavia, a problemática das variações em saúde está longe de ter sido estudada em todas as suas dimensões. Na verdade, poucos têm sido os investigadores a efectuar estudos sistemáticos nesta área, destacando-se os trabalhos de Campos (1983), Santos Lucas (1987), Simões (1989), Rodrigues (1993), Vaz e outros (1994), Nossa (1995), Pereira (1995), Giraldes (1996; 1998), Remoaldo (1998), Nogueira e Santana (1999, 2004), Santana (1999a, 2002a, 2002b, 2005), Nogueira (2001), Santana e outros (2001), Santana e Nogueira (2001, 2004, 2005), Nogueira e Santana (2003, 2004).

Focando diferentes resultados em saúde e avaliando o papel de diferentes determinantes, os resultados dos estudos efectuados são conclusivos. À semelhança da maioria dos restantes países europeus, Portugal apresenta um padrão de fortes variações em saúde, observáveis em função do sexo, da idade, do nível de escolaridade, da ocupação e da área de residência. Grupos mais envelhecidos, mais desfavorecidos, de menores rendimentos, com profissões de maior risco para a saúde, apresentam piores resultados em saúde. Estes grupos, mais necessitados de cuidados de saúde, são também aqueles que residem em lugares mais privados de

oportunidades, geralmente áreas rurais caracterizadas pela falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, particularmente os hospitalares (Santana, 1999a).

À clivagem entre espaços morfo e funcionalmente distintos, especificamente às diferenças na saúde entre populações residentes em áreas urbanas e em áreas rurais portuguesas (Santana, 1999a; Nogueira, 2001), juntam-se variações mais subtis, visíveis a escalas de maior pormenor. Num mundo dominado pela cidade e pelas forças de urbanização (Herbert, 1989), a saúde urbana e as variações em saúde no interior de espaços densamente urbanizados representam um problema social crescente (Brimblecombe e outros, 1999), tendo-se constituído como importantes temas de preocupação académica e política.

Apesar da incipiência dos estudos desenvolvidos em Portugal nesta temática, investigações efectuadas noutros países demonstram que os resultados em saúde variam no interior de áreas fortemente urbanizadas, em função dos bairros, dos lugares, das vizinhanças (Brimblecombe e outros, 1999; Gatrell e outros, 2000; Walczac, 2002; Wilson e outros, 2004; Cummins e outros, 2004, 2005), o que enfatiza a necessidade de considerar o espaço geográfico e social na compreensão das variações em saúde. Estudar variações em saúde em espaços urbanos constitui, pois, um tema de grande actualidade e pertinência, que ganha força num quadro de progressiva urbanização, no qual os grandes centros urbanos se constituem como territórios de acumulação de problemas e de complexificação das necessidades sociais (Castro e Gonçalves, 2002).

Pretendendo avaliar variações em saúde em áreas urbanas, escolheu-se a Área Metropolitana de Lisboa (AML) como área de estudo. Esta opção justifica-se por se tratar da área mais urbanizada e densamente povoada do país. Guerra (2001), sublinhando o grande crescimento urbano verificado na AML, refere que toda a área é dominada pela urbanidade, ainda que algumas das suas freguesias sejam consideradas territórios “rurais”. Por outro lado, trata-se de uma área rica do ponto de vista da composição sociocultural da sua população, e diversificada no tipo de lugares que a constituem (Costa e outros, 2002), diversidade que tem vindo, aliás, a ser realçada por alguns autores (Pereira e outros, 2001; Ferreira, 2002). Ferreira, V. (2003) refere a importância dos processos de polarização social e urbana na AML, sublinhando as suas consequências quer no reforço das assimetrias e desigualdades intrametropolitanas, quer na emergência de novas desigualdades, tanto à escala metropolitana, como à escala intra-urbana.

O contexto de forte urbanização da AML e os problemas daí decorrentes destacam-se claramente no panorama português. De facto, parece que há todo um conjunto de problemas e tensões sociais que se evidenciam na AML, desde as questões mais rotineiras e de forte expressão espacial, como as relacionadas com o tráfego, até às mais esporádicas e espacialmente concentradas, como alguns crimes violentos cometidos contra os cidadãos e contra a sociedade. Não é por acaso que aí se localizam nove das onze cidades portuguesas integradas no projecto da rede das cidades saudáveis da OMS (Organização Mundial de Saúde): Amadora, Lisboa, Loures, Montijo, Odivelas, Oeiras, Palmela, Seixal e Setúbal.

III. OBJECTIVOS E QUESTÕES PRINCIPAIS

Conhecer as determinantes da saúde e as qualidades dos espaços urbanos saudáveis são preocupações que estão no âmago desta investigação. Sendo assim, o objectivo geral delineado é compreender a importância do lugar na saúde, mais especificamente, na saúde das populações urbanas. O efeito do lugar, enquanto contexto físico e social, na saúde individual será conhecido na medida em que forem concretizados alguns objectivos de maior especificidade. Por sua vez, esses objectivos mais específicos, quando atingidos, permitirão responder a um conjunto de questões bem definidas.

São objectivos específicos desta investigação:

- Desenvolver metodologias e indicadores, simultaneamente específicos e abrangentes, que permitam avaliar as complexas e estreitas conexões espaciais da saúde.
- Incorporar o espaço geográfico não apenas como forma de estratificação, matriz de ordenação dos dados e instrumento de descrição, mas como base de explicação do desenvolvimento humano. Isto é, atribuir ao espaço a sua importância na explicação dos resultados em saúde.
- Projectar e dar visibilidade à Geografia da Saúde, incentivando a procura e a utilização de ferramentas e abordagens desta disciplina em contextos académicos, políticos e de gestão/planeamento de serviços.

Colocam-se especificamente as seguintes questões:

- Haverá uma associação entre saúde e lugar na AML?
- Se sim, qual a contribuição dos factores individuais e contextuais na explicação dessa associação?
- Será a contribuição destes factores semelhante em diferentes tipos de indivíduos?
- Em que medida é que os factores contextuais actuam através dos factores individuais e que parte do efeito dos factores individuais é independente dos factores contextuais?
- Qual ou quais as intervenções que podem melhorar a saúde da população? Ou seja, que políticas podem contribuir para a diminuição das variações em saúde?

A definição das questões-base desta investigação efectuou-se num quadro de procura de pertinência, singularidade e exequibilidade. Assim, para além da actualidade e utilidade da investigação, importa que as respostas às questões colocadas se revistam de interesse – geográfico e não só – incorporem novos conhecimentos à ciência – geográfica e não só – e sejam possíveis de concretizar no tempo e com os recursos disponíveis.

IV. ESTRUTURA DO TRABALHO

O texto agora apresentado estrutura-se em três partes e dez capítulos, organizados de forma a proporcionar uma linha condutora ao trabalho efectuado. A Primeira Parte procede a um enquadramento teórico e genérico do estudo. O Capítulo 1 pretende

situar a investigação no campo científico da Geografia da Saúde, explorando novos desafios e novos paradigmas subjacentes a esta “subdisciplina” geográfica, enquanto o Capítulo 2 procura colocar questões mais específicas, relacionadas com o conceito de saúde e suas inter-relações com o desenvolvimento e a urbanização.

A Segunda Parte é dedicada à temática das variações em saúde. No Capítulo 3 procura-se identificar os factores individuais que podem ser relacionados com as variações em saúde. Género, idade, estatuto socioeconómico e percursos de vida são, entre outros, alguns dos factores cuja influência na saúde é aí analisada. No Capítulo 4 o enfoque é colocado nas determinantes contextuais da saúde. Ou seja, relaciona-se a saúde e as suas variações com factores do ambiente físico e imaterial local. Pela importância que vão assumir no decurso da investigação, destaca-se o papel da privação múltipla (socioeconómica) e de um conjunto de factores designados como pertencendo ao funcionamento colectivo dos lugares/comunidades, como o capital social e os factores de oportunidade local. Ainda na Segunda Parte, o Capítulo 5 distingue diferentes abordagens à temática das variações em saúde, objectivando a problemática dos espaços urbanos saudáveis e apontando linhas e níveis de acção que podem concorrer para uma diminuição das variações em causa.

A Terceira Parte inicia-se com o Capítulo 6, que procede à especificação das fontes, dos dados e dos métodos utilizados no decorrer da investigação. No Capítulo 7 caracteriza-se a área em estudo, nos seus aspectos demográficos, morfo-funcionais e socioeconómicos, recorrendo-se sobretudo a indicadores derivados do último momento censitário. Este capítulo estuda também a privação material múltipla, com base num indicador construído, específico e apropriado, verificando-se a existência de profundas assimetrias no território metropolitano, que se revelam independentemente da escala utilizada.

O Capítulo 8 objectiva o estudo do funcionamento colectivo na Área Metropolitana de Lisboa. Utilizam-se diferentes dimensões de um funcionamento colectivo, que se supõe local e, por isso, específico e identitário dos territórios em questão. A análise das dimensões do ambiente local revela igualmente um espaço metropolitano diversificado, caracterizado por clivagens e assimetrias. O território em estudo emerge como um tecido urbano e social diversificado, esperando-se também, por via destas diferenciações, variações em saúde.

O objectivo do Capítulo 9 é estudar a associação existente entre determinantes da saúde – individuais e contextuais – e resultados em saúde. As determinantes individuais e o resultado em saúde, também de nível individual – estado de saúde auto-avaliado – foram estudados numa amostra recolhida do Inquérito Nacional de Saúde 1998/99. A modelação da (possível) associação existente entre as determinantes e o resultado em saúde foi efectuada por intermédio de modelos de regressão logística ordenada. Apresentam-se os principais passos relativos à elaboração e aplicação dos modelos utilizados e os resultados obtidos com a sua aplicação.

O último capítulo apresenta um conjunto de considerações finais ao trabalho realizado. Sintetizam-se as principais conclusões, tecem-se algumas reflexões sobre o estudo efectuado e apontam-se novos caminhos, abertos ou descobertos pelos resultados desta investigação.

V. METODOLOGIAS E FONTES DE ESTUDO

Pretende-se apresentar apenas sumariamente as fontes e os traços metodológicos fundamentais da presente investigação, uma vez que serão desenvolvidas considerações metodológicas mais aprofundadas no Capítulo 6.

O enquadramento teórico da investigação, o esboço e a consolidação do plano de trabalho, a especificação dos objectivos e a escolha dos métodos estatísticos mais apropriados, ou seja, a estruturação do trabalho, efectuou-se por recurso a pesquisas documentais e bibliográficas. A investigação bibliográfica, permitindo inicialmente definir os horizontes da investigação, revelou-se fundamental na sua progressão, permitindo, por exemplo, ajustar o plano de trabalho inicialmente gizado, os objectivos delineados e os métodos a utilizar.

Para além das consultas realizadas em bibliotecas portuguesas, destacam-se também as efectuadas em bibliotecas estrangeiras, sobretudo no Reino Unido e via Internet, e ainda o contacto com autores estrangeiros, que permitiu definir e consolidar o horizonte teórico da investigação.

O estudo das variações em saúde na população residente na Área Metropolitana de Lisboa recorreu a diferentes metodologias, ao nível da recolha, estruturação e análise dos dados. A informação estatística necessária ao estudo foi compilada em diferentes fontes, destacando-se, entre elas, o Instituto Nacional de Estatística (INE), o Observatório Nacional de Saúde (ONSA), as Câmaras Municipais e várias outras instituições, públicas e privadas. Os dados foram organizados e analisados por recurso a métodos estatísticos diferenciados, escolhidos e aplicados em função dos objectivos propostos e do tipo de dados em análise.

(Página deixada propositadamente em branco)

PRIMEIRA PARTE

GEOGRAFIA, SAÚDE E URBANIZAÇÃO

Os geógrafos questionam-se frequentemente sobre a natureza e a unidade da sua disciplina. A crescente especialização da geografia, introduzida pelo estudo de fenómenos físicos e humanos, nem sempre é ultrapassada por uma perspectiva de integração e complementaridade, que deveria necessariamente estar presente no estudo de todos os fenómenos geográficos. É precisamente nessa perspectiva integradora que reside a originalidade da geografia, expressa na sua capacidade de colocar questões, cujas respostas ligam, inevitavelmente, as dimensões físicas e humanas. A Geografia da Saúde é uma “subdisciplina” geográfica, simultaneamente específica e abrangente, uma e plural. Embora tardiamente institucionalizada, esta “subdisciplina” tem sido marcada pela crescente diversificação das suas temáticas, o que decorre, em parte, da evolução do próprio conceito de saúde. O conceito actual de saúde é funcional e adaptativo; a saúde é uma construção sociocultural, que se conquista e promove. Nessa promoção, o espaço – físico e imaterial – tem um papel fundamental, porque as determinantes da saúde são social e espacialmente estruturadas.

Mas a pluralidade temática e metodológica da Geografia da Saúde é também resultado das profundas transformações sofridas pelas sociedades modernas: a crescente mobilidade das populações e a sua concentração em cidades cada vez maiores; a persistência do processo de urbanização e o surgimento de novas formas de ocupação do espaço; a melhoria das condições de vida e o alongamento da esperança de vida; os novos padrões de mortalidade e morbidade, resultantes de velhas e novas patologias; o aumento das despesas com a saúde e a necessidade de rentabilizar recursos físicos e humanos. Os novos problemas da saúde colocam à Geografia da Saúde questões progressivamente mais complexas, que exigem respostas de grande acuidade. O estudo da saúde, desafiando as fronteiras disciplinares, promove a integração do conhecimento, geográfico e não só, fazendo da Geografia da Saúde uma disciplina marcada pela unidade, diversidade e interdisciplinaridade.

(Página deixada propositadamente em branco)

CAPÍTULO 1

OS GEÓGRAFOS E A SAÚDE

Este capítulo procura mostrar que a evolução ocorrida na Geografia da Saúde, temática e metodológica, e a sua especificidade, justificam a individualização da disciplina como área de estudo. Pretende-se também sublinhar o carácter plural e interdisciplinar da Geografia da Saúde, evidenciando a mais-valia introduzida pela disciplina na investigação em saúde.

1.1. O ENVOLVIMENTO DA GEOGRAFIA NA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

O interesse no estudo das relações entre espaço, lugar e saúde recua a épocas remotas. Sob nomes tão variados como ecologia médica, topografia médica, geografia patológica, epidemiologia geográfica, epidemiologia espacial ou geomedicina, estudam-se, desde a Antiguidade, variações geográficas na doença. Contudo, os principais responsáveis pelo desenvolvimento destes estudos foram médicos, tendo também sido estes os primeiros a utilizar a designação de “Geografia Médica”, que pode assim ser entendida, simultaneamente, como “uma abordagem ancestral e uma nova especialização” (Meade e outros, 1988: 3).

Foi a partir dos anos 30, e dos trabalhos de Sorre, que a expressão “Geografia Médica” se projectou no seio da geografia (Sorre, 1933, 1943). Learmonth (1988) refere que a emergência de um interesse geográfico nesta área terá surgido, de forma mais sistemática, no início dos anos 50, na sequência de um relatório elaborado pela “Comissão em Geografia Médica” para a União Geográfica Internacional. Na segunda metade do século XX intensificam-se os estudos marcados pela aplicação dos métodos e das perspectivas geográficas a questões relacionadas com a saúde, a doença ou os cuidados de saúde (Curtis e Taket, 1996). Os numerosos trabalhos produzidos têm sido englobados por diferentes autores em dois grandes domínios de estudo: saúde e doença, por um lado; cuidados de saúde, por outro (Learmonth, 1978; Mayer, 1982; Barret, 1986; Jones e Moon, 1987; Simões, 1989; Santana, 1993; Kearns, 1995; Tonnellier, 1997; Moon e outros, 1998; Gesler e Kearns, 2002).

O primeiro domínio, designado usualmente por “ecologia da doença”, analisa variações espaciais da saúde humana, procurando conhecer condições ambientais relacionadas

com a saúde ou com a sua ausência. Esta tradição, que inclui o já referido trabalho de Hipócrates e muita da pesquisa médica dos séculos XVIII e XIX é, ela própria, um conjunto de temas distintos, dos quais se destaca o estudo das relações entre ambiente natural e doenças contagiosas (Pyle, 1979). Para além das contribuições de Sorre (1933, 1943) e Derruau (1963), deve salientar-se a contribuição de May (1958, 1961), que explorou a necessidade de compreender as formas como a humanidade – incluindo-se nesta a cultura, a sociedade e os comportamentos – o mundo físico – englobando a topografia, a vegetação e o clima – e o mundo biológico – incluindo-se neste vectores e patógenos – se cruzam num sistema interactivo e evolutivo para produzir focos de doença (Mayer, 1996). May, considerado “pai” da ecologia da doença (Mayer, 1982), desenvolveu uma perspectiva ecológica de doença, inerentemente integrativa e sintética, mostrando claramente o potencial da geografia em unir o mundo físico ao social¹. Esta perspectiva foi alargada por Dubos (1965), que defendeu uma interpretação holística de ambiente, reflectida numa assunção igualmente holística de saúde.

Ainda no âmbito da tradição ecológica da “Geografia Médica”, destacam-se os estudos enquadrados pela “nova geografia” e, mais especificamente, pela “teoria geral da difusão” (Mayer, 1982; Simões, 1989). Trata-se de estudos que exploram o papel da mobilidade humana e dos factores geográficos na difusão da doença, de que são exemplo os trabalhos de Haggett (1972; 1975), Cliff e Haggett (1988), Smallman-Raynor e Cliff (1990) e, em Portugal, os de Arroz (1977) e Nossa (1995).

O final do século XX e os primeiros anos do século XXI assistem a um renovado interesse na compreensão das influências ambientais na saúde: investigações muito recentes, desenvolvidas com as mais sofisticadas metodologias, de que são exemplo os trabalhos de Boyle e outros (1998, 2001), Blakely e Woodward (2000), Diez-Roux e outros (2000, 2001), Subramanian e outros (2001a, 2001b), Macintyre e outros (2002, 2005), Cummins e outros (2004, 2005), seguem afinal uma tradição hipocrática, desenvolvida por May e enriquecida por Dubos, que junta uma componente espacial, radicada na tradição locativa da geografia positivista, a uma componente ecológica, preocupada com as inter-relações entre a população e os seus ambientes.

A segunda grande tradição que se pode encontrar na “Geografia Médica” integra-se nas crescentes preocupações da geografia com os serviços públicos (Mayer, 1982) e compreende estudos de oferta e utilização dos serviços de saúde. Relacionados com a prestação, o acesso e a utilização dos cuidados de saúde, estes trabalhos desenvolvem questões relativas à equidade, à acessibilidade, aos problemas de localização dos equipamentos (Simões, 1989) e ao comportamento espacial das populações na sua utilização dos serviços de saúde. Trata-se, sobretudo, de estudos normativos, onde a análise da variação espacial da disponibilidade, qualidade e utilização dos serviços de saúde é frequentemente conduzida numa lógica de optimização: optimizar o acesso, a equidade, a eficiência (Mayer, 1982).

A importância dos estudos levados a cabo neste domínio da “Geografia Médica” é assinalada por Shannon e Dever (1974), ao afirmarem que nunca a geografia tinha investigado

¹ Refira-se que May, cuja importância para a geografia é assinalada por Mayer, ao afirmar que este “é talvez o mais proeminente geógrafo médico do século XX” (Mayer, 1982: 217), era, por formação, médico e não geógrafo (Mayer, 1996).

ou contribuído com tanta pertinência como na análise dos problemas associados com a distribuição dos serviços de saúde. Refiram-se, como exemplo, os trabalhos de Knox (1975), Smith (1977, 1979), Haynes e Bentham (1979), Joseph e Phillips (1984), Kearns e Joseph (1993) e, em Portugal, os de Simões (1989), Santana (1993) e Remoaldo (1998).

Todavia, note-se que alguns destes trabalhos têm sido criticados face à subjectividade e difícil definição dos conceitos “ótimo” e “acessibilidade”. As imprecisões na definição do primeiro questionam a assunção de uma única localização óptima (Curtis, 1982; Stimson, 1983; Rosenberg, 1988), enquanto o segundo, potencialmente entendido em termos de distância, distância-tempo, distância-custo ou tempo de espera, varia em função de factores geográficos, económicos, sociais, culturais e organizacionais (Santana, 1993). Além disso, e mesmo que os estudos relativos à equidade e acessibilidade dos serviços de saúde procurem definir claramente estes conceitos, é necessário ter sempre presente que, dada a natureza dos bens e dos serviços oferecidos, nunca será possível uma verdadeira igualdade de acesso a estes serviços (Smith, 1979). Acresce o reconhecimento que, mesmo sob condições óptimas de distribuição e proximidade, a utilização dos serviços pode ou não ocorrer e, ocorrendo, pode variar na sua eficácia ou na sua frequência (Joseph e Phillips, 1984; Santana e Nogueira, 2003).

1.2. A GEOGRAFIA E A SAÚDE: NOVOS DESAFIOS E NOVOS PARADIGMAS

1.2.1. Pluralidade e diversidade

O fim do século XX e o início do novo século foram marcados por profundas alterações das organizações e das estruturas socioespaciais da humanidade. A transformação das sociedades, dos seus espaços e das suas formas de vida tem sido acompanhada pela evolução de todas as ciências sociais e humanas. As mudanças, visíveis em várias áreas da geografia humana, têm também ocorrido nas duas tradicionais correntes da “Geografia Médica” (Kearns, 1995). Curtis e Taket (1996) propõem uma nova organização da disciplina em dois grandes grupos – Geografia da Saúde tradicional e Geografia da Saúde contemporânea – subdivididos, por sua vez, em cinco correntes. Esta estrutura, mais detalhada que a anterior divisão em dois domínios, parece abarcar melhor a diversidade de temas e de abordagens da “Geografia Médica”. Kearns (1995) e Mayer (1996) apresentam também sínteses notáveis sobre esta questão, contribuindo decisivamente para o avanço teórico e epistemológico da disciplina.

Apresenta-se, em seguida, uma proposta de estruturação, baseada nos contributos de Kearns, (1995), Curtis e Taket (1996) e Mayer (1996), na qual se distinguem cinco correntes e uma subcorrente, englobadas em dois grandes grupos – Geografia da Saúde tradicional e Geografia da Saúde contemporânea.

1.2.1.1. Geografia da Saúde tradicional

Esta designação engloba parte importante das pesquisas desenvolvidas nos dois grandes domínios atrás apontados – ecologia da doença e estudos de oferta e utilização dos serviços de saúde – e que, historicamente, estão nas próprias raízes da Geografia Médica e sua individualização como área de estudo. Neste grupo, distinguem-se duas correntes,

identificadas epistemologicamente pela sua adesão ao positivismo, que se manifesta tanto na utilização preferencial de métodos quantitativos, como na definição dos conceitos, processo que se pretende rigoroso e objectivo, sendo usualmente efectuado na óptica do investigador (Curtis e Taket, 1996; Nogueira, 2001):

- Próxima da ecologia, da epidemiologia e da saúde pública, emerge uma corrente que engloba estudos relativos ao padrão e difusão espacial da doença e da morte, de que são exemplo os trabalhos mais descritivos de cartografia médica (Howe, 1972; Gardner e outros, 1983, referidos por Curtis e Taket, 1996), de ecologia da doença, relativos ao padrão espacial das doenças e explorando a teia das possíveis relações existentes entre estas e factores ambientais específicos (Giggs, 1983; Learmonth, 1978, 1988) e ainda os que procuram conhecer a difusão espacial da doença (Arroz, 1977; Cliff e Haggett, 1988; Smallman-Raynor e Cliff, 1990);
- Influenciada pelo behaviorismo, distingue-se uma corrente preocupada com a provisão, organização e utilização dos serviços de saúde. Focam-se, essencialmente, questões relativas à equidade, acessibilidade e necessidade destes serviços, como se verifica nos trabalhos de Haynes e Benthon (1979), Joseph e Phillips (1984), Phillips (1990), que utilizam uma abordagem cartográfica simples e os de Wilson (1974), Simões (1989) e Santana (1993), preocupados com questões de localização e utilização dos serviços de saúde.

1.2.1.2. Geografia da Saúde contemporânea

Esta designação agrupa um conjunto diversificado de estudos que, embora elaborados sob diferentes perspectivas e sustentados por diferentes paradigmas metodológicos, se identificam epistemologicamente pela influência da teoria social e do pós-modernismo (Mayer, 1996). Kearns refere que a “Geografia Médica” está a ser enriquecida pela “subcorrente da diferença” (Kearns, 1995: 252). Nos resultados em saúde, nas oportunidades dos serviços, nas crenças, nas práticas e nas experiências de saúde, importa compreender a diferença que o espaço faz, dando lugar a que diferentes perspectivas possam ser (re) conhecidas. Gatrell (2005) enfatiza a importância de um novo paradigma, o da complexidade, para todas as ciências sociais, incluindo para as Geografias da Saúde². Distinguem-se neste grupo três correntes e uma subcorrente:

- Corrente humanista: próxima da sociologia e da antropologia, e influenciada pela abordagem humanística, esta corrente inclui pesquisas tanto na área da saúde e da doença (Eyles e Donovan, 1986, referidos por Curtis e Taket, 1996), como na área dos cuidados de saúde (Scarpaci, 1988). Apesar das semelhanças nos temas de estudo, o corte epistemológico com as anteriores correntes é notório. O novo paradigma, humanista, manifesta-se nas abordagens e nas metodologias utilizadas: os métodos tornam-se preferencialmente qualitativos, as pesquisas desenvolvem-se a um nível individual, os conceitos relativizam-se, adquirindo um sentido fenomenológico e experiencial. Scarpaci (1993), estudando os cuidados de saúde primários em Santiago do Chile, conclui que a acessibilidade aos cuidados de saúde varia

² Face à diversidade temática da disciplina, o autor prefere utilizar o plural da expressão.

com a forma como estes são diferentemente percebidos por diferentes grupos, em diferentes lugares (Scarpaci, 1988). Dyck (1995), num trabalho sobre esclerose múltipla em mulheres, refere a necessidade de construir mapas vividos que representem o espaço sentido, concluindo pela importância crucial das experiências e das crenças individuais não só na percepção do espaço, mas também na própria evolução da doença.

- Corrente pós-modernista: esta corrente promove uma fusão entre Geografia Cultural e Geografia Médica. A perspectiva cultural caracteriza-se pela importância atribuída aos velhos conceitos geográficos, espaço e lugar, e sua influência na saúde. Kearns (1995) sublinha a necessidade de reabilitar os conceitos referidos, entendendo-se o “espaço” numa perspectiva socioespacial e não como espaço geométrico, abstracto, e o “lugar” como “espaço” preenchido, ancorado no mundo da experiência humana. Hayes (1992) refere que os riscos para a saúde só podem ser completamente entendidos num contexto que considere o tempo e o lugar, definidos e construídos pelos indivíduos que neles actuam. Esta corrente, que integra novos conceitos, como o de “paisagem terapêutica”³, evidencia uma preocupação mais com a promoção e manutenção de um bom estado de saúde do que com a falta de saúde e as suas causas. Distinguem-se, nesta área designada pelo próprio Kearns como “geografia pós-médica”, os trabalhos de Kearns (1991, 1995), Gesler (1992) e Williams (1998).
- Corrente estruturalista /crítica /materialista: influenciada pela política e pela economia, tem, como tema-chave, a existência de iniquidades, tanto no acesso e utilização dos serviços prestadores de cuidados de saúde, como na própria saúde. Questões relativas às políticas de saúde, ao planeamento e ao (re)ordenamento espacial dos serviços de saúde são analisadas, atribuindo-se especial relevância aos seus determinantes sociopolíticos. A ênfase é colocada nos processos e nos mecanismos que forjam as hierarquias do poder, da dominância e da marginalização. Rosenberg (1988) refere que os estudos relativos aos serviços de saúde devem considerar as inter-relações entre factores geográficos, médicos e políticos. Exemplos destes trabalhos são os desenvolvidos por Navarro (1976), Mohan (1983, 1989), Eyles (1987), Rosenberg (1988), Kunst (1997), Santana (1999a, 2002), Nogueira (2001), Morris e outros (2005), Shengelia e outros (2005) e Wang e Luo (2005). O interesse na temática das variações em saúde, a tradicional importância dos estudos de saúde e de doença na “Geografia Médica” e a evolução metodológica ocorrida na disciplina, justificam a consideração de uma subcorrente mais específica, que englobe estudos relativos às iniquidades em saúde e seus determinantes socioespaciais.
- A nova ecologia da saúde: esta subcorrente promove uma síntese integrativa entre a corrente estruturalista e a corrente influenciada pela geografia cultural. Atribuiu-se assim especial atenção ao papel do ambiente na saúde individual e colectiva, procurando uma compreensão sistémica e alargada de saúde, de doença e de ambiente, que permita avaliar o papel de diferentes factores, em diferentes contextos espaciais. A nova ecologia da saúde enfatiza o papel do lugar – entendido como espaço produzido por forças económicas, sociais, políticas e culturais – na saúde,

³ Tradução de “therapeutic landscape”.

atribuindo-lhe a capacidade de explicar e moldar os resultados em saúde. A saúde é criada e modelada pelas forças sociais, sendo o lugar um factor social crítico, que está na própria essência da existência humana.

Uma das principais características deste último modelo de análise consiste no estudo interdisciplinar, multiescalar e integrativo da saúde, considerando os contextos físicos, sociais, económicos, culturais e políticos que a enquadram (Earickson, 2000; Forbes e Wainwright, 2001). Exemplos destes estudos são os trabalhos de Bryan e outros (2001) e Salmaan e outros (2001) sobre a SIDA e a infecção pelo VIH; Jones e Duncan (1995), Duncan e outros (1999), Blakley e Woodward (2000), Ecob e Macintyre (2000), Singer (2001), Weitzman e outros (2003), Chuang e outros (2005), Van Lenthe e outros (2005), sobre os comportamentos relacionados com a saúde (consumo de álcool, tabaco, drogas, dieta e actividade física); Kaplan (1996), Kawachi e outros (1997), Diez-Roux e outros (2001), Ellaway e Macintyre (2001), Ellaway e outros (2001), Subramanian e outros (2001a, 2001b), Macintyre e outros (2002, 2005), Lochner e outros (2003), Cummins e outros (2004; 2005), Pollack e Kneesebeck (2004), Skrabski e outros (2004), Young e outros (2004), Barry e Breen (2005), Galea e outros (2005), Lindstrom (2005), Stafford e outros (2005), entre outros, que procuram conhecer a influência das determinantes espaciais nos resultados em saúde.

1.2.2. Unidade

Nos pontos anteriores distinguiram-se diferentes abordagens da geografia às questões da saúde, da doença e dos cuidados de saúde. À diversidade de objectivos, de metodologias e de paradigmas apontados, alia-se a persistência da tradicional dicotomia temática, num desafio que parece questionar a própria unidade da disciplina e que justifica a famosa questão lançada por Learmonth (1978) sobre a existência possível, não de uma, mas de duas geografias médicas.

Independentemente da diversidade de abordagens, vários autores defendem a unicidade desta disciplina (Barret, 1986), enquanto outros assinalam a existência de duas áreas (Mayer, 1982): uma Geografia Médica e uma Geografia da Saúde e dos Cuidados de Saúde. No entanto, a aparente dicotomia é facilmente ultrapassável pela consideração das inter-relações existentes entre esses dois subcampos, que podem e devem ser exploradas, numa óptica que privilegie o espaço e o tempo (Nogueira, 2001). Conhecer a distribuição, as dinâmicas e a difusão da doença é fundamental para adequar os serviços de saúde às necessidades da população, melhorando a sua acessibilidade, eficácia, eficiência e equidade (Mayer, 1982, 1996). Assim, o estudo da doença e o estudo dos cuidados de saúde requerem uma atenção integrada, que torna despropositada a separação entre uma Geografia Médica e uma Geografia dos Cuidados de Saúde (Moon e outros, 1998).

Todavia, a referida dicotomia está presente na própria terminologia que vem sendo utilizada: Geografia Médica ou Geografia da Saúde e dos Cuidados de Saúde? A primeira expressão, mais antiga, encontra-se justificada pela importância dos estudos efectuados sobre a distribuição das doenças, embora muitos autores façam referência à inadequação de uma denominação que parece focar essencialmente a doença e a morte, ou seja, a falta de saúde. Segundo Kearns (1995), é preferível a designação de “Geografia da Saúde”, uma vez que ela traduz, por um lado, o interesse dominante dos geógrafos, bem como o interesse dos grupos de geógrafos dominantes; por outro lado, esta designação não só

aproxima os geógrafos de outros cientistas sociais e políticos, preocupados em avaliar o estado de saúde das populações e em melhorar o desempenho dos serviços de saúde, como legítima o trabalho que vem sendo desenvolvido pelos geógrafos, mais afastado da medicina e da doença e mais próximo da saúde. Acresce que a própria diversidade de estudos realizados nesta área – desde a análise de padrões de morbidade e de mortalidade ao planeamento e ordenamento espacial dos serviços de saúde, passando pelas preocupações com a implementação local de políticas regionais e nacionais (Moon e outros, 1998) – parece ter como objectivo final a saúde e a sua promoção. Assim, a problemática do nome ultrapassa uma simples questão semântica e alguns autores referem que, apesar da tradição da designação “Geografia Médica”, a própria evolução da disciplina justifica a adopção de uma nova designação, Geografia da Saúde (Joseph e Phillips, 1984; Barret, 1986; Pacione, 1986; Simões, 1989; Santana, 1993). E doravante será esta a preferida.

1.2.3. Interdisciplinaridade

A Geografia da Saúde constitui uma disciplina geográfica caracterizada pelo cruzamento das grandes tradições da disciplina – ecológica, regional e espacial (Meade e outros, 1988) – cuja evolução tem sido marcada por uma crescente diversidade teórica e metodológica. A pluralidade da Geografia da Saúde mostra o potencial da geografia em sintetizar e integrar conhecimentos, em unir o mundo físico e social, união “reclamada há décadas pela geografia, mas raramente vista fora da Geografia da Saúde” (Mayer, 1996: 441). Por outro lado, a complexidade dos temas em estudo apela à integração de saberes: o geógrafo da saúde tem necessidade de uma sólida formação geográfica, devendo, simultaneamente, estar aberto às influências das outras ciências sociais e humanas, bem como às das ciências naturais e médicas (Santana, 2005). Independentemente do caminho teórico tomado, o geógrafo da saúde é um investigador marcadamente interdisciplinar e essa interdisciplinaridade sobressai em todas as temáticas estudadas:

- Saúde e doença: as novas patologias das sociedades modernas, sem uma etiologia específica, ou uma causa única, exigem uma abordagem social e cultural (Krieger, 1994; Singer, 2001), preocupada não apenas com os factores biológicos e com os serviços médicos, mas também com a situação social, económica e cultural, quer das populações, quer dos seus espaços (Santana, 2002b).
- Serviços de saúde: a resposta às questões: “Quem, O Quê, Onde, Quando, Como e Porquê ” consome os serviços de saúde (Coates e outros, 1977; Whitelegg, 1986; Santana, 1993; Curtis e Taket, 1996, Gesler e Kearns, 2002) e as preocupações com os padrões espaciais de localização e utilização (Santana, 1993) exigem a consideração das forças sociais, políticas e económicas que condicionam o devir das sociedades e os comportamentos socioespaciais das populações (Santana, 1993). Os estudos relativos aos serviços de saúde devem ligar aspectos geográficos, médicos e políticos, no sentido de explorar o papel dos macroprocessos socioeconómicos na produção das iniquidades em saúde e na distribuição dos recursos (Simões, 1989; Phillips, 1986, 1991; Kearns, 1995; Baker e Hann, 2001).

1.3. SÍNTESE

As variações em saúde, os padrões de difusão espacial da doença, o acesso e a utilização dos serviços de saúde e as questões associadas ao planejamento e às políticas de saúde são temas de investigação de um conjunto de geógrafos, cuja importância e pertinência justificaram a constituição de uma “subdisciplina” que, segundo Hunter (1974: 3), “ocupa um lugar no próprio coração da geografia⁴”. As abordagens teóricas radicadas no positivismo desabrocharam num pluralismo teórico e metodológico, marcado pela inclusão de distintas correntes de pensamento, como o humanismo, o estruturalismo e o pós-modernismo, que convergem para atribuir ao espaço uma nova importância e um novo papel explicativo dos resultados em saúde.

A Geografia da Saúde é um campo de estudos dinâmico e plural e essas características estão relacionadas com a sua capacidade de síntese e de integração (Santana, 2005). Os geógrafos da saúde, utilizando conceitos e técnicas de diferentes disciplinas e juntando uma perspectiva espacial e ecológica, estabelecem uma ponte entre as ciências sociais, naturais e médicas, exemplificando a natureza interdisciplinar da geografia (Curtis e Taket, 1996). Em conjunto com outros investigadores – sociólogos, antropólogos, economistas, epidemiologistas – o geógrafo da saúde poderá conhecer melhor as inter-relações que se estabelecem entre indivíduos, comunidades e territórios, contribuindo de forma decisiva na construção de espaços mais saudáveis, capazes de proporcionar mais e melhor saúde.

⁴ Adaptação de “(...) places medical geography (...) in the very heart or mainstream of the discipline of geography”.

CAPÍTULO 2

SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E URBANIZAÇÃO

Este capítulo pretende traçar a evolução sofrida no conceito de saúde, enfatizando as estreitas inter-relações que se estabelecem entre saúde, desenvolvimento e urbanização. O conceito de saúde adquire hoje novas dimensões, perceptuais, adaptativas e funcionais, devendo ser entendido como progresso, capacidade, recurso e potencial. As alterações demográficas e epidemiológicas, associadas ao processo de urbanização, colocam à saúde um conjunto de novas preocupações, marcadas por novos conceitos, como os de “saúde urbana” e “espaços urbanos saudáveis”.

2.1. SAÚDE: O CONCEITO

Todos os seres humanos valorizam a saúde. Porém, é frequente que a definição e o estudo da saúde se façam por referência à doença, ou seja, à falta de saúde, o que revela a dificuldade em definir um conceito, que é, simultaneamente, médico, mas também social; individual, mas também coletivo. Possui, além disso, uma vincada dimensão espaço-temporal, uma vez que tem sido entendido de diferentes formas, em diferentes tempos e lugares. Na sociedade ocidental, os conceitos de saúde e doença foram profundamente moldados por dois paradigmas distintos: o mecanicista e o socioecológico, ou ambiental.

O paradigma mecanicista, emergente do modelo biomédico, marcou a ciência e a tecnologia médicas desde o século XVI (Richman, 2003). O universo e os seres vivos são metaforicamente comparados a sistemas mecânicos, cujo funcionamento obedece a leis matemáticas. Cada máquina é composta por peças que podem ser separadas em componentes, progressivamente menores e mais simples. Em caso de avaria, cabe ao médico consertar a máquina ou os seus componentes. Esta abordagem, simplista e reducionista, dominou a prática médica ocidental dos séculos XVIII e XIX, sobretudo a partir da eclosão da “revolução bacteriológica” (Simões, 1989). No discurso biomédico sublinha-se mais a doença que a saúde, mais a cura que a prevenção ou a promoção da saúde. A saúde assume um carácter normativo, podendo ser definida e avaliada como “ausência de doença”; a doença surge como um desvio à normalidade (Taylor e outros, 2003), medido por parâmetros físico-químicos (Beaglehole e outros, 2003), generalizável, independente da percepção individual e apresentando, por isso, os mesmos processos e os mesmos sintomas em diferentes tempos e lugares.

Em 1946, a OMS definiu saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (Santana, 1993). A saúde é um estado ideal, uma entidade positiva, presença a ser promovida e não apenas ausência a lamentar. O paradigma mecanicista revela-se claramente insuficiente face a uma definição tão lata de saúde e ao surgimento de patologias para as quais se reconhecem múltiplas causas, sem que alguma seja considerada simultaneamente necessária e suficiente, assistindo-se à (re) emergência¹ do paradigma socioecológico (Richman, 2003). A saúde adquire uma dimensão social, cultural e económica, devendo ser entendida como uma qualidade dinâmica, uma capacidade de adaptação às mudanças da natureza e da sociedade, um recurso ou potencial que permite ao indivíduo desempenhar convenientemente as suas funções quotidianas (Taylor e outros, 2003). Entendido como progresso, capacidade, recurso e potencial, o conceito de saúde mostra-se inclusivo e expansivo (não se circunscreve apenas ao contexto da biologia e do corpo, alargando-se a outras esferas, como aos territórios), culturalmente determinado e dependente da posição social dos indivíduos. O anterior modelo patogénico revela-se insuficiente face ao novo conceito de saúde, que passa a ser perspectivado num modelo salutogénico (Charlton, 1994): a saúde cria-se e conquista-se, é um recurso a ser explorado, um potencial a desenvolver.

2.2. SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

O conceito salutogénico de saúde impõe-se nos discursos políticos actuais. Na carta de Otava (MS/DGS, 1997), por exemplo, a saúde é entendida como progresso e recurso essencial ao desenvolvimento social, económico e pessoal e ainda como importante dimensão do bem-estar e da qualidade de vida (Taylor e outros, 2003). Porém, sendo a saúde uma dimensão inequívoca da qualidade de vida, também a qualidade de vida é condição fundamental na génese, manutenção e aumento dos níveis de saúde. Grande (1991), referindo-se às melhorias verificadas na saúde das populações, atribui maior importância aos progressos ocorridos na qualidade de vida do que às conquistas conseguidas na luta contra as doenças. Santana e Nogueira (2001) assinalam também a importância dos factores económicos, sociais e políticos no aumento da esperança de vida da população portuguesa.

O desenvolvimento proporciona o aumento de investimentos no sentido de diminuir os níveis de pobreza e de melhorar a nutrição, a salubridade do meio e as infra-estruturas urbanas, traduzindo-se em mais e melhores intervenções ao nível da saúde pública, no melhor acesso às oportunidades, na maior disponibilização de cuidados sociais e de saúde, especialmente para os grupos mais carenciados e ainda, entre outros factores, na possibilidade de escolha de estilos de vida saudáveis, factores que contribuem para melhorar a saúde da população. Mas a saúde determina, até certo ponto, a capacidade de trabalho e a produtividade de uma população, cujos aumentos possibilitam um maior investimento em factores que permitem melhorar a sua qualidade de vida, logo, a sua saúde. A saúde é então, simultaneamente, indicador e factor de desenvolvimento. (OMS, 1999b).

A relação entre o estado de saúde de uma população e o seu nível de desenvolvimento

¹ Reemergência, na medida em que este foi o paradigma subjacente à medicina da Antiguidade Grega.

revela-se, pelo menos, a três níveis: 1. na qualidade ambiental, com progressos no desenvolvimento a induzirem melhorias ambientais; 2. nas políticas de saúde e na qualidade dos serviços de saúde, com altos níveis de desenvolvimento a desencadear políticas de saúde dirigidas preferencialmente à eliminação das causas, logo, mais preventivas que curativas (Safran e outros, 1998), e serviços de saúde mais generalizados e acessíveis (Santana, 2005); 3. nos perfis epidemiológicos, com causas de morbidade e de morte a dependerem do nível de desenvolvimento das populações (Vigneron, 1993).

O impacto do desenvolvimento na saúde é frequentemente avaliado pela forma como os processos de mudança económica e cultural interferem na vida e na morte das populações (Picheral, 1997). Desigualdades globais na esperança de vida e nas causas de adoecimento e morte interpretam-se através de uma combinação de processos demográficos e epidemiológicos, usualmente sumariados pelos modelos das transições demográfica (Thompson, 1929; Notestein, 1945, referidos por Noin, 1983 e Bandeira, 1996; OMS, 1999b) e epidemiológica (Omran, 1971).

2.2.1. A transição epidemiológica

Em todos os países do mundo, os progressos tecnológicos, económicos e sociais, ocorridos fundamentalmente no domínio da agricultura, das infra-estruturas sanitárias e dos cuidados de saúde, melhoraram substancialmente as condições de vida das populações. Consequentemente, a esperança de vida aumentou e a taxa de mortalidade diminuiu. O modelo da transição epidemiológica interpreta a forma como as mudanças demográficas, sociais, económicas, ecológicas e biológicas, decorrentes do processo de desenvolvimento, afetam a saúde das populações (Omran, 1971), nomeadamente no que diz respeito às causas da mortalidade e, implicitamente, da morbidade. No entanto, a (r)evolução epidemiológica não pode ser entendida sem referências à (r)evolução demográfica que a acompanha, pelo que a análise do modelo da transição epidemiológica fará algumas referências ao bem conhecido modelo da transição demográfica.

Na experiência ocidental, a baixa esperança de vida à nascença e a alta taxa de mortalidade, sobretudo infantil, das populações pré-industriais explicam-se pela importância das doenças infecciosas e transmissíveis, nomeadamente pela existência de grandes epidemias, provocadas por bactérias e vírus e ainda pelas periódicas e frequentes fomes e guerras (Nazareth, 1996). O processo de industrialização e a intensa urbanização que lhe esteve associada, trouxeram consigo a subnutrição, o excesso de trabalho, a insalubridade e as más condições de habitação, com consequências negativas na saúde das populações.

O reconhecimento das consequências negativas da industrialização, as inovações industriais, que se traduziram em aumentos da produção até então nunca conseguidos, a melhoria das infra-estruturas sanitárias, os progressos tecnológicos nos domínios da agricultura e da medicina (Notestein, 1945, citado por Bandeira, 1996) proporcionaram grandes melhorias na qualidade de vida e um progressivo controlo das doenças infecciosas, o que conduziu a uma diminuição consistente das taxas de mortalidade, principalmente de mortalidade infantil. Seguiu-se, a mais de um século de distância, a diminuição das taxas de fecundidade, determinada tanto por factores demográficos – nomeadamente pelos tendencialmente baixos valores da mortalidade infantil – como sociais, económicos e culturais,

dos quais se destacam a urbanização, a educação e o estatuto da mulher, o significado cultural e económico das crianças, a mudança da estrutura produtiva e as exigências económicas de uma força de trabalho cada vez mais qualificada (Meade e outros, 1988).

Natalidade e mortalidade readquirem então um novo equilíbrio, oscilando em torno de um baixo nível de estabilização; a um crescimento populacional mais intenso, segue-se um novo período de crescimento populacional reduzido. Mas no decurso deste processo, a realidade humana altera-se brutalmente: a cidade surge, ao longo do século XX, e sobretudo nas últimas décadas, como paradigma do habitat humano (Phillips, 1993). Segundo Galea e outros (2005), algumas projecções sugerem que em 2007 cerca de metade da população mundial viverá em áreas urbanas, percentagem que atingirá um valor da ordem dos 75% em 2030. A esperança de vida à nascença alonga-se, passando de menos de 40 anos (no final do século XIX) (Whitehead, 1998) para valores de quase 74 anos nos homens e 81 anos nas mulheres em 1995² (Santana e Nogueira, 2001); as taxas de mortalidade infantil, que atingiam outrora valores superiores a 250/000 apresentam actualmente valores inferiores a 5/000 (Santana e outros, 2006); as populações tornam-se progressivamente envelhecidas. Nestas condições, as mortes resultam principalmente de doenças crónicas e degenerativas, cujas causas se associam a hábitos e comportamentos, bem como a questões ambientais ou ecológicas. No entanto, a partir das últimas décadas do século XX, novas patologias infecciosas ganharam uma importância crescente como causas de mortalidade e de morbilidade. Destacam-se, entre elas, as hepatites e a SIDA, esta última associada também ao recrudescimento da tuberculose (Nossa, 1995; Santana e outros, 2001; Antunes e Waldman, 2001; Santana e Nogueira, 2004).

Assinalam-se assim diferentes etapas da transição epidemiológica, variáveis no tempo e no espaço: uma primeira etapa, marcada por epidemias e fomes, onde a morte é provocada essencialmente por doenças infecciosas e parasitárias; uma segunda etapa, onde o motor principal são as oscilações tendencialmente decrescentes na mortalidade por doenças infecciosas; uma terceira fase, que caracteriza actualmente os países desenvolvidos, marcada pela importância das doenças crónicas degenerativas e das doenças psicossociais (Vallin, 1992), destacando-se, entre elas, as doenças cardíacas e vasculares e os cancro (Diez-Roux e outros, 2000, 2001; Nogueira, 2001; Bloom e outros, 2001; Sundquist e outros, 2004).

No entanto, parece haver diferenças importantes, mesmo entre os países que estão, supostamente, na terceira e última fase da transição epidemiológica. Acresce que as diferenças se verificam, inclusive, dentro dos mesmos países, surgindo quando se analisa a esperança de vida em regiões ou grupos específicos (Van Oyen e outros, 1996; Bossuyt e outros, 2004; Wood e outros, 2006). Segundo alguns autores, estas diferenças sugerem que a transição epidemiológica ainda não está completa, mesmo nos espaços ocidentais mais desenvolvidos. É então possível que esteja a ocorrer uma quarta e última etapa da transição, marcada por oscilações tendencialmente descendentes nas doenças cardio e cerebrovasculares (Vallin, 1992, Curtis e Taket, 1996), que levará a novos, embora lentos e diferenciados, aumentos na esperança de vida, elevando-a a valores superiores aos actuais

² Valores médios para os países da União Europeia. Porém, em 2003, a Espanha apresentava um valor de 80,5 anos (valor médio de homens e mulheres), o melhor da União Europeia (Santana e outros, 2006).

(Phillips, 1993). Desplanques e outros (1996), quantificando o aumento desta variável em cerca de dois a três meses por ano, concluem também pela possibilidade de um novo estágio da transição, caracterizado pela redução da mortalidade por doenças degenerativas.

Por último, assinala-se que o modelo da transição epidemiológica resulta da análise das experiências europeia e norte-americana. Sabendo que os processos sintetizados no modelo variam no tempo e no espaço, esperam-se também diferenças nas alterações experimentadas pelos países no seu perfil epidemiológico. Vários autores defendem assim a contextualização histórica e geográfica do modelo (Jones e Moon, 1992) e o recurso a variantes, aquando da sua aplicação a espaços não ocidentais. Ainda que o referido modelo forneça uma estrutura geral válida para a interpretação das alterações no perfil epidemiológico das populações, a diversidade de situações existentes e as suas diferentes evoluções conduzem, pelo menos, a relativizá-lo, entendendo-o como um modelo muito geral, ao qual diferentes realidades se podem ajustar, ou ir ajustando.

2.3. SAÚDE E URBANIZAÇÃO

A assunção de que o estado de saúde de uma população melhora com o aumento dos níveis de desenvolvimento não é totalmente clara, sobretudo se se considerarem grupos e territórios num determinado país. Não há apenas diferenças nos perfis epidemiológicos dos países ao longo do tempo; há-as também na sua distribuição interna. Por vezes, são os sectores mais ricos da população que desenvolvem perfis epidemiológicos mais ou menos modernos, enquanto os mais pobres permanecem afectados por doenças infecciosas e distúrbios alimentares, uma situação que se pode designar de “polarização epidemiológica” (Phillips e Verhasselt, 1994a). Outras vezes, a variação verifica-se sobretudo entre áreas urbanas e áreas rurais, com níveis de saúde mais elevados nas áreas urbanas (Santana, 1993; McDade e Adair, 2001), assumindo estas igualmente uma função de “pólos de polarização epidemiológica”.

A Revolução Industrial, iniciada na Europa Ocidental, provocou uma rápida e intensa transformação dos espaços, no sentido de uma crescente urbanização. A industrialização conduziu a mudanças nas formas de ocupação dos espaços, operadas sobretudo por movimentos populacionais originados em áreas rurais e direccionados para os centros urbanos. Industrialização e urbanização foram acompanhadas de melhorias nos níveis de saúde da população e de mudanças no seu padrão epidemiológico, marcado pela diminuição de patologias infecciosas e da mortalidade infantil, aumento das patologias degenerativas, cancro, doenças cardiovasculares e aumento da esperança de vida. Haverá então uma relação entre saúde e urbanização (e implicitamente, entre desenvolvimento e urbanização)? Mais especificamente, a urbanização conduz a melhor saúde?

McDade e Adair (2001) exploram a usual afirmação da melhor saúde dos habitantes em áreas urbanas, comparativamente aos seus congéneres rurais, apontando algumas das explicações que têm sido sugeridas para interpretar a diferença. Neste sentido referem-se, nomeadamente, ao maior rendimento dos cidadãos, que lhes possibilita uma melhor alimentação e o pagamento de mais e melhores serviços, aos mais elevados níveis de educação e informação, especialmente no passado, e ainda ao melhor acesso a serviços de saúde diversificados e de qualidade.

Porém, alguns estudos questionam a importância dos factores atrás mencionados, nomeadamente a existência de uma correlação positiva entre serviços de saúde e melhor saúde. Adler e outros (1993) quantificam a contribuição dos serviços de saúde para a variação dos níveis de mortalidade num modesto valor de 10%, e Van Oyen e outros (1996) demonstram, para a Bélgica, a existência de uma correlação inversa entre saúde e oferta de serviços de saúde. Por outro lado, se é verdade que viver em áreas urbanas tem consequências ao nível das oportunidades e formas de vida, também é verdade que as cidades expõem os seus habitantes a um novo leque de riscos para a saúde (Fitzpatrick e LaGory, 2000; McDade e Adair, 2001).

Vários autores têm colocado questões relacionadas com a saúde da população urbana que vive em condições de pobreza e de segregação – social e espacial. Conseguirão as cidades assegurar os serviços sociais e de saúde mais básicos, para toda a sua população? Phillips (1993) refere que o espaço urbano não é um continuum uniforme que proporcione a toda a sua população iguais oportunidades de acesso aos serviços, iguais oportunidades de ter uma vida saudável e iguais oportunidades de promoção da saúde. Fitzpatrick e LaGory (2000) referem-se aos problemas da saúde urbana, utilizando a expressão “urban health penalty”. Para estes autores, a situação de desvantagem verificada nas cidades é o resultado da confluência de factores como a má nutrição, a pobreza, o desemprego, a degradação das habitações, a violência, o isolamento e a falta de interacção social. Segundo Braveman e Gruskin (2003), a equidade³ em saúde não existe e as iniquidades tornam-se especialmente evidentes nos maiores centros urbanos, onde se agudizam problemas de pobreza e desemprego e onde aos deficientes serviços básicos de saúde se juntam serviços ambientais pobres, transportes públicos insuficientes e abrigos condignos igualmente insuficientes. Os problemas de habitação, a sua degradação e sobrelotação são mais evidentes nas áreas urbanas, tal como os ruídos, a poluição atmosférica e os acidentes de trânsito, factores que têm um impacte negativo na saúde da população (Weinstein, 1980; Gouveia e outros, 2004; Samet e White, 2004).

Outro aspecto de reconhecida influencia na saúde é a maior fragilidade das redes sociais e do suporte familiar nas áreas urbanas (Fitzpatrick e LaGory, 2000; Guerra, 2003). Neste sentido, alguns autores têm relacionado a fragilidade das redes e a falta de suporte familiar com a emergência de problemas psicossociais, como o consumo de drogas e a criminalidade (Kawachi e outros, 1999b; Dunn e Hayes, 2000; Pollack e Knesebeck, 2004; Hembree e outros, 2005; Irribarren e outros, 2005). A depressão, o suicídio e a percepção da própria saúde são alguns dos resultados em saúde que têm sido correlacionados com o “stress” urbano e com o isolamento social (Kawachi e outros, 1999a; Grundy e Sloggett, 2003; Melchior e outros, 2003; Young e outros, 2004; Ziersch e outros, 2005).

³ No seu sentido mais amplo, a equidade pressupõe iguais oportunidades de acesso para iguais necessidades (White, 1979). Equidade significa justiça social (Davies, 1967) e justiça territorial (Picheral, 1997). Variações em saúde justas, isto é, esperadas como, por exemplo, a melhor saúde de indivíduos jovens, comparativamente à de indivíduos idosos, o menor peso ao nascer dos bebés do sexo feminino, em comparação aos do sexo masculino, são apenas desigualdades. Mas quando as variações são injustas - por exemplo, a variação no estado nutricional ou nos níveis de imunização em função do sexo, a variação na probabilidade de receber tratamento adequado em função da etnia ou as variações em saúde em função da área de residência - então, tornam-se iniquidades (Braveman e Gruskin, 2003).

Estas e outras questões são reconhecidas por diferentes níveis do poder político, tendo sido explicitamente colocadas no projecto “Cidades Saudáveis” que a OMS vem a desenvolver desde 1986 e que se encontra actualmente na IV fase⁴. O projecto, assente no conceito da OMS de “saúde para todos no século XXI”, revelou, desde logo, a sua extrema importância, tendo sido ajustado a múltiplos contextos geográficos, culturais e políticos. Integrando inicialmente pouco mais de uma dezena de cidades, existem mais de mil cidades que integram actualmente o movimento das cidades saudáveis a nível mundial (OMS, 1997a, 2001)⁵, o que revela o grande interesse local e internacional das questões relativas à saúde urbana.

Em 1991, a OMS propôs uma organização das determinantes da saúde urbana em quatro grupos de factores – físicos, sociais, culturais e ambientais. Phillips (1993) e Pitts (2004) sublinham que o impacto destes factores na saúde não resulta de uma simples adição, mas antes do efeito da sua interacção sinérgica. Considerar as determinantes da saúde é sublinhar a importância de uma multiplicidade de factores que, actuando a diferentes escalas⁶, se influenciam mutuamente.

2.4. SÍNTESE

Acompanhando a própria evolução das sociedades, o significado do conceito de saúde tem vindo a modificar-se, no sentido de uma crescente complexidade, marcada pela “nuance”, pela diferença, pela contingência. Para a saúde relevam factores tão diversos como os comportamentos individuais, as políticas sociais e económicas e a qualidade ambiental. Os perfis de saúde das populações, profundamente imbricados nos seus processos de desenvolvimento, dependem, em grande parte, do território em que estas vivem. Variações em saúde verificam-se entre países, mas também entre regiões e lugares do mesmo país: quem são e onde vivem tornam-se então aspectos de grande influência na saúde individual e colectiva, com importantes implicações nas políticas de saúde pública e no planeamento dos serviços sociais e de saúde. Num mundo amplamente marcado pela urbanização, ganha particular relevância a problemática da saúde urbana, pois não é totalmente claro que a urbanização se acompanhe da melhoria da saúde, sobretudo quando se consideram grupos e territórios específicos.

⁴ Na IV fase deste projecto, a decorrer entre 2003 e 2007, distinguem-se quatro vertentes prioritárias: 1. planeamento urbano saudável; 2. envelhecimento saudável; 3. avaliação do impacto das políticas e dos projectos na saúde e no bem-estar; 4. actividade física. Os objectivos desta fase são, entre outros, promover cidades e comunidades prósperas, saudáveis, seguras e distintas; fazer da saúde um conceito de vida, integrando-a na economia local; reduzir iniquidades em saúde; promover parcerias entre grupos da comunidade e os sectores público, privado e voluntário (OMS, 2004).

⁵ A rede portuguesa de cidades saudáveis constituiu-se formalmente em 1997, contando actualmente com onze cidades: Amadora, Coimbra, Lisboa, Loures, Montijo, Odivelas, Oeiras, Palmela, Seixal, Setúbal e Viana do Castelo.

⁶ Refira-se, como exemplo, que as políticas municipais determinam o traçado das grandes linhas de tráfego rodoviário que, por sua vez, aumentam a poluição atmosférica e sonora dos lugares que atravessam e também os níveis de sinistralidade, ao mesmo tempo que podem melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde. Órgãos do poder central, em função de políticas nacionais e de factores económicos, disponibilizam (ou não) os recursos necessários à construção de novas vias de comunicação.

(Página deixada propositadamente em branco)

SEGUNDA PARTE

VARIAÇÕES ESPACIAIS EM SAÚDE - CAUSALIDADE E ABORDAGENS

As variações em saúde, há muito (re)conhecidas, não deixam de ser surpreendentes, uma vez que as francas melhorias ocorridas em factores tão importantes para a saúde como a qualidade de vida das populações e a acessibilidade aos serviços de saúde não as eliminaram e, em alguns casos, tão-pouco as reduziram. O estado de saúde de uma população, num dado lugar, parece depender de um vasto conjunto de factores biológicos, culturais, económicos, sociais e físicos, individuais, sociais e ambientais, como são, por exemplo, género, idade, comportamentos e estilos de vida, rendimento, educação, condições de vida e de trabalho, qualidade e cobertura dos cuidados de saúde, poluição e suporte social, entre outros (Santana e Campos, 1997; Macintyre e outros, 2002). Os resultados em saúde parecem, pois, depender de quem se é e do lugar onde se vive.

A noção de Lugar parece vaga e pouco precisa¹. Sabe-se, porém, que os lugares formam uma das mais permanentes e vitais influências sobre o ser humano. Isto acontece porque o homem vive em lugares e não em espaços geométricos, abstractos. Os lugares são os espaços concretos da existência humana, são espaços de carácter distintivo. Esse carácter, o *genus loci*, ou espírito do lugar, consiste tanto na substância concreta da forma, cor e textura, como nas mais intangíveis associações culturais – uma certa “patine” dada pelo uso do homem ao longo do tempo (Thomas, 2002). O arquitecto alemão Aldo Van Eyck (s/d, citado por Lawson, 2001) referia-se a lugar como “seja o que for que o espaço e o tempo signifiquem, o lugar e a ocasião significam mais. O espaço na imagem do homem é lugar, e o tempo na imagem do homem é ocasião.” Segundo Tunstall e outros (2004), o lugar está para o espaço como a história está para o tempo ou o lar está para a casa. O lugar está na essência da existência e da identidade humanas, porque ele é a própria interpretação do espaço.

A influência dos lugares na saúde tem sido objecto de inúmeras investigações teóricas e empíricas (Gesler e Kearns, 2002; Macintyre e outros, 2002; Tunstall e outros, 2004; Cummins e outros, 2004, 2005) que procuram, frequentemente, distinguir diferentes níveis de variabilidade, quantificando a influência desses níveis. Porém, a consideração do

¹ Segundo o dicionário de língua portuguesa, lugar é “ (...) sítio, localidade, pequena povoação, região, (...)”.

efeito de factores individuais *versus* factores ambientais na saúde deve ter sempre presente que lugares e indivíduos formam um todo inseparável. Os lugares são constituídos por espaço físico e por tudo o que o envolve e o que ele contém, por pessoas e pelas suas actividades, por ambientes físicos e sociais. Se os lugares são criados e moldados pelo homem, também a natureza dos homens e a sua saúde é influenciada pelos lugares, pela sua história e pela sua geografia (Tunstall e outros, 2004). Assim, um lugar, caracterizado pelos indivíduos que nele vivem, influencia a saúde devido à sua composição populacional. Mas para além dos factores composicionais, relevantes da concentração de indivíduos com determinadas características em determinados lugares, a saúde parece ser influenciada por factores contextuais, relevantes das características do ambiente físico e socioeconómico dos lugares, bem como do seu funcionamento colectivo.

Apresentam-se, seguidamente, os factores que condicionam as variações espaciais em saúde. Todavia, reconhecem-se dificuldades, falhas e falsas polaridades à tentativa de sistematização efectuada, decorrentes sobretudo de duas ordens de limitações: 1. Alguns dos factores referidos só muito recentemente começaram a ser explorados, carecendo, por vezes, de uma definição consistente; 2. Por uma questão de facilidade de sistematização, distinguem-se factores individuais de factores ambientais e procede-se à discriminação isolada de cada factor quando, na realidade, eles actuam em interacção, formando aquilo que Kaplan (1996) designou como “clusters” de factores de risco. Macintyre e outros (2002) referem que factores individuais e factores ambientais parecem influenciar-se mutuamente e de forma tão imbricada que a sua separação pode ser inútil e mesmo pouco correcta.

Para além da diversidade de factores condicionantes, o tema das variações espaciais em saúde tem sido marcado pela emergência de novas questões e novas abordagens da relação lugar-saúde-lugar². Consequentemente, apontam-se diferentes explicações para as variações encontradas e preconizam-se diferentes políticas sociais e de saúde, com vista à sua redução ou eliminação. Num mundo intensa e progressivamente urbanizado, a problemática dos espaços urbanos saudáveis adquire particular relevância, porque encerra, em si, a possibilidade inerente de promover a saúde pela transformação dos espaços.

² Não há apenas uma relação lugar-saúde, mas antes uma relação lugar-saúde-lugar. Na verdade, se o lugar influencia a saúde individual, ele é também determinado por esta. Indivíduos saudáveis, e comportamentos saudáveis, constroem lugares mais saudáveis, capazes de gerar e suportar comportamentos ainda mais saudáveis (Ross, 2000; Lawson, 2001).

CAPÍTULO 3

FACTORES INDIVIDUAIS DAS VARIAÇÕES EM SAÚDE

Na dimensão individual engloba-se um conjunto diversificado de factores, que vão desde os biológicos, imutáveis – como o género e a idade – aos sociais, económicos e culturais, mutáveis, de que são exemplo o estatuto socioeconómico, a “história” do curso de vida e a etnia.

3.1. FACTORES IMUTÁVEIS

3.1.1. Idade

A idade, um dos factores incontornáveis a considerar nas variações em saúde, explica e condiciona padrões de mortalidade e de morbilidade, individuais e colectivos, de tal forma que valores de mortalidade, de incidência ou de prevalência devem ser padronizados pela idade antes de serem analisados e, sobretudo, comparados (Jones e Moon, 1997). Doenças infecto-contagiosas, como o sarampo, a rubéola e a varicela, afectam indivíduos jovens, enquanto indivíduos idosos sofrem de doenças crónicas e degenerativas, como o reumatismo e o cancro, resultantes, entre outros aspectos, do envelhecimento biológico do organismo. A outro nível de análise, o perfil epidemiológico de uma população apresenta também uma relação estreita com a sua idade: populações jovens sofrem (e morrem) sobretudo de doenças infecciosas e transmissíveis; populações envelhecidas apresentam um padrão de morbi/mortalidade dominado por doenças crónicas e degenerativas (Vallin, 1992; Phillips e Verhasselt, 1994a; Santana, 2005).

Apesar das relações entre idade e saúde serem amplamente reconhecidas e consensuais, alguns investigadores têm vindo a colocar questões ainda não totalmente claras:

1. Quais as consequências do alongamento da esperança de vida sobre a saúde da população? Em 1984, a OMS apresentou um modelo que permite elaborar diferentes cenários para esta questão: o aumento da esperança de vida poderá acompanhar-se por situações que vão desde a compressão da morbilidade, até à pandemia de doenças crónicas e incapacitantes (Robine e outros, 1998). Uma investigação realizada em França aponta para a conjugação entre alongamento da esperança de vida e alongamento da esperança de vida sem incapacidade (Crimminis e outros, 1994; Robine e outros, 1998). Todavia, Asada e Ohkusa (2004) concluem que no

Japão o aumento da esperança de vida tem sido acompanhado por uma pequena diminuição da esperança de vida saudável. Ou seja, não é possível concluir qual a evolução ocorrida, ou a ocorrer, em todas as populações, sendo necessário alargar estes estudos a outros contextos;

2. O efeito da idade é semelhante em diferentes grupos populacionais? Mizrahi e Mizrahi (1997), partindo de uma bateria de indicadores de morbidade, concluíram que diferenças no estatuto socioeconómico conduzem a um impacto diferenciado do processo de envelhecimento. Envelhecer, característica natural de todos os seres vivos, afecta precocemente indivíduos não escolarizados e trabalhadores não qualificados, por comparação com licenciados e quadros superiores, sendo de quatro anos o desvio entre estas categorias. Neste sentido, os autores falam em “envelhecimento retardado” ou, em oposição, “envelhecimento prematuro”. Em Portugal, Barros (2003) conclui também que o aumento da escolaridade diminui o efeito depreciativo da idade no estado de saúde.

3.1.2. Género

O género, enquanto determinante da saúde ou da doença, apresenta relações estreitas com os factores genéticos, psicológicos, comportamentais e sociais (Marmot e outros, 1984), o que torna complexa a sua análise. Morbidades e incidências, mortalidade e esperança de vida, são algumas das dimensões da saúde/doença que apresentam diferenças de género. Refira-se, como exemplos:

1. A maior longevidade feminina. Em Portugal, em 2003, os valores da esperança de vida à nascença eram de 80,57 anos para as mulheres e de 74 anos para os homens¹ (Santana, 2005);
2. A maior mortalidade do género masculino em todas as idades (Waldron, 1976, 1993; Nathanson, 1977; Wingard, 1982; 1984; Hart, 1989; Macintyre, 1993, Santana, 2002a). O máximo de diferença ocorre entre a adolescência e a meia-idade, o que parece dever-se ao maior número de acidentes sofridos pelos indivíduos do sexo masculino (Curtis e Taket, 1996; Hunt, 1998);
3. A maior morbidade do sexo feminino (Waldron, 1976; Blaxter, 1990; Miles, 1991; Giraldes, 1996). Esta situação paradoxal tem sido resumida na frase “Women are sicker but men die quicker” (Macintyre e outros, 1996). Shivonen e outros (1998), conjugando morbidade com mortalidade, sugerem que a diferença entre os géneros na esperança de vida saudável é menor que a diferença na esperança de vida total; Valkonen e outros (1997) concluem também que, na Finlândia, a esperança de vida com incapacidade é maior para o sexo feminino.

Alguns investigadores referem que o padrão das variações em saúde em função do género é complexo, porque varia em função da situação ou sintoma particular e com a fase do ciclo de vida (Matthews e outros, 1999). No Reino Unido, Macintyre e outros (1996) não encontraram evidências que suportassem a tese da sobremorbidade feminina. Na

¹ As diferenças são ainda maiores quando se consideram indicadores mais discriminativos, como por exemplo, a mortalidade prematura (Santana e Nogueira, 2003).

Finlândia, Haavio-Manila (1986) e Lahelma e outros (1999), analisando, respectivamente, a morbidade por doenças prolongadas e ansiedade, e a percepção do estado de saúde, concluem também pela ausência de qualquer excesso de morbidade feminina. Arber e Cooper (1999) assinalam a emergência de um “novo paradoxo”, referindo-se à coexistência entre altos níveis de enfraquecimento funcional em mulheres idosas e a pequena diferença entre os sexos na percepção do estado de saúde. Analisando situações específicas, conclui-se que os homens apresentam afinal maiores níveis de doenças e de incapacidades mais sérias, enquanto a maior morbidade feminina se expressa em sintomas e situações mais triviais (Verbrugge, 1989). A sobremorbidade feminina tem sido encontrada sistematicamente apenas para as patologias de origem psicológica (Verbrugge, 1989; Macintyre e outros, 1996), o que parece relacionado com o duplo trabalho das mulheres, com os múltiplos papéis que estas desempenham, com pressões sociais e com problemas de identidade (Gove, 1984; Gisbers e outros, 1992; Arber e Ginn, 1993; Popay e outros, 1993; Walters, 1993; Elliott, 1995).

Relativamente ao mercado de trabalho, Adler e outros (1993) referem que a discriminação sofrida pelas mulheres – os seus menores salários e a maior precariedade dos seus empregos – pode condicionar o acesso a diferentes recursos e reflectir-se em dimensões mais amplas de bem-estar psicológico, com implicações negativas no estado de saúde. Por outro lado, os empregos das mulheres são caracterizados por poucas oportunidades de aprendizagem e grande monotonia, aspectos que podem também prejudicar a saúde (Matthews e outros, 1999). No entanto, no tradicional trabalho feminino – o doméstico – o elevado controlo, tanto do ritmo como das pausas, parece ter um efeito benéfico sobre a saúde, o que pode justificar os menores gradientes socioeconómicos na saúde, historicamente apresentados pelas mulheres (Valkonen, 1989; Hunt e Annandale, 1999; Stafford, 2005) que foram, durante muito tempo, predominantemente domésticas. Futuramente, e em virtude da cada vez maior participação da mulher no mercado de trabalho e dada a natureza predominante dos seus empregos, poderá ocorrer uma redução das desigualdades na saúde entre os sexos, como comprovam os trabalhos de Hrabá e outros (1996) na República Checa e de Matthews e outros (1999) na Dinamarca.

Alguns autores enfatizam ainda o papel dos factores comportamentais na génese das diferenças de género na saúde: fumar, beber, comer e praticar exercício contribuem, provavelmente, para as diferenças de saúde entre os géneros (Duncan e outros, 1996; Denton e Walters, 1999; Lahelma e outros, 1999; Diez-Roux e outros, 1997, 2000; Subramanian e outros, 2001a). Segundo Blaxter (1990), os homens parecem comer menos saudavelmente, fumar mais e consumir mais bebidas alcoólicas do que as mulheres. Acresce que o impacto destas diferenças na saúde pode ser potenciado pela menor procura dos cuidados de saúde por parte dos homens (Sayer e Britt, 1996). De facto, são as mulheres quem mais utiliza os serviços de saúde (Nathanson, 1977; Macintyre, 1993; Curtis e Taket, 1996; Hunt, 1998; Veugeliers e Yip, 2003; Barry e Breen, 2005; Law e outros, 2005; Santana, 2005), o que pode reflectir a doença, as atitudes de prevenção face à doença e até diferenças na apetência para reconhecer, avaliar e relatar os sintomas da doença (Hibbard e Pope, 1983; Anson e outros, 1993; Giraldes, 1996).

3.2. FACTORES MUTÁVEIS

3.2.1. Etnia

O estudo das desigualdades étnicas na saúde está limitado pela insuficiência dos dados disponíveis e por problemas de ordem conceptual e metodológica, que tornam difícil identificar os factores subjacentes a essas disparidades². No entanto, algumas investigações desenvolvidas no Reino Unido e nos EUA comprovam a existência de diferenças étnicas na esperança de vida, na mortalidade, na morbilidade (Navarro, 1990; Nazaroo, 1998; Zsembik e outros, 2005), no estado de saúde auto-avaliado (Subramanian e outros, 2001a, 2005; Zsembik e outros, 2005) e nos comportamentos relacionados com a saúde (Zsembik e outros, 2005).

Nos EUA, por exemplo, num estudo de cancro da mama em mulheres caucasianas e afro-americanas, concluiu-se que esta localização tumoral apresenta maior incidência entre as primeiras. No entanto, são também as caucasianas que revelam taxas de sobrevivência a cinco anos mais elevadas, o que foi atribuído a um melhor acesso aos cuidados de saúde. Porém, mesmo admitindo a existência de diferenças no acesso aos cuidados de saúde, traduzidas numa detecção mais precoce da doença entre as mulheres caucasianas, conclui-se que o próprio tratamento é menos eficaz para as mulheres afro-americanas (U.S. Department of Health and Human Services, 1991, referido por Curtis e Taket, 1996). Subramanian e outros (2001a), também para os EUA, apoiados em metodologias de análise “multilevel”³, concluíram que, comparativamente à população maioritária, a probabilidade de avaliar negativamente o estado de saúde aumenta em 5% e 7%, respectivamente para as categorias “negros” e “outros”.

Várias explicações têm sido apontadas para as diferenças étnicas na saúde, com a ênfase a ser colocada nos factores comportamentais. Nesta perspectiva, o pior estado de saúde de minorias étnicas é visto como o resultado de comportamentos nocivos, culturalmente determinados. Mas esses comportamentos não serão também o resultado de condicionaismos sociais? É então possível que diferenças na saúde atribuídas à etnia sejam sobrevalorizadas, porque estas nem sempre são um resultado directo das práticas culturais. A relação entre saúde e etnia pode ser mediada por factores como a posição política e social da

² Refira-se, por exemplo:

¹. As limitações resultantes da classificação das minorias étnicas segundo o seu país de origem: por um lado, essa categorização pode mascarar variações étnicas na saúde entre diferentes grupos do mesmo país; por outro lado, ela exclui todos os indivíduos nascidos dentro de famílias étnicas minoritárias após a migração (Curtis e Taket, 1996);

². A variabilidade da identidade étnica. Segundo Nazaroo (1998), a etnia, enquanto parte da identidade do indivíduo, é-o por ligação a tradições culturais, que lhe dão força e sentido. Mas essas tradições culturais não são autónomas nem estáticas, alterando-se com o tempo, com o lugar e com os indivíduos: a identidade étnica é variável e o seu significado depende do contexto; em certos contextos, o género ou a classe social podem ser mais importantes.

³ Os modelos “multilevel” permitem considerar diferentes níveis de variabilidade, desde que os dados apresentem uma estrutura espacial hierarquicamente organizada. Estes modelos combinam um modelo de nível individual, representando o comportamento desagregado, com um modelo (ou mais) de nível macro, representando variações contextuais no comportamento (Leyland e outros, 2000).

população, que pode ser discriminada e usufruir de menores oportunidades, em termos de condições de vida e de acesso aos cuidados de saúde (Donovan, 1984). Um exemplo deste mecanismo pode ser visto na frequente segregação sofrida pelos trabalhadores das minorias étnicas no mercado de trabalho, mesmo quando estes possuem qualificações semelhantes às da população maioritária. McKenzie (1999) refere que no Reino Unido, a população das minorias étnicas tem pior acesso e utiliza menos os serviços de saúde, comparativamente à população maioritária. A estas diferenças juntam-se diferenças nos próprios tratamentos médicos recebidos. Na Suécia, Lindstrom (2005), avaliando a participação e o capital social em diferentes grupos étnicos, conclui pela existência de diferenças significativas entre a população autóctone e a proveniente de países árabes e africanos.

Então, admitindo-se a existência de variações étnicas na saúde, torna-se premente averiguar até que ponto é que essas diferenças podem ser explicadas por outros factores, como são, por exemplo, as diferenças no estatuto socioeconómico, no acesso aos serviços de saúde (Graham, 2000) ou na coesão social (Lindstrom, 2005). A este propósito, Navarro (1990) considera que nos EUA, o pior estado de saúde das crianças das minorias étnicas não pode ser separado das suas piores condições de vida e do seu mais difícil acesso aos cuidados de saúde. Nazaroo (1998) admite também que as diferenças no estatuto socioeconómico entre as minorias étnicas e a população maioritária podem contribuir para as variações em saúde nos diferentes grupos étnicos. No entanto, não é fácil avaliar as inter-relações entre estatuto socioeconómico, etnia e resultados em saúde. Adler e outros (1993) referem que, nos EUA, é particularmente difícil avaliar diferenças na saúde entre a população maioritária e os afro-americanos, porque estando os últimos desproporcionalmente representados nos mais baixos grupos da estrutura social, facilmente se confunde o efeito da etnia com o efeito do estatuto socioeconómico.

É, portanto, necessário verificar qual a verdadeira influência da etnia sobre a saúde, tendo presente que diferenças na saúde imputadas à etnia podem apelar a explicações mais subtis, como são as diferenças no estatuto socioeconómico. No entanto, a avaliação das variações em saúde em função do estatuto socioeconómico em grupos minoritários levanta alguns problemas, porque os indicadores comumente utilizados na avaliação dessas diferenças na população maioritária não são pertinentes noutros contextos. Consequentemente, urge desenvolver indicadores de estatuto socioeconómico que sejam discriminativos dessas diferenças em minorias étnicas, como tem sido afirmado por Nazaroo (1998) e Charsley e outros (1999).

3.2.2. Estatuto socioeconómico

A relação do estatuto socioeconómico com a saúde é referida desde o século XII, sendo a que tem suscitado mais investigações (Loslier, 1997). No século XIX reconhecia-se já a existência de variações na saúde em função da ocupação, utilizada como indicador da classe social⁴ (Macintyre, 1997). Taxas de mortalidade eram então menores em indivíduos

⁴ O conceito de classe social é de difícil definição e operacionalização. Uma classe social, definida como um grupo caracterizado por um determinado estatuto socioeconómico, é usualmente medida pela educação, rendimento e/ou ocupação (Liberatos e outros, 1988;

de maior estatuto socioeconómico, associação esta explicada pela maior possibilidade de evitar infecções, resultante das melhores condições alimentares e sanitárias das classes mais altas e da sua maior mobilidade, o que, em caso de epidemia, permitia minorar o risco de contágio (Adler e outros, 1993).

Actualmente, não obstante as alterações sofridas pelos padrões de morbilidade e de mortalidade, a probabilidade de um indivíduo vir a ter uma vida longa e saudável mantém-se muito variável, mesmo em sociedades desenvolvidas: entre as classes do topo e da base da hierarquia social quantificam-se diferenças de cinco a dez anos na esperança de vida e de nove a trinta anos na esperança de vida saudável (Whitehead, 1998b; Kunst e outros, 2001, 2003). Em Portugal, Santos Lucas (1987) conclui por marcadas diferenças na mortalidade e na morbilidade em função da ocupação. Às diferenças quantitativas juntam-se as qualitativas, uma vez que causas de morte específicas mostram também um gradiente social. Alguns exemplos destes estudos podem ser vistos em investigações sobre: 1. Doenças cardiovasculares, patologias em que as maiores mortalidade e morbilidade têm sido associadas a baixos níveis socioeconómicos (Diez-Roux e outros, 2000, 2001); 2. Doenças oncológicas, com os cancros do pulmão, laringe, estômago e esófago a serem associados a um baixo estatuto socioeconómico, e os do cólon, recto, pele e mama (feminina) a serem relacionados com elevados estatutos socioeconómicos, associações estas que têm sido explicadas por diferentes factores, sobretudo comportamentais, socioeconómicos e relacionados com os estilos de vida (Thomas, 1992; Rodrigues, 1993; Costa e Faggiano, 1994; Nogueira, 2001).

3.2.2.1. Rendimento

O rendimento, condicionando os indivíduos nas suas opções quotidianas – impondo, ou não, limitações à quantidade e qualidade de bens possíveis de adquirir, e restringindo, ou não, a mobilidade e a vida social – afecta a saúde física e mental (Kunst e outros, 1996): situações de pobreza influenciam negativamente a saúde, pela falta de poder de compra para a aquisição de alimentos, aquecimento e habitação condignos (Dahlgren e Whitehead, 1992; Adler e outros, 1993). O crescimento da pobreza que se tem verificado nos países desenvolvidos e a exclusão social que por vezes a ela se associa e que afecta sobretudo grupos específicos da população – idosos, famílias monoparentais, portadores de incapacidades, desempregados de longa duração – trará consequências negativas para a saúde desses grupos, o que faz desta questão uma prioridade para as políticas de saúde pública (Marmot, 2004; Santana, 2005).

Segundo Dahlgren e Whitehead (1992), as classes sociais de maior rendimento vivem cada vez mais saudavelmente, facto explicado não só pela influência do rendimento sobre a saúde, mas também por todo um conjunto de factores associados, como são as condições de trabalho e de habitação e a integração social. Whitehead (1998b) e Wood e

Kunst e outros, 2001). No entanto, algumas investigações têm sido desenvolvidas com base em indicadores da capacidade de adquirir bens, como são, por exemplo, a posse da habitação e de veículo automóvel (Macintyre, 1998; Charsley e outros, 1999; Dunn e Hayes, 2000; Ecob e Macintyre, 2000).

outros (2006), no Reino Unido; Van Oyen e outros (1996) e Bossuyt e outros (2004), na Bélgica, confirmam a relação positiva entre esperança de vida e esperança de vida sem incapacidade, e rendimento.

Colocam-se, contudo, algumas questões acerca do conceito de pobreza e sua relação com a saúde:

1. Os efeitos diferenciados da pobreza. Walker e Ashworth (1994), referidos por Benzeval e Judge (1998), comprovam que as consequências sobre a saúde de um curto período vivido em situação de pobreza, ou de repetidos períodos de pobreza, intercalados por outros que permitam uma recuperação financeira e emocional, são menos graves do que as provocadas por longos períodos passados na pobreza. Estas conclusões acentuam algumas situações de fragilidade, como é, por exemplo, a dos desempregados de longa duração.
2. A direcção da relação causal entre pobreza e má saúde. A observação de que a pobreza é causa das diferenças na saúde é há muito referida e estudada; mas não será também a pobreza um efeito de diferenças pré-existentes no estado de saúde (Benzeval e Judge, 1998)? A possibilidade do prévio adoecimento dificultar ou impossibilitar a obtenção de rendimentos, gerando pobreza, deve ser considerada e explorada com mais atenção.

3.2.2.2. Ocupação

Diferentes classes sociais podem caracterizar-se, para além dos diferentes rendimentos, por diferentes actividades profissionais dos indivíduos que as compõem. A profissão e o estatuto socioeconómico a ela associado têm sido utilizados para explicar diferenças sociais na mortalidade e na morbilidade, na medida em que influenciam os níveis de vida do próprio e de outros membros da família (Townsend e Davidson, 1988; Valkonen, 1993; Power, 1994; Kunst e outros, 1996; Macintyre, 1997). Grupos ocupacionais caracterizam-se por um conjunto de factores que influenciam a saúde: salário, assistência na saúde, pensões e reformas, capacidade de acumulação de bens de consumo e de bens duráveis, qualidade do ambiente de trabalho, esforço físico, “stress” laboral, controlo, ritmo e pausas do trabalho e exposição a factores de risco, entre outros (Dahlgren e Whitehead, 1992; Siegrist, 1996).

No Reino Unido foi comprovada a existência de grandes diferenças nos riscos para a saúde entre trabalhadores manuais e não manuais, o que foi explicado por um conjunto de características intrínsecas às actividades profissionais dos primeiros: más condições de trabalho, tarefas monótonas, com poucas pausas e/ou exigentes em esforço físico, frequentes exposições à poluição sonora e atmosférica, empregos inseguros, férias mais curtas, maior risco de acidentes mortais e de doenças profissionais (Power, 1994). Siegrist (1996) e Theorell (1999), na Suécia, concluem pelo impacte negativo do “stress” laboral e da falta de controlo do ritmo e das pausas de trabalho nos resultados em saúde. Em Itália, Costa e Faggiano (1994) referem que a mortalidade da faixa ocupacional de menor prestígio poderia ser reduzida em 40%, se a sua taxa de mortalidade fosse semelhante à das classes profissionais de maior prestígio. Estudos efectuados em França assinalam também marcadas diferenças na mortalidade e na morbilidade em função do estatuto ocupacional (Mizhari e Mizhari,

1985). Em Portugal, Santos Lucas (1987) e Giraldes (1996) comprovam que profissões manuais e de baixo estatuto socioeconómico se associam a maiores valores de mortalidade e morbidade, verificando-se, contudo, uma excepção para o género feminino, dado que a mortalidade das agricultoras é inferior à registada nas profissões de maior estatuto (quartos médios e superiores) (Giraldes, 1996).

Especial referência merece ser dada à questão do desemprego, uma vez que há evidências crescentes da sua associação às desigualdades em saúde (Curtis e Taket, 1996). O desemprego provoca depressão e deterioração da saúde mental (Ferrie e outros, 2005), risco crescente de suicídio (Dahlgren e Whitehead, 1992) e aumento da mortalidade prematura (Costa e Faggiano (1994), o que tem sido relacionado quer com a instabilidade social, isto é, com a perda de *status*, a estigmatização e o “stress”, quer com a instabilidade económica, operacionalizada pela diminuição do rendimento (Schewefel, referido por Giraldes, 1996; Ferrie e outros, 2005). No Japão, Fukuda e outros (2004) avaliaram a relação entre estatuto socioeconómico, medido pelo rendimento, instrução e desemprego, e a mortalidade prematura, concluindo que, se o baixo rendimento e o baixo nível de instrução têm um efeito adverso na saúde da população, este impacte é ainda maior quando se considera o desemprego.

Por último, refira-se a possível ocorrência de um mecanismo contrário ao apontado, em que o mercado de trabalho pode ser o motor de selecção, excluindo os indivíduos que apresentam, à partida, pior saúde (Arrow, 1996; Valkonen e outros, 1997).

3.2.2.3. Instrução

O nível de instrução/escolaridade tem sido utilizado na discriminação das classes sociais e aplicado por diversos autores à temática das variações em saúde, com conclusões que apontam para o melhor estado de saúde, maior esperança de vida e menor mortalidade dos indivíduos de maior nível de escolaridade (Adler e outros, 1993; Costa e Faggiano, 1994; Kunst e Mackenbach, 1996; Valkonen e outros, 1997; Giraldes, 1998; Kunst e outros, 2001; Fukuda e outros, 2004; Roos e outros, 2004).

Utilizando a instrução, a análise da esperança de vida à nascença para a população masculina holandesa revela um desvio de quase quatro anos entre classes do topo e da base da hierarquia social (Boshuizen e outros, 1994, referidos por Sihvonen e outros, 1998). Na Finlândia, Valkonen e outros (1997) concluíram pela existência de uma relação directa entre a esperança de vida e a esperança de vida sem incapacidade, e o nível educacional, em ambos os géneros. No Canadá, Roos e outros (2004), avaliando as determinantes da mortalidade em diferentes áreas e em diferentes períodos temporais, concluem pela constante influência de alguns factores, assinalando, nomeadamente, a persistente relação inversa entre instrução e mortalidade. Num estudo efectuado em Portugal, comprovou-se empiricamente a existência de uma relação inversa entre escolaridade e morbidade (Giraldes, 1996). No início do século XX, Kerr associou variações na mortalidade infantil a diferenças no nível de instrução das mães (Kerr, 1910, citado por Macintyre, 1997), associação que permanece até aos nossos dias (Costa e Faggiano, 1994). Independentemente do nível de riqueza, parece que a educação materna é um dos aspectos mais relevantes da qualidade do ambiente físico e social do recém-nascido, factor crítico da sua saúde (Evans e outros, referidos em MS/DGS, 1997; Remoaldo, 1998).

Assim, e para além da cadeia de relações a que a instrução está ligada – indivíduos mais escolarizados têm, à partida, maiores rendimentos e ocupações de maior prestígio – ela proporciona ainda uma maior facilidade em lidar com aspectos burocráticos, uma maior familiaridade com os sistemas sociais, um maior acesso à informação e uma maior aptidão para beneficiar de novos conhecimentos. Indivíduos com maior nível educacional conseguem determinar mais facilmente quem oferece os melhores cuidados de saúde, obtendo-os rapidamente quando necessitam (Adler e outros, 1993; Kunst e Mackenbach, 1996).

Alguns factores psicossociais, como a integração social e a percepção das necessidades em saúde, apontados como determinantes de desigualdades em saúde, parecem também estar relacionados com o nível de instrução. Relativamente ao primeiro, indivíduos de maior nível educacional experienciam menores níveis de “stress” e de isolamento social, variáveis que foram directamente correlacionadas por Ruberman e outros (1984) com a mortalidade, após um enfarte do miocárdio. Por outro lado, parece que a educação interfere com a própria percepção da doença e da necessidade de utilização dos serviços: indivíduos menos instruídos, embora com mais episódios de doença, têm mais dificuldade em perceber uma necessidade e torná-la em procura, ou seja, em utilização de serviços de saúde (Santana, 1995). Macintyre e outros (2005) assinalam também esta questão paradoxal, concluindo que indivíduos com maior risco de doença têm menores probabilidades de o reconhecerem e actuarem em conformidade.

Monden e outros (2003) sublinham a importância do nível de instrução familiar na saúde e nos comportamentos com ela relacionados – consumo de álcool e de tabaco. Segundo os autores, indivíduos de elevado nível de instrução que coabitam com indivíduos pouco instruídos tendem a avaliar pior a sua saúde e a consumirem mais álcool e tabaco do que seria de esperar, atendendo unicamente ao seu nível de instrução individual. Factores materiais, psicossociais e comportamentais relacionados com a educação parecem estar na base da diminuição do “capital de saúde” registada.

Para além de determinante de desigualdades em saúde, a instrução, na sua vertente de “sistema de ensino”, pode ser entendida como possibilidade de reduzir essas desigualdades. Segundo Dahlgren e Whitehead (1992: 65), “a educação tem sido uma via importante para os grupos mais desfavorecidos saírem da pobreza, podendo também ajudar a nivelar o rendimento e as condições sociais da população”. Todavia, a questão da igualdade no sector educativo deve ser considerada, nas suas múltiplas dimensões, podendo ser colocada de diferentes formas: crianças oriundas de famílias menos escolarizadas tendem, ou não, a abandonar precocemente a escola? Alcançam, ou não, menores níveis de escolaridade? Escolas das áreas mais pobres são, ou não, menos saudáveis e mais carentes de recursos humanos e materiais que suportem o processo de educação, em geral, e de educação para a saúde, em particular?

3.2.3. Percurso de vida

A relevância de patologias de evolução prolongada e etiologia complexa no perfil epidemiológico dos países desenvolvidos reforça a consideração da influência dos estilos de vida na saúde: hábitos, comportamentos e exposições, passados e actuais, bem como o tempo dessas exposições, podem influenciar modelos tardios de desigualdades em saúde (Power,

1998; Holland e outros, 1999). O padrão das variações em saúde deve, pois, considerar quer a influência de exposições a ambientes prejudiciais à saúde – laborais ou residenciais, actuais ou passadas – quer o papel de comportamentos nocivos – consumo de álcool, hábito de fumar, sedentarismo físico e regimes alimentares errados e desequilibrados – que, agredindo repetida e continuamente o organismo humano, se reflectem em doença e morte precoce (Adler e outros, 1993).

Comportamentos e exposições devem ser encarados numa perspectiva de acumulação e interacção: Power (1998) refere que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e de tabaco da mãe grávida, o baixo peso ao nascer, a sobrelotação das habitações e as infecções pulmonares afectam o desenvolvimento pulmonar das crianças. Mas estas desvantagens e exposições iniciais tendem a acumular-se durante a vida (Holland e outros, 1999) e a combinar-se com comportamentos pouco saudáveis: o declínio da função pulmonar agrava-se com o hábito de fumar, a poluição e o baixo consumo de vegetais e frutos frescos.

Segundo algumas investigações, a consideração do percurso de vida na génese das desigualdades em saúde realça determinados períodos que devem ser considerados críticos. Barker (1992, 1994) afirma que os padrões de saúde dos adultos e a sua mortalidade estão dependentes de uma programação biológica ocorrida muito precocemente, *in utero* ou no início da infância, realçando então as condições sociais que influenciam a saúde materna e condicionam o desenvolvimento fetal.

Enfatizar o papel dos comportamentos na saúde é atribuir especial importância à responsabilidade de cada indivíduo na sua saúde. No entanto, sabe-se que exposições e comportamentos são modelados pelo estatuto socioeconómico e estão, de certa forma, embutidos nas estruturas sociais (Costa e Faggiano, 1994; Graham, 1999). Num estudo de coorte realizado no Reino Unido, concluiu-se que a exposição ao risco era maior para os nascidos em famílias de trabalhadores manuais não especializados (Power, 1998). Situações de pobreza vividas na infância determinam exposições perigosas, tal como comportamentos prejudiciais à saúde se acumulam nas classes sociais mais baixas, contribuindo assim para as desigualdades na saúde.

3.3. SÍNTESE

A consideração da dimensão individual é incontornável para a compreensão das variações em saúde. Os factores imutáveis, como a idade e o género, têm um papel biológico que é determinante, mas são também importantes elementos de estruturação das oportunidades de vida. De facto, para além de diferentes biológicas, homens e mulheres, em diferentes idades, têm diferentes papéis sociais, diferentes comportamentos e diferentes percepções, aspectos que se entrecruzam e influenciam desiguais experiências de saúde. Por outro lado, à medida que as sociedades evoluem, mudam-se os papéis e os comportamentos que lhes estão associados, alterando-se também o padrão das variações em saúde. Relativamente aos factores mutáveis, vários estudos comprovam que a (im)possibilidade de aquisição de bens e serviços, as condições de trabalho e de habitação, a (ins)estabilidade no emprego, as perspectivas de carreira profissional, a exposição a riscos de infecções e de acidentes, a (in)capacidade de adquirir novos conhecimentos, entre outros, são aspectos condicionados pelo estatuto socioeconómico, que influenciam a saúde individual. Independentemente dos indicadores utilizados, um número crescente de estudos aponta

para o melhor nível de saúde daqueles que ganham mais, ou que têm mais instrução, ou mais poder e influência, ou seja, os problemas de saúde e a morte precoce aumentam com a diminuição do estatuto socioeconômico. Às desvantagens sociais juntam-se as comportamentais, num processo espiral e cumulativo. Estilos de vida e comportamentos, individuais e familiares, são modelados pelas oportunidades, e vários estudos comprovam que os comportamentos prejudiciais à saúde tendem a acumular-se nas classes sociais mais baixas.

(Página deixada propositadamente em branco)

CAPÍTULO 4

FACTORES AMBIENTAIS DAS VARIAÇÕES EM SAÚDE

O ambiente é, em si, uma realidade complexa e holística, formada por múltiplas dimensões, das quais se podem destacar a física, a social, a económica e a cultural. Por sua vez, estas múltiplas facetas desdobram-se em diversos factores, tais como a poluição atmosférica, a qualidade da água, o capital social ou os factores de oportunidade local, entendidos como um conjunto de recursos necessários à vida quotidiana, apresentando-se aqui aqueles cuja relação com a saúde tem sido mais sistematicamente estudada.

4.1. AMBIENTE FÍSICO

O ambiente físico inclui aspectos partilhados pelos habitantes de uma região, de uma cidade, ou de parte de uma cidade, como o clima, a dureza da água e os níveis de poluição. Estas características ambientais podem produzir variações em saúde, por si só, ou em interacção com outros factores, como por exemplo, o consumo de tabaco, a época de construção da habitação, o teor em chumbo das canalizações, entre outros (Nogueira, 2001).

A qualidade do ar tem sido relacionada com diferentes resultados em saúde. O aumento dos níveis de poluição atmosférica foi relacionado, por exemplo, com o aumento das taxas de admissão hospitalar por doenças cardíacas em oito concelhos¹ dos Estados Unidos da América (Schwartz, 1999). Na República Checa, Bobak (1992) conclui pela existência de uma relação positiva entre poluição atmosférica e mortalidade infantil. No Brasil, em diferentes áreas da cidade de São Paulo, Gouveia e outros (2004) concluem pela existência de relações directas e significativas entre diferentes poluentes atmosféricos e o baixo peso das crianças à nascença. Em Portugal, Monteiro (1993) refere-se à coincidência entre picos de poluição por dióxido de enxofre, aumento da “ilha de calor”, e agravamento de crises asmáticas na cidade do Porto.

A distribuição desigual dos impactes ambientais numa cidade ou numa região desafia

¹ Tradução de “counties”.

os princípios de “justiça ambiental”². Elliot e outros (2004), avaliando as probabilidades da ocorrência de riscos industriais químicos nos Estados Unidos da América, relacionados com a localização e o funcionamento das unidades industriais, referem que a relação entre estes riscos e as características das comunidades é complexa. Segundo os autores, áreas de população mais marcadamente afro-americana conhecem maiores riscos industriais, não apenas relacionados com a localização das unidades, mas também com o seu funcionamento, nomeadamente o risco de acidentes e lesões. A iniquidade ambiental parece então relacionar-se com as condições das populações e dos lugares.

Martins e outros (2004), avaliando a relação entre partículas atmosféricas respiráveis (PM₁₀)³ e mortalidade em seis áreas da cidade de São Paulo, concluem que o estatuto socioeconómico modifica o efeito poluente do nível de partículas atmosféricas. Segundo os autores, áreas de baixo perfil socioeconómico, medido pela escolaridade e rendimento familiar, apresentam os maiores coeficientes de correlação entre PM₁₀ e mortalidade. Por outras palavras, quanto menor é o estatuto socioeconómico das populações, maior é o efeito da poluição atmosférica na mortalidade.

Jerret e outros (2004), estudando a associação entre dois poluentes atmosféricos e a mortalidade total em diferentes áreas da cidade de Hamilton, no Canadá, concluem pela existência de uma relação directa e significativa entre as variáveis, igualmente modificada pelo efeito dos factores socioeconómicos. Segundo os autores, a instrução e o estatuto ocupacional, a um nível agregado, associam-se negativamente à intensidade do efeito da poluição na mortalidade, tendo sido propostas três possíveis explicações para este efeito de modificação: 1. Ocupações manuais desenrolam-se em ambientes de trabalho caracterizados por maiores níveis de exposições perigosas, que maximizam o efeito da exposição à poluição atmosférica; 2. Populações menos instruídas têm menor mobilidade e estão sujeitas a menores erros de avaliação do efeito das exposições perigosas, o que diminui os enviesamentos próprios destas avaliações a um valor mínimo; 3. A educação e a ocupação são variáveis que representam a privação material, e piores condições materiais, determinando, por exemplo, piores condições de habitação, aumentam a susceptibilidade dos riscos provocados pela poluição atmosférica.

O conhecimento das relações atrás referidas manifesta-se de forma clara nos inúmeros estudos de planeamento urbano sustentável que, desenvolvidos em diferentes cidades, ou partes de cidades – do Reino Unido, Estados Unidos da América, Austrália, Suécia, Noruega, Itália e em Hong Kong – apresentam em comum fortes preocupações com factores do ambiente físico, particularmente com a qualidade do ar e da água e com o ruído (Pitts, 2004). Refira-se, como exemplo, que várias cidades saudáveis apresentam, como objectivo prioritário, a diminuição nos níveis de poluição atmosférica e de ruído, conseguida por restrições à circulação de veículos automóveis, limitações à sua velocidade e criação de ciclovias e redes pedonais que permitam efectuar deslocações a pé e de bicicleta (Son-

² A Agência de Protecção Ambiental norte-americana (EPA) define justiça ambiental como o tratamento uniforme de toda a população no que respeita a regulamentações e políticas ambientais. Por tratamento uniforme, entende-se que nenhum grupo deve suportar níveis desproporcionais de consequências ambientais negativas, resultantes de operações industriais, municipais ou comerciais (Lipfert, 2004).

³ Partículas de diâmetro inferior a 10 micra.

dén, 2003; Zanussi, 2003; Wheeler, 2004). Várias cidades portuguesas têm empreendido tentativas de diminuição da poluição provocada pela circulação automóvel, quase sempre pontuais e sem continuidade, como o “dia sem carros”. No entanto, é possível destacar alguns projectos de maior continuidade, como o BUGA – Bicicleta de Utilização Gratuita de Aveiro – uma iniciativa da Câmara Municipal de Aveiro que disponibiliza a todos os cidadãos o uso gratuito destes veículos não motorizados na cidade⁴.

Refira-se, por último, a existência de diversos riscos naturais⁵, resultantes de factores relacionados com o sítio, a localização e a ocupação humana (Douglas, 1989), entre outros aspectos. A ocorrência e consequências destes riscos naturais como são, por exemplo, os de inundação e os movimentos de vertente, têm sido profundamente estudadas por geógrafos (Ganho e outros, 1992; Cunha e Gonçalves, 1994; Rebelo e Ganho, 1998; Lourenço e Lemos, 2001; Ross, 2001; Santos, 2002; Bateira e Abreu, 2003). Na verdade, a complexidade desta temática, onde relevam factores de ordem hidroclimática, estrutural, geomorfológica e antrópica (Bateira, 2002), fazem dos riscos naturais um campo privilegiado de estudo interdisciplinar e uma das poucas áreas de investigação geográfica, para além da geografia da saúde, com efectiva capacidade de ligar o mundo físico ao social (Mayer, 1996: 441).

4.2. AMBIENTE SOCIOECONÓMICO

4.2.1. Condições sociomateriais: a privação

A relação entre condições materiais individuais e saúde foi já referida neste trabalho: baixos rendimentos e situações de pobreza afectam negativamente a saúde humana. Na temática das variações em saúde são frequentes os estudos nos quais se pretende relacionar resultados em saúde com níveis ecológicos de pobreza ou privação. Apesar de muitas vezes utilizados como sinónimos, pobreza e privação são conceitos que importa distinguir:

1. O conceito de pobreza é geralmente interpretado em termos de rendimento. A pobreza é uma posição precária resultante de condições económicas e financeiras (Santana, 2001). É usual distinguir-se uma pobreza absoluta, avaliada pela insatisfação das necessidades básicas de indivíduos ou grupos, de uma pobreza relativa, entendida como distância a padrões de vida considerados como minimamente dignos em cada sociedade (Capucha, 2001).
2. O conceito de privação distingue-se do anterior por ser mais difuso e multi-dimensional, de tal forma que não existe uma definição universalmente aceite para este. Indivíduos privados são aqueles que não usufruem das oportunidades e disponibilidades sociais, económicas e culturais que a restante população

⁴ O sistema de utilização das BUGA é semelhante ao dos carrinhos de compras dos supermercados: introduz-se uma moeda que se recupera ao deixar o veículo num dos parques existentes. Basta pegar, pedalar e largar.

⁵ A expressão “riscos naturais”, vulgarmente utilizada, pode ser questionada, na medida em que estes riscos são geralmente acentuados pela ocupação humana. Modificações na cobertura do solo e na topografia, originadas por intervenções humanas, aumentam a instabilidade dos suportes físicos, transformando uma situação de “vulnerabilidade” numa situação de “risco” (Ganho e outros, 1992; Rebelo, 2001).

considera “normais”, ou mesmo essenciais, para usufruir de uma boa qualidade de vida (Carstairs e Morris, 1991; Pringle e outros, 2000). A privação, enquanto resultado de iniquidades que afectam a estrutura social, aproxima-se do conceito de exclusão social, podendo ser entendida como um processo que afasta indivíduos e grupos das redes sociais e do consumo de bens essenciais.

Para além de avaliar a importância do nível individual de pobreza sobre a saúde, destaca-se, nos últimos anos, um interesse crescente em conhecer e quantificar o efeito que áreas de privação têm sobre a saúde dos seus residentes. Uma área de privação não é somente uma área pobre, ocupada por populações carenciadas e empobrecidas. É também uma área que sofre de múltiplas carências económicas e sociais, onde falham as oportunidades que permitem melhorar a qualidade de vida e, muitas vezes, promover a saúde. Ou seja, é uma área que cria e perpetua iniquidades, sociais e de saúde.

No âmbito da privação do lugar, sublinha-se a existência de diferentes tipos de efeitos ecológicos:

1. Efeitos directos – viver numa área privada, independentemente do nível individual de privação, afecta a saúde individual (Blakely e Woodward, 2000; Martins e outros, 2004; Sundquist e outros, 2004).
2. Efeitos de modificação – viver numa área privada modifica o efeito do estatuto socioeconómico individual na saúde, isto é, a relação entre classe social e saúde assume diferentes formas em diferentes lugares (Jones e Duncan, 1995; Blakely e Woodward, 2000; Jerret e outros, 2004).
3. Efeitos indirectos – viver numa área privada aumenta os riscos de exposição ou de adopção de determinados comportamentos que, por sua vez, afectam a saúde individual, como são, por exemplo, os comportamentos tabágicos, alcoólicos e alimentares (Duncan e outros, 1999; Turrel e outros, 2004). Diez-Roux e outros (1997, 2000) concluem pela existência de relações directas entre a privação da área, os níveis séricos de colesterol, a hipertensão e o índice de massa corporal, factores de risco de doenças cardíacas e outras.

O papel da privação do lugar sobre a saúde individual e colectiva é porventura o efeito ecológico mais e melhor estudado no início do século XXI (Gatrell e outros, 2000; Hales e outros, 2003; Elliot e outros, 2004; Sundquist e outros, 2004; Nogueira e Santana, 2005). Uma das primeiras evidências desta relação provém de um estudo longitudinal efectuado na Califórnia, ainda nos anos 80, por Haan e outros, no qual se concluiu que os residentes em áreas de grande privação experimentavam maiores taxas de mortalidade, por comparação aos residentes em áreas de menor privação. Considerando e controlando, no modelo, um conjunto de factores individuais determinantes dos resultados em saúde – género, idade, grupo étnico, estado de saúde inicial, rendimento, ocupação, educação, acesso aos cuidados de saúde e comportamentos relacionados com a saúde – verificou-se a persistência de um maior risco de morrer nas áreas mais privadas, o que comprovou a influência do ambiente socioeconómico na saúde (Haan e outros, 1987, referidos por Macintyre e outros, 1993). No Oeste da Escócia, Davey Smith e outros (1998) demonstraram que a privação dos lugares contribuía para o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares, avaliado pela pressão sanguínea, colesterol, peso, índice de massa corporal e função respiratória.

Várias investigações efectuadas nesta temática comprovam o impacte da privação do

lugar de residência na saúde das populações (Boyle e outros, 2001; Stafford e outros, 2001; Subramanian e outros, 2001a; Sundquist e outros, 2003; McLeone, 2004; Jaffe e outros, 2005). Os resultados até agora obtidos explicam o esforço da comunidade científica na obtenção de parâmetros que permitam captar as múltiplas facetas da privação dos territórios. Tradicionalmente, esta tem sido operacionalizada por indicadores resultantes da agregação das características dos indivíduos, com destaque para os indicadores compósitos de privação.

A aplicação de índices compósitos de privação pressupõe que a privação do lugar não pode ser avaliada por recurso a uma variável única. Estes índices, obtidos a partir de diversas variáveis e por recurso a processos estatísticos adequados, permitem apreender formas de múltipla privação, dependendo os aspectos captados por cada índice das variáveis inicialmente utilizadas. Apontem-se, como exemplo, os índices de Townsend, Carstairs e Jarman⁶ (Carstairs e Morris, 1991; Pringle e outros, 2000). Investigações desta natureza podem ser exemplificadas com os trabalhos de Eames e outros (1993), onde se conclui pela existência de uma relação significativa entre a privação, avaliada por diferentes índices compósitos, e a mortalidade prematura por doença coronária e por doenças relacionadas com o tabaco; Jones e Duncan (1995), onde os autores relacionam diferentes resultados em saúde – uma medida de função respiratória, a percepção do estado de saúde e sintomas de doença cardíaca – com um índice de privação múltipla; Duncan, Jones e Moon (1999), que avaliam o efeito indirecto da privação sobre a saúde, nomeadamente pela relação entre um índice de privação e o comportamento tabágico; Boyle e outros (2001), com resultados conclusivos para a relação entre o índice de Townsend e a declaração de doenças incapacitantes de longa duração; Diez-Roux e outros (2001), onde os autores relacionam um índice de privação com a morbilidade por doença coronária; Malmstrom e outros (2001), onde se relacionam mortalidade e doenças de longa duração com um índice de privação baseado em indicadores de ocupação e de posse de casa; Huff e Gray (2001), com resultados conclusivos para a relação entre um índice similar ao de Townsend e as taxas de mortalidade por doença coronária; Stafford e outros (2001), que relacionam a percepção do estado de saúde com um índice de privação na habitação e com o índice de Townsend; Sundquist e outros (2003), onde os autores concluem pela existência de uma relação significativa entre um índice de privação social – índice de necessidade de cuidados (CNI) – e a percepção da saúde; McLeone (2004), com resultados conclusivos para a relação entre o índice de Carstairs e a mortalidade prematura; Jaffe e outros (2005), que estabelecem uma relação directa e significativa entre a mortalidade e um índice construído com diversas variáveis englobadas em sete domínios, nos quais se manifesta a privação; Nogueira e Santana (2004, 2005) que, em Portugal, apontam a forte relação entre mortalidade prematura e um índice de privação semelhante ao de Townsend. Refira-se também que, segundo Macintyre e outros (2005), a bem estabelecida associação entre privação dos lugares e saúde pode ser fortalecida, na medida em que os residentes em áreas pobres têm mais dificuldades em reconhecer a existência de desigualdades em saúde e a sua pior saúde, não actuando sobre a doença, ou não o fazendo atempadamente e, muito menos, prevenindo-a.

Apesar dos vários estudos atrás referidos, assinala-se que Kelleher e outros (2003), na

⁶ Considerações mais detalhadas sobre os índices compósitos de privação serão efectuadas no capítulo 6.

Irlanda, aplicando técnicas estatísticas multivariadas, concluem que, controlados os factores individuais, o nível de privação dos lugares não apresenta uma relação significativa com o estado de saúde auto-avaliado. Segundo os autores, a aparente relação entre privação dos lugares e saúde pode então ser inteiramente explicada por factores individuais e composicionais, como a idade, o estado marital, a educação e a ocupação, entre outros.

4.2.2. Os serviços de saúde

Uma outra forma de conceptualizar e avaliar as condições sociomateriais dos lugares e também a sua privação, com reconhecida importância no âmbito da geografia, é por intermédio da análise da oferta dos serviços de saúde. Várias investigações têm comprovado a existência de disparidades na distribuição dos recursos de saúde e no acesso aos serviços de saúde (Navarro, 1976; Haynes e Bentham, 1979; Knox, 1979, 1982; Santana, 1995; Tonnelier, 1997; Vigneron e outros, 1997), que podem contribuir para as variações em saúde. Segundo Noin e Chauviré (1996), desigualdades em saúde são, muitas vezes, espacialmente coincidentes com a desigual distribuição dos serviços de saúde, principalmente os de carácter preventivo. Na verdade, verifica-se que a disponibilidade de cuidados de saúde de qualidade tende a ser menor nos lugares mais pobres e segregados, ocupados por populações mais necessitadas (Veugeliers e Yip, 2003; Law e outros, 2005; Santana, 2005).

A oferta de cuidados de saúde pode interferir no estado de saúde das populações. No Canadá, Veugeliers e Yip (2003) concluem que grupos económica e socialmente mais desfavorecidos, com pior estado de saúde e mais necessitados dos serviços de saúde, utilizam mais os médicos de família e os serviços hospitalares, o que pode contribuir para diminuir as diferenças na mortalidade. Porém, a utilização dos serviços médicos especializados segue um padrão oposto (Veugeliers e Yip, 2003, Morris e outros, 2005), podendo contribuir para manter o gradiente socioeconómico na saúde. McLean e DeCoster (2001), apresentando conclusões semelhantes às anteriores, revelam que o padrão de utilização dos serviços preventivos e de rastreio segue o padrão de utilização dos médicos especialistas, tendendo então a agravar as variações em saúde. Santana (1993) chega a conclusões semelhantes num estudo efectuado para a Região Centro de Portugal.

Não obstante a importância atribuída aos serviços de saúde, vários estudos concluem que variações em saúde entre populações ou territórios são muito mais que uma simples consequência de iniquidades na oferta e na utilização de cuidados de saúde (Garros, 1997; Mackenbach e outros, 1999; Baker e Hann, 2000; Barry e Breen, 2005). Por exemplo, a mortalidade depende apenas em 10% dos serviços de saúde; os estilos de vida e os comportamentos individuais influenciam-na em 50%; os factores ambientais, em 20%; e os factores biológicos, também em 20% (U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1979, referido por Adler e outros, 1993). Segundo Townsend e Davidson (1988), no Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde, assente em princípios de igual oportunidade de uso a todos os cidadãos, não foi suficiente para diminuir as variações em saúde. Baker e Hann (2000), também no Reino Unido, concluem pela inexistência de evidências que suportem a relação inversa entre o aumento das necessidades e a diminuição da disponibilidade, com

consequências na degradação dos níveis de saúde⁷. Na Bélgica, Van Oyen e outros (1996), avaliando desigualdades na saúde entre o norte e o sul do país, concluem que a população da região flamenga tem maior esperança de vida e maior esperança de vida saudável, apesar da menor densidade de cuidados de saúde aí existentes. Segundo os autores, os resultados encontrados só podem ser explicados na medida em que se considerem outros factores, como as variações do ambiente físico, social e cultural, as diferenças na utilização dos serviços de saúde e ainda as diferenças na eficácia e na qualidade dos serviços curativos, preventivos e de promoção da saúde. Em Portugal, Santana e Nogueira (2003), analisando a mortalidade “evitável”, concluem também que as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto apresentam valores superiores à média nacional, não obstante a maior densidade de serviços de saúde aí localizados.

Assim, mais relevantes para a saúde do que os cuidados de saúde parecem ser as determinantes de ordem ambiental, cultural, económica e social e as relacionadas com os comportamentos e estilos de vida (Mackenbach e outros, 1990). Neste contexto, refirmam-se as conclusões de um relatório elaborado no Reino Unido, no final dos anos 90, conhecido por relatório Acheson. Sublinhando a existência de grandes desigualdades em saúde, este relatório apresenta um conjunto de recomendações e de medidas com vista à redução das variações encontradas (Macintyre, 1999a; Macintyre e Hart, 2000), destacando-se três recomendações prioritárias: 1. Avaliar todas as políticas com possível impacte na saúde em termos das suas consequências nas desigualdades em saúde; 2. Dar prioridade à saúde de famílias com crianças; 3. Reduzir desigualdades em saúde e melhorar os níveis de vida das famílias pobres. Das trinta e nove medidas então apontadas, somente uma pequena parte estava directamente relacionada com os cuidados de saúde (Marmot, 2004), verificando-se que a maioria das orientações fazia parte integrante de políticas governativas já delineadas, por motivos diferentes, em áreas distintas das da saúde⁸. Sihto e outros (2006) referem que a saúde deve estar presente em todas as políticas, uma vez que ela é largamente determinada por factores não directamente ligados aos serviços de saúde.

No entanto, uma distribuição mais equitativa dos serviços de saúde, que considere as necessidades reais da população – podendo estas ser avaliadas por recurso a indicadores de privação dos lugares⁹ – pode contribuir para melhorar a saúde das populações mais fragilizadas e reduzir as variações em saúde (Sailly, 1997; Veugelers e Yip, 2003; Santana, 2005). A distribuição dos serviços de saúde tem sido, aliás, apontada como um dos factores explicativos das menores variações observadas na saúde da população dos países escandinavos (Vagero, 1991; Adler e outros, 1993). Mackenbach e outros (1990), Santana (2002b) e Santana e Nogueira (2003), apesar de concluírem pela inexistência de uma relação forte e segura entre

⁷ No entanto, assinala-se que esta relação, estabelecida por Tudor Hart em 1971 e conhecida como “inverse care law”, tem sido comprovada por inúmeros trabalhos de investigação (Santana, 1993; Veugelers e Yip, 2003).

⁸ Como exemplos de políticas que partilhavam objectivos com a política de diminuição das variações em saúde então delineada, refirmam-se, entre outras, as de: Excelência nas escolas; Transportes melhores para todos; Apoio às famílias; Fumar mata; Fazendo juntos o país: uma estratégia nacional para a renovação dos espaços residenciais; Cuidados de longo termo no idoso – direitos e responsabilidades (Macintyre, 1999a, p. 348).

⁹ Áreas económica e socialmente carenciadas devem ser consideradas áreas com necessidades acrescidas de cuidados de saúde (Barry e Breen, 2005).

variações na mortalidade “evitável” e diferenças na oferta de cuidados de saúde, colocam duas hipóteses que devem ser exploradas: 1. Os baixos níveis de mortalidade “evitável” dos países industrializados podem reflectir, pelo menos em parte, a crescente disponibilidade e equidade dos serviços de saúde; 2. A variação geográfica na mortalidade “evitável” pode reflectir não o nível de oferta dos serviços de saúde, mas outros aspectos mais subtis e específicos como, por exemplo, a organização e a acessibilidade a esses cuidados.

Todavia, o conceito de acessibilidade deve ser entendido não apenas na sua dimensão geográfica, mas também social: factores não espaciais, como o género, a idade, a etnia, o rendimento, a educação e a capacidade linguística têm sido considerados como inibidores ou promotores da acessibilidade aos serviços de saúde. Wang e Luo (2005), por exemplo, relacionam a acessibilidade aos serviços de saúde com a etnia, o rendimento, o nível de instrução, as condições da habitação, a posse e a sobrelotação das habitações. Shengelia e outros (2005), num estudo sobre acessibilidade, procura, utilização e cobertura dos serviços de saúde, apresentam o novo conceito de “cobertura efectiva”, entendido como probabilidade de obter ganhos em saúde, a partir de uma intervenção dos serviços; a ênfase é então colocada na qualidade e eficiência das intervenções efectuadas e não apenas na oferta ou disponibilidade dessas intervenções.

4.2.3. A desigualdade nos rendimentos e a sua redistribuição

Uma outra característica do lugar, cuja relação com a saúde tem despertado o interesse dos investigadores, é a desigualdade nos rendimentos e a forma como se processa a sua redistribuição, aspectos que não só não podem ser avaliados ao nível individual, como introduzem uma dimensão relativa no conceito de pobreza.

Várias investigações apontam a existência de uma associação inversa entre desigualdade dos rendimentos e saúde. Charlton (1994), Power (1994), Kennedy e outros (1998), Yen e Kaplan (1999), Diez-Roux e outros (2000), Lynch e outros (2000a), Subramanian e outros (2001a, 2003), Lopez (2004), Hou e Myles (2005), Mayer e Sarin (2005), entre outros, revelam que, independentemente do nível de análise considerado, do local ao nacional, maiores desigualdades nos rendimentos associam-se a piores resultados em saúde. No Reino Unido, Ben-Shlomo e outros (1996) concluem que indivíduos residentes em áreas de maiores desigualdades apresentam maiores níveis de mortalidade, comparativamente aos que vivem em áreas de maior equidade. Subramanian e outros (2003), nos EUA, concluem que maiores desigualdades nos rendimentos se associam a maiores probabilidades de percepcionar negativamente a própria saúde, conclusão que Lopez (2004) reitera, estudando as áreas metropolitanas dos EUA. Todavia, refira-se que, na Nova Zelândia, Blakely e outros (2003) concluem pela inexistência de evidências ligando a desigualdade no rendimento à mortalidade.

Lynch e outros (2000a) apresentam três mecanismos que medeiam a relação entre desigualdade do rendimento e mortalidade: 1. Importância do rendimento individual; 2. Ambiente psicossocial; 3. Estrutura neomaterialista.

O primeiro mecanismo interpreta as associações verificadas a nível agregado como simples reflexo de associações idênticas ocorridas a nível individual. Assim, a relação entre saúde e rendimento verificada ao nível individual é suficientemente forte para produzir diferenças na saúde entre populações que apresentam médias iguais, mas diferentes

distribuições de rendimento (Gravelle, 1998). No entanto, estudos apoiados em metodologias estatísticas que permitem distinguir diferentes níveis de variação, demonstram que o rendimento individual não explica totalmente a relação ecológica verificada entre saúde e desigualdade no rendimento (Kennedy e outros, 1998; Diez-Roux e outros, 2000).

O segundo mecanismo de interpretação da relação entre desigualdade no rendimento e saúde acentua a importância dos factores psicossociais. MacLeod e outros (1999), em Dundee, concluem que áreas pobres rodeadas por áreas menos pobres apresentam níveis de doenças incapacitantes menores do que aqueles que seriam de esperar, atendendo unicamente ao seu nível interno de privação, verificando-se igualmente a situação inversa. Gatrell (1997) e Boyle e outros (1998), também para o Reino Unido, apresentam conclusões semelhantes, referindo que a saúde está relacionada tanto com níveis absolutos de pobreza, como com a variação dessa pobreza. No Canadá, Hou e Myles (2005) referem que indivíduos mais pobres podem beneficiar de externalidades positivas, resultantes da partilha dos lugares com indivíduos mais ricos – refira-se, por exemplo, a existência de mais recursos institucionais ou de uma maior capacidade de aprendizagem – ou, em oposição, de externalidades negativas, decorrentes dos maiores níveis de “stress” e ansiedade gerados pelo confronto e competição com indivíduos mais ricos e melhor educados. Os autores concluem pela preponderância das externalidades positivas, com resultados benéficos na saúde dos indivíduos mais pobres.

No entanto, alguns autores sublinham a importância das externalidades negativas. A percepção das desigualdades existentes ao nível do rendimento pode afectar o bem-estar social e psicológico, modelar relações sociais e comparações psicológicas, com consequências na saúde individual e colectiva (Thomas, 1999). Sintomas psicossociais como a depressão, a ansiedade, o isolamento social e a percepção da falta de controlo, com consequências na saúde, estão associados à pobreza relativa, sendo mais frequentes em áreas de elevada desigualdade dos rendimentos (Marmot e Wilkinson, 2001). Acresce a necessidade de focar não apenas a percepção das desigualdades, mas as causas estruturais dessas desigualdades. Segundo Lynch e outros (2000a), o impacto dos factores psicossociais na saúde não pode ser entendido sem referência às condições materiais que estruturam a experiência quotidiana das populações.

O último mecanismo de interpretação da relação entre saúde e desigualdade do rendimento recoloca a tónica na importância das condições sociomateriais¹⁰. Como tem vindo a ser referido, variações em saúde são o resultado cumulativo de diferentes experiências e exposições, determinadas pelas condições materiais, às quais se juntam, sistematicamente, baixos investimentos nos factores que promovem a satisfação das necessidades humanas. Estes factores, que formam a “matriz neomaterial” da vida contemporânea são, entre outros, os serviços públicos de saúde, educação e transportes, o controlo ambiental e a qualidade da habitação, tendo sido designados por Cummins e outros (2005) como “estrutura de oportunidades local”. Kaplan e outros (1996) apontam, para os EUA, a existência de uma relação significativa entre vários aspectos da referida estrutura – nomeadamente o

¹⁰ Dos quatro mecanismos explicativos apontados pelo “Black Report” para as desigualdades em saúde existentes no Reino Unido – 1. tese do artefacto; 2. teoria da selecção natural e social; 3. explicação materialista e estrutural; 4. explicação cultural e comportamental – o mais consensual foi o materialista: as desigualdades explicam-se, fundamentalmente, pela privação (Townsend e Davidson, 1988).

emprego, a segurança social, a assistência na doença, a despesa com serviços de saúde e educação e o número de livrarias *per capita* – e as desigualdades no rendimento, que são assim entendidas como uma das manifestações de todo um conjunto de condições materiais que afectam a saúde da população.

Os três mecanismos apresentados – importância do rendimento individual; ambiente psicossocial; estrutura neomaterialista – permitem compreender melhor a relação entre desigualdade do rendimento e saúde: reconhece-se, por um lado, a existência de processos políticos e económicos que, gerando desiguais rendimentos individuais e influenciando a distribuição dos recursos públicos e do investimento, são determinantes dos resultados em saúde; por outro lado, a saúde é também influenciada por certos aspectos do funcionamento psicológico individual, relacionados com a percepção das desigualdades existentes.

Para além da distribuição do rendimento, a forma como se processa a redistribuição dos rendimentos tem sido também relacionada com os resultados em saúde. Wilkinson (1992) foi o primeiro investigador a sugerir a existência de uma estreita associação entre a redistribuição do rendimento e a esperança de vida, afirmando que, nos países desenvolvidos, o aumento da longevidade se deve principalmente a uma melhor redistribuição dos rendimentos. Embora tenha surgido alguma polémica em torno dos resultados de Wilkinson (Judge, 1995; Judge e outros, 1998; Lynch, 2000; Lynch e outros, 2000a), investigações posteriores confirmam a associação entre redistribuição dos rendimentos e saúde (Marmot e Wilkinson, 2001). Redistribuições mais discriminativas do rendimento, a favor dos indivíduos e dos grupos mais carenciados, associam-se a melhores resultados em saúde (Charlton, 1994; Power, 1994; Yen e Kaplan, 1999; Coburn, 2004). Capucha (2001) refere que a Dinamarca e Portugal apresentam curvas primárias de distribuição de rendimentos semelhantes, verificando-se, contudo, grandes diferenças ao nível das transferências sociais, ou seja, na redistribuição dos rendimentos. A redistribuição mais discriminativa da Dinamarca pode contribuir para as menores variações em saúde aí verificadas, sendo este, aliás, um dos factores apontados como explicativos das menores variações em saúde que caracterizam os países escandinavos (Lahelma, 1997a; Coburn, 2004).

Note-se, no entanto, que alguns autores aceitam a referida relação, mas criticam o modelo que a suporta. A este propósito, Charlton e outros (1994) afirmam que a pior saúde dos grupos desfavorecidos tem sido explicada por um modelo patogénico e negativo, onde a saúde é entendida como um “direito”, um estado natural depauperado pela pobreza e pelas más condições sociais. Neste contexto, a redistribuição dos rendimentos, dos grupos mais “ricos” para os grupos mais “pobres” trará ganhos na saúde para os mais desfavorecidos, sem perdas para os mais favorecidos. Contudo, as variações em saúde estendem-se do topo à base da hierarquia social, sendo visíveis mesmo entre os grupos mais favorecidos da população (Marmot, 2004; Nogueira e Santana, 2004). Propõe-se então uma nova abordagem desta relação, baseada num modelo salutogénico e positivo. A saúde é uma conquista, um privilégio, uma consequência de vantagens cumulativas. Assim, a redistribuição dos rendimentos pode não ser uma boa opção para melhorar a saúde de uma população, porque pode apenas promover uma transferência de saúde dos grupos mais “ricos” para os grupos mais “pobres” (Charlton, 1994). É então necessário diminuir a população em risco, dos grupos da base da hierarquia social, em vez de procurar retirar vantagens aos grupos mais favorecidos (Marmot, 2004).

4.3. O FUNCIONAMENTO COLECTIVO

A relação lugar-saúde-lugar, para além de ser influenciada por factores do ambiente físico, social e económico, atrás referidos, parece ser também condicionada por factores relacionados com o funcionamento da comunidade, ou seja, com a sua organização social. O interesse na relação entre funcionamento colectivo e saúde é bastante recente, reportando-se à década de 90 os primeiros estudos nesta temática. A partir daí, vários investigadores sublinham a necessidade de considerar uma dimensão colectiva, que destaque as características psicológicas, sociais, culturais, patrimoniais e históricas das comunidades. Avaliando a influência na saúde de factores comunitários, como a partilha de normas, as tradições, os valores e os interesses, a dimensão colectiva adicionará às perspectivas já referidas uma nova perspectiva, a antropológica, de papel fulcral no estudo das variações em saúde (Raphael e outros, 2001; Macintyre e outros, 2002). Os (poucos) estudos até agora efectuados permitem destacar: 1. A existência de diferenças conceptuais importantes, que se traduzem, necessariamente, em diferenças na avaliação e em diferenças nos resultados; 2. A concordância, quase universal, de que as características psico-sócio-culturais da comunidade devem ser medidas ao nível comunitário.

4.3.1. O capital social

Existem vários factores do ambiente social e cultural que podem ser relacionados com variações em saúde, sendo o capital social aquele que mais interesse e mais investigação tem suscitado (Kawachi e outros, 1997). Não havendo uma única e precisa definição de capital social, considera-se que este pode ser entendido como o conjunto de características da organização social – tais como redes de associações secundárias, níveis de confiança interpessoal, normas de ajuda mútua e de reciprocidade, participação cívica – que actuam como recursos para os indivíduos e facilitam a acção colectiva (Coleman, 1990, citado por Kawachi e outros, 1999b; Putman, 1993; Veenstra e Lomas, 1999). Rose (2000) define-o como o conjunto de redes – entendidas como relações entre indivíduos – usadas pela sociedade para produzir bens e serviços, entre os quais, a saúde. Segundo Baum e Ziersch (2003), o capital social é constituído por elementos cognitivos e estruturais. As formas estruturais do capital social relacionam-se com as estruturas sociais, de que são exemplo as associações – culturais, recreativas e de outros tipos – enquanto as formas cognitivas se relacionam com elementos mais subjectivos e intangíveis, de que são exemplo a confiança e as normas de reciprocidade.

Apesar das falhas teóricas e conceptuais de que enferma este conceito (Forbes e Wainwright, 2001), não restam dúvidas de que o capital social representa uma dimensão colectiva da sociedade, externa aos indivíduos, uma característica da estrutura social e não dos indivíduos (Baum e Ziersch, 2003). O capital social pode então ser definido como um recurso comunitário, produzido pela interacção dos indivíduos em redes de diferentes tipos. Enquanto recurso comunitário, o capital social deve ser avaliado ao nível da comunidade, podendo esta ser entendida como um grupo de indivíduos que possuem interesses comuns e partilham uma identidade socioterritorial¹¹.

¹¹ Algumas considerações sobre o conceito de comunidade serão apresentadas no capítulo 6.

Putman (1993) foi um dos primeiros investigadores a desenvolver trabalhos nesta área, nomeadamente sobre a importância para a saúde do grau de envolvimento na vida comunitária, medido pelo número de sócios das organizações e clubes locais e pela percentagem de votantes. Com base em pesquisas empíricas, o autor concluiu que, em comunidades italianas, o maior ou menor envolvimento da população, a sua maior ou menor preocupação e motivação com problemas e objectivos comuns, a que chamou “capital social”, apresentava uma correlação estreita com a mortalidade infantil.

Os trabalhos de Putman iniciaram uma nova linha na investigação das variações em saúde. A diversidade conceptual e a grande diversidade metodológica e operacional que marca estas investigações reflectem-se na grande variedade de medidas de capital social que têm vindo a ser utilizadas. Porém, independentemente dos indicadores utilizados, os estudos efectuados nesta matéria concluem pela existência de relações significativas entre capital social e saúde: baixos níveis de capital social associam-se a piores resultados em saúde. Refiram-se, como exemplo, os trabalhos de Kaplan (1996), onde o autor conclui pela existência de uma relação inversa e significativa entre risco de morte e participação em grupos e associações; Kawachi e outros (1997, 1999a, 1999b), que relacionam a mortalidade infantil, a percepção da saúde e o tipo e quantidade dos crimes ocorridos, com medidas de capital social, nomeadamente com a participação política e a confiança interpessoal; Dunn e Hayes (2000), onde se associa a percepção do estado de saúde e a saúde mental com as relações de vizinhança; Macintyre e Ellaway (2000b), que relacionam a coesão da vizinhança com a privação sociomaterial e a saúde mental; Stafford e outros (2001), onde os autores relacionam a percepção do estado de saúde com os problemas vividos com os vizinhos e com a participação activa na comunidade; Subramanian e outros (2001a), que concluem pela relação positiva entre a confiança interpessoal dos indivíduos e a percepção de um bom estado de saúde; Cohen e outros (2003), que concluem pela existência de associações fortes e negativas entre a eficácia colectiva e o suporte social e a mortalidade prematura; Skrabski e outros (2004), que, na Hungria, concluem pela existência de relações inversas e significativas entre o capital social – avaliado pela confiança social, a reciprocidade e a participação em organizações de carácter cívico – e as taxas de mortalidade. Para Wilkinson (1996), o grau de redistribuição do rendimento de um país ou de uma região reflecte-se nos seus níveis de capital social. Segundo o autor, independentemente do nível de análise, redistribuições de rendimento mais efectivas conduzem à formação de capital social, com reflexos positivos na saúde da população.

Os resultados conclusivos dos vários trabalhos já efectuados tornam mais premente a necessidade de obter consensos na forma de conceptualizar e medir o capital social. Lochner e outros (1999) referem que este é um conceito multidimensional, assinalando a existência de quatro dimensões distintas, embora interligadas, que devem ser avaliadas: 1. Eficácia colectiva; 2. Sentido de comunidade; 3. Coesão da vizinhança; 4. Competência comunitária. Segundo Veenstra e Lomas (1999), o conceito é composto apenas por três dimensões, múltiplas e complexas: 1. Confiança, compromisso e identidade; 2. Actividade cívica e associativa; 3. Capacidade de resolução de problemas e de criação de oportunidades. Por sua vez, Baum e Ziersch (2003) consideram oito dimensões: 1. Sentido de comunidade; 2. Redes sociais; 3. Participação; 4. Voluntariado; 5. Confiança; 6. Reciprocidade; 7. Exclusão/inclusão social e equidade; 8. Estrutura de oportunidades local.

Apesar da evidente diversidade, parece ser possível englobar as múltiplas facetas do capital social em três dimensões:

1. Eficácia/competência colectiva: refere-se à capacidade dos membros do grupo em promover mudanças na comunidade, através de acções que não estão relacionadas com os sistemas políticos e governativos formais. Para além da capacidade de agir, interessa também a forma como os membros do grupo acreditam nessa capacidade de acção e de resolução de problemas através do esforço colectivo.
2. Sentido psicológico de comunidade: englobam-se, nesta dimensão, os sentimentos de pertença a um grupo – sentimento de fazer parte de um grupo; de influência – conceito bidireccional que se refere ao sentimento de que cada indivíduo-membro interessa ao grupo, sendo simultaneamente influenciável por esse grupo, reciprocidade que conduz à criação e ao fortalecimento da coesão; de integração – sentimento de que as necessidades dos membros, ainda que individuais, serão atendidas por recursos recebidos através de todos os membros do grupo; de partilha emocional – sentimento de compartilhar e contribuir para a história da comunidade;
3. Coesão da vizinhança: conceito vago e relacionado com o anterior, que realça a importância da vizinhança, quer na obtenção de recursos localmente disponíveis, quer no estabelecimento e consolidação de suportes afectivos e de relações de entreajuda. A pertinência desta dimensão do capital social tem sido debatida, particularmente na sua aplicação a contextos espaço-temporais dominados pela urbanidade, onde se impõe uma definição de comunidade menos dependente de fronteiras geográficas e onde muitas das relações sociais ocorrem entre pessoas de diferentes áreas.

Em relação às formas de medir o capital social, note-se que os indicadores mais utilizados têm sido os de natureza quantitativa, nomeadamente a participação em organizações voluntárias (número de membros *per capita*) e a participação política (valores da abstenção) (Kaplan, 1996; Kawachi e outros, 1997; Stafford e outros, 2001; Subramanian e outros, 2001a; Baum e Ziersch, 2003; Skrabski e outros, 2004). Neste contexto, Baum e Ziersch (2003) sublinham a necessidade de desenvolver novas medidas de capital social, nomeadamente de carácter qualitativo, capazes de abarcar a multidimensionalidade do conceito. Para além da procura de mais medidas de capital social, os autores referem a importância de conseguir medidas mais sofisticadas, que consigam distinguir, por um lado, as “fontes”, dos “resultados”, ou seja, as redes e os valores que originam o capital social, do tipo de recursos disponibilizados por esse conjunto de redes e valores e, por outro lado, os elementos “estruturais”, relacionados com as redes, dos elementos “cognitivos”, respeitantes, por exemplo, à confiança e à reciprocidade.

Uma outra questão relacionada com o capital social é a de saber qual a unidade geográfica mais relevante para o seu estudo. Segundo Lochner e outros (1999), parece fazer sentido medir o capital social a diferentes escalas geográficas, do local ao nacional, uma vez que há razões para crer que a sua influência na saúde da população se manifesta a diferentes níveis de análise (Baum e Ziersch, 2003). Porém, refira-se que os processos que determinam as causas do capital social e as suas consequências podem ser muito diferentes em diferentes níveis de agregação (Veenstra e Lomas, 1999). Por exemplo, ao nível da comunidade local, o capital social depende muito mais das interações quotidianas entre vizinhos do que da implementação de quaisquer políticas sociais; em oposição, o nível de capital social de um estado ou país é capaz de reflectir, principalmente, a influência das políticas culturais, sociais e económicas. Conclui-se, mais uma vez, pela necessidade

de desenvolver trabalhos empíricos e de teorização, na medida em que os já efectuados não são suficientes para estabelecer um guia definitivo de conceptualização, operacionalização e medida do capital social.

4.3.2. As redes sociais¹²

Outro factor do ambiente psico-sócio-cultural, cuja relação com a saúde tem vindo a ser explorada, é designado por “redes de relações sociais”. As redes de relações sociais estruturam o espaço social e podem ser definidas como os laços – familiares, de amizade, etc. – que ligam indivíduos pertencentes a um determinado grupo. A distância social entre dois indivíduos é então entendida como a probabilidade de pedir e receber ajuda em termos de suporte social. Ou seja, há ou não quem suporte emocionalmente os indivíduos ou quem os ajude financeiramente?

Segundo Lubben e Gironde (2004), a relação das redes sociais com a saúde tem sido objecto de diferentes teorias explicativas: 1. As redes sociais influenciam directamente a fisiologia humana, ou seja, redes sociais fortes podem estimular o sistema imunitário, de forma a prevenir a doença mais eficazmente, diminuindo a susceptibilidade individual aos agentes patogénicos; 2. As redes sociais fornecem o suporte necessário em períodos de doença, contribuindo assim para uma melhor adaptação e um mais rápido restabelecimento.

Vários autores têm estudado o impacto da estrutura e sobretudo da qualidade das relações sociais sobre a saúde e sobre as variações em saúde, concluindo pela existência de uma relação significativa entre estas realidades (Lubben e Gironde, 2004). Gatrell (1997) refere que níveis decrescentes de integração social tendem a associar-se a crescentes mortalidades e a piores resultados em saúde. O autor conclui que, em relação à saúde, o lugar – espaço de materialização de diferentes níveis de integração social – faz a diferença. Num estudo desenvolvido na Suécia, Orth-Gomer e outros (1993), referidos por Gatrell (1997), concluem que a população masculina com mais de 50 anos que vive socialmente isolada apresenta um risco significativamente aumentado de mortalidade e morbidade por doença cardíaca, por comparação com a população do mesmo género que vive socialmente integrada. Segundo os autores, na estrutura da rede social, são mais importantes as características funcionais da rede, ou seja, a “qualidade” das relações sociais, do que o número de laços.

Apontem-se ainda os trabalhos de Kaplan (1996), segundo os quais o risco de morte se associa ao número de amigos íntimos; Malmstrom e outros (2001), que concluem pela existência de uma relação inversa entre qualidade e densidade das redes sociais e dois resultados em saúde – mortalidade geral e doenças de longa duração; Stafford e outros (2001), que relacionam a percepção do estado de saúde com o número de amigos contactados durante um mês; Cohen e outros (1997), que sublinham a associação entre a baixa

¹² Alguns autores, como Baum e Ziersch (2003), consideram as “redes de relações sociais” como uma das dimensões do capital social. Porém, a maioria das investigações promove a distinção entre estes dois factores (Phillipson e outros, 2004), pelo que também aqui se optou pela sua apresentação em separado.

densidade da rede social e a maior susceptibilidade à vulgar constipação; Bloom e outros (2001) que, numa amostra de mulheres com cancro da mama, concluem que o tamanho da rede social apresenta uma relação positiva com o suporte emocional, que por sua vez se correlaciona, também positivamente, com o bem-estar mental, factor que condiciona o bem-estar físico e o maior ou menor sucesso do tratamento da doença.

Um aspecto relacionado com a coesão e as redes sociais, que deve ser referido pela importância que tem vindo a suscitar na comunidade científica, é o da religião e sua influência na saúde. Neste sentido, vários estudos têm comprovado um efeito benéfico da religiosidade¹³ na saúde, revelando que indivíduos que desenvolvem actividades religiosas apresentam menores níveis de mortalidade (Kaplan 1996, Koenig e outros, 1999; Helm e outros, 2000; Pargament, 2001), melhores desempenhos cardiovasculares (Koenig e outros, 1998; Steffen, 2001; Edmondson e outros, 2005) e recuperações mais rápidas de síndromes depressivas (Koenig e outros, 1998), relativamente a indivíduos que não desenvolvem essas actividades. O efeito protector da religiosidade verifica-se nos dois géneros, embora seja mais forte para as mulheres (Koenig e outros, 1999) e subsiste após consideração de um conjunto de factores que poderiam influenciar a relação entre religiosidade e saúde, como os demográficos e os comportamentais, entre outros (Helm e outros, 2000). A influência da religiosidade parece dever-se sobretudo a efeitos reconfortantes e ansiolíticos, que surgem quer pela crença na existência de uma força superior, quer como resultado do suporte dado por uma rede social mais forte e mais coesa¹⁴.

Para além dos resultados já encontrados, deve sublinhar-se o desafio colocado pela definição, conceptualização e avaliação das redes sociais. De facto, Heitzmann e Kaplan (1988) identificaram mais de vinte indicadores diferentes para esta característica do funcionamento colectivo, designada por vezes como suporte social, integração social, contactos sociais significativos, suporte emocional e envolvimento organizacional.

A diversidade de indicadores revela a variedade de fontes das redes sociais, nas quais se incluem a família, os amigos e os vizinhos. Acresce que a importância das fontes varia em função de factores como a idade, o género e o estado de saúde. Assim, vizinhos, família e amigos não têm o mesmo significado para crianças, jovens e idosos, homens e mulheres, indivíduos saudáveis ou doentes (Lubben e Gironda, 2004).

Segundo Crow (2004), o desafio metodológico está patente na operacionalização do conceito, uma vez que nas redes sociais devem ser distinguidos aspectos relacionados com tamanho, densidade, dispersão, contacto, identidade e localização. As redes sociais, enquanto laços entre indivíduos, podem ser mais ou menos fortes de diferentes modos, isto é, em termos do número de indivíduos envolvidos, da intensidade das suas interconexões, do grau de concentração ou dispersão geográfica dos seus elementos, das próprias características das relações entre os membros da rede, nomeadamente no que se refere à sua equidade e reciprocidade e no impacto do ambiente social no qual a rede está localizada.

¹³ A religiosidade é um factor complexo, que se estrutura a nível individual, mas também colectivo e que tem sido avaliado por factores como a frequência da igreja, o estudo bíblico e o desenvolvimento de actividades de meditação e oração, entre outros.

¹⁴ Pode também questionar-se o efeito na saúde de outras manifestações da espiritualidade, para além das estritamente religiosas. Em Portugal, o tema da espiritualidade e da religião foi focado por Santos (2004), embora não tenham sido feitas referências às possíveis relações com a saúde.

Assim, a avaliação do impacto das redes sociais é difícil de realizar, e a frequente distinção entre redes fortes e fracas, efectuada por recursos a indicadores quantitativos, não é suficientemente subtil para captar esta diversidade.

4.3.3. A reputação dos lugares e a mobilidade selectiva

Apesar da escassez de bibliografia alusiva à importância da reputação dos lugares, parece que a forma como os lugares são percebidos – pelos seus residentes, pelos residentes noutros locais, pelos políticos, pelos planeadores do território – influencia a saúde das suas populações (Wilson e outros, 2004). Segundo Macintyre e outros (1993) e McLaren e outros (2005), a percepção do lugar de residência interfere na auto-estima e na moral dos residentes, o que pode ter consequências no seu bem-estar e nos resultados em saúde. Utilizando um modelo estatístico que permitiu controlar os factores individuais, nomeadamente género, idade, estatuto socioeconómico e área de residência, Sooman e Macintyre (1995) comprovaram a existência de uma relação significativa entre a percepção do ambiente local – avaliada pela reputação da área e pelo seu nível de criminalidade – e a saúde. Segundo os autores, percepções negativas do lugar de residência associam-se a percepções negativas da própria saúde e a maiores níveis de ansiedade.

Bush e outros (2001), estudando uma área industrial estigmatizada do Noroeste do Reino Unido, concluíram que a percepção e reputação dos lugares afecta a saúde dos seus residentes. No Canadá, Wilson e outros (2004) concluem que a percepção do ambiente físico e social apresenta uma relação significativa com a saúde física e mental. Os autores referem, especificamente, que indivíduos residentes em áreas percebidas pelos próprios como desagradáveis, apresentam um nível maior de doenças crónicas, uma pior saúde autopercebida e um nível mais elevado de “stress” emocional, em comparação com indivíduos que residem em áreas nas quais não são identificados aspectos negativos. A conclusão é que, para a saúde, importa tanto a percepção da área, como a área em si mesma.

Ellaway e outros (2001) apontam igualmente a existência de uma relação entre percepção da área de residência e percepção do estado de saúde. Segundo os autores, indicadores do estatuto ocupacional da população e da posse da habitação permitem uma correcta apreensão da percepção do lugar de residência e dos seus problemas sociais e ambientais – como o vandalismo, o crime, a disponibilidade de ambientes seguros para as crianças, a existência de fumos e de cheiros. Controlando factores individuais como o género, a idade e a educação, conclui-se pela existência de uma relação significativa entre percepção da área de residência e percepção do estado de saúde.

Especial atenção deve ser dada ao impacto dos movimentos populacionais nas variações em saúde. A mobilidade da população, muitas vezes influenciada pela reputação de um lugar, determina quem sai e entra nesse lugar, condicionando assim facetas do ambiente social e cultural, cuja relação com a saúde foi já referida. Jones e Duncan (1995) enfatizam aspectos relacionados com os mercados de trabalho e de habitação, que condicionam mecanismos de segregação residencial. Segundo os autores, existem lugares atractivos e lugares repulsivos e existem grupos populacionais que enfrentam constrangimentos e limitações, enquanto outros têm oportunidades e possibilidades de escolha. Resultados em saúde específicos do lugar podem então ocorrer como resultado da mobilidade selectiva

dos diferentes grupos, podendo também verificar-se a situação inversa, na qual o movimento é consequência da doença ou da saúde (Blane e outros, 1993). Dorling e outros (2000), analisando a relação entre mortalidade, migrações e crescimento demográfico, concluem que, no Reino Unido, áreas de maior mortalidade são também áreas de maior declínio populacional. Segundo os autores, as migrações selectivas têm um importante papel na explicação das desigualdades em saúde, uma vez que indivíduos e grupos mais capazes procuram viver em áreas mais prósperas e mais saudáveis. No estudo referido, conclui-se ainda que a relação entre migrações selectivas e saúde parece sobretudo importante a escalas geográficas de grande pormenor.

Norman e outros (2005) distinguem diferentes tipos de relação entre saúde, migrações selectivas e, indirectamente, privação. Os autores apontam, nomeadamente:

1. Migrações de indivíduos doentes, ou pouco saudáveis, capazes de sair de áreas consideradas ou percebidas como perigosas, terão como resultado uma redução da mortalidade e da morbilidade nas áreas de origem e um aumento nas áreas de chegada, o que poderá diminuir a intensidade da relação tradicionalmente estabelecida entre saúde e privação dos lugares. Indivíduos doentes podem procurar áreas mais prósperas, a fim de conseguirem melhores cuidados de saúde ou cuidados informais por parte de familiares aí residentes. Lugares dotados de instituições vocacionadas para os cuidados sociais e de saúde podem assim atrair populações seleccionadas pela sua má saúde, o que pode, teoricamente, elevar taxas de mortalidade e morbilidade em áreas mais prósperas e mais equipadas, diminuindo-as nas áreas de origem da população migrante. O resultado é, então, a diminuição da intensidade da relação privação/saúde.
2. Embora alguns tipos de migração selectiva possam ser dominados por indivíduos com má saúde, regra geral as migrações são dominadas por indivíduos mais jovens e mais saudáveis, sendo os fluxos originados em áreas mais pobres, com destino a áreas mais ricas. Assim, é provável que as migrações selectivas determinem um aumento das taxas de mortalidade e morbilidade nas áreas de partida e uma diminuição nas áreas de chegada, contribuindo para reforçar o efeito da privação dos lugares.

Relacionado ainda com a mobilidade selectiva, refira-se um estudo recentemente efectuado por Drukker e outros (2005). Avaliando os efeitos da instabilidade residencial na auto-avaliação da saúde em indivíduos residentes em áreas mais e menos privadas de Maas-tricht, os autores concluem que a instabilidade residencial pode ser benéfica em áreas e comunidades mais privadas. De facto, parece que, em áreas de maior instabilidade residencial, o efeito da pobreza na degradação da saúde é menos acentuado do que o verificado em áreas de maior estabilidade residencial. Nestes casos, a estabilidade residencial pode ser reflexo de impotência individual, significando que os indivíduos se sentem presos, encurralados, com falta de poder e de controlo sobre a sua vida¹⁵.

¹⁵ Num estudo efectuado em bairros degradados e de realojamento de Lisboa e Porto, Pereira e outros (2001) concluem que os sentimentos de encurralamento são mais fortes entre residentes que não reúnem condições económicas suficientes para concretizar uma ambicionada mobilidade residencial. Entre estes habitantes, é comum a reprodução de estilos de vida circunscritos à habitação. Separados de vivências, interacções e/ou projectos ligados aos bairros onde residem, estes indivíduos estão no cerne de processos de “encapsulamento”

4.3.4. Os factores de oportunidade local: recursos necessários ao quotidiano

Os mais recentes estudos sobre variações em saúde têm colocado explicitamente a questão das relações existentes entre o funcionamento colectivo, avaliado por características comunitárias como o capital social e as redes sociais, referidos nos pontos anteriores, e os resultados em saúde. Para além dos aspectos já enumerados, várias investigações têm vindo a equacionar o papel das estruturas de oportunidade comunitária na promoção da saúde e do bem-estar individual¹⁶. Por estruturas de oportunidade comunitária entende-se um conjunto diversificado de factores, que vão desde a existência de serviços locais – sociais, educacionais e de recreação, entre outros – até à disponibilidade de habitações de qualidade, alimentos saudáveis e transportes públicos (Raphael e outros, 2001).

As estruturas de oportunidade comunitária, aqui designadas como factores de oportunidade local¹⁷, ligam os factores do ambiente socioeconómico ao funcionamento colectivo, apresentando uma estreita relação com algumas das determinantes da saúde já referidas. Lynch (2000b), por exemplo, relaciona a desigualdade dos rendimentos com os resultados em saúde, afirmando que sociedades de maiores desigualdades nos rendimentos têm menor capacidade para assegurar serviços sociais necessários ao bem-estar da comunidade, apresentando, simultaneamente, baixos níveis de capital social, factores que determinam piores resultados em saúde.

Várias investigações têm procurado conhecer os factores de oportunidade local que podem promover a saúde. Macintyre e Ellaway (2000a), num estudo desenvolvido em Glasgow, apontaram cinco características locais relacionadas com a saúde. Dentro destas destacam-se a disponibilidade de ambientes saudáveis, tanto na habitação, como no trabalho e no lazer, o acesso a bens e a comodidades, como por exemplo, a disponibilidade de alimentos saudáveis e o acesso a estruturas e equipamentos desportivos, e ainda os serviços, públicos ou privados, providenciados para suporte da vivência quotidiana da população, de que são exemplo os serviços de educação, saúde, limpeza e iluminação das ruas, policiamento e transportes públicos. Este conjunto de características dos lugares, designado pelos autores como estrutura de oportunidades, pode promover ou danificar a saúde, directa ou indirectamente, através da possibilidade que oferece aos indivíduos de viverem, ou não, saudavelmente (Macintyre e outros, 2002)¹⁸.

de territórios ou grupos, entendidos como um conjunto de processos, voluntários ou involuntários, fundados na ausência ou escassez de relações entre um determinado grupo e a sociedade em geral. O “encapsulamento” pode ocorrer por via de diferentes factores, como o grupo étnico, a classe social ou até o sentimento de pertença/residência num determinado bairro. Muitas vezes, estes factores combinam-se, resultando da sua interacção a formação e reprodução de territórios e/ou grupos “encapsulados”.

¹⁶ Refira-se que os factores de oportunidade, à semelhança das redes de relações sociais, têm sido englobados no largo conceito de capital social (Baum e Ziersch, 2003). No entanto, a sua especificidade e a importância que lhes tem sido atribuída (Macintyre e Ellaway, 2000a; Macintyre e outros, 2002; Cummins e outros, 2004, 2005) justificam a sua consideração em separado. Por outro lado, a separação entre capital social e estrutura de oportunidades parece clarificar a conceptualização do primeiro, uma vez que sublinha a distinção entre “fontes” (as redes e os valores que originam o capital social) e “resultados” (tipo de recursos disponibilizados por essas redes).

¹⁷ Lynch e outros (2000a), referindo-se à estrutura de oportunidade, utilizam a expressão “matriz neomaterial”.

¹⁸ Note-se que estas características dos lugares são afinal os factores ambientais, socioeconómicos e culturais, considerados pela OMS como determinantes da saúde urbana e já referidos no capítulo II.

No Reino Unido, uma equipa liderada por Macintyre tem investigado a relação entre os factores de oportunidade local e a saúde. Estudando dois lugares de Glasgow socialmente contrastantes, demonstrou-se que, na área mais desfavorecida, o acesso a estruturas de recreação saudável era mais limitado, a disponibilidade de transportes públicos era menor, bem como a disponibilidade de alimentos saudáveis, sendo o seu preço mais elevado (Macintyre e Ellaway, 2000a; Macintyre e outros, 2002). Controlados os factores individuais – género, idade e estatuto socioeconómico – verificou-se que, na área mais pobre, era menor o consumo de alimentos saudáveis e a participação em actividades desportivas. Parece então que a forma como os indivíduos desenvolvem actividades promotoras da saúde no lugar em que vivem, tal como praticar exercício físico e comprar alimentos saudáveis, difere entre localidades socialmente contrastantes, devido a diferenças na disponibilidade dessas oportunidades. Os autores acrescentam que, na área mais desfavorecida, as más condições de habitação – avaliadas pela falta de aquecimento e sobrelotação – apresentam uma relação significativa com a doença de longa duração e a depressão, após controlo dos factores individuais. Conclui-se que muitas das características do lugar que potencialmente condicionam a saúde da população, ou o seu acesso a um conjunto de oportunidades que permitem viver de forma saudável, são sistematicamente mais pobres e insuficientes em áreas de privação.

Wilkinson e Marmot (1998), atendendo às oportunidades de alimentação saudável e às facilidades de transporte, apresentam conclusões semelhantes às anteriores. Também Weitzman e outros (2003) e Chuang e outros (2005), já anteriormente referidos, apontam a existência de correlações positivas e significativas entre a disponibilidade de pontos de venda de álcool e tabaco e os níveis individuais de consumo alcoólico e tabágico.

Os mais recentes estudos sobre variações em saúde têm procurado definir os factores de oportunidade local que influenciam a saúde e os comportamentos com ela relacionados (Lochner e outros, 1999). Uma das formas de conceptualizar e avaliar a influência da estrutura de oportunidades é considerar o conjunto de factores necessários ao desenvolvimento de uma vida saudável. Macintyre e outros (2002), baseando-se em Maslow (1968), apresentam uma lista hierarquizada de dezassete necessidades humanas, que vão desde a necessidade de ar com um mínimo de qualidade, até à necessidade de lazer (quadro 4.1).

As necessidades humanas apresentadas representam recursos do ambiente físico e social, desigualmente distribuídos. O desafio é então saber se o padrão espacial destes recursos se relaciona com o padrão espacial da mortalidade, da morbilidade, da saúde e dos comportamentos relacionados com a saúde.

A equipa de investigadores britânicos liderada por Macintyre tem vindo a desenvolver esforços no sentido de conceptualizar e avaliar as necessidades humanas. Cummins e outros (2005) conceptualizaram as necessidades humanas em onze domínios.

A operacionalização de cada domínio conduziu à elaboração de uma extensa lista de variáveis – cerca de trezentas – que constituem factores de oportunidade local, cuja relação com a saúde deve ser estudada. Este conjunto inicial de variáveis foi reduzido, através de um procedimento estatístico multivariado, a um conjunto mais restrito que, segundo os autores, reflecte verdadeiramente as oportunidades e as facilidades do lugar em que se vive, e não apenas as características individuais de quem lá vive. Parece então que estas variáveis, constituindo indicadores de área menos convencionais e de difícil obtenção – a maioria é obtida de fontes secundárias e por levantamentos directos – devem ser recolhidas, analisadas e interpretadas, se se pretende realmente compreender como são e porque são as variações espaciais em saúde.

Ar	Ar não poluído
Água	Água potável para beber e cozinhar
Alimentação	Adequado aporte alimentar (alimentos nutritivos e saudáveis)
Abrigo	Protecção contra o frio, a chuva, o vento
Segurança	Protecção contra ameaças ao indivíduo e à propriedade
Higiene	Protecção contra doenças infecciosas ou contagiosas, toxinas e poluentes
Educação	Socialização nas capacidades e no nível de informação (adequação às necessidades de cada sociedade)
Saúde	Cuidados e tratamento para os mais fracos e doentes
Economia doméstica	Recursos para o armazenamento e preparação de alimentos, limpeza (de pessoas, roupas e casas), soluções para os lixos
Trabalho	Trabalho remunerado
Meios de troca	Dinheiro, crédito ou outras formas de poder de compra
Informação	Acesso aos media e à informação (livros, jornais, serviços postais e de telecomunicações, etc.)
Transporte	Transporte público e privado, estradas, caminhos-de-ferro, etc.
Relações interpessoais	Vida familiar, relações íntimas, redes de amizades e de conhecimentos
Religião	Práticas religiosas ou espirituais
Inserção num grupo	Participação em actividades políticas, sociais ou económicas
Lazer	Recreação social, cultural e física

Quadro 4.1 - Hierarquia das necessidades humanas
Fonte: Adaptado de Cummins e outros, 2005, p. 252

4.4. SÍNTESE

Uma parte importante das variações em saúde pode dever-se a factores individuais. No entanto, é possível que indivíduos com idênticos factores de risco tenham experiências de saúde diferentes, dependendo dos factores da comunidade em que se inserem, ou seja, do lugar em que vivem. Os resultados obtidos por alguns autores comprovam a relação entre determinados factores ambientais, como a privação, as oportunidades da área, o capital social e as redes sociais, e a saúde. Contudo, apontam também a necessidade de identificar características do Lugar ainda não exploradas, definir os conceitos emergentes nesta temática, descobrir novas formas de avaliar os atributos colectivos e procurar formas de explicar a influência desses atributos na saúde. Em relação à operacionalização dos conceitos, o mais usual, até agora, tem sido agregar respostas individuais ao nível comunitário; por exemplo, para avaliar o capital social, utilizam-se indicadores como a densidade de membros em associações voluntárias (de todos os tipos), a percentagem da abstenção nos processos eleitorais ou a dimensão da confiança interpessoal entre cidadãos. No entanto, as mais recentes investigações sublinham a necessidade de desenvolver novos indicadores, que resultem de observações sociais sistemáticas e de medidas intrínsecas das características comunitárias – entenda-se a medição de características comunitárias que não resulte da agregação de respostas individuais.

CAPÍTULO 5

SAÚDE D(NOS) LUGARES

A manutenção, até aumento, das variações em saúde no seio de sociedades desenvolvidas e democráticas (Macintyre, 1997) é considerada uma das maiores injustiças sociais do nosso tempo. Conhecer os processos e os mecanismos que geram e mantêm as variações em saúde é uma das grandes preocupações actuais, na medida em que esse conhecimento é fundamental para a sua diminuição. No entanto, esse processo causal é bastante complexo, não só pela multiplicidade de factores envolvidos e pelas inter-relações existentes entre eles, mas também porque a teia de causalidade se pode manifestar de diferentes formas, em diferentes lugares (Duncan e outros, 1993; Krieger, 1994). Procurando ir além da perspectiva sectorial dada nos capítulos anteriores, aborda-se a temática da saúde dos e nos lugares, uma vez que esta é o resultado da interacção entre as determinantes individuais e ambientais analisadas.

5.1. POLÍTICAS DE COMBATE ÀS VARIAÇÕES EM SAÚDE

Reduzir diferenças no estado de saúde das populações, a diferentes escalas geográficas, é um dos maiores desafios para as actuais políticas de saúde e um dos objectivos prioritários de várias instâncias do poder político e económico, como a OMS, a União Europeia e o Banco Mundial (Dahlgren e Whitehead, 1992; Whitehead, 1998a; OMS, 2003). A redução das variações em saúde passa por uma inevitável redução das iniquidades sociais e não apenas por actuações parcelares, desenvolvidas a nível individual ou no sector da saúde. Heymann (2000) defende a necessidade de estabelecer diferentes níveis de intervenção referindo-se, concretamente, ao combate à pobreza e às iniquidades económicas, à construção de capital humano, conseguido sobretudo através da educação, à melhoria das condições de trabalho dos pobres e ao combate à discriminação. No final da década de 90, Macintyre defendia que as acções implementadas com vista à diminuição das variações em saúde devem dirigir-se tanto a indivíduos, como a lugares, desenrolando-se em quatro níveis distintos: reforço individual, reforço comunitário, melhoria do acesso aos serviços mais essenciais e encorajamento de mudanças macroeconómicas (Macintyre, 1997, 1999b).

5.1.1. Do indivíduo ao lugar

Explicar variações em saúde em função da composição da população conduz à elaboração de políticas dirigidas directamente aos indivíduos, como são, por exemplo, as de educação para a saúde ou de melhoria dos rendimentos individuais mais baixos (Macintyre, 1999b). Estas políticas podem ser dirigidas a toda a população em risco, mas o seu impacte é diferente segundo os indivíduos. Macintyre e Hart (2000) referem que as mudanças de comportamentos alimentares, tabágicos, de actividade física e de higiene oral, resultantes de campanhas educativas, são mais frequentes em indivíduos de maior nível de instrução. Assim, estas políticas, beneficiando mais as classes sociais mais altas, actuam, muito possivelmente, em sentido contrário ao desejado, contribuindo para o aumento das variações em saúde¹.

Promover a utilização dos cuidados de saúde, melhorar a acessibilidade da população mais carenciada a esses cuidados, conseguir uma adesão efectiva da população aos programas de prevenção e promoção da saúde, parecem ser passos importantes no combate às variações em saúde (Santana, 1995, 1999a). Porém, fomentar a utilização e a equidade no sector da saúde é recorrer a “estratégias multisectoriais que incidam sobre as acções não directamente ligadas ao sistema prestador de cuidados” (Pereira, 1989: 28). É importante actuar para além do sistema de saúde e para além do nível individual. Por isso, torna-se necessário conhecer e actuar sobre aspectos sociais, ambientais, psicológicos e comportamentais que se constituem como riscos para a saúde e que estão muitas vezes relacionados com o lugar (Macintyre, 1999a, 1999b; Macintyre e Hart, 2000; Marmot, 2004).

É portanto fundamental melhorar o espaço físico e social que constitui o Lugar. Isso significa incrementar o funcionamento social colectivo, aumentando os níveis de capital social, alargando e fortalecendo as redes sociais, e melhorar também as infra-estruturas materiais, as facilidades e as oportunidades oferecidas por cada lugar. A verdade é que não será possível melhorar e tornar semelhantes os rendimentos de todos os indivíduos, mas é possível tentar melhorar as características naturais, sociais, culturais e económicas dos lugares mais pobres e segregados, de forma a promover a saúde (Macintyre e outros, 1993). A transformação de “espaços de vulnerabilidade e risco” em “espaços de oportunidade” para a saúde pode efectuar-se, por exemplo, pela melhoria do parque habitacional e dos transportes públicos, pela disponibilização de espaços verdes para prática de exercício físico ou para suporte de actividades recreativas mais saudáveis e/ou pelo incentivo à formação de clubes desportivos que usem esses espaços. A saúde deve estar presente em todas as políticas (Sihto e outros, 2006; Wismar e outros, 2006) e não apenas nas políticas de saúde.

¹ Como exemplo, refira-se que estudos sobre a evolução das taxas de mortalidade e incidência das doenças cardíacas mostram um declínio diferenciado destas patologias em função do estatuto socioeconómico. De facto, o declínio aumenta com a elevação do estatuto socioeconómico, de tal forma que as “doenças da opulência”, como eram designadas por afectarem sobretudo os mais privilegiados, tornam-se cada vez mais “doenças da pobreza”, revelando que o impacte das campanhas de promoção da saúde é mais evidente para os grupos mais favorecidos.

5.2. CRIANDO LUGARES SAUDÁVEIS

É num contexto marcado pela urbanização, pelos problemas de saúde urbana e pelo aumento das iniquidades em saúde que, em 1979, a assembleia da OMS inicia a discussão do programa “Saúde para todos no ano 2000”. Em 1998, a mesma organização adota um conjunto de estratégias de saúde para a Europa do século XXI, designado por “Saúde 21” (OMS, 1999a). No âmbito das preocupações com a saúde e das relações entre saúde e desenvolvimento sustentável, surge a questão da saúde urbana. O conceito de “espaço urbano saudável” e o seu homólogo de “cidade saudável” incorporam ideias e ideais da saúde pública e de disciplinas como a sociologia, a geografia, o planeamento urbano, a ecologia, a política, a economia e a filosofia, entre outras. Não são, pois, conceitos de fácil definição, até porque um “espaço urbano saudável” ou uma “cidade saudável” têm significados diferentes para diferentes indivíduos, de diferentes culturas, de diferentes cidades e até de diferentes partes de uma mesma cidade (Barton e Tsourou, 2000).

Uma das primeiras e mais simples definições de cidade saudável foi apresentada por Hancock e Duhl (Hancock e Duhl, 1988, referidos por Barton e Tsourou, 2000:29):

«Uma cidade saudável é aquela que continuamente cria e melhora ambientes físicos e sociais e expande recursos comunitários que permitem às populações suportarem-se mutuamente no desempenho de todas as funções das suas vidas e no desenvolvimento dos seus potenciais máximos.»

O conceito de “cidade saudável” e o conceito de saúde, entendido como capacidade funcional e dimensão da qualidade de vida, são inegavelmente semelhantes. Uma cidade saudável é um espaço que procura proporcionar à sua população mais saúde e melhor qualidade de vida, permitindo-lhe desenvolver as suas potencialidades.

Como planear e desenvolver os espaços urbanos de forma a proporcionar mais prosperidade económica, mais justiça social e territorial, mais bem-estar e mais saúde às populações? Macintyre (1999b) apresenta um conjunto de características do ambiente local de importância-chave na melhoria da saúde da população e na diminuição das variações em saúde: oportunidades de emprego; provisão de estabelecimentos educativos; transportes; habitação; provisão de espaços de comércio; meios de recreação; prevalência de “incivildades” como “graffiti”, lixo, vandalismo, tráfico de droga e crime; policiamento; uso do solo; serviços de saúde; perigos ambientais (poluição atmosférica, ruído, resíduos perigosos, efluentes industriais); redes sociais e coesão social; normas culturais e valores; geologia; clima.

Barton e Tsourou (2000) apresentam doze objectivos-chave do planeamento urbano saudável. Com base nesses objectivos e nas características ambientais sublinhadas por Macintyre (Macintyre, 1999b), e adaptando a estrutura das determinantes da saúde conceptualizada por Whitehead e Dahlgren (1991), propõe-se um modelo que integra as questões do planeamento urbano saudável na temática das variações em saúde.

O modelo desenvolve-se em três níveis distintos (figura IV.1.) que apresentam, entre si, relações de reciprocidade e interdependência. O primeiro nível é constituído por factores individuais e de grupo, sensíveis ao processo de planeamento (comportamentos e estilos de vida). No segundo nível surgem as influências comunitárias e as condições estruturais locais (oportunidades sociais e factores do funcionamento colectivo). Um terceiro e

último nível é formado por factores ambientais mais gerais, também influenciáveis pelos processos de planeamento. Os factores apresentados encontram-se intimamente inter-relacionados, dentro de cada nível e entre níveis distintos.



Figura 5.1 - As determinantes da saúde e o planeamento urbano.

5.2.1. Comportamentos e estilos de vida (nível 1)

O planeamento urbano deve criar ambientes que promovam a saúde e previnam a doença. Lawlor e outros (2003) sublinham o impacto do ambiente nos níveis de actividade física, atribuindo especial importância à qualidade e segurança de espaços apropriados à prática de exercício físico regular. Neste sentido, vários autores entendem que a qualidade, segurança e localização de vias pedonais e ciclovias, a disponibilidade e segurança de espaços públicos abertos, o desenho urbano e a estética ambiental, entre outros aspectos, influenciam a saúde, directa e indirectamente. De facto, os factores referidos condicionam a prática de exercício físico, como andar a pé ou de bicicleta, o desenvolvimento de actividades lúdicas no exterior e o risco de sofrer acidentes na prática dessas actividades (Macintyre, 1999b; Barton e Tsourou, 2000; Lawlor e outros, 2003; Wheeler, 2004; Banister, 2005; Van Lenthe e outros, 2005).

Segundo Thomas (2002), o planeamento deve proporcionar o acesso a espaços abertos para lazer e recreação. Lawson (2001) refere que os lugares influenciam os comportamentos individuais, mas são simultaneamente uma extensão desses próprios comportamentos. Comportamentos saudáveis criam lugares mais saudáveis, que geram comportamentos ainda mais saudáveis, podendo assim formar-se uma cadeia de efeitos retroactivos e cumulativos, com grande impacto na saúde individual e colectiva. Ross (2000) assinala a existência de efeitos de contágio em certos comportamentos, como andar a pé e de bicicleta, que faz com que em áreas onde se ande a pé e de bicicleta, mais pessoas adoptem esses comportamentos. Promover a saúde individual pela promoção de estilos de vida mais saudáveis implica que, simultaneamente, se melhore o ambiente local, tornando-o também mais sau-

dável. Lawor e outros (2003), no Reino Unido, com base na análise da rede de vias para ciclistas, concluem que intervenções urbanísticas que suportem o desenvolvimento de actividades físicas regulares contribuem para melhorar a saúde pública.

Por outro lado, a existência de determinado tipo de oportunidades locais pode influenciar a saúde. Recursos locais de qualidade, acessíveis por meio de deslocações a pé ou de bicicleta, incrementam os níveis de actividade física e diminuem a utilização do transporte privado, melhorando a saúde (Wheeler, 2004; Banister, 2005). O tipo de comércio que existe num dado lugar parece também influenciar hábitos de consumo. Refiram-se novamente os trabalhos de Weitzman e outros (2003), que concluem pela existência de correlações positivas e significativas entre a densidade de lojas de bebidas alcoólicas e hábitos de consumo excessivo de álcool; Chuang e outros (2005), que apontam conclusões semelhantes para a relação entre pontos de venda de tabaco e hábitos tabágicos; Macintyre e outros (1993, 2002) que, em Glasgow, concluem que a proximidade de lojas alimentares e a disponibilidade de alimentos frescos e saudáveis condicionam a dieta individual e familiar.

5.2.2. Influências comunitárias e condições estruturais locais: funcionamento colectivo e condições sociomateriais (nível 2)

Equidade, coesão social e capital social: Incrementar as possibilidades de uma vida comunitária rica, promovendo a equidade e a construção de capital social. O planeamento deve criar oportunidades de estruturação de redes sociais e de parentesco. Relações de suporte mútuo e amizade geram e fortalecem sentimentos de auto-estima, valorização e pertença, com forte efeito protector na saúde (Wilkinson e Marmot, 1998; Wheeler, 2004). As redes sociais são afectadas pela existência de actividades comuns e de locais de encontro que promovam a identidade de indivíduos e comunidades (Thomas, 2002). Estes espaços físicos, que podem ser escolas, correios, cafés e praças e outros centros sociais, devem convidar e facilitar a personalização e a apropriação, promovendo encontros informais entre os indivíduos (Barton e Tsourou, 2000), com grande efeito na melhoria da auto-estima, no fortalecimento do respeito mútuo e da coesão social (Macintyre, 1999a). Thomson e outros (2003), num estudo qualitativo desenvolvido em Glasgow, concluem que a disponibilidade e utilização das piscinas influencia positivamente a saúde da população. Segundo os autores, para a melhoria da saúde parece importante o efeito do convívio e da interacção social que a frequência da piscina proporciona, para além do aumento da actividade física. Assim, o planeamento urbano, parecendo não criar comunidades, afecta as oportunidades de escolha e a coesão das comunidades existentes.

Por outro lado, sabe-se que a diminuição dos níveis de privação, nos seus múltiplos aspectos – material, social e cultural – melhora os níveis de saúde das populações. Segundo Lynch e outros (2000a), a relação entre saúde e privação material é devida tanto ao efeito directo da própria privação, como a um efeito indirecto, de percepção das iniquidades, que fragiliza o capital social o que, por sua vez, diminui os níveis de saúde das populações. Aumentar os rendimentos mais baixos pode ser importante e contribuir para minimizar os efeitos da privação material, mas é também fundamental melhorar os níveis de equidade entre grupos e indivíduos, pela disponibilização, para todos, de todo um conjunto de oportunidades e facilidades, de que são exemplo as de saúde, trabalho,

educação e recreação. Estas oportunidades, formais e espontâneas, contribuem para o estabelecimento de um sentido de comunidade (Thomas, 2002), influenciando os resultados em saúde (Gatrell e outros, 2000; Macintyre e Ellaway, 2000a).

Habitação: Responder às necessidades locais de habitação adequada. Más condições habitacionais, falta de higiene e de saneamento em edifícios e espaços públicos urbanos são problemas valorizados desde meados do século XIX (Kemp, 1989). As condições e qualidade da habitação, avaliada por aspectos como humidade, correntes de ar, materiais de construção, (in)existência de aquecimento (em países frios) e (sobre)lotação, influenciam a saúde dos moradores e devem ser explicitamente consideradas no planeamento urbano (Brimblecombe e outros, 1999; Macintyre e outros, 1999b; Blackman e outros, 2001). Macintyre e outros (1997) relacionam as condições da habitação com o tipo de propriedade, destacando as melhores condições das habitações próprias. Blackman e outros (2001) demonstraram que um dos efeitos da renovação dos edifícios é a melhoria da saúde dos indivíduos que neles residem. Índices compósitos de privação múltipla consideram frequentemente as características da habitação (Malmstrom e outros, 2001; Stafford e outros, 2001) e os estudos efectuados comprovam a relação entre qualidade da habitação e saúde (Brimblecombe e outros, 1999; Macintyre e Ellaway, 2000a). A qualidade da habitação é particularmente importante em famílias com crianças, devido ao efeito que as exposições precoces têm nos níveis de saúde ao longo da vida (Bartson e Tsourou, 2000; Blackman e outros, 2001).

Trabalho: Criar oportunidades locais de empregos seguros e acessíveis. Empregos “stressantes” e inseguros conduzem ao absentismo, à degradação da saúde mental e à morte prematura (Wilkinson e Marmot, 1998; Siegrist, 2000; Theorell, 2000). O desemprego constitui uma situação de particular desvantagem, com forte efeito prejudicial na saúde individual e familiar (Stanislav e Jones, 2000; Ferrie e outros, 2005); em oposição, a satisfação e a segurança no emprego podem melhorar os níveis de saúde e bem-estar. Walczac (2002) aponta a diminuição do desemprego e a criação de empregos mais seguros como um dos factores responsáveis pela melhoria da saúde da população residente numa área desfavorecida de Boston.

Transportes e Acessibilidades: Melhorar as acessibilidades e reduzir a dependência do transporte, particularmente do privado. Reduzir a dependência do carro, incrementar a prática de exercício físico – andar a pé e/ou de bicicleta – e melhorar os transportes públicos, pode promover a saúde de formas distintas (Wilkinson e Marmot, 1998; Barton e outros, 2003c; Wheeler, 2004; Banister, 2005; Low e outros, 2005; Thorne e Filmer-Sankey, 2005): 1. Aumentando o exercício físico; 2. Reduzindo a possibilidade de ocorrência dos acidentes de tráfego; 3. Aumentando as oportunidades de interacção e de contactos sociais; 4. Diminuindo a poluição atmosférica; 5. Promovendo a estabilidade climática.

Os transportes afectam, de forma profunda, estilos de vida, equidade e coesão social. Políticas de transportes desadequadas podem conduzir a altas taxas de acidentes rodoviários, a estilos de vida sedentários, a mais poluição atmosférica e sonora e mesmo à fragmentação de comunidades (OMS, 2002). Relativamente a este último aspecto, Thomas (2002) refere que a identidade das comunidades e a sua capacidade de criar laços não resiste ao tráfego pesado ou à construção de estradas principais. Vários autores relacionam a intensidade de tráfego e o tráfego pesado com riscos crescentes de incapacidades físicas, com a má saúde auto-avaliada e com o “stress” psicológico (Balfour e Kaplan, 2002; Wilson e outros, 2004).

As acessibilidades ao local de trabalho e a recursos locais de qualidade – como são os

educacionais, de comércio, de saúde, de lazer e habitacionais – devem também ser melhoradas, tendo vários autores relacionado a sua disponibilidade e utilização com os resultados em saúde (Gatrell e outros, 2000; Lynch e outros, 2000a; Cummins e outros, 2005).

As deslocações diárias (casa - emprego, casa - escola, para compras, etc.) devem poder ser efectuadas a pé ou por meio de transportes públicos, o que é particularmente importante para grupos populacionais desfavorecidos – mulheres, crianças, idosos, incapacitados, deficientes e minorias étnicas. Reduzir barreiras, aumentar e assegurar o acesso e a utilização destas oportunidades é possível através do desenvolvimento comunitário e do planeamento local, cujos objectivos deverão também passar pela criação e integração de serviços locais necessários ao quotidiano das populações.

Produção e disponibilidade de alimentos: Encorajar a produção local de alimentos e melhorar a disponibilidade de alimentos saudáveis. Dietas hipercalóricas, ricas em gorduras e açúcares, mais económicas, conduzem à obesidade e à doença, em oposição ao efeito protector da ingestão de legumes e frutos frescos, geralmente mais dispendiosos. Proporcionar espaços abertos para cultivo, pequenas leiras e hortas urbanas, pode melhorar consideravelmente a dieta de indivíduos carenciados, como os desempregados e reformados (Barton e Tsourou, 2000); as hortas comunitárias desempenham também um importante papel de socialização e promoção do convívio e da interacção social (Armstrong, 2000). No Seixal, um projecto de revitalização e valorização de hortas urbanas tem sido apontado como um novo recurso do planeamento urbano saudável daquela cidade (Madureira, 2003).

A educação alimentar pode ser uma via de mudanças comportamentais e melhorias na saúde. No entanto, parece que a dieta é mais influenciada pela disponibilidade de alimentos do que pela educação alimentar (Wilkinson e Marmot, 1998; Macintyre e Hart, 2000; Macintyre e outros, 2002). O planeamento deve então encorajar e facilitar a abertura de pequenas lojas locais, como frutarias e peixarias, contrariando a tendência para a centralização destes bens em grandes superfícies, nem sempre acessíveis a toda a população². Por outro lado, a maior proximidade de lojas de alimentação, tornando-as mais acessíveis a mais indivíduos, poderá conduzir ao aumento da actividade física ligeira (Van Lenthe e outros, 2005).

Segurança: Promover a segurança e o sentimento de segurança na comunidade. Melhorar a segurança rodoviária, reduzindo a velocidade de circulação dos veículos e dando prioridade a peões e ciclistas, pode diminuir o número de acidentes (Low e outros, 2005; Thorne e Filmer-Sankey, 2005), particularmente entre idosos, crianças e deficientes (Barton e Tsourou, 2000).

Morrison e outros (2003) referem-se aos efeitos benéficos na saúde das políticas de incremento à utilização de transportes não motorizados, ao uso de capacetes nos utilizadores de bicicletas e motorizadas, ao uso do cinto de segurança por todos os passageiros e ainda de legislação mais rigorosa e mais penalizadora para a condução sob efeito do álcool. Collins e Kearns (2005) referem-se aos resultados de um projecto visando a implementação de trajectos escolares seguros na Nova Zelândia. Trata-se da criação de trajectos pedonais, nos quais voluntários guiam as crianças até às escolas e, a partir destas, até aos seus locais de residência. Esta iniciativa resultou numa redução significativa do risco de

² Sobretudo nem sempre acessíveis sem recurso ao uso de transporte privado.

acidentes sofridos pelas crianças. Outras consequências positivas passam pelo aumento da prática de exercício físico e pelo alargamento das experiências geográficas e sociais das crianças. No entanto, os autores sublinham que, apesar das taxas de acidentes com crianças serem maiores em áreas de maior privação, a implementação de trajectos escolares seguros ocorre sobretudo em áreas menos privadas, contribuindo para o aumento das variações em saúde.

A segurança e o sentimento de segurança podem também ser incrementados pela diminuição do número de crimes cometidos, tendo Ellaway e Macintyre (1998) relacionado a percepção deste problema com os resultados em saúde. Segundo Chandola (2001), a insegurança e o medo do crime relacionam-se inversamente com a percepção do estado de saúde, relação que permanece significativa após controlo de factores socioeconómicos e culturais, individuais e familiares. Macintyre (1999b) sublinha a importância da prevenção do crime, dado que espaços mais seguros, convidando aos contactos sociais, à interacção e à prática de exercício físico, têm consequências positivas na saúde física e mental. Van Lenthe e outros (2005) referem que a insegurança inibe a prática de actividades físicas, como caminhar e andar de bicicleta, que possuem comprovados efeitos benéficos na saúde.

Tornar mais seguras as áreas urbanas mais hostis pode conseguir-se através da diminuição dos seus índices de privação (Chandola, 2001; Shaw e outros, 2005) e do aumento do policiamento (Siegel e Hymowitz, 2001). Todavia, uma das estratégias consideradas eficazes passa por intervenções centradas no desenho e manutenção de áreas e edifícios comerciais e residenciais (Barton e Tsourou, 2000; Wheeler, 2004; Clarke, 2005). Espaços públicos desordenados, mal iluminados e sujos são espaços férteis para a criminalidade, o que sublinha a importância de planear e manter estes espaços, de forma a que criem sentimentos de segurança. Tornar mais seguros os espaços públicos implica não apenas a sua vigilância, mas sobretudo a promoção da sua utilização, tornando-os locais de encontro e centros de interesse das comunidades locais (Pitts, 2004).

5.2.3. Influências ambientais gerais (nível 3)

Ar, ruídos e estética ambiental: melhorar a qualidade atmosférica, controlar níveis de ruído e proporcionar um quadro de vida agradável e atractivo. Como foi anteriormente referido, um número crescente de estudos epidemiológicos tem vindo a relacionar a poluição atmosférica urbana com os riscos de mortalidade e morbidade (Samet e White, 2004; Martins e outros, 2004) e com outros resultados em saúde, como o peso à nascença (Gouveia e outros, 2004). A poluição atmosférica, por si só ou em combinação com alguns comportamentos individuais, tem um impacte negativo na saúde humana (Nogueira, 2001; OMS, 2002; Jerret e outros, 2004; Martins e outros, 2004). Este factor de risco pode ser diminuído através de restrições às fontes poluentes, móveis e fixas, destacando-se, também a este nível, os efeitos positivos do aumento das acessibilidades e do incentivo ao uso dos transportes alternativos (deslocações a pé e de bicicleta) e públicos.

Ruídos excessivos e lugares inestéticos aumentam níveis de “stress” e diminuem o bem-estar e a saúde dos indivíduos (Barton e Tsourou, 2000). Bush e outros (2001), no Reino Unido, procuraram conhecer os factores responsáveis pela estigmatização de uma área de indústria química pesada, processo definido pelos autores como complexo, de exclusão múltipla – social, tecnológica e geográfica – com consequências negativas na saúde. Os autores concluíram que contribuem para a estigmatização, entre outros factores, a carga inestética das unidades industriais da área e a poluição atmosférica por elas provocada.

Parece haver um círculo vicioso de empobrecimento de uma área, que passa pela sua perda de atracção e de qualidade estética. Segundo Van Lenthe e outros (2005), a degradação estrutural de um lugar relaciona-se estreitamente com a qualidade do seu desenho: um desenho urbano mais agradável poderá conduzir a maiores preocupações com o aspecto das casas e do espaço público em geral que, por sua vez, conduzirá a um maior investimento em lojas e outras actividades comerciais e de serviços. A qualidade ambiental, associada à proximidade de lojas e equipamentos diversos, convida a saídas quotidianas da população aí residente, a pé ou de bicicleta, para fazer compras ou apenas passear. O movimento de pessoas torna as áreas mais seguras, aumentando ainda mais a sua capacidade de atracção. Poderão desencadear-se processos de migração selectiva que, atraindo indivíduos de elevado estatuto socioeconómico, contribuirão para uma melhoria geral do ambiente socioeconómico da área e das suas características.

Água e saneamento: Melhorar a qualidade da água e do saneamento. O planeamento urbano deve impor limites e critérios de qualidade, ao nível de captação das águas, purificação e adição de substâncias, tratamento de águas residuais e protecção de aquíferos. As águas subterrâneas constituem a maior fonte de fornecimento de água para as actividades humanas. A captação excessiva destas águas não só faz baixar as toalhas freáticas, com possíveis consequências na qualidade da água, como cria espaços vazios no solo que, sob o peso das edificações humanas, podem agravar movimentos de subsidência geológica (Douglas, 1989).

Processos de escorrência e de infiltração, com consequências nos riscos de deslizamento de vertentes, inundação e contaminação de águas subterrâneas (Lourenço e Lemos, 2001; Ross, 2001; Cunha, 2002; Teles, 2002), devem também ser avaliados no planeamento de áreas residenciais, industriais, agrícolas e na construção de estradas (Barton e Tsourou, 2000). A consideração dos riscos de contaminação ganha importância em áreas de sistemas aquíferos particularmente frágeis, de que são exemplo as calcárias. A qualidade da água potável e o seu papel na obtenção e manutenção de um bom estado de saúde pode também passar pela adição de determinados componentes, como o flúor.

Solo e recursos minerais: Reduzir a contaminação por resíduos e racionalizar a exploração dos recursos. O planeamento pode travar processos de desflorestação e de cultivo excessivamente intensivos, com consequências quer na contaminação dos alimentos cultivados, quer na contaminação e erosão dos solos. Solos abandonados e degradados podem ser recuperados e reabilitados sob a forma de pequenas explorações agrícolas, de carácter familiar, com produções destinadas a consumo próprio ou venda (Barton e Tsourou, 2000).

A exploração de recursos do solo deve também ser controlada. A extracção de petróleo pode originar movimentos de subsidência (Douglas, 1989) e a exploração de recursos mineiros para construção de infra-estruturas pode ter graves consequências na saúde³, devendo por isso incrementar-se a reutilização e reciclagem de materiais.

Clima: Promover a estabilidade e o conforto climáticos. Reduções no consumo de combustíveis fósseis e nas emissões de gases de estufa podem ser incrementadas por encorajamentos à utilização de energias alternativas, tanto em edifícios como nos meios de transporte. Ganho (1999) refere que a actividade industrial, a combustão doméstica e a circulação automóvel são as principais fontes emissoras responsáveis por modificações na composição da atmosfera urbana. O controlo destas emissões pode contribuir para melhorar a qualidade do ar, factor com impacte na saúde e até na morte, principalmente de grupos desfavorecidos como idosos e sem-abrigo (Barton e Tsourou, 2000).

A arquitectura, as características e a forma das aglomerações urbanas têm um efeito profundo no clima urbano (Ganho, 1998) e na saúde. As condições de temperatura e humidade dos aglomerados urbanos, a circulação do ar e a sua qualidade dependem, em parte, da localização das cidades no contexto morfológico local e regional, da impermeabilização sofrida pelos solos em meio urbano, da geometria e morfologia da cidade, para além do tipo e intensidade das actividades humanas (Ganho, 1999). Estes factores, alterando localmente o clima, afectam as condições de vida de todos os seres vivos (Douglas, 1989), com consequências quer na saúde física (Yan, 2000), quer na saúde mental (Monteiro e Velhas, 1995), quer ainda no conforto ou desconforto sentido pelas populações utentes destes espaços (Ganho, 1998, 1999), factor determinante do seu bem-estar.

5.3. SÍNTESE

Estudar variações em saúde é compreender que cada indivíduo se insere num contexto que, em parte, o determina e é por ele determinado. Esse contexto, o Lugar, deve ser reconhecido como síntese de um conjunto de factores sociais, psicológicos e materiais que influenciam a saúde. Reconhece-se que variações em saúde são de causalidade complexa, não podendo ser solucionadas unicamente por intermédio de políticas de saúde. Neste sentido, sublinha-se a importância de actuar ao nível dos lugares que contextualizam o quotidiano das populações, promovendo o ordenamento do território e a qualidade do ambiente, atribuindo particular ênfase a aspectos do ambiente físico, económico, cultural e social e às normas e valores de cada sociedade. Ou seja, é necessário integrar os objectivos do planeamento saudável na promoção da saúde, de forma a criar territórios (mais) saudáveis.

³ A exploração descontrolada destes recursos pode ter consequências trágicas, como aconteceu em Portugal com a extracção de areias no rio Douro, um dos factores implicados na queda da ponte de Entre-os-Rios.

TERCEIRA PARTE

VARIAÇÕES EM SAÚDE NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

Avaliar variações em saúde e conhecer o padrão espacial dessas variações tem sido objectivo de um corpo crescente de investigações, com resultados que têm sublinhado o papel dos lugares na saúde. Todavia, as inter-relações que se estabelecem entre os lugares e a saúde são complexas: os lugares são contextos físicos e imateriais, são sítios, pessoas, patrimónios, histórias. Os lugares modelam as pessoas, determinando, em parte, a sua saúde. Estudar variações em saúde é, pois, reconhecer que se vive e morre dependendo do lugar. Todavia, os lugares são, simultaneamente, construções intencionais, criadas por sítios, pessoas, património, histórias.

Conhecer variações em saúde é compreender que pessoas e lugares são inseparáveis, relacionando-se de forma complexa e dialéctica. Nessa relação, a saúde é simultaneamente causalidade e resultado. Quais as características dos lugares que influenciam a saúde? E qual a sua relação com as características de cada indivíduo? Serão essas características idênticas em diferentes lugares e para diferentes indivíduos? Como actuar nos lugares de modo a promover a saúde?

Nesta parte do trabalho procuram-se respostas para algumas destas questões. E, mesmo que algumas delas tenham permanecido em forma de interrogação, os resultados obtidos devem ser realçados, tanto pelo conhecimento que, em si próprios, encerram, como por representarem tentativas de conhecer melhor a relação que liga pessoas, espaços e saúde.

(Página deixada propositadamente em branco)

CAPÍTULO 6

ESCALA, DADOS E MÉTODOS

Estudar variações em saúde na Área Metropolitana de Lisboa, sublinhando o papel do lugar nessas variações, é avaliar o papel de múltiplos factores, nem sempre sendo fácil ou correcto separar causas de efeitos ou níveis de acção. Por outro lado, deve-se ter presente que os resultados obtidos, ou não, são sempre fruto de opções e selecções: das determinantes estudadas, dos dados recolhidos, das metodologias aplicadas. Este capítulo procura dar conta da “postura” da investigação desenvolvida, especificando as fontes, os dados e os métodos utilizados, nas suas diferentes etapas, bem como as limitações e os constrangimentos a eles associados.

6.1. A ESCOLHA DA ESCALA DE ANÁLISE

Segundo Tonnelier (1997:2), “o geógrafo deve mudar de escala em função do problema posto, como um fotógrafo muda de objectiva” e, de facto, variações em saúde são visíveis a diferentes níveis de análise. Brimblecombe e outros (1999) referem que estudos de variações em saúde devem ser conduzidos a escalas de algum pormenor, na medida em que a avaliação de situações e circunstâncias locais permite evidenciar a verdadeira dimensão da associação entre a saúde e os factores que a condicionam. Neste sentido, vários autores têm defendido a necessidade de proceder a estudos focados em comunidades locais, em territórios coerentes e com reconhecidas propriedades de homogeneidade (Ecob e Macintyre, 2000), os lugares. O lugar, espaço físico, sociomaterial, cultural, psicológico e comportamental que estrutura o quotidiano dos seus habitantes (e é por estes estruturado), limitando-o ou oferecendo-lhe possibilidades e oportunidades, condiciona os resultados em saúde (Macintyre e outros, 2002). O lugar constitui-se como unidade coerente de “população-território”, devendo ser a base da investigação sobre variações em saúde (Epidemiological Bulletin, 1993).

Na prática, verifica-se frequentemente que o nível de agregação a que a informação está disponível condiciona a escala a que os estudos são desenvolvidos. Ora as unidades espaciais de obtenção de dados, utilizadas em inquéritos sistemáticos e de âmbito nacional, são muitas vezes determinadas por aspectos administrativos.

Perante o exposto, depreende-se que é necessário um compromisso entre a definição das unidades de “população-território”, comunidades e lugares, e a possibilidade de obter informações diversificadas – sociais, económicas, demográficas, culturais e de saúde, entre outras – para essas unidades. Optou-se assim por efectuar a análise maioritariamente ao nível das freguesias; ainda que a freguesia não corresponda, necessariamente, a uma comunidade, no sentido sociológico da palavra – de partilha de normas e valores – estas unidades administrativas têm um significado histórico e social concreto, cimentado pelos longos anos da sua existência. Fragoso (2004: 16) refere que as freguesias possuem um carácter de especificidade que as torna locais ótimos para a acção. O autor destaca, nomeadamente, a sua clara delimitação geográfica, a existência de órgãos de governo local e a existência de um tecido associativo culturalmente situado, capaz de se assumir como fulcral na constituição de parcerias indispensáveis, para além de outras especificidades que, em conjunto, se vão assumindo como identitárias, podendo funcionar como factor de união do colectivo.

Refira-se que, ao analisar a informação segundo um determinado nível de desagregação, é necessário estar consciente de que as questões colocadas geram respostas que apenas são válidas a essa mesma escala. Este problema tem sido abordado por vários autores sob a designação de “falácia ecológica” (Selvin, 1958, referido por Rodrigues, 1993; Jones e Moon, 1987; Meade e outros, 1988; Leyland e Groenewegen, 2003; Jordan e outros, 2004), em oposição à “falácia atomística” (Fotheringham e outros, 2000; Leyland e Groenewegen, 2003). A “falácia ecológica” consiste na identificação metodológica de uma relação a nível agregado e na sua atribuição ao indivíduo quando, na verdade, ela não existe a esse nível individual (Leyland e Groenewegen, 2003). A análise da informação a um determinado nível de desagregação gera respostas que apenas são válidas a esse mesmo nível. Se os indicadores utilizados correspondem a valores médios de uma determinada população, as relações porventura destacadas pela sua aplicação podem não reflectir as relações existentes a nível individual. Pode, então, não ser viável utilizar conclusões obtidas a um nível agregado para prever o que poderá acontecer a um determinado indivíduo, tal como não é possível proceder ao juízo oposto sem que se sujeitem os resultados ao erro da “falácia atomística”. Isto acontece porque a variância estatística muda com a escala, e as associações válidas a uma dada escala podem não o ser a outras escalas (Robinson, 1950; Jones e Moon, 1987; Meade e outros, 1988; Macintyre e outros, 2002; Jordan e outros, 2004).

6.2. FONTES

No estudo das variações em saúde na Área Metropolitana de Lisboa (AML), recorreu-se a diversas fontes de informação, que possibilitaram a operacionalização e avaliação da problemática em estudo. Especificam-se seguidamente as principais fontes utilizadas na obtenção de dados relativos à saúde da população e suas determinantes, individuais e contextuais.

6.2.1. Privação sociomaterial

Recorreu-se à utilização de dados do Censo de 2001, tendo-se recolhido e explorado um conjunto alargado de variáveis, posteriormente utilizadas na construção do Indicador de Privação Múltipla (IPM).

6.2.2. O funcionamento colectivo dos lugares

Norteando o trabalho pela preocupação em obter dados contextuais, utilizaram-se diferentes fontes de informação. O recenseamento de 2001, para algumas das variáveis, sobretudo relativas aos alojamentos e aos edifícios; a base de dados da CESAP¹, de 2002, que constitui uma poderosa fonte de informações contextuais ao nível da freguesia; os anuários estatísticos, preferencialmente relativos a 2001 e 2002, consultados “online” e em CD-ROM; as páginas amarelas da PT, consultadas em papel e “online”; a telelista, consultada “online”; as publicações, em papel ou “online”, de organizações particulares, públicas ou privadas, como as do Instituto Português de Seguros, as do Instituto Nacional de Estatística e as do Ministério da Educação. Foram também solicitadas informações directamente a algumas instituições, nomeadamente às Câmaras Municipais dos concelhos pertencentes à Área Metropolitana de Lisboa, ao Instituto Português do Sangue, à Segurança Social de Lisboa e de Setúbal, à Direcção Geral de Viação, ao Ministério da Administração Interna, mais especificamente ao Gabinete Coordenador de Segurança, entre outras.

6.2.3. A amostra estudada: o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99

As determinantes individuais da saúde e o estado de saúde auto-avaliado foram estudados numa amostra da população residente, recolhida no Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1998/99. Este inquérito, realizado entre Outubro de 1998 e Setembro de 1999, utilizou uma amostra probabilística areolar e multietápica, construída a partir do recenseamento de 1991 e constituída por 1143 secções estatísticas. Realizaram-se 9846 entrevistas, em duzentas e onze secções estatísticas, englobadas em cento e trinta e duas freguesias dos dezoito concelhos então constituintes da AML, tendo sido esta a amostra utilizada nesta investigação.

6.3. DADOS

Recolheu-se, organizou-se e trabalhou-se um conjunto numeroso de dados, destacando-se os relativos à privação sociomaterial e funcionamento colectivo da AML e ainda os referentes às características da amostra.

¹ Carta de Equipamentos e Serviços de Apoio à População.

6.3.1. A privação sociomaterial dos lugares

O trabalho exploratório efectuado com dados recolhidos do Censo 2001 permitiu seleccionar três variáveis que passaram a integrar o índice de privação sociomaterial múltipla: taxa de desemprego masculino; percentagem de população no grupo profissional dos trabalhadores não qualificados; percentagem de população residente em alojamentos precários (não clássicos). Na selecção das variáveis privilegiou-se a sua capacidade de identificar situações de privação real, bem como o facto de se inserirem em diferentes domínios de privação material (Nogueira, 2006).

6.3.2. O funcionamento colectivo dos lugares – as dimensões do ambiente local

Estudar a influência na saúde dos factores pertencentes ao funcionamento colectivo passa pela definição das necessidades humanas, entendidas como aspectos necessários ao desenvolvimento de uma vida saudável e produtiva. Partindo das necessidades humanas, é possível conceptualizar um conjunto de infra-estruturas sociais e materiais que, teoricamente, as cobrem, e que podem ser designadas por dimensões, ou domínios, do ambiente sociomaterial local. Neste estudo, seguindo a metodologia de Cummins e outros (2004, 2005), conceptualizou-se um conjunto de catorze infra-estruturas/equipamentos locais, sociais e materiais, designados por dimensões do ambiente sociomaterial local. A estas dimensões foram atribuídas duzentas e quarenta e oito variáveis. Teoricamente, algumas das variáveis podiam pertencer a mais do que uma das dimensões. Nestes casos, através de um procedimento estatístico, procurou-se o melhor ajustamento entre as variáveis e as dimensões, tendo estas passado a integrar, quando muito, uma só dimensão.

Como foi referido, a análise efectuou-se maioritariamente ao nível da freguesia. Todavia, partindo-se de um conceito de exposição cumulativa e acesso aos recursos sociais e materiais, recolheu-se ainda informação a outras escalas geográficas. De facto, os residentes de um lugar podem ter acesso, ou estar expostos, a características específicas desse lugar, como as lojas e serviços aí existentes, o tipo e intensidade dos crimes nele cometidos e a qualidade do seu parque habitacional. Simultaneamente, eles estão também expostos a características extralocais que podem, potencialmente, afectar todos os residentes de uma área mais alargada, como um concelho ou uma região. Isto acontece com as despesas das câmaras em cultura, desporto ou ambiente. Refira-se, como exemplo, que o número de indivíduos que pratica desporto pode ser influenciado pela quantidade e qualidade das infra-estruturas desportivas existentes num lugar, pelas prioridades dos departamentos de desporto, cultura e recreação das autoridades locais e pelas políticas nacionais de promoção da participação em actividades desportivas.

Os dados provenientes da CESAP colocaram problemas referentes à base geográfica (diferente da constante no Censo de 2001) e tipo de resposta, pelo que foram previamente organizados, harmonizados e estruturados, de modo a poderem ser utilizados na análise estatística (Nogueira, 2006).

Dimensões ambientais	N.º de variáveis atribuídas às dimensões
Qualidade do ambiente residencial (“indoor”)	29
Qualidade do ambiente “outdoor”	23
Emprego e condições sociais de trabalho	6
Serviços de saúde	17
Educação	18
Apoio à família	40
Protecção e segurança	24
Segurança rodoviária	16
Transportes e acessibilidades	18
Acesso a produtos alimentares	8
Desporto	14
Lazer e recreação	8
Outros recursos locais	12
Capital social e coesão social	15
Total	248

Quadro 6.1 - Dimensões do ambiente sociomaterial local na AML

Em relação à informação recolhida dos momentos eleitorais considerados (abstenção nas eleições para a Assembleia Municipal, 2001; Câmara Municipal, 2001; Juntas de Freguesia, 2001; Legislativas, 2002 e 2005 e votação na CDU nas eleições para as Juntas de Freguesia, 2001 e Legislativas, 2002), repetiu-se o problema da não sobreposição entre bases geográficas, tendo sido também necessário efectuar alguns procedimentos no sentido de adequação das bases (Nogueira, 2006).

Relativamente à informação proveniente da Telelista (ficheiro digital, “online”) e Páginas Amarelas da PT (papel e ficheiro digital, “online”), de que são exemplo as clínicas dentárias, as peixarias, frutarias, mercearias e talhos, os super e hipermercados, as ópticas, as lojas de artigos desportivos, as livrarias, as farmácias, os bancos, as bibliotecas, os laboratórios de análises clínicas, entre outros, deve salientar-se que a sua atribuição a uma área específica nem sempre se efectuou de forma directa ou fácil. Isto aconteceu pelo facto da morada (localidade e código postal) constante desta informação não se encontrar completa, pelo que a obtenção de valores ao nível da freguesia exigiu a realização de um processo de geocodificação.

6.3.3. As características da amostra: o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99

As 9846 entrevistas realizadas nos dezoito concelhos que em 1998/99 integravam a AML foram redistribuídas tendo em conta a realidade administrativa da área em 2001, nomeadamente a existência de um novo concelho (Odivelas) e de novas freguesias nos concelhos de Amadora e Sintra. Recorreu-se aos códigos da secção e da subsecção estatísticas, de modo a atribuir a cada freguesia constante no Censo 2001 o número correcto de inquéritos aí realizados. No final deste processo contavam-se 9846 entrevistas, em cento e quarenta e

três (143) freguesias da AML. Com base em critérios definidos por consulta a bibliografia adequada, foram criadas novas variáveis a partir do INS (Nogueira, 2006), nomeadamente:

6.3.3.1. Resultado em saúde: o estado de saúde auto-avaliado

Utilizou-se o estado de saúde auto-avaliado, classificado em cinco categorias – muito bom, bom, razoável, mau e muito mau – por se tratar de um resultado em saúde que apresenta fortes correlações com as determinantes biológicas, materiais e comportamentais da saúde (Denton e Walters, 1999). Segovia e outros (1989) referem que, se um ambiente pobre pode reduzir a oportunidade para praticar actividades físicas e comer saudavelmente, limitar o acesso aos cuidados de saúde, aumentar os problemas relacionados com as actividades quotidianas, como fazer compras ou ir a um banco e aumentar o “stress” devido à percepção do crime e de ameaças à integridade física, a soma destes efeitos poderá ser melhor detectada numa medida global como é o estado de saúde auto-avaliado. Acresce que a subjectividade inerente à auto-avaliação pode revelar-se como ponto forte do indicador, uma vez que saúde e doença são processos contínuos, relativos e subjectivos, cuja percepção, cognição e interpretação variam no tempo e no espaço, em função de factores sociais, civilizacionais e individuais.

6.3.3.2. As determinantes individuais da saúde

Género: feminino e masculino. O papel determinante do género nos resultados em saúde faz com que estudos de variações em saúde considerem as diferenças existentes entre os géneros (Nogueira, 2001; Cummins e outros, 2005; Stafford e outros, 2005).

Idade: classificação em sete grupos (15 a 24; 25 a 34; 35 a 44; 45 a 54; 55 a 64; 65 a 74; igual ou superior a 75). Efectuou-se a classificação anterior por se considerar que as características particulares de cada grupo podem influenciar o resultado em saúde (Wilson e outros, 2004; Stafford e outros, 2005).

Escolaridade: agrupamento segundo anos completos de escolaridade com aproveitamento. Classificação em três grupos: igual ou inferior a 4 anos; entre 5 a 12 anos; igual ou superior a 13 anos. Considerou-se que os três níveis de escolaridade criados podem condicionar diferentes resultados em saúde (Skrabski e outros, 2004; Wilson e outros, 2004; Van Lenthe e outros, 2005).

Situação perante o trabalho: classificação em três grupos, tradicionalmente apontados como discriminativos das variações em saúde: empregado (trabalhador activo); desempregado; outras situações (Cummins e outros, 2004; Stafford e outros, 2005; Van Lenthe e outros, 2005).

Profissão: classificação em duas categorias, consideradas determinantes de variações em saúde: trabalhadores manuais e trabalhadores não manuais. Optou-se pela classificação

dicotômica², atendendo aos resultados de vários estudos que comprovam a existência de diferenças significativas na saúde de trabalhadores manuais, *versus* trabalhadores não manuais (Townsend e Davidson, 1988; Valkonen, 1993; Power, 1994; Laaksonen e outros, 2003; Lahelma e outros, 2003; Van Lenthe, 2005).

Consumo de tabaco: classificação em três categorias, determinantes das variações em saúde (Skrabski e outros, 2004; Wilson e outros, 2004): fumador, não fumador e ex-fumador.

Atividade física: agrupamento em duas categorias, com comprovado impacto na saúde: com actividade física; sem actividade física (Barros, 2003; Wilson e outros, 2004; Van Lenthe e outros, 2005).

6.4. MÉTODOS

Seleccionaram-se diversos métodos de tratamento, análise e representação de dados, em função do tipo de dados e dos objectivos subjacentes à sua utilização, que passam a ser apresentados.

6.4.1. A privação sociomaterial dos lugares – o indicador de privação múltipla

Verifica-se que a maioria dos índices compósitos de privação são medidas síntese, vulgarmente designadas por “scores”, obtidas a partir de um conjunto de variáveis. O procedimento estatístico utilizado na elaboração do índice compósito de privação múltipla seguiu os passos fundamentais de cálculo dos índices de Townsend e Carstairs:

1. Normalização das variáveis: estandardização da distribuição com a finalidade de obter uma nova distribuição de média 0 (zero) e variância 1 (um). Segundo McLeone (2004), este procedimento simples permite, por um lado, transformar as variáveis utilizadas num outro conjunto de variáveis normalizadas, expressas numa mesma unidade, o desvio-padrão, o que possibilita a sua adição (Jobson, 1992); por outro lado, o procedimento utilizado permite controlar a relativa contribuição de cada variável no “score”. Variáveis de maior variância, fruto de distribuições mais heterogéneas, podem ter uma maior influência no “score” resultante, devido unicamente às suas distribuições espaciais. Este potencial problema é controlado, estandardizando as variáveis de modo a que estas tenham uma variância unitária.

2. Soma das variáveis normalizadas e obtenção do “Z-score”, isto é, do indicador de privação.

A utilização deste método, atribuindo o mesmo peso a cada factor, justifica-se quer pela pela dificuldade e subjectividade inerente à atribuição de pesos a cada variável³, quer

² Todavia, elaborou-se uma outra categorização mais específica: “não manual”, “manual”, “dona de casa”, “estudante” e outros. Esta foi utilizada no modelo desenvolvido para o género feminino, nomeadamente a categoria “dona de casa”.

³ Note-se, contudo, que alguns “scores” de privação atribuem diferentes importâncias às diferentes variáveis. Estes índices partem do princípio que diferentes variáveis, medindo

pela desigual variância das variáveis em questão, fruto da heterogeneidade das suas distribuições, que poderia influenciar o “score” resultante (McLeone, 2004).

6.4.2. O funcionamento colectivo – as dimensões do ambiente local

Utilizar de forma viável e expressiva grandes quantidades de informação passa pela necessidade de a organizar e reduzir.

6.4.2.1. Organização da informação: construção das bases e geocodificação dos dados

Um dos requisitos mais óbvios na recolha de dados ecológicos é o da sua obtenção num formato espacialmente referenciado. Isto significa que cada variável deve ter um ponto de referência baseado numa geografia conhecida, administrativa, postal, ou outra que possa ser aplicada no trabalho. Dados provenientes do INE e da maior parte das instituições envolvidas cumpriam este requisito, pelo que a sua atribuição a cada uma das áreas em estudo não apresentou grandes dificuldades. Porém, alguns dados necessitaram de ser localizados antes de serem usados na análise ecológica. Isto aconteceu, como se referiu, com os dados provenientes da telelista digital e das páginas amarelas da PT. Para estes dados, procurou-se associar a informação alfanumérica à informação cartográfica, o que foi efectuado por intermédio dos “softwares” “Microsoft Excel”, “Microsoft Access” e “ArcGis 9.1”, da ESRI (SIG).

6.4.2.2. Redução da informação: a Análise Factorial em Componentes Principais (ACP)

A redução da informação pode efectuar-se por recurso a diferentes métodos estatísticos, dos quais se destacam, pela ampla aplicação nas ciências sociais, a Análise Factorial em Componentes Principais (ACP). Utilizou-se a Análise em Componentes Principais do “software” Statistica 5.0, processo pelo qual se procurou reduzir a informação, obtendo um novo e restrito conjunto de variáveis, os factores.

O objectivo da aplicação da ACP ao estudo dos factores colectivos foi reduzir o grande número de variáveis iniciais (248) a um número limitado de novas variáveis, os factores, capazes de reflectirem convenientemente as dimensões contextuais pré-definidas. Inicialmente, efectuou-se uma ACP em cada uma das dimensões, utilizando uma rotação “varimax” (ortogonal). Numa primeira fase, eliminaram-se todos os factores com valor próprio inferior a 1 (critério de Kaiser). Procurando testar o ajustamento das variáveis às dimensões,

diferentes formas de privação, podem (devem?) ter diferentes importâncias no cálculo do “score”. A desigual importância das variáveis é então traduzida por uma tarefa de ponderação, que permite hierarquizar as variáveis, obtendo-se finalmente o “score” de privação pela soma das variáveis estandardizadas e ponderadas (Carstairs e Morris, 1991; Pringle e outros, 2000).

eliminaram-se as variáveis de saturações⁴ mais baixas, nos restantes factores. O número de factores e o número de variáveis incorporadas em cada factor foram modificados várias vezes, de forma sistemática, até à obtenção do “melhor” factor, ou seja, do factor mais representativo, formado pelas variáveis que, após o processo de eliminação, reflectissem adequadamente as pré-conceitualizadas dimensões. Procurou-se assim obter uma componente única e inequívoca, de estrutura unidimensional, formada pelas variáveis que melhor reflectem cada dimensão (Cummins e outros, 2004).

Obtiveram-se dezanove factores, nos catorze domínios definidos, uma vez que quatro deles, apresentando uma nítida estrutura bi ou mesmo multidimensional, foram submetidos a duas ou mais ACP. No final deste processo, permaneceram em análise oitenta e duas variáveis, englobadas em dezanove factores, representativos das catorze dimensões do ambiente sociomaterial local na Área Metropolitana de Lisboa.

Refira-se ainda que, neste estudo, se utiliza a ACP não como um fim em si mesma, mas como meio de obtenção de resultados intermédios no processo de avaliação dos efeitos contextuais na saúde. Os resultados da análise estatística retidos e posteriormente utilizados foram as coordenadas (“scores”)⁵. Cada dimensão apresenta, em cada uma das áreas em análise, um valor específico de “score”. O “score” representa assim a expressão, em cada lugar, de cada uma das dimensões contextuais consideradas, assumindo-se como faceta única das áreas em estudo.

6.4.2.3. Análise de confiança – o coeficiente de Cronbach Alpha e o Alpha estandardizado

Com o objectivo de avaliar a consistência de cada factor – a sua representatividade – realizou-se uma análise de confiança por intermédio dos coeficientes de Cronbach Alpha e do Alpha estandardizado, utilizando o “software” Statistica 5.0. Estes coeficientes permitem avaliar a forma como um conjunto de variáveis representa uma construção unidimensional latente. Apresentam valores entre 0 e 1; os valores mais baixos indicam fraca consistência interna, decorrente, muitas vezes, de uma estrutura multidimensional dos dados, enquanto os valores mais altos são indicativos de uma elevada consistência, mostrando que o factor, e as suas variáveis, representam apropriadamente uma faceta unidimensional (Santos, 1999), no caso concreto, uma característica dos lugares em análise (Cummins e outros, 2004, 2005).

6.4.3. Cartografia das variáveis contextuais criadas

A privação sociomaterial e o funcionamento colectivo na Área Metropolitana de Lisboa, correspondendo a dimensões contextuais em análise, têm uma expressão espacial,

⁴ As saturações ou “loadings” representam o coeficiente de correlação entre cada variável e o factor.

⁵ As coordenadas representam o valor da projecção ortogonal de um determinado indivíduo (freguesia) sobre um determinado factor.

dada pelo valor do indicador de privação material e pelos “scores” factoriais resultantes da ACP. Estes resultados foram representados cartograficamente, o que permitiu uma mais fácil visualização da informação. As dimensões do funcionamento colectivo local foram representadas pelo método dos quantis. Neste caso, regra geral, o quantil inferior corresponde a áreas onde a componente é menos expressiva, enquanto o quantil superior destaca áreas de maior expressividade e relevância da componente. Atribuíram-se tons frios aos quantis de menor expressividade da componente, reservando-se tons quentes para os quantis de maior expressividade. A cartografia foi elaborada com o auxílio do “software” ArcGIS 9.1.

6.4.4. A relação entre indivíduos, contexto e saúde: modelos de regressão logística ordenada

As relações potencialmente existentes entre as determinantes e o resultado em saúde foram objecto de algumas tentativas de modelação estatística. Consideraram-se dois níveis de determinantes: as contextuais – dimensões do ambiente local e privação múltipla – e as individuais – género, idade, escolaridade, ocupação, situação perante o trabalho, actividade física e consumo de tabaco.

O estado de saúde auto-avaliado é uma variável ordinal, classificada em cinco categorias. Segundo Long (1997), os modelos adaptados a este tipo de variável são os “Logit” e “Probit” ordenados. Sendo a opção entre um modelo “Probit” e um modelo “Logit” sobretudo uma questão de conveniência, tendo em conta o “software” disponível e o tipo de modelo mais utilizado na área da investigação, os dados foram modelados por regressões logísticas, mais utilizadas por investigadores sociais na área da saúde (Monden e outros, 2003; Laaksonen e outros, 2003; Skrabski e outros, 2004; Wilson e outros, 2004; Young e Rodriguez, 2005). Por outro lado, o modelo “Logit” ordenado possibilita a obtenção das probabilidades relativas (“odds ratios”), precisamente uma das interpretações a que se pretende chegar.

6.4.4.1. A especificação dos modelos

O modelo de variável latente para variáveis ordinais

Os modelos de regressão ordinal podem ser derivados com base na suposição da existência de uma variável latente, y^* , não observável, que varia de $-\infty$ a $+\infty$ e que gera

os valores da variável observada, y .

Supõe-se que a variável observada, y , fornece informações incompletas sobre a variável latente, y^* , de acordo com a seguinte equação:

$Y_i = m$, se $\tau_{m-1} \leq y_i^* < \tau_m$, para $m = 1$ até J .

No caso concreto do estado de saúde auto-avaliado, ordenado em cinco categorias, o valor de m varia de 1 até 5. A suposição é a de que as cinco categorias observadas (y) – Muito Mau (MM), Mau (M), Razoável (R), Bom (B) e Muito Bom (MB) – estão relacionadas com uma variável contínua, latente (y^*), indicativa do estado de saúde individual, não observável e dependente de vários factores.

O estado de saúde observado (y) relaciona-se com a variável latente (y^*), de acordo com o seguinte modelo:

$$y_i \begin{cases} 1 \Rightarrow MM, \text{set}_0 = -\infty \leq y_i^* < \tau_1 \\ 2 \Rightarrow M, \text{set}_1 \leq y_i^* < \tau_2 \\ 3 \Rightarrow R, \text{set}_2 \leq y_i^* < \tau_3 \\ 4 \Rightarrow B, \text{set}_3 \leq y_i^* < \tau_4 \\ 5 \Rightarrow BM, \text{set}_4 \leq y_i^* < \tau_5 = \infty \end{cases}$$

Os valores de τ são designados por cortes⁶ e as categorias extremas, 0 e 5 são definidas por intervalos abertos com $\tau_0 = -\infty$ e $\tau_5 = \infty$. A correspondência entre a variável latente e as categorias observadas encontra-se ilustrada na figura 1.

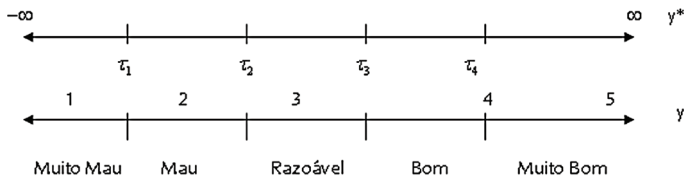


Figura 6.1 - Relação entre a variável latente e o estado de saúde observado

Fonte: Adaptado de Long, 1997

O modelo estrutural pode ser especificado da seguinte forma: $y = X\beta + \epsilon$ em que X é uma matriz contendo as observações referentes a factores determinantes do estado de saúde, β é o vector de parâmetros que caracterizam o impacte daqueles factores e ϵ é um termo de erro aleatório (Barros, 2003).

6.4.4.2. A elaboração dos modelos

Elaborou-se um primeiro modelo, apenas com o resultado em saúde e as determinantes de nível individual. Estas últimas foram seleccionadas em função da sua significância, tendo sido progressivamente eliminadas as variáveis que não apresentavam significância estatística no modelo. Permaneceram no modelo todas as variáveis que se revelaram significativas para um valor mínimo de $p < 0,05$ ⁷. Numa segunda fase, introduziram-se no modelo as variáveis de nível contextual, procedendo-se novamente à sua triagem em função da significância.

⁶ Em inglês “thresholds” ou “cutpoints”.

⁷ O teste utilizado pelo SPSS na avaliação da significância estatística é o teste de Wald.

Efectuaram-se diversas estimativas, com as determinantes individuais e contextuais, que conduziram à elaboração de distintos modelos de regressão “Logit”. Dos modelos desenvolvidos destacam-se:

1. O modelo que considera os dados de nível individual (total da amostra) e as dezoito componentes do ambiente local (“scores”) resultantes da ACP;
2. O modelo desenvolvido com os dados de nível individual (total da amostra) e o indicador de privação material múltipla;
3. O modelo desenvolvido exclusivamente para o género feminino;
4. O modelo desenvolvido exclusivamente para o género masculino.

A elaboração dos dois primeiros modelos justifica-se na medida em que as determinantes ambientais consideradas (indicador de privação e componentes do ambiente local) são distintas, conceptual, teórica e metodologicamente. Acresce que a consideração conjunta de toda a informação contextual (as dezoito componentes e o indicador de privação material) se traduzia, na prática, pela perda de significância de várias das determinantes em análise. Por sua vez, os modelos 3 e 4 revelam que o impacte dos factores contextuais é diferente em diferentes tipos de indivíduos.

Refira-se, ainda, a tentativa de elaboração de modelos específicos para áreas específicas, procurando saber se o efeito dos factores contextuais é, ou não, diferente segundo os lugares. Neste sentido, elaboraram-se ainda mais dois modelos: um restringindo a amostra às áreas de maior privação e outro limitado às áreas mais prósperas. Os resultados obtidos conduziram ao abandono destes modelos, por falta de significância dos factores contextuais em análise, o que talvez seja reflexo da dimensão da amostra em análise⁸.

6.4.4.3. *A interpretação dos modelos*

O modelo de regressão logística ordenada é correntemente interpretado em termos de probabilidades relativas, as “Odds Ratios”. Estas obtêm-se a partir dos coeficientes estimados (parâmetros da regressão, β ’s), sendo interpretadas atendendo ao sinal do parâmetro e ao valor da “odd ratio”.

- *O sinal*

Apresentando o parâmetro estimado um sinal negativo, a influência do factor no resultado é negativa. Pelo contrário, um sinal positivo significa que o factor influencia positivamente o resultado.

- *O valor*

O valor das “odds ratios” obtêm-se recorrendo ao exponencial dos parâmetros:
Probabilidade Relativa = $\text{Exp}(\delta \cdot \beta_1)$

⁸ Note-se que, para se considerarem apenas as áreas mais e menos privadas, se procedeu à divisão da amostra inicial (5004 inquiridos em 143 freguesias) em quintis de Indicador de Privação Múltipla, englobando cada quintil um número muito menor de inquiridos.

A interpretação pode ser efectuada da seguinte forma: para um aumento de δ em x_k , a probabilidade do resultado ser mais positivo (melhor estado de saúde auto-avaliado) varia por um factor de $\text{Exp}(\delta \cdot \beta_1)$, *ceteris paribus*⁹.

A variação de x_k , ou seja, o valor de δ pode corresponder à unidade, ao desvio-padrão, ou a qualquer outro valor que tenha fundamento teórico. No caso concreto do modelo elaborado, o valor de δ corresponde ora ao desvio-padrão – no caso das variáveis contextuais, contínuas, por se tratar de uma medida de dispersão, relacionada com a forma da distribuição – ora a uma variação unitária, no caso das variáveis individuais categorizadas dicotomicamente. Trata-se, neste caso, de variáveis mudas, ou “dummies”, em que a variação unitária corresponde tão-somente a uma variação entre duas categorias, classificadas com os valores 0 e 1. Para estas variáveis, a interpretação dos coeficientes de regressão efectua-se sempre relativamente ao valor 1. No caso da idade, única variável individual contínua, utilizou-se uma variação de 10 anos, por se considerar que uma variação de 1 ano seria pouco expressiva em termos de impacto no estado de saúde.

- *As estimações*

Partindo dos dois modelos desenvolvidos para o conjunto da amostra, calcularam-se as probabilidades estimadas para as categorias do estado de saúde auto-avaliado, através do cálculo da variável latente. Em seguida, recorrendo novamente à variável latente e aos parâmetros da regressão, previram-se possíveis alterações nas probabilidades estimadas para as categorias do estado de saúde auto-avaliado, resultantes de possíveis alterações nas variáveis contextuais destacadas nos modelos. Mais concretamente, atribuiu-se aos indivíduos residentes nos quintis mais carenciados os valores característicos da situação oposta, representativos das melhores condições ambientais encontradas na AML, estimando as alterações no estado de saúde destes indivíduos decorrentes de tal melhoria nas condições ambientais. Dado o menor número de casos em análise (apenas os englobados no quintil de maior privação), os cinco níveis de auto-avaliação foram colapsados em apenas dois: inferior a bom (integrando os anteriores níveis muito mau, mau e razoável) e superior a bom (bom e muito bom).

- *O ajustamento e a associação*

Um dos testes utilizados na avaliação da qualidade dos modelos elaborados foi o teste da verosimilhança (Likelihood Ratio, LR). Este teste segue a distribuição do qui-quadrado e pode ser especificado da seguinte forma:

H_0 : todos os coeficientes (parâmetros) das variáveis independentes são iguais a zero, ou seja, o resultado depende somente de um termo constante;

H_1 : os coeficientes assumem os valores estimados no modelo, ou seja, o resultado depende dos factores determinantes (individuais e contextuais) considerados nos modelos.

⁹ As “odds ratios” podem ainda ser interpretadas como valores percentuais. Por outro lado, é possível também recorrer a uma interpretação inversa, onde se avalia a probabilidade do resultado ser mais negativo. Para isso, basta trocar o sinal do expoente, aplicando a fórmula: Probabilidade Relativa = $\text{Exp}(-\delta \cdot \beta_1)$.

Se o valor do teste for superior ao valor crítico do qui-quadrado para um nível de significância de 0.05 e n graus de liberdade (o número de graus de liberdade é igual ao número de variáveis independentes), a hipótese nula pode ser rejeitada. Isto significa que o modelo total, que inclui os factores determinantes do resultado, fornece uma explicação melhor que o modelo só com constante.

A associação entre as variáveis consideradas no modelo foi avaliada por testes de pseudo R^2 . Estes são semelhantes ao coeficiente de determinação utilizado na regressão linear, sumariando a proporção da variância da variável dependente associada às variáveis independentes. No caso da regressão ordinal, estas medidas não são baseadas nos resíduos, mas nos ratios das verosimilhanças.

São três os testes de pseudo R^2 calculados pelo SPSS: o teste de Cox and Snell, o teste de Nagelkerke e o teste de McFadden. Teoricamente, no teste de Cox, o valor de R^2 assume um valor máximo que pode ser inferior a 1, o que torna difícil a sua interpretação. Essa dificuldade é superada nos testes de Nagelkerke e McFadden, onde o índice pode assumir qualquer valor no intervalo entre 0 e 1. No entanto, são aceitáveis e considerados razoáveis valores relativamente baixos destes índices. Law e outros (2005) apontam como indicativos de um bom ajustamento valores de R^2 entre 0,2 e 0,4.

6.5. LIMITAÇÕES IMPOSTAS AO ESTUDO

A investigação deparou-se com um conjunto numeroso de limitações, decorrentes sobretudo dos dados e dos métodos utilizados. Neste sentido, importa especificar as mais importantes e reflectir as suas consequências, considerando-as ao longo do trabalho desenvolvido.

6.5.1. A privação sociomaterial dos lugares

A aplicação de índices compósitos de privação sociomaterial nas investigações em saúde tem sido criticada por alguns autores (Carstairs e Morris, 1991; Jordan e outros, 2003; McLeone, 2004; Pringle e outros, 2000; Sundquist e outros, 2003), atendendo tanto a aspectos relacionados com o seu processo de construção, como à sua validade prática. Relativamente à construção do índice compósito e à sua conceptualização, pode assinalar-se:

- *A falta de clareza conceptual e a falta de consenso nas variáveis a utilizar*

A selecção das variáveis, baseada em parte em assunções teóricas, é difícil de re-utar ou validar. As variáveis assumem-se como indicadores empíricos de conceitos nem sempre bem definidos, não se sabendo bem até que ponto sofrem, ou não, a influência de outras variáveis que também diferenciam os lugares como, por exemplo, as demográficas (McLeone, 2004). Ou seja, não se sabe se as variáveis seleccionadas reflectem consistentemente o conceito principal a que foram associadas, ou se outros factores poderão ter um papel mais importante na explicação da ocorrência e/ou prevalência daquelas variáveis naquelas áreas.

Refira-se ainda que índices compósitos de privação podem integrar distintas formas de privação, sem que as diferenças entre os seus conceitos-base sejam explicitamente consideradas. Isto acontece frequentemente com os conceitos de privação real (ou actual) e privação potencial (Jordan, 2004; McLeone, 2004). Conceitos de privação real revelam que o indivíduo ou a família em causa são, efectivamente, privados, como acontece, por exemplo, com a precariedade das habitações. Todavia, indicadores de privação potencial apontam somente uma possibilidade de se ser privado, pelo que a sua utilização deve ser ponderada.

- *A importância atribuída às diferentes variáveis*

No cálculo do indicador de privação sociomaterial múltipla, atribuiu-se a mesma importância às diferentes variáveis, à semelhança do procedimento utilizado no cálculo dos “índices-padrão” de Townsend e de Carstairs. Esta estratégia tem a desvantagem de atribuir a mesma importância ao que podem ser formas menores ou indirectas de privação, por comparação a outras formas de privação, porventura mais importantes e /ou mais directas. As alternativas ao processo utilizado passam por considerar que diferentes variáveis, medindo diferentes formas de privação, devem ter diferentes níveis de importância, conduzindo à atribuição de pesos distintos a cada variável. Todavia, não existindo consenso ou teoria geral aceite para guiar essa tarefa de ponderação seguintes (Pringle e outros, 2000; McLeone, 2004), optou-se pelo método anteriormente referido.

Para além das críticas anteriores devem ainda apontar-se algumas questões relacionadas com a validade prática da utilização de medidas compósitas de privação. Destacam-se, assim:

- *A sua capacidade discriminativa*

Os índices de privação utilizam informação agregada sobre indivíduos ou famílias residentes em áreas bem definidas, expressa como percentagem de indivíduos que possuem um determinado atributo. O indicador resultante permite ordenar as áreas analisadas ao longo de uma dimensão de privação. Porém, deve questionar-se o significado do índice resultante. A figura 6.2. apresenta quatro polígonos (1, 2, 3 e 4) que representam quatro hipotéticos lugares classificados numa escala de privação.

Em cada lugar, os círculos representam famílias, ou indivíduos, que possuem ou não uma dada variável utilizada na construção do índice compósito de privação. Nos polígonos da esquerda e da direita (1 e 4), onde o índice apresenta valores extremos, a proporção de indivíduos com ou sem o atributo é maior; tratam-se de áreas com populações internas tendencialmente homogéneas. As áreas representadas ao centro (2 e 3) caracterizam-se pela mistura de características e é precisamente a sua heterogeneidade que as posiciona no meio da escala (McLeone, 2004). Assim, uma importante característica de escalas derivadas desta forma é que as áreas devem ser internamente homogéneas, pelo menos para algumas das variáveis utilizadas. Só assim o valor do índice na área poderá ser extremo, identificando-as como sendo, ou não, de grande privação. Índices posicionados no centro da escala resultam da mistura de tipos de família ou de indivíduos contidos nessas áreas. Porém, tal como sugere a figura 6.2., estas áreas contêm indivíduos ou famílias carenciadas. Uma vez que a população das áreas varia, por vezes consideravelmente, pode acontecer que as áreas “medianas”

tenham, na realidade, mais famílias carenciadas que alguns dos sectores identificados no extremo da escala de privação.

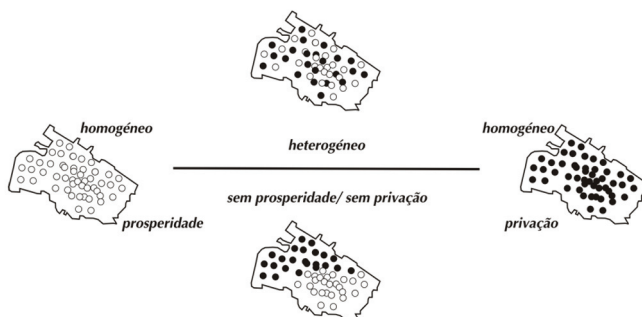


Figura 6.2. - Áreas segundo uma escala de privação e ausência/presença da variável indicativa de privação

Fonte: Adaptado de McLeone, 2004, p.13

- *A especificidade da privação dos lugares*

Índices de privação podem tornar semelhantes áreas diferentes. Valores de privação idênticos podem mascarar diferenças na forma como as variáveis utilizadas no cálculo do índice se agrupam, formando “clusters” dentro de indivíduos ou famílias, problema ilustrado na figura 6.3.

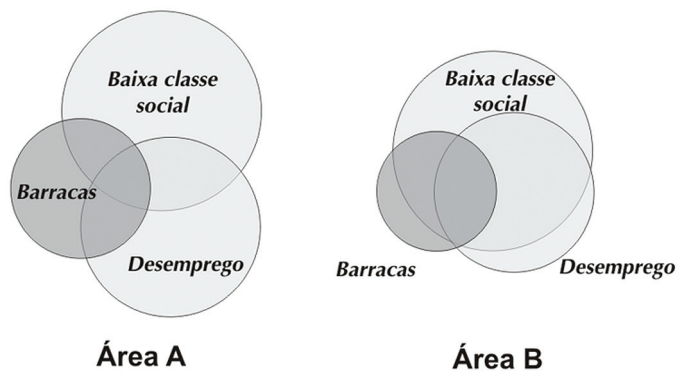


Figura 6.3. - Privação material em duas áreas, A e B: semelhanças quantitativas, diferenças qualitativas

Fonte: Adaptado de McLeone, 2004, p.14

Os círculos representam famílias com determinados atributos (variáveis) em duas áreas, A e B. A análise da figura revela que as áreas possuem níveis similares de cada variável, o que origina indicadores de privação semelhantes. Porém, há diferenças na forma como as variáveis se agrupam nas famílias ou indivíduos, verificando-se uma maior sobreposição na

área B. As distintas formas da potencial conjugação das diferentes variáveis nos indivíduos ou famílias que compõem a área, ou seja, as diferenças qualitativas entre áreas de igual valor de indicador de privação, não são reveladas nos índices compósitos de privação.

- *A pertinência dos índices compósitos de privação múltipla*

Identificadas as áreas de privação, é necessário desagregar o índice compósito para descobrir o motivo dos seus valores de privação, apontando qual ou quais as variáveis que mais contribuem para o valor obtido, de modo a poder direccionar a acção à causa, ou causas, da privação (Carstairs e Morris, 1991; Sundquist e outros, 2003). Acresce que o carácter dinâmico e multidimensional da privação entafiza a problemática da sua aplicação a contextos espaço-temporais distintos dos originais. Suponha-se, por exemplo, que se utiliza o índice de privação para efectuar monitorizações que avaliem a eficácia de políticas habitacionais aplicadas numa área identificada como privada devido ao seu parque habitacional. Porém, nada obsta a que nessa área se tenham desenvolvido novas formas de privação, que necessitam de medidas diferentes para serem apreendidas (Pringle e outros, 2000). Por outro lado, sendo o conceito de privação intrinsecamente dinâmico, as variáveis seleccionadas podem medi-lo consistentemente na actualidade, mas serem desadequadas para a sua medição futura.

6.5.2. O funcionamento colectivo dos lugares – as dimensões do ambiente local

Um primeiro tipo de limitações prende-se com a própria teorização das dimensões. Seguem-se as limitações decorrentes da preocupação em obter dados contextuais, que podem ser resumidas na questão: “Estão os dados disponíveis?”. Esta interrogação desencadeia, por sua vez, um conjunto numeroso de questões, como, por exemplo: “São os dados representativos, confiáveis e comparáveis?”; “A que escala espacial estão disponíveis?”; “Em que formato?”; e, não menos importante: “A que custo?”. Para além destas, há ainda a acrescentar algumas limitações relacionadas com os processos de recolha, organização e análise a que os dados foram submetidos.

- *A definição e operacionalização das dimensões*

A definição das dimensões, efectuada com base na bibliografia consultada e guiada pela preocupação de adaptação à realidade portuguesa, pareceu a mais correcta. Note-se, porém, que essa definição nem sempre foi fácil e que outros investigadores poderiam considerar outras dimensões. Como exemplo, refira-se que as lojas de produtos alimentares podem formar um domínio próprio, tal como foi definido, mas poderiam também integrar a dimensão dos recursos locais; da mesma forma, o desporto, aqui considerado de forma isolada, poderia integrar a dimensão do lazer e recreação.

- *A disponibilidade dos dados*

Partindo das dimensões teorizadas e dos trabalhos de investigação realizados nesta temática, procedeu-se à elaboração de uma longa lista de variáveis que se consideraram potencialmente relevantes para a saúde. O passo seguinte consistiu na investigação da disponibilidade desses dados, recorrendo, para isso, a diferentes fontes. A preocupação foi a de obter dados que cumprissem alguns requisitos, nomeadamente, fiabilidade, comparabilidade e disponibilidade à escala espacial necessária e para todas as áreas em análise. Foram afastados da análise alguns dados que, por diferentes razões – como a exactidão, a disponibilidade, a exaustividade, a escala, o custo, o valor comercial – não cumpriam estes critérios. Refira-se, ainda, que a falta de resposta por parte das instituições, ou a falta de respostas comparáveis, impossibilitou a utilização de alguma informação considerada inicialmente importante. Isto aconteceu sobretudo com a informação solicitada às Câmaras Municipais, caracterizada, muitas vezes, pela falta de uniformidade.

- *A geocodificação dos dados*

Como se afirmou anteriormente, alguns dados provenientes da telelista necessitaram de ser geocodificados, antes de serem usados na análise estatística. Porém, este processo não só foi laborioso e grande consumidor de tempo, como induziu em alguns erros que não foi possível evitar. Os erros surgiram no concelho de Lisboa, em virtude de algumas ruas não se encontrarem identificadas na base cartográfica disponível (fornecida pela ESRI), não sendo por isso possível localizar as unidades/equipamentos aí existentes. Esta questão foi ultrapassada por recurso a dois procedimentos: numa primeira fase, todas as moradas constantes da telelista e não localizadas, foram revistas e comparadas com as da base cartográfica, uma vez que pequenas diferenças ortográficas entre estas duas bases de dados inviabilizam o processo de geocodificação. Numa segunda fase, recorreu-se à lista do código postal profissional, cuja utilização permitiu localizar a maioria dos dados provenientes da telelista.

- *O procedimento estatístico utilizado*

Para além das limitações inerentes à obtenção de dados ecológicos, devem apontar-se aquelas que decorrem do processo analítico a que a informação foi sujeita. A este propósito, note-se que o modelo de base da ACP considera apenas a existência de correlações lineares entre as variáveis utilizadas e os factores extraídos. Consequentemente, o processo de análise exclui todas as variáveis que se correlacionem não linearmente. Idêntico problema ocorre ao nível dos factores; de facto, a hipótese da sua independência assenta na premissa da inexistência de correlações lineares entre eles. Todavia, deve considerar-se a possibilidade da existência de outros tipos de correlações, não lineares, tanto entre as variáveis, como entre os factores a partir delas extraídos (Béguin, 1979). Acresce ainda que os eventuais resultados da aplicação dos métodos estatísticos utilizados devem ser ponderados, atendendo à validade e utilidade inerente a qualquer estudo de correlação (Queirós, 1992).

Refira-se ainda que a ACP tem sido apontada como um método irrealista, na medida em que a melhor solução estatística pode ser muito sensível a determinadas variáveis, em

função das suas escalas e da forma como foram medidas, possuindo assim um significado limitado (McDade e Adair, 2001). No entanto, as limitações relativas à utilização da ACP podem ser amortecidas, uma vez que esta é utilizada como técnica exploratória. Os resultados obtidos não são apresentados como resultados finais, mas como passos intermédios na análise das variações em saúde, incluindo o importante passo de validação dos dados. O objectivo não foi a identificação de relações precisas entre as variáveis, mas sim obtenção de novos indicadores, capazes de avaliar relações relativas e tendências gerais inerentes aos dados.

6.5.3. As características da amostra: o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99

Relativamente aos factores individuais utilizados nesta investigação, as limitações prendem-se, fundamentalmente, com o indicador do resultado em saúde, o estado de saúde auto-avaliado.

- *O estado de saúde auto-avaliado*

Ao utilizar o estado de saúde auto-avaliado, deve ter-se presente, em primeiro lugar, que esta é uma medida inespecífica de saúde, que pretende avaliar globalmente a saúde e não dimensões particulares ou específicas da saúde. Em segundo lugar deve referir-se que este indicador, tal como todos os resultantes de processos de auto-avaliação, carece de objectividade (Piko e Fitzpatrick, 2001).

Porém, apesar da subjectividade inerente à auto-avaliação da saúde, vários autores demonstram a existência de associações muito fortes entre este indicador e indicadores objectivos de saúde, tais como quadros de sintomatologia física, de diferentes intensidades, a doença e a própria morte (Idler e Benyamini, 1997; Manderbacka, 1988; Denton e Walters, 1999; Yen e Kaplan, 1999; Laaksonen e outros, 2005), a esperança de vida saudável (Congdon, 2001; Wood e outros, 2006), bem como a utilização dos serviços de saúde (Idler e Benyamini, 1997). Stafford e outros (2005) referem que o estado de saúde auto-avaliado é uma medida poderosa, capaz de capturar o efeito cumulativo de doenças manifestas e latentes, e do bem-estar físico e mental. Por outro lado, a subjectividade pode não ser uma fraqueza, mas até um ponto forte do indicador. De facto, se a saúde e a doença são processos relativos e subjectivos, sentidos de diferentes formas em diferentes tempos, em diferentes sociedades, por diferentes grupos populacionais e por diferentes indivíduos (Nogueira, 2001), devem então valorizar-se indicadores capazes de reflectir as perspectivas individuais de saúde e de doença (Santana, 1993).

Deve ainda fazer-se referência a possíveis limitações relacionadas com o tamanho da amostra. A este propósito, recorde-se que o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99 constitui uma amostra representativa das NUTS II do Continente. No entanto, a Área Metropolitana de Lisboa, aglutinando dezoito dos cinquenta e um concelhos então pertencentes à Região de Lisboa e Vale do Tejo, contém a maioria dos inquéritos aí realizados (9846 das 12608 entrevistas, numa proporção superior a 78%). Para além disso, a análise da distribuição dos inquéritos utilizados, considerando algumas características fundamentais das áreas, como a sua funcionalidade e a privação sociomaterial, revelou que esta se faz de forma relativamente equilibrada em espaços mais e menos urbanizados, com diferentes

níveis de privação material. Acresce que estudos muito recentes de variações em saúde, realizados noutros países, têm utilizado informação proveniente de inquéritos comparáveis ao INS (Cummins e outros, 2004, 2005; Stafford e outros, 2005).

6.5.4. Os modelos estatísticos utilizados

Na sua aplicação prática, a análise de regressão logística é apontada como um método relativamente livre de restrições, dada a sua capacidade de analisar, em conjunto, diferentes tipos de variáveis (estimadores): contínuas, discretas e dicotómicas. Essa característica reflecte-se na variedade e complexidade das bases de dados que podem ser analisadas e que é quase ilimitada. A única premissa para a utilização deste método é a natureza discreta da variável dependente.

Embora a utilização deste método não coloque nenhuma assunção relativamente à distribuição das variáveis independentes, distribuições normais reflectem-se num aumento de robustez, uma vez que os expoentes são formados por uma combinação linear dos estimadores (Long, 1997). Neste sentido, saliente-se que as variáveis contextuais em análise, nomeadamente os dezanove factores resultantes da ACP, são variáveis normalizadas, de média 0 e desvio-padrão 1.

Refira-se, no entanto, que a regressão logística, como todos os outros tipos de regressão, é sensível a correlações muito fortes entre as variáveis independentes, assinaladas por erros-padrão para os parâmetros muito altos. Para o conjunto de estimadores utilizados, as correlações apresentam valores que dependem do efectivo considerado. Assim, considerando as duzentas e dezasseis freguesias da AML, as correlações não parecem suficientemente fortes para que se traduzam em fontes de multicolinearidade, o que pode eventualmente acontecer quando se consideram os valores para os indivíduos contemplados na amostra.

Relativamente a possíveis problemas teóricos, aplicam-se a este método as precauções usualmente impostas às inferências causais. Desenvolver um modelo que relaciona a probabilidade de avaliar positivamente o estado de saúde com factores como a ocupação, a idade, a privação material e o capital social, não significa necessariamente que alguma destas variáveis cause uma boa saúde, ou um bom estado de saúde.

Aponte-se, por último, que o modelo de regressão logística, sendo não linear nas probabilidades do resultado, não consegue descrever completamente a relação entre as variáveis independentes e as probabilidades do resultado (Long, 1997).

CAPÍTULO 7

A ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA - CARACTERIZAÇÃO GEOHUMANA E SOCIOECONÓMICA

Neste capítulo, pretende-se caracterizar a área em estudo, procurando incidir em aspectos que, de acordo com a bibliografia, influenciam a saúde da população. Focam-se assim um conjunto de características demográficas, sociais e económicas das populações, a morfo-funcionalidade dos espaços e respectiva privação sociomaterial. A ênfase atribuída ao estudo da privação sociomaterial justifica-se pela hegemonia e intensidade da relação entre privação e resultados em saúde. De facto, o conhecimento de áreas de privação, permitindo o redesenhamento de mapas e a avaliação de formas de múltipla privação, constitui, frequentemente, um dos passos iniciais e fundamentais na investigação das variações em saúde.

7.1. ESTRUTURA MORFO-FUNCIONAL

A morfo-funcionalidade das áreas condiciona as características demográficas, sociais e económicas das populações nelas residentes e é um dos factores-chave na compreensão das variações em saúde (Phillips, 1993; Galea e outros, 2005). Variações em saúde, estruturadas segundo as assimetrias urbano-rurais, têm sido assinaladas por vários autores (Santana, 1999a; McDade e Adair, 2001; Galea e outros, 2005). Apesar da crescente dificuldade em distinguir áreas urbanas e áreas rurais – em virtude das relações que se estabelecem entre esses espaços e da sua proximidade cultural, social, morfológica e funcional – a influência da “urbanidade”, ou ruralidade, verifica-se ainda na maior ou menor proximidade aos cuidados de saúde, e na sua qualidade, bem como na disponibilidade de determinados equipamentos e serviços, factores que influenciam a saúde.

Para analisar a estrutura morfo-funcional das freguesias da AML, utilizou-se a categorização proposta em 1999 pelo grupo de trabalho INE/DGOTDU¹, que elabora uma tipologia das freguesias do Continente em: 1. “Áreas Predominantemente Urbanas” (APU); 2. “Áreas Medianamente Urbanas” (AMU); 3. “Áreas Predominantemente Rurais” (APR).

¹ Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano.

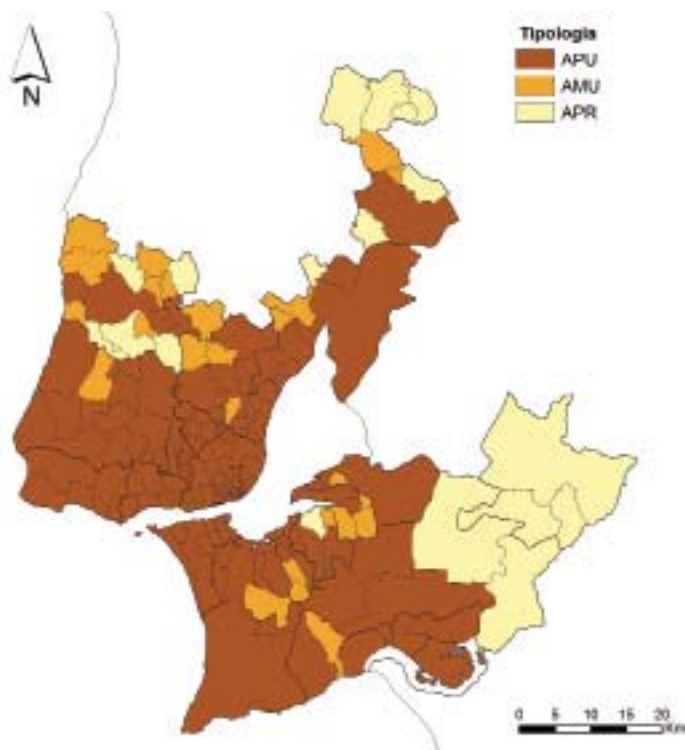


Figura 7.1 - AML: Tipologia morfo-funcional.
 Fonte: Elaborado a partir de INE/DGOTDU, 1999

A figura 7.1 mostra que a AML é um território intensamente urbanizado, onde cerca de 80,1% das freguesias (173) são classificadas como APU, 11,6% (25) como AMU e apenas 8,3% (18) como APR. Áreas de menor urbanização surgem sobretudo na área de menor centralidade da AML: a norte, nos concelhos limítrofes de Mafra, Azambuja e Vila Franca de Xira; a sul, destaca-se a menor urbanização de algumas freguesias do Montijo, Palmela e Moita.

7.2. DINÂMICA DEMOGRÁFICA

7.2.1. Evolução da população residente e densidade populacional

A Área Metropolitana de Lisboa concentrava, em 2001, 2 682 687 habitantes, distribuídos em 3133 km² (INE, 2000, 2004b), resultando em densidades populacionais elevadas, variando, a nível concelhio, entre os 81,3 habitantes/km² na Azambuja, até 7389,9 habitantes/km² na Amadora. A variação da população entre 1991 e 2001 foi, em média, de 6,2% no espaço da AML, um pouco superior à apresentada pelo território continental (5,26%). No entanto, o elevado valor do coeficiente de variação (CV), 446,7%, aponta para uma variação populacional díspar, de elevada heterogeneidade espacial (figura 7.2).

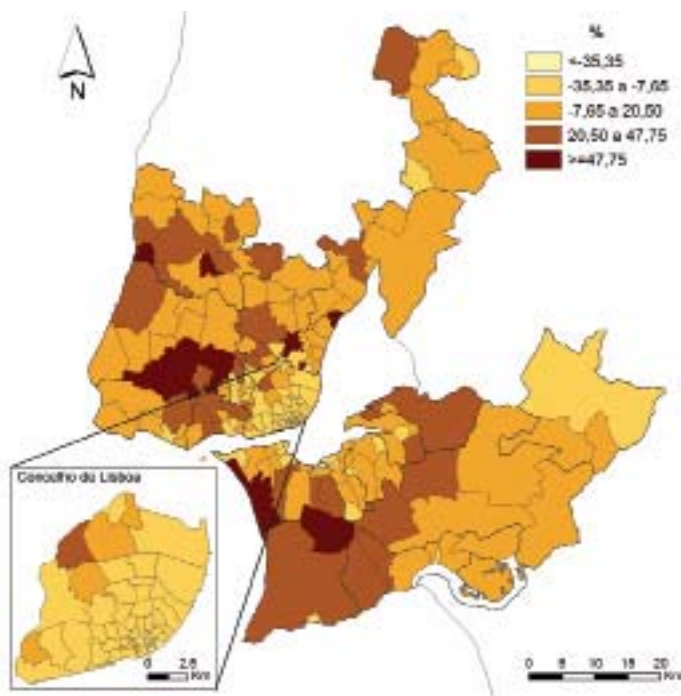


Figura 7.2 - AML: Variação populacional (%), 1991-2001

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2001

As variações mais positivas ocorreram em áreas espacialmente limitadas e bem definidas. A sul do rio Tejo destaca-se o concelho de Almada (Costa e Charneca da Caparica) e uma pequena área formada pelas freguesias de Fernão Ferro e Quinta do Conde, a primeira pertencente ao concelho do Seixal e a segunda, a Sesimbra. A norte do Tejo, os maiores aumentos populacionais verificaram-se em Sintra; de forma pontual e com menor expressividade geográfica, destaca-se ainda a variação positiva encontrada em algumas freguesias de Mafra, Loures e Vila Franca de Xira (Póvoa de Santa Iria)². Em oposição, as variações negativas mais importantes ocorreram na quase totalidade do concelho de Lisboa e em algumas áreas dos concelhos urbanos limítrofes, principalmente na Amadora e, de forma apenas pontual, em Odivelas, Loures, Oeiras e Cascais. A sul do Tejo, destacam-se os valores negativos de algumas freguesias pertencentes ao Montijo, à Moita e ao Barreiro.

Em termos de densidade populacional, a AML afigura-se igualmente um espaço de grande heterogeneidade, constituída por três áreas distintas: o concelho de Lisboa e dois anéis que o envolvem (figura 7.3.). A figura destaca claramente a densidade populacional mais elevada do concelho de Lisboa, com ocorrência de valores máximos nas freguesias

² Os grandes acréscimos populacionais verificados na década de 90 em alguns destes concelhos podem explicar-se, sobretudo, pelos movimentos populacionais. É o caso, talvez paradigmático, do concelho de Sintra, que conheceu entre 1991 e 2001 um crescimento populacional de quase 40%.

da Graça, Anjos, Socorro, São Cristóvão e São Lourenço, e São Miguel. A partir de Lisboa distingue-se um primeiro anel, caracterizado pelo prolongamento de valores elevados de densidade populacional. A norte, oeste e noroeste destacam-se os concelhos de Loures, Vila Franca de Xira, Cascais, Oeiras, Amadora Sintra e Odivelas. A sul do Tejo, salientam-se as elevadas densidades populacionais de algumas freguesias dos concelhos de Almada, Seixal, Barreiro e Moita. O padrão de elevadas densidades surge ainda numa área espacialmente descontínua do referido primeiro anel, formada por algumas freguesias de Setúbal. Mais afastado de Lisboa, distingue-se um segundo anel que constitui uma área de menor centralidade na AML, a norte e a sul, caracterizada por menores densidades populacionais; trata-se, de facto, de uma área de urbanização menos intensa, formada pela totalidade dos concelhos de Mafra e Azambuja, Montijo, Palmela e Alcochete, e ainda por parte de Sintra e de Sesimbra.

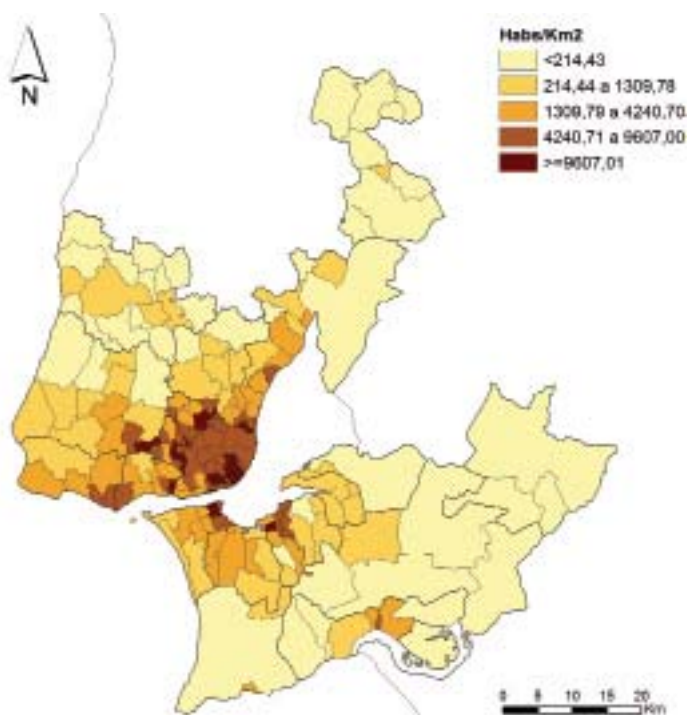


Figura 7.3 - AML: Densidade populacional, 2001

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2004a

Considerando em conjunto os dois indicadores anteriores, pode concluir-se que, muitas vezes, as freguesias de maior densidade são as de menor crescimento demográfico. Variações negativas da população surgem preferencialmente em áreas mais densamente povoadas – Lisboa e concelhos envolventes, constituintes do primeiro anel em torno do concelho de Lisboa, sobretudo Amadora. Num segundo anel da AML, de menor densidade populacional, a dinâmica demográfica caracteriza-se geralmente por variações populacionais positivas.

7.2.2. Estrutura etária

O decréscimo das taxas de natalidade registado em Portugal, conjuntamente com o retardamento do nascimento do primeiro filho, reflecte-se numa evolução demográfica caracterizada pela diminuição da população nos grupos etários mais jovens. Na AML, entre 1991 e 2001, a variação percentual da população com idade inferior a 15 anos apresentou, em média, um valor negativo de 13,7%. Porém, assinala-se novamente a grande heterogeneidade desta variável na área considerada (CV de 208%).

A figura 7.4. mostra que as maiores variações positivas de população jovem ocorreram em áreas bem delimitadas: salienta-se, a norte, o concelho de Sintra; a sul distinguem-se duas áreas de elevados valores positivos, uma no concelho de Almada e outra formada por três freguesias de diferentes concelhos³. Destacam-se, ainda, os concelhos de Mafra, onde várias freguesias exibem valores positivos; Alcochete, com valores positivos (e fortes) em mais de 60% do concelho⁴ e Seixal. Os maiores decréscimos de população jovem ocorreram em quase todo o concelho de Lisboa; neste, só a freguesia de Carnide apresenta valores positivos, atingindo-se as maiores variações negativas em Santa Justa, São Cristóvão e São Lourenço, e Sé. Para além de Lisboa, destacam-se ainda as fortes variações negativas ocorridas na quase totalidade, ou em parte importante, dos concelhos da Amadora, Oeiras, Odivelas, Azambuja, Montijo (interior) e Setúbal.

A diminuição da população jovem é acompanhada pelo progressivo aumento de população idosa, fruto do aumento paulatino na esperança de vida, que se situava, em 2004, nos 74,8 e 81,1 anos, respectivamente para homens e mulheres, revelando um aumento de 4,2 e 3,5 anos, respectivamente, em menos de uma década (Santana e outros, 2006). Na AML, o aumento da população com 65 e mais anos (figura 7.5) aconteceu principalmente em áreas onde tradicionalmente existiam menos idosos, nas quais ocorreu, naturalmente, um envelhecimento demográfico, ou em áreas marcadas por processos de crescimento populacional, onde o aumento da população idosa se deu em simultâneo ao aumento da população total. Destaca-se, a norte, uma coroa envolvente ao concelho de Lisboa, formada pelos concelhos limítrofes da Amadora, Odivelas, Oeiras, Sintra e Loures; a sul, o território é marcado, globalmente, por variações positivas de população idosa, mais expressivas nos concelhos de Almada, Seixal e Setúbal. Variações percentuais negativas de população idosa acontecem pontualmente a sul do Tejo, onde apenas cinco freguesias pertencem às classes que distinguem áreas de possível perda relativa de população idosa. Perdas percentuais elevadas de população idosa são mais expressivas a norte do Tejo,

³ Estas áreas correspondem, *grosso modo*, a freguesias que conheceram acréscimos populacionais entre 1991 e 2001. Ferreira, V. (2003), estudando a AML, associa estas características demográficas – estrutura etária mais jovem e maior crescimento demográfico – a aglomerados urbanos de edificação recente ou a espaços de forte transformação social e urbanística, por oposição a espaços urbanos consolidados. Na AML, parece que estas características podem ser associadas a movimentos intrametropolitanos da população, motivados sobretudo pelo mercado habitacional.

⁴ É bem visível o efeito “ponte Vasco da Gama” em Alcochete. De facto, entre 1991 e 2001, o concelho não só conheceu um aumento da população jovem, como um aumento total da população residente.

marcando visivelmente o concelho de Lisboa⁵. Variações percentuais negativas ou pequenas variações positivas surgem, para além de Lisboa, na periferia norte da AML, sobretudo em algumas freguesias dos concelhos da Azambuja, Vila Franca de Xira e Mafra.

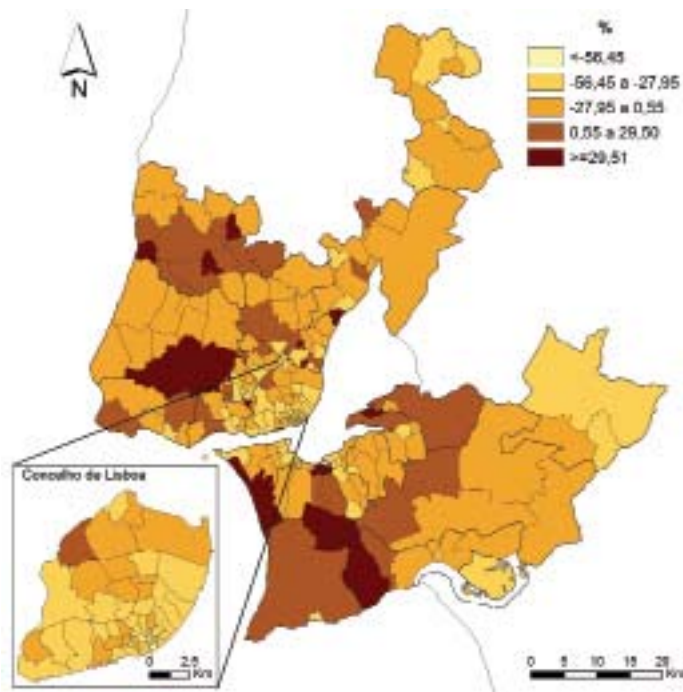


Figura 7.4 - AML: Variação da população jovem (0-15 anos) (%), 1991-2001
 Fonte: Elaborado a partir de INE, 2001

O ratio entre a população jovem e a população em idade activa, dado pelo índice de dependência de jovens⁶, permite avaliar melhor a importância relativa deste grupo etário e o seu peso económico e social.

Na figura 7.6, verifica-se que os valores mais elevados, indicando um maior número de jovens relativamente à população em idade activa, ocorrem de forma mais expressiva em Sintra, onde aliás se tinha já assinalado os valores positivos da variação de população com menos de 15 anos. Fora deste concelho, o índice de dependência de jovens atinge valores elevados apenas em algumas freguesias de Mafra, Loures, Moita, Sesimbra e, de forma menos acentuada, em Alcochete e Palmela. Em oposição, o menor número de jovens por cada 100 indivíduos em idade activa surge a norte, na Azambuja e em quase todo o

⁵ A perda de população idosa, tal como a diminuição de população jovem, reflecte a perda de população residente que caracteriza o concelho de Lisboa.

⁶ Utilizou-se a fórmula:
$$\frac{\text{População 0-14 anos}}{\text{População 15-64 anos}} \times 100$$

concelho de Lisboa, à excepção das freguesias da Charneca, Lumiar e Carnide, prolongando-se para sul do Tejo, para os concelhos de Almada, Barreiro e ainda Montijo.

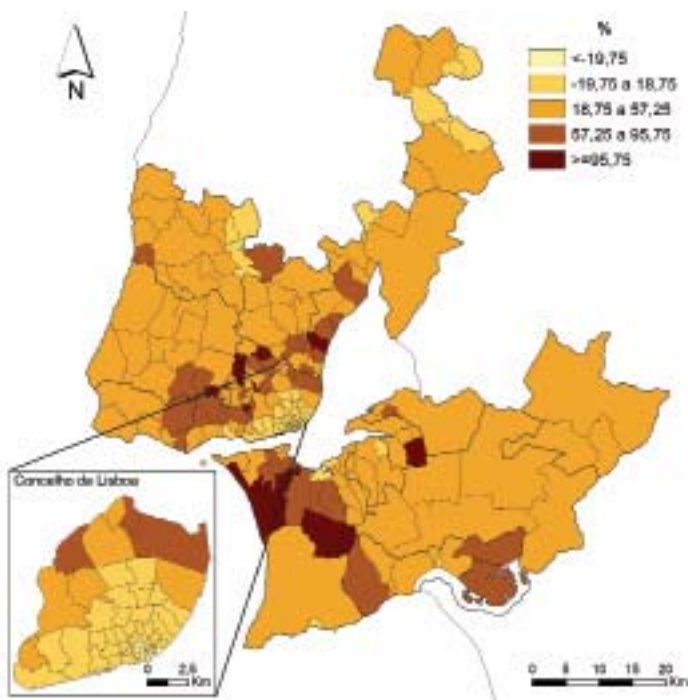


Figura 7.5 - AML: Variação da população com 65 e mais anos (%), 1991-2001

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2001

O envelhecimento demográfico avaliou-se pelo índice de envelhecimento em 2001⁷ (figura 7.7). Na AML, a maioria das freguesias apresenta uma população claramente envelhecida, com predomínio de idosos relativamente aos jovens. O valor médio das freguesias da AML, de 149 idosos por cada 100 jovens, é claramente ultrapassado na maioria das freguesias de Lisboa, concelho onde o índice de envelhecimento atinge os valores máximos, com destaque para Santa Justa, Santiago, São Nicolau e Sé, e onde apenas cinco freguesias apresentam um índice inferior a 100: Ameixoeira, Carnide, Charneca, Lumiar e Marvila. Para além de Lisboa, destaca-se ainda o envelhecimento demográfico de algumas das freguesias da Amadora, Azambuja e Montijo. Pelo contrário, denotando uma certa vitalidade demográfica, os valores mais baixos do índice de envelhecimento, mas ainda assim elevados, ocorrem numa coroa envolvente ao concelho de Lisboa, nos concelhos limítrofes de Cascais, Oeiras, Sintra, Odivelas, Loures e Vila Franca de Xira e, a sul, nos concelhos de Sesimbra, Seixal, Alcochete, Palmela e Barreiro.

⁷ Utilizou-se a fórmula: $\frac{\text{População}_{65e+anos}}{\text{População}_{0-14anos}} \times 100$

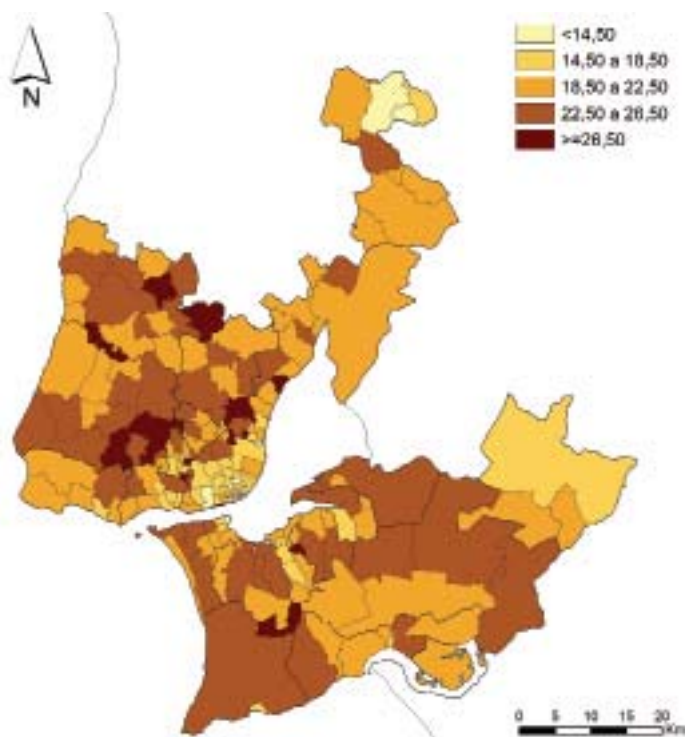


Figura 7.6 - AML: Índice de dependência de jovens, 2001

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2001

7.2.3. Mobilidade

Para avaliar a mobilidade da população e a sua importância na evolução demográfica da AML, analisou-se a percentagem de população entrada nas freguesias da AML entre 1995 e 2001 (figura 7.8.). Na figura, verifica-se que os valores percentuais mais elevados de novos residentes surgem, a norte do Tejo, em algumas freguesias dos concelhos de Sintra, Mafra, Loures, Amadora e ainda Odivelas, Cascais e Oeiras, embora nestes últimos se verifiquem valores percentuais mais baixos. A sul do Tejo, os valores mais elevados surgem em freguesias dos concelhos de Almada, Seixal, Sesimbra, Alcochete e numa pequena parte de Setúbal. Em sentido oposto, os valores mais baixos de novos residentes surgem, a norte do Tejo, em freguesias de Lisboa, Sintra (norte), Loures (norte), Vila Franca de Xira e Azambuja. A sul do Tejo, o padrão de baixos valores marca visivelmente o concelho do Montijo, prolongando-se por Palmela e Setúbal.

Comparando a presente distribuição com a variação da população residente entre 1991 e 2001 (figura 7.2.), facilmente se reconhecem semelhanças entre os dois mapas, podendo concluir-se que a mobilidade é um factor determinante na evolução demográfica da AML. A associação referida é confirmada pelo coeficiente de correlação de Pearson entre as duas variáveis, que apresenta um valor de 0,67. Por outro lado, há também semelhanças

evidentes entre a percentagem de novos residentes e a variação da população com menos de 15 anos (figura 7.4), sendo o coeficiente de correlação de Pearson entre estas duas variáveis de 0,66. A mobilidade populacional é, pois, de grande importância na evolução demográfica da AML, sobretudo da sua população mais jovem.

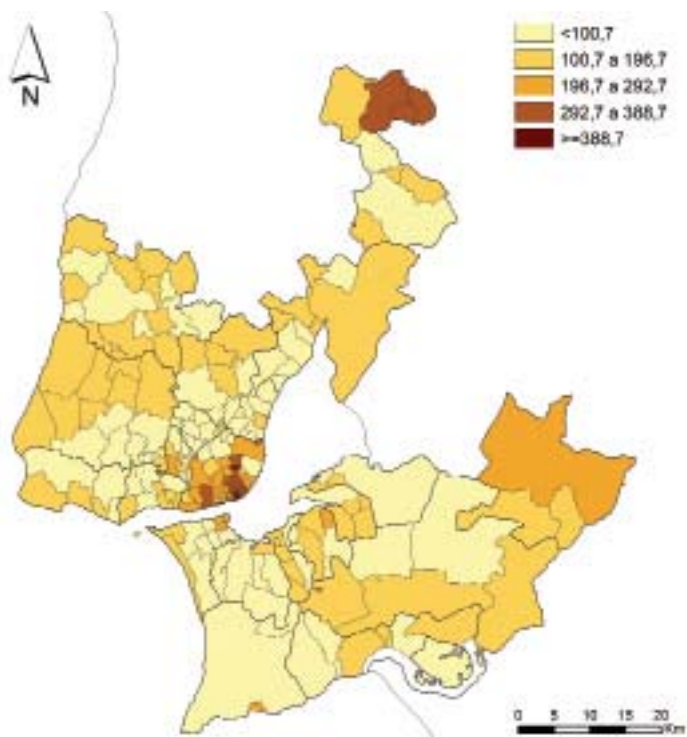


Figura 7.7 - AML: Índice de envelhecimento, 2001

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2001

A análise dos dados anteriores e a confrontação com outros estudos realizados (Ferreira, V., 2002; 2003; Nel.lo, 2002) parece realçar o papel dos movimentos intrametropolitanos da população mais jovem (adultos activos com crianças dependentes), motivados sobretudo pelo mercado habitacional, no dinamismo demográfico da AML.

7.3. DINÂMICA SOCIOECONÓMICA

7.3.1. Estrutura profissional

A profissão, e o estatuto a ela associado, influenciam a saúde, directa e indirectamente. As diferenças colocam-se sobretudo entre os grupos do topo e da base da hierarquia ocupacional: trabalhadores manuais *versus* trabalhadores não manuais; trabalhadores qualificados *versus* trabalhadores não qualificados (Laaksonen e outros, 2003; Van Lenthe, 2005).

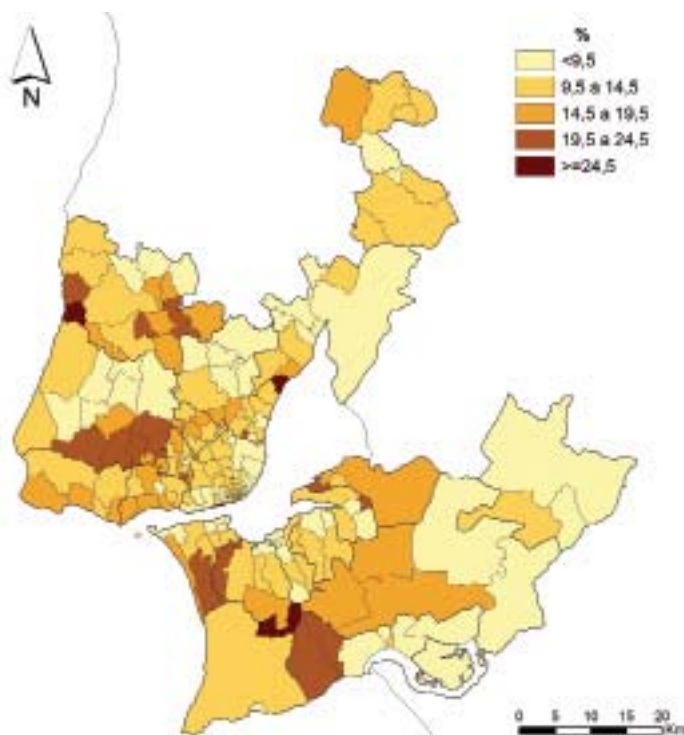


Figura 7.8 - AML: Novos residentes nas freguesias (%) (entre 1995 e 2001)

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2001

A percentagem de população empregada nos grupos profissionais 1 e 2 (figura 7.9), os de maior estatuto⁸, eleva-se a norte do Tejo, numa linha formada pelos concelhos de Cascais-Oeiras-Lisboa, com valores máximos a surgirem neste último concelho. A restante área metropolitana é marcada por valores mais baixos deste indicador, que predominam na totalidade dos concelhos da Azambuja e da Moita e em várias freguesias dos concelhos do Montijo, Palmela, Mafra (norte) e Loures.

A percentagem de população empregada nos grupos profissionais 6,7,8 e 9⁹ (figura 7.10) considerados como os dos trabalhadores manuais, de menor estatuto profissional, apresenta valores mais baixos em Cascais, Oeiras, Lisboa (à exceção de duas freguesias, Charneca e Marvila), na parte sul do concelho de Sintra e ainda em algumas freguesias

⁸ Os grupos referidos são os constantes da Codificação Nacional de Profissões de 1994, do INE. Integram o grupo 1 os quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas e o grupo 2 os especialistas das profissões intelectuais e científicas.

⁹ Grupo 6-Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca; Grupo 7-Operários, artífices e trabalhadores similares; Grupo 8-Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; Grupo 9-Trabalhadores não qualificados.

de Almada, nomeadamente Cacilhas, Pragal, Almada e Cova da Piedade. Valores elevados deste indicador predominam na área de menor centralidade da AML, formada pelos concelhos de Mafra, norte de Sintra e Loures, com prolongamentos para Vila Franca de Xira e, sobretudo, Azambuja. Elevados valores surgem também na margem sul do Tejo, ganhando expressividade nos concelhos da Moita, Sesimbra, Palmela e particularmente no Montijo.

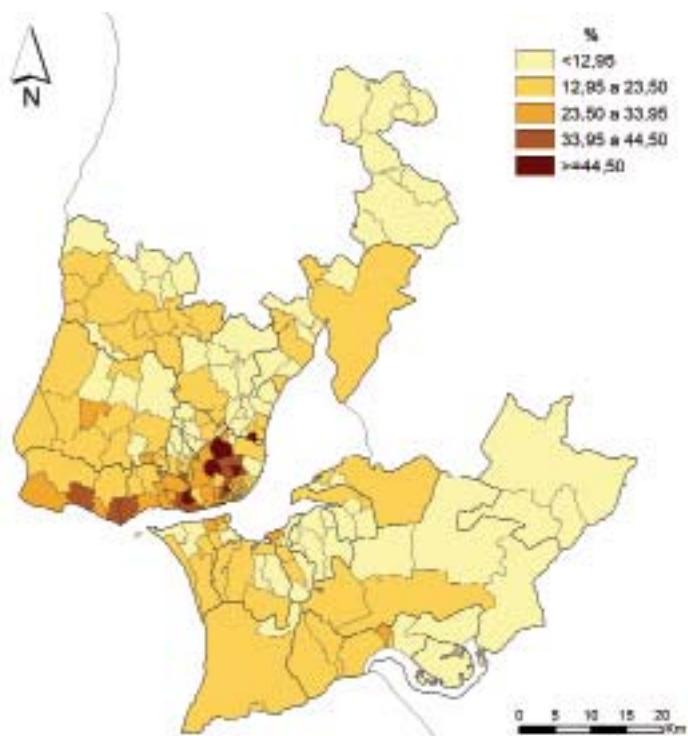


Figura 7.9 - AML: População empregada nos grupos profissionais 1 e 2, 2001

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2004a

7.3.2. Desemprego

Sendo um dos aspectos retomados mais adiante, na análise das características contextuais da AML, o desemprego será, ainda assim, abordado, em virtude da sua importância social e económica e da sua estreita relação com a saúde (Fukuda e outros, 2004; Ferrie e outros, 2005).

A análise da distribuição das taxas de desemprego (figura 7.11) revela que os valores mais altos ocorrem na margem sul do Tejo, nos concelhos de Almada, Seixal, Barreiro,

Moita, Setúbal e nas freguesias ribeirinhas do Montijo¹⁰. Lisboa apresenta ainda valores elevados, destacando-se os das freguesias de Marvila e Charneca. Para norte deste concelho, a taxa de desemprego diminui de forma nítida, atingindo os valores mais baixos nos concelhos da Azambuja e sobretudo em Mafra; de forma menos vincada, o padrão de valores baixos de desemprego prolonga-se para Vila Franca de Xira e norte de Loures. A margem sul caracteriza-se pela ocorrência apenas pontual de valores mais baixos da taxa de desemprego, que surgem em algumas freguesias rurais ou medianamente urbanas de Alcochete, Palmela e Montijo.

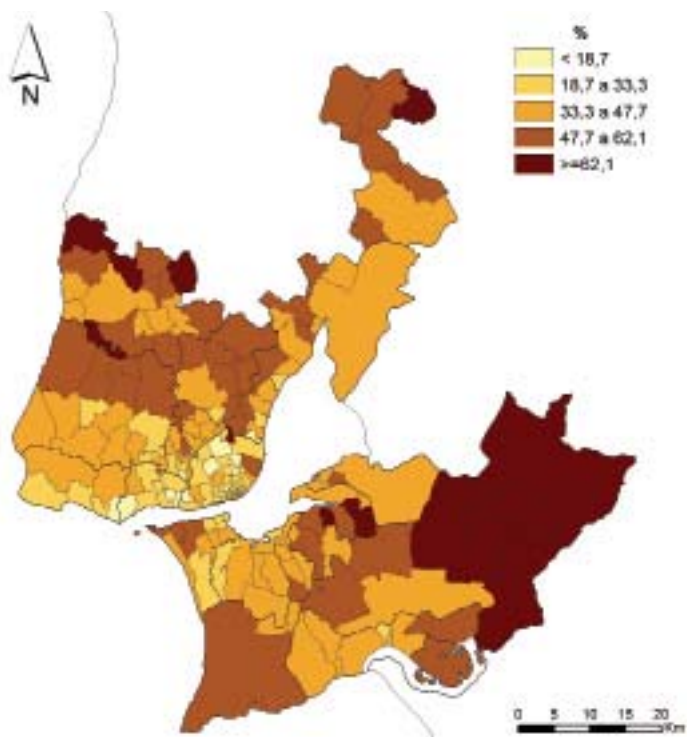


Figura 7.10 - AML: População empregada nos grupos profissionais 6, 7, 8 e 9, 2001

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2004a

7.3.3. Analfabetismo e nível de instrução

Foram já efectuadas referências às relações existentes entre o nível de instrução da população, a saúde e as variações em saúde (Kunst e outros, 2001; Roos e outros, 2004;

¹⁰ Ou seja, áreas que têm conhecido processos de desindustrialização devido à crise de diversos sectores industriais, destacando-se os sectores da indústria química, siderúrgica e construção naval.

Macintyre e outros, 2005). Indivíduos com níveis mais elevados de instrução, não só assumem, tendencialmente, comportamentos mais saudáveis, como têm possibilidades de desenvolver carreiras profissionais que, directa e indirectamente, proporcionam maiores níveis de saúde. Por outro lado, o nível de instrução parece relacionado com a capacidade de reconhecer situações de doença e de necessidade da procura de cuidados médicos, bem como de efectiva procura e utilização adequada desses cuidados (Santana, 1995; Macintyre e outros, 2005).

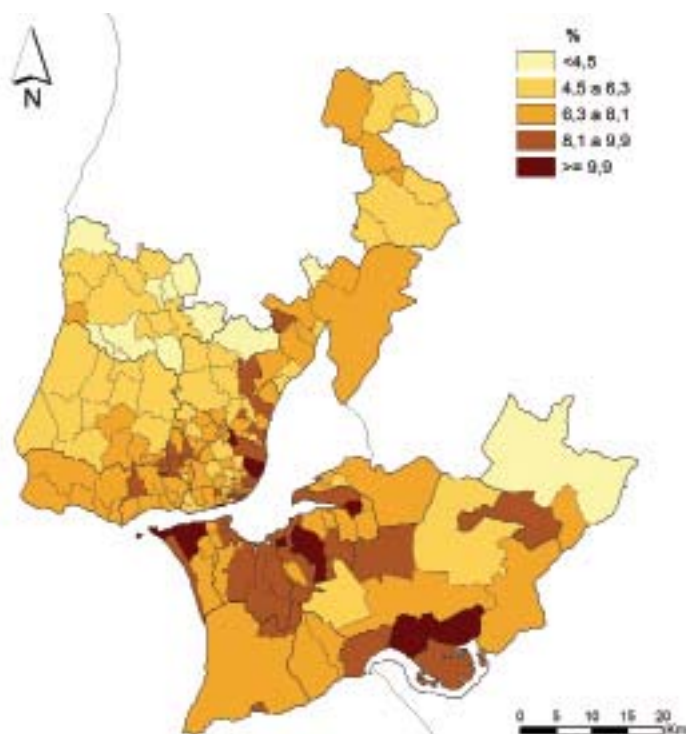


Figura 7.11 - AML: Taxa de desemprego, 2001
Fonte: Elaborado a partir de INE, 2004a

A consideração da taxa de analfabetismo em 2001 (figura 7.12.) permite verificar a ocorrência de valores mais elevados na área de menor centralidade da AML, com destaque para a margem sul. Os valores elevam-se sobretudo em freguesias de maior ruralidade, nos concelhos do Montijo, Alcochete e Palmela. A norte, as áreas de maior ruralidade exibem um padrão semelhante, evidenciando-se algumas freguesias da Azambuja, Vila Franca de Xira e Mafra, localizadas preferencialmente no norte destes concelhos.

Os valores mais baixos deste indicador ocorrem numa área central da AML, formada, a norte do Tejo, pelos concelhos de Cascais, Oeiras, Amadora, Odivelas, Loures (sudeste)

e Lisboa¹¹. Na margem sul do Tejo, os concelhos de Almada, Seixal e Barreiro (zona ribeirinha) prolongam a área central de baixos valores de analfabetismo. Para além da morfofuncionalidade das áreas, o padrão da taxa de analfabetismo revela algumas semelhanças com a distribuição espacial do índice de envelhecimento (figura 7.7) e, sobretudo, com a distribuição da população nos grupos profissionais dos trabalhadores manuais (figura 7.10). Áreas de maior analfabetismo caracterizam-se também, regra geral, por populações mais envelhecidas, com predomínio de ocupações manuais.

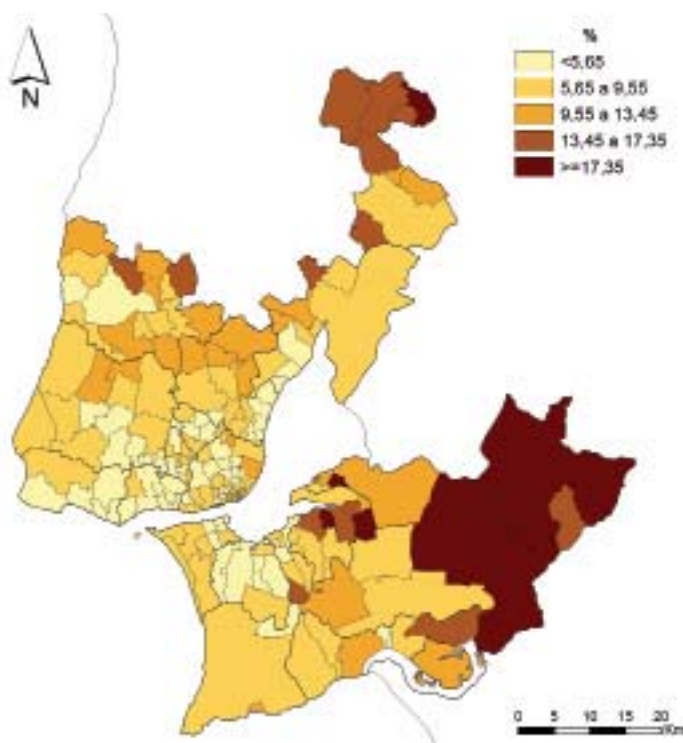


Figura 7.12 - AML: Taxa de analfabetismo, 2001

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2001

¹¹ Refira-se que, em Lisboa, quatro freguesias apresentam ainda valores elevados de analfabetismo: Charneca, Marvila, Socorro e São Miguel. As duas últimas têm vindo a perder população e possuem uma população marcadamente envelhecida (elevado índice de envelhecimento), o que pode explicar o elevado analfabetismo aí encontrado. Marvila e Charneca, mais jovens, possuem uma população menos qualificada, empregada, na sua maioria, nos grupos profissionais de menor estatuto. Trata-se de freguesias mais pobres, como se irá observar pela análise da privação material, efectuada num ponto posterior. De facto, a Charneca apresenta o maior nível de privação de toda a AML, encontrando-se Marvila no quarto lugar desse “ranking”.

A análise da população com 10 e mais anos e o 1º ciclo de ensino básico (figura 7.13) não difere substancialmente da efectuada para a taxa de analfabetismo. Aos elevados valores das áreas mais rurais e periféricas da AML, opõem-se os baixos valores das áreas de maior “urbanidade”, visíveis sobretudo em Oeiras, Cascais, sudeste de Sintra, Lisboa, Almada e ainda parte de Setúbal. Note-se, no entanto, que alguns concelhos, de forte urbanização, apresentam elevados valores deste indicador, sugerindo a presença de uma população de baixo nível de instrução. Registem-se, concretamente, os concelhos de Loures (à excepção das freguesias da Portela e Santo António dos Cavaleiros), Odivelas (sobretudo Famões e Pontinha), Amadora (Falagueira e Brandoa), algumas freguesias de Lisboa (São Miguel, Santo Estêvão, São Vicente de Fora, São Cristóvão e São Lourenço, Castelo, Santa Justa, Socorro, São Paulo, Ajuda, Charneca e Marvila) e Barreiro (sobretudo Alto do Seixalinho, Santo André, Palhais e Coina).

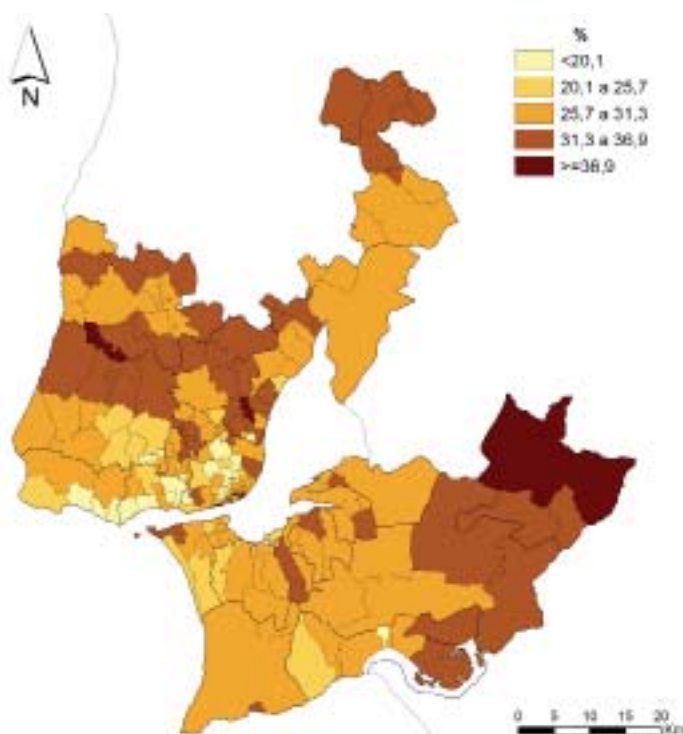


Figura 7.13 - AML: População com 10 e mais anos e o ensino básico (%), 2001

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2004a

A distribuição da percentagem de população com 25 e mais anos que possui o ensino superior (figura 7.14.) é, *grosso modo*, análoga à da percentagem de população empregada nos grupos profissionais de maior estatuto (1 e 2) (figura 7.9), o que se compreende pela estreita relação existente entre ocupação e instrução.

Os valores mais elevados surgem na linha Cascais-Oeiras-Lisboa, atingindo-se neste último concelho os valores máximos. A partir desta área de maior centralidade metropolitana¹², verifica-se uma diminuição nos valores deste indicador, para norte e para sul, com mínimos a ocorrerem nos concelhos do Montijo, Palmela, Moita, Vila Franca de Xira, Azambuja e Mafra. Na margem sul, marcada genericamente por menores percentagens de população adulta com o ensino superior, sobressaem algumas freguesias, pontuais, de valores um pouco mais elevados: São Julião (Setúbal), Pragal (Almada) e Barreiro (Barreiro).

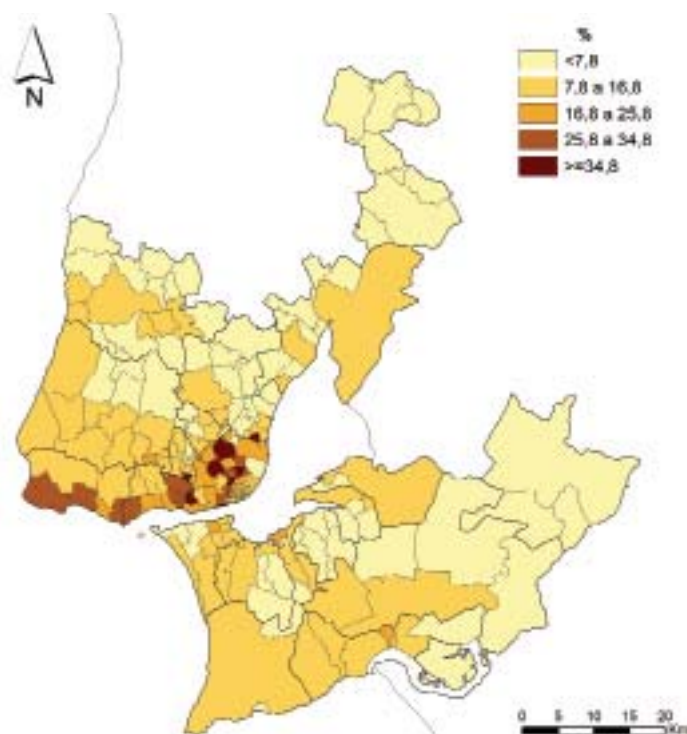


Figura 7.14 - AML: População com 25 e mais anos e o ensino superior (%), 2001

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2004a

7.3.4. Poder de compra

O poder de compra *per capita* é um indicador económico e social compósito, de âmbito concelhio, revelador da influência da localização das actividades económicas. Ao poder de compra médio do país foi atribuído o valor 100, sendo possível comparar os valores concelhios com este valor médio. A análise deste indicador revela que a maioria dos concelhos

¹² Usando a expressão utilizada por Ferreira, V. (2003).

da AML possui um poder de compra superior à média do país. De facto, dos trezentos e oito concelhos existentes no país, apenas vinte e sete (8,7%) possui um poder de compra superior ao médio; desses, dez encontram-se na AML, o que significa que cerca de 53% dos concelhos da AML possui um poder de compra acima da média nacional. Porém, existem ainda assimetrias importantes na AML, variando o indicador *per capita* entre 76,3, na Azambuja, e 277,9, em Lisboa.

A figura 7.15 salienta precisamente o elevado valor do Indicador *per capita* na linha Lisboa-Oeiras-Cascais, com destaque para Lisboa. A proeminência desta linha tinha sido já sublinhada anteriormente; trata-se, então, de uma área de elevado poder de compra, causa e consequência de outras características, como o elevado nível de instrução e o elevado estatuto profissional da sua população. Em oposição, baixos valores de poder de compra surgem na área de menor centralidade da AML, formada, a norte, pelos concelhos mais afastados da linha Lisboa-Oeiras-Cascais – Mafra, Vila Franca de Xira e sobretudo Azambuja – e por quase todos os concelhos da margem sul, à excepção dos mais urbanizados e industrializados de Almada, Setúbal e Barreiro, destacando-se os baixos valores do Indicador em Alcochete, Sesimbra e Moita.

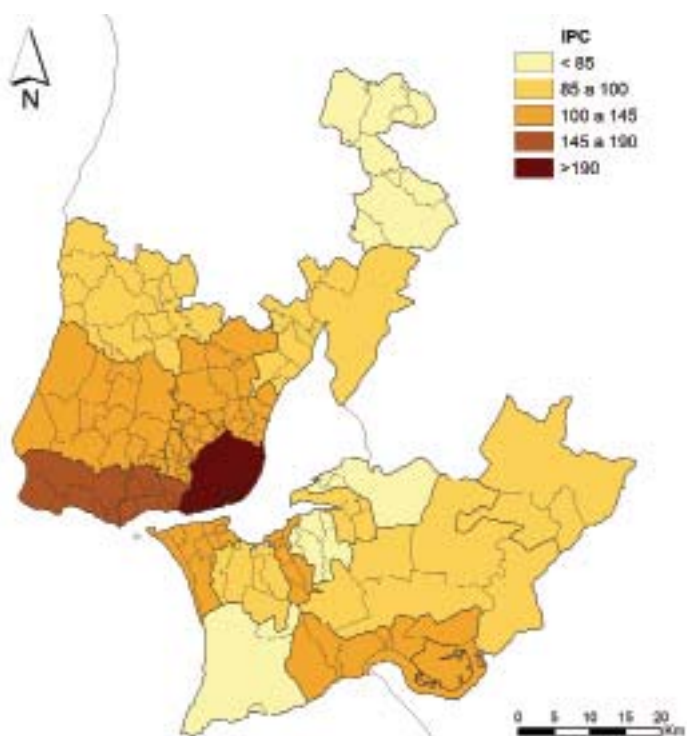


Figura 7.15 - AML: Poder de compra *per capita*, 2004

Fonte: Elaborado a partir de INE, 2004c

7.4. PRIVAÇÃO SOCIOMATERIAL

A pobreza que afecta grupos sociais específicos em resultado dos seus baixos rendimentos caracteriza-se, regra geral, pelo alargamento da carência económica aos domínios social e cultural. Como se referiu anteriormente, situações de pobreza múltipla que afectam espaços sociais e geográficos são frequentemente designadas pelo termo privação (Pringle e outros, 2000).

A privação material múltipla na AML foi avaliada pelo Indicador de Privação Múltipla (IPM), criado a partir de três variáveis censitárias. A selecção das variáveis a integrar no índice composto de privação efectuou-se com base em diferentes critérios: 1. Assunções teóricas e empíricas sobre a capacidade de representar situações de desvantagem social e material na área em estudo; 2. Primazia de medidas de privação real, em detrimento de medidas de privação potencial (Jordan, 2004; McLeone, 2004; Nogueira, 2006); 3. Prioridade a variáveis englobadas em diferentes domínios de privação material; 4. Consideração das correlações existentes entre as variáveis.

Com base nos critérios apontados, seleccionaram-se três variáveis, que se supõem representativas de diferentes facetas da privação (quadro 7.1): taxa de desemprego masculino, percentagem de população no grupo profissional dos trabalhadores não qualificados e percentagem de população residente em alojamentos precários. O cálculo do Indicador, efectuado a partir das variáveis indicadas, recorreu a um processo estatístico de normalização pelo método do “Z-score” e soma das variáveis normalizadas.

7.4.1. Geografia da privação múltipla na Área Metropolitana de Lisboa

A análise do Indicador criado revela que cerca de 23 % da população da AML reside em áreas que podem ser consideradas de baixa privação material. O concelho de menor privação material é Mafra, seguindo-se Oeiras, Sintra e Sesimbra. Em oposição, cerca de 20% da população reside em concelhos identificados pelo seu elevado valor de privação sociomaterial surgindo, por ordem crescente de privação, os concelhos de Almada, Loures e Amadora (quadro 7.1).

A figura 7.16 apresenta a distribuição geográfica do IPM nos concelhos da AML. A análise da figura anterior revela o aumento tendencial da privação material de oeste para este. A norte do Tejo, destaca-se uma área de forte privação material, constituída pelos concelhos da Amadora e Loures, que se prolonga pelo concelho de Lisboa, ainda que com valores de privação mais moderados. Na margem sul, embora o indicador não apresente valores tão elevados como a norte, sobressaem os valores positivos dos concelhos de Almada, Moita e Setúbal. Em oposição a estas áreas de maior privação, surgem os municípios de menor privação, maioritariamente localizados a oeste e noroeste da AML: Mafra, Sintra e Oeiras.

Considerando as freguesias da AML (figura 7.17), destaca-se novamente o aumento tendencial da privação material de oeste para este, com elevados valores do Indicador a ocorrerem em áreas de grande centralidade metropolitana: a norte do Tejo atingem-se valores máximos em freguesias pertencentes a Lisboa (Marvila e Charneca), Amadora (Venda Nova e Alfornelos) e Loures (Prior Velho) e, a sul, em Almada (sobretudo Trafaria). A margem sul, destaque ainda para a mancha de valores elevados formada por freguesias

de Setúbal e de Palmela, que se prolonga pelo concelho do Montijo, embora com valores mais moderados.

No entanto, há diferenças importantes entre as áreas de privação situadas a norte e a sul do Tejo. Refira-se, concretamente, que algumas freguesias distinguidas na margem sul pela sua grande privação sociomaterial surgem classificadas como áreas predominantemente rurais, ou medianamente urbanas, de baixa densidade populacional. Assim, algumas das manchas cartográficas indicativas de elevada privação material, visíveis nos concelhos do Montijo e de Palmela, devem ser cautelosamente interpretadas, uma vez que podem ser consideradas “outliers” visuais. O Noroeste da AML caracteriza-se pelos baixos valores do IPM, correspondendo a situações de menor privação material. Freguesias de Mafra, Sintra, Oeiras e Cascais, a norte do Tejo, revelam baixos valores de IPM, situação que se verifica também a sudoeste, de forma particularmente expressiva no concelho de Sesimbra.

Concelhos	IPM	Pop. Res. (2001)
Mafra	-3,516	54 358
Oeiras	-2,450	162 128
Sintra	-2,220	363 749
Sesimbra	-1,657	37 567
Alcochete	-0,999	13 010
Seixal	-0,977	150 271
V. Franca de Xira	-0,878	122 908
Cascais	-0,130	170 683
Montijo	-0,094	39 168
Palmela	0,298	53 353
Odivelas	0,494	133 847
Barreiro	0,630	79 012
Azambuja	0,769	20 837
Setúbal	1,041	113 934
Moita	1,283	67 449
Lisboa	1,584	564 657
Almada	1,699	160 825
Loures	1,919	199 059
Amadora	3,202	175 872

Quadro 7.1 - Concelhos da AML hierarquizados pelo valor do IPM e população residente em 2001

Com o objectivo de maximizar a capacidade discriminatória da distribuição em análise, e à semelhança do efectuado por Carstairs e Morris (1991) e McLeone (2004), reestruturou-se o IPM, recorrendo-se a um agrupamento em quintis. O quadro 7.2 hierarquiza os concelhos pelo seu IPM, identificando as freguesias englobadas no quintil de maior privação.

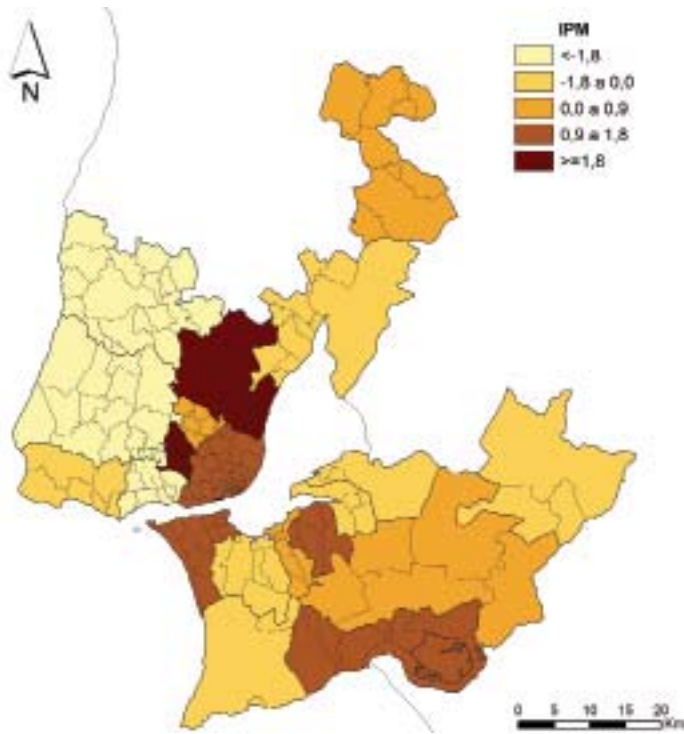


Figura 7.16 - Indicador de Privação Múltipla nos concelhos da AML

Comparando os resultados da análise nos dois níveis considerados, podem realçar-se algumas situações:

- Em concelhos caracterizados por baixos valores do IPM podem existir freguesias de grande privação sociomaterial. É o caso de Oeiras, o segundo concelho de menor privação, que possui a freguesia de Porto Salvo, englobada no quintil de maior privação;
- O concelho da Azambuja, considerado o sétimo de maior privação, não possui qualquer freguesia no quintil de maior privação;
- Setúbal, com quase 55% da sua população em freguesias de grande privação, encontra-se em sexto lugar no “ranking” da privação a nível concelhio;
- O concelho da Amadora, considerado o mais privado (IPM de 3,2), confirma a sua situação de grande fragilidade na análise efectuada para as freguesias: seis das suas onze freguesias, contendo 52% da população do município, encontram-se no quintil de maior privação. Contudo, este concelho evidencia uma situação de grandes contrastes, uma vez que uma das suas freguesias, Alfragide, apresenta o menor valor de IPM, sendo por isso considerada a menos privada das duzentas e dezasseis freguesias da AML.

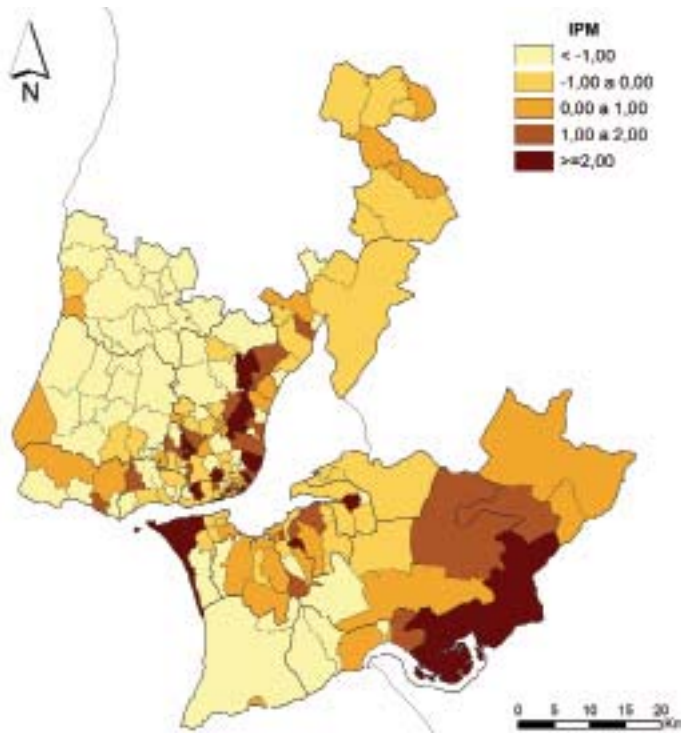


Figura 7.17 - Indicador de Privação Múltipla nas freguesias da AML

Deve ainda fazer-se referência à relação existente entre privação e movimentos populacionais¹³. Na verdade, as freguesias de maior privação são aquelas que apresentam maiores valores de população estrangeira, com o coeficiente de correlação de Pearson entre o IPM e a percentagem de população em famílias com representante de nacionalidade africana (num dos PALOP) a apresentar um valor positivo e muito significativo (0,5). Todavia, os valores de menor privação parecem ser característicos de áreas onde se verifica ainda um certo crescimento populacional, o que vai de encontro ao sugerido na literatura: áreas de crescimento populacional são, *grosso modo*, áreas de entrada de população¹⁴ e áreas de menor privação¹⁵ (Dorling e outros, 2000) (e, muito possivelmente, de melhor

¹³ Ainda que este não seja um objectivo do trabalho, optou-se por efectuar uma breve reflexão sobre a natureza da relação privação/mobilidade populacional, tendo em conta: 1. A estreita e complexa relação teoricamente estabelecida entre estas duas realidades; 2. A relação teoricamente estabelecida entre saúde e mobilidade populacional 3. A importância dos movimentos populacionais na AML.

¹⁴ O coeficiente de correlação entre a variação percentual da população 1991-2001 e a percentagem de população entrada nas freguesias entre 1995 e 2001 apresenta um elevado valor positivo e muito significativo (0,67).

¹⁵ O coeficiente de correlação entre a variação percentual da população 1991 e 2001 e o IPM apresenta um valor negativo que, não sendo muito elevado (-0,16), é estatisticamente muito

saúde). Este aparente paradoxo pode ser resultado da conjugação de diferentes dinâmicas de transformação urbana: uma, mais antiga, que terá tido início nos anos 70, caracterizada por movimentos de retorno e de imigração de origem extracomunidade europeia, sobretudo africana, brasileira e, mais recentemente, do leste europeu; outra, mais recente, caracterizada por migrações residenciais intrametropolitanas, resultantes de processos de descentralização e dispersão (Nel.lo, 2002)¹⁶.

Concelhos (ordem crescente de privação)	Nº total freguesias	Freguesias no quintil de maior privação (ordem crescente de privação)
Mafra	17	
Oeiras	9	Porto Salvo
Sintra	17	
Sesimbra	3	
Alcochete	3	
Seixal	6	
V. Franca de Xira	11	Sobralinho
Cascais	6	
Montijo	8	Afonseiro
Palmela	5	Poceirão; Marateca
Odivelas	7	Pontinha
Barreiro	8	Alto do Seixalinho; Coina
Azambuja	9	
Setúbal	8	Setúbal (S. Sebastião); Sado; Gâmbia-Pontes-Alto da Guerra
Moita	6	Vale da Amoreira
Lisboa	53	Castelo; S. José; Beato; Mercês; Santa Justa; Socorro; Madalena; S. Vicente de Fora; S. Miguel; Santa Catarina; Santo Estêvão; Campolide; Ajuda; São João; Marvila; Charneca
Almada	11	Costa da Caparica; Caparica; Trafaria
Loures	18	Frielas; Unhos; Apelação; Camarate; S. Julião do Tojal; Prior Velho
Amadora	11	Buraca; Falagueira; Mina; Brandoa; Venda Nova; Alfovelos

Quadro 7.2 - Freguesias no quintil de maior privação

significativo. Por outro lado, o coeficiente de correlação entre o IPM e a percentagem de população entrada nas freguesias entre 1995 e 2001 é também negativo e muito significativo (-0,33).

¹⁶ Trata-se de dinâmicas de mutação urbana fundamentalmente distintas. Assim, enquanto a primeira é condicionada principalmente por movimentos associados ao mercado de trabalho e afecta população estrangeira, a segunda decorre sobretudo de movimentos associados ao mercado da habitação, afectando principalmente a população já residente na AML (Nel.lo, 2002).

Este último processo de mutação do espaço urbano, evidenciado pela evolução da população residente entre os dois últimos momentos censitários¹⁷, associado, muitas vezes, ao mercado habitacional, acentua a relação entre privação sociomaterial e movimentos populacionais: na AML, como seria de esperar, indivíduos mais capazes (e mais saudáveis?) procuram viver em áreas mais prósperas (e mais saudáveis?).

7.5. SÍNTESE

As considerações relativas aos indicadores funcionais, demográficos e socioeconómicos utilizados revelam que a AML se constitui como um território diversificado, apesar dos traços que lhe conferem alguma unidade interna e a distinguem do restante território continental e que resultam, sobretudo, da sua intensa urbanização e do seu elevado poder económico. A análise efectuada destaca a existência de fracturas entre áreas mais e menos urbanizadas, de maior e menor poder de compra, de crescimento ou implosão demográfica, de população mais ou menos envelhecida, de maior ou menor privação material. Com base nos indicadores utilizados, parece ser possível estabelecer diferenciações fulcrais entre alguns territórios da AML. Assim, destaca-se claramente um território de maior centralidade metropolitana, caracterizado por uma urbanização consolidada, associada a uma certa vitalidade económica, expressa num elevado poder de compra *per capita*. Este é formado por freguesias quase sempre localizadas a oeste de Lisboa, na linha Lisboa-Oeiras-Cascais, às quais se juntam algumas freguesias da Amadora, Sintra e Odivelas e outras que surgem pontualmente a sul do Tejo, sobretudo nos concelhos de Almada, Seixal e Setúbal. Todavia, esta é também uma área de grandes contrastes, onde coexistem freguesias marcadas pela perda populacional e envelhecimento demográfico, logo, de população potencialmente fragilizada e freguesias de maior vitalidade populacional (crescimento demográfico e população mais jovem). Neste território, sobressai ainda uma vincada oposição entre áreas caracterizadas por situações de grande privação sociomaterial (sobretudo em Lisboa, Amadora e Setúbal) e áreas onde o indicador de privação atinge baixos valores (Oeiras, Cascais, Seixal, Sintra, Odivelas).

O território de maior centralidade dá lugar, a norte, a uma “coroa” que o envolve, constituída por freguesias de crescimento recente e de população mais jovem. Estas freguesias, localizadas preferencialmente no sul dos concelhos da Azambuja, Vila Franca de Xira e, sobretudo, Mafra e Sintra, parecem formar uma área de expansão do território de maior centralidade metropolitana¹⁸. Este território de expansão é também visível a sul do Tejo, embora de forma menos expressiva, integrando aí algumas das freguesias de Almada, Seixal e ainda Sesimbra e Alcochete. É em algumas destas freguesias (segunda coroa) que o IPM atinge os valores mais baixos, destacando-se a menor privação material das freguesias pertencentes a Mafra, Sintra e Sesimbra.

¹⁷ Esta caracteriza-se pela diminuição da população no centro metropolitano (Lisboa e outras áreas de grande centralidade) e aumento em áreas metropolitanas de menor centralidade.

¹⁸ De facto, estas áreas apresentam valores positivos de variação populacional, bem como valores mais elevados de Índice de Dependência de Jovens, sugerindo uma certa vitalidade demográfica.

O restante espaço da AML, formado por freguesias da margem sul do Tejo, sobretudo as dos concelhos de Palmela, Montijo, Moita e Alcochete, conjuntamente com algumas freguesias da margem norte – norte dos concelhos de Mafra, Sintra, Vila Franca de Xira e Azambuja – forma um território de fortes características identitárias e distintivas: maior ruralidade, maior analfabetismo, baixos níveis de instrução, predomínio de ocupações manuais. Algumas das freguesias desta área conhecem elevados valores de privação material, destacando-se as da Azambuja, Vila Franca de Xira, Montijo, Palmela e Moita.

Sendo a saúde e a doença sensíveis às variações sociais, económicas e culturais, é natural que as diferenças reveladas nesta análise se traduzam também por diferenças na saúde das populações.

CAPÍTULO 8

FUNCIONAMENTO COLECTIVO - ORGANIZAÇÃO SOCIAL E FACTORES DE OPORTUNIDADE LOCAL NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

O carácter axiomático da relação entre privação múltipla e saúde não esgota o rol de factores ambientais cuja influência na saúde tem despertado a atenção dos investigadores. Acresce que índices compósitos de privação múltipla, permitindo identificar as áreas mais carenciadas e revelando-se bons indicadores e estimadores de diferentes resultados em saúde, são insuficientes quando se pretende distinguir outros aspectos específicos do ambiente relacionados com a saúde (Stafford e outros, 2005). Assim, várias investigações têm procurado relacionar diferentes indicadores contextuais, para além dos de privação material, com diferentes resultados em saúde. Como foi referido no Capítulo 4, o capital social, as redes sociais, o tipo e a quantidade de crimes praticados e as infra-estruturas locais, designadas genericamente na literatura como “factores de oportunidade local”, são, entre outras, algumas das características ambientais que têm vindo a ser relacionadas com a saúde. Macintyre e outros (2002) referem que uma das actuais tendências no estudo das variações em saúde consiste em conhecer a influência, na saúde individual e colectiva, de um conjunto de factores apontados como característicos do funcionamento colectivo dos lugares/comunidades. Estes estudos de variações em saúde, procurando avaliar o “efeito do colectivo” – enquanto organização social – e o “efeito da proximidade” – enquanto disponibilidade e oferta de oportunidades e recursos necessários à via quotidiana – (Macintyre e outros, 2003) na saúde individual, têm vindo a diversificar a informação que utilizam, baseando-se em indicadores que resultem de observações contextuais, e não apenas da agregação das características dos indivíduos residentes numa dada área.

Apresentam-se, neste capítulo, os resultados do estudo das dimensões do funcionamento colectivo – organização social e estrutura de oportunidades local – na Área Metropolitana de Lisboa.

8.1. AMBIENTE LOCAL NA AML: CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DE DIFERENTES DIMENSÕES

Partindo de um conceito de exposição cumulativa e acesso aos recursos sociomateriais (Macintyre e outros, 2003; Cummins e outros, 2004, 2005), conceptualizaram-se catorze dimensões do ambiente sociomaterial local: 1. Qualidade do ambiente residencial (“indoor”); 2. Qualidade do ambiente “outdoor”; 3. Acesso a produtos alimentares; 4. Desemprego e condições sociais de trabalho; 5. Serviços de saúde; 6. Educação; 7. Apoio social e familiar; 8. Desporto; 9. Lazer e recreação; 10. Recursos locais diversificados; 11. Protecção e segurança; 12. (In)segurança rodoviária; 13. Transportes e acessibilidades; 14. Capital social e coesão social.

A definição das catorze dimensões efectuou-se, como referido anteriormente, por recurso à bibliografia consultada, tendo sido guiada pela preocupação de adaptação à realidade da área em estudo. Pressupõe-se que, subjacentes às dimensões teorizadas, se encontra um conjunto diversificado de factores, de oportunidade (e proximidade) e relativos à organização social das comunidades e lugares, que influenciam a saúde da população, por um processo de exposição cumulativa e acesso a bens e serviços essenciais. Por outro lado, vários autores sublinham a relação existente entre os factores de oportunidade local e da organização social, e a privação sociomaterial das áreas (Sooman e Macintyre, 1995; Macintyre e Ellaway, 1998), cujos efeitos na saúde são sobejamente conhecidos, tendo sido já referidos no Capítulo 4.

Segundo Van Lenthe e outros (2005), o empobrecimento de um lugar faz-se segundo um círculo vicioso, geralmente despoletado pela diminuição do estatuto socioeconómico da área. A diminuição no estatuto socioeconómico inicia, alimenta e intensifica um processo de migração selectiva, caracterizado pela saída de indivíduos de elevado estatuto socioeconómico e entrada de indivíduos carenciados. A maior parte dos novos residentes carenciados escolhe a área como resposta aos seus constrangimentos e não pensa aí permanecer por muito tempo¹. Assim, é natural que estes novos habitantes sejam menos inclinados a cuidar das suas casas e talvez se sintam menos responsáveis por outras características físicas dos lugares onde residem, o que poderá resultar numa certa degradação estrutural. Nestas áreas, talvez seja menos convidativo o investimento em actividades comerciais e em serviços, e algumas das oportunidades aí localizadas podem deixar de existir. Adicionalmente, os níveis de crime podem aumentar (Van Lenthe e outros, 2005).

O quadro 8.1. pretende justificar as catorze dimensões teorizadas para as freguesias da AML. Apesar dos capítulos anteriores suportarem teoricamente a especificação das dimensões em causa, o quadro resume os motivos básicos da sua teorização, apontando alguma bibliografia de apoio à mesma.

As dimensões referidas foram operacionalizadas por um número alargado de variáveis (248), posteriormente reduzido, por intermédio de Análises em Componentes Principais (ACP), a dezanove factores ou componentes principais, englobando um número substancialmente mais restrito de variáveis (82). As componentes, obtidas por tentativas, na

¹ Num estudo efectuado em bairros degradados e de realojamento de Lisboa e Porto, concluiu-se que a maioria dos habitantes encara a sua situação de residência como temporária, o que evidencia um forte desejo de saída da área. Para esse desejo de mobilidade futura contribuem, sobretudo, aspectos relacionados com o contexto ecológico dos espaços de residência (Pereira e outros, 2001).

suposição de que *errando corrigitur error*, foram posteriormente submetidas a uma análise de consistência interna, por intermédio do coeficiente de Cronbach Alpha e do Alpha estandardizado. Seguidamente, apresentam-se alguns resultados da análise estatística efectuada. O leitor mais interessado poderá consultar estes e outros resultados em Nogueira (2006).

Dimensões	Justificação Teórica
Qualidade do ambiente residencial (“indoor”)	<p>As características da habitação influenciam a saúde, de forma directa (protecção/segurança/conforto) e indirecta (“stress” e ansiedade relacionados com fracas condições de habitabilidade) (Brimblecombe e outros, 1999; Macintyre e Ellaway, 2000a; Malmstrom e outros, 2001; Stafford e outros, 2001). Vários estudos relacionam a existência de aquecimento e o tipo de propriedade da casa com a saúde (Ellaway e Macintyre, 1998). Este último indicador tem também sido usado como «proxy» para o capital social (Franzini e Spears, 2003), factor de reconhecida influência na saúde.</p>
Qualidade do ambiente “outdoor”	<p>A qualidade do ambiente físico influencia a saúde, directa e indirectamente. A poluição atmosférica, o ruído, a estética dos lugares, os espaços verdes são, entre outros, alguns dos factores do ambiente físico com consequências na saúde (Samet e White, 2004; Martins e outros, 2004; Wilson e outros, 2004). O estado de limpeza e conservação dos espaços comuns reflecte também a eficácia colectiva de uma comunidade, uma das dimensões do capital social. Espaços degradados e pouco cuidados inibem as experiências espaciais da população e a prática de exercício físico, com consequências na sua saúde (Brownson e outros, 2001; Wheeler, 2004; Clarke, 2005; Van Lenthe e outros, 2005).</p>
Acesso a produtos alimentares	<p>A disponibilidade de alimentos frescos e saudáveis influencia a dieta alimentar, com reflexos na saúde (Macintyre e outros, 1993, 2002; Cummins e outros, 2005). Verifica-se também que a proximidade destes produtos, potenciando deslocacões efectuadas a pé e de bicicleta, pode influenciar a actividade física da população (Van Lenthe e outros, 2005), logo, a sua saúde.</p>
Recursos locais diversificados	<p>Dificuldades no desenvolvimento de actividades quotidianas, como ir a um banco ou a uma loja dos correios, geram “stress” e têm efeitos negativos na saúde (Cummins e outros, 2005). A proximidade dos equipamentos e serviços, convidativa e facilitadora de uma procura efectuada a pé ou de bicicleta, pode ser determinante nos níveis de actividade física dos indivíduos (Van Lenthe e outros, 2005). Por outro lado, a disponibilidade de determinados artigos – como os desportivos, por exemplo – pode indiciar uma maior procura, reflexo, por sua vez, da maior actividade física da população aí residente.</p>
Desemprego e condições sociais de trabalho	<p>O desemprego e a instabilidade profissional geram instabilidade emocional e “stress”, com efeitos negativos na saúde (Ferrie e outros, 2005). Os efeitos maximizam-se para o desemprego de longa duração (Siegrist, 2000; Theorell, 2000). Acresce que a diminuição dos rendimentos, associada ao desemprego, limita o acesso a bens e serviços de qualidade, com impacte na saúde. Da mesma forma, indivíduos que dependem de pensões e de outras prestações sociais têm maior probabilidade de se encontrarem em situações de pobreza e privação do que aqueles que dependem de salários (Cardoso e outros, 2001), o que pode ter consequências nos níveis de saúde.</p>

Dimensões	Justificação Teórica
Serviços de saúde	<p>Os serviços de saúde e os recursos humanos e materiais da saúde têm forte impacto no estado de saúde das populações (Santana, 1995; Veugelers e Yip, 2003). A oferta (quantidade, qualidade e especificidade), a acessibilidade (geográfica, organizacional, cultural, etc.) e a utilização dos cuidados de saúde diminuem nos lugares mais pobres e segregados, ocupados por populações com maiores necessidades destes cuidados (Law e outros, 2005).</p>
Educação	<p>A educação é uma das necessidades básicas do homem (Macintyre e outros, 2002) e um dos principais vectores do complexo processo de socialização dos seres humanos (Singh-Manoux e Marmot, 2005). Equipamentos escolares de qualidade maximizam processos de aprendizagem, modelam comportamentos e características psicossociais (actuais e futuros), com impactes na saúde. Verifica-se que a proximidade dos estabelecimentos escolares facilita o quotidiano das famílias, com reflexo nos níveis de “stress” e ansiedade, podendo associar-se também a maiores níveis de segurança nos percursos. Refira-se, ainda, que as escolas podem ser motores de participação social e de educação para a saúde, uma vez que se trata de instituições com particular capacidade de mobilização de diferentes sectores da sociedade (Fitzpatrick e LaGory, 2000).</p>
Apoio social e familiar	<p>A disponibilidade de equipamentos sociais de suporte familiar, facilitando a vida das famílias (Cardoso e outros, 2001), adquire grande importância tanto no bem-estar e saúde dos indivíduos dependentes (sobretudo crianças e idosos), como no bem-estar e saúde dos restantes membros das famílias/comunidades. Alguns autores sugerem que estes serviços parecem inter-relacionar-se com o capital e a coesão sociais, dos quais podem ser, simultaneamente, causa e consequência (Marmot e Wilkinson, 2001). De facto, níveis elevados de capital e coesão sociais poderão reflectir-se num aumento da oferta deste tipo de serviços que, por sua vez, poderão também contribuir para aumentar o capital e coesão sociais.</p>
Equipamentos desportivos	<p>A existência de infra-estruturas desportivas e de espaços vocacionados para a prática de exercício físico é um dos determinantes ambientais da actividade física, podendo estimulá-la ou inibi-la, com impacte na saúde (Giles-Corti e Donovan, 2002; Parks e outros, 2003; Van Lenthe e outros, 2005). Alguns autores referem que a simples percepção da proximidade dos equipamentos apresenta uma correlação positiva com a probabilidade de se ser fisicamente activo (Brownson e outros, 2001).</p>
Lazer e recreação	<p>Os equipamentos de lazer e recreação fazem parte da “estrutura de oportunidades” dos lugares (Raphael e outros, 2001). Uma das condições humanas para o desenvolvimento de uma vida saudável é a necessidade de recreação social e cultural (Macintyre e outros, 2002) e a disponibilidade destes equipamentos é uma das características ambientais com relevância para a saúde (Van Lenthe e outros, 2005).</p>
(In)segurança rodoviária	<p>Áreas de elevada sinistralidade são uma ameaça à saúde, tanto directamente, pela possibilidade de lesões físicas, como indirectamente, inibindo, por exemplo, passeios e caminhadas (Morrison e outros, 2003). A insegurança rodoviária inibe, em particular, as experiências geográficas e físicas das crianças (Collins e Kearns, 2005), com consequências no seu desenvolvimento actual e nos níveis futuros de saúde.</p>

Dimensões	Justificação Teórica
Protecção e segurança	<p>Um ambiente hostil, de elevada criminalidade, ameaça a saúde física e mental (Macintyre, 1999b; Young e outros, 2004). A simples percepção da insegurança tem um efeito negativo na saúde, aumentando o “stress”, inibindo a prática de actividades físicas ao ar livre, como caminhar e andar de bicicleta (Van Lenthe e outros, 2005). Sentimentos de insegurança reduzem a frequência e a intensidade dos contactos e conduzem à adopção de estratégias de isolamento por parte daqueles que se sentem inseguros (Ferreira, E. 2003). O nível de criminalidade tem também sido usado como “proxy” para o capital social, cujos efeitos na saúde têm sido comprovados em inúmeros estudos (Franzini e Spears, 2005). Por outro lado, vários autores têm concluído pela existência de relações positivas e significativas entre os níveis de crime e a privação material dos lugares (Shaw e outros, 2005).</p>
Transportes e acessibilidades	<p>A promoção da acessibilidade às oportunidades poderá ter um impacto positivo na saúde (Barton e outros, 2003b; Jordan e outros, 2004). A acessibilidade deve ser uma das questões-base do planeamento e a sua melhoria passa, entre outros aspectos, pela criação de um ambiente que incentive deslocações a pé e de bicicleta (proximidade de lojas, existência de passeios, passadeiras, pistas de ciclistas, conectividade das ruas) e pelo incentivo à utilização do transporte público. A dependência e a sobreutilização do transporte privado, avaliadas, por exemplo, pela sua disponibilidade e utilização, podem ter efeitos negativos na saúde, resultado da maior sinistralidade e maior poluição (atmosférica/sonora) das áreas com maior número de veículos (Balfour e Kaplan, 2002; Wilson e outros, 2004) e maior “stress” e sedentarismo das suas populações.</p>
Capital social e coesão social	<p>A organização, as redes e o suporte social têm efeitos na saúde. Vários estudos concluem que o capital e a coesão sociais, avaliados, por exemplo, pela eficácia colectiva, pela confiança mútua dos residentes de uma mesma área, pela participação em organizações voluntárias, pela participação e clima políticos e pela religiosidade, entre outros aspectos, têm um forte impacto na saúde e nos comportamentos relacionados com a saúde. Pertença, identidade, confiança, reciprocidade são sentimentos resultantes da organização social dos lugares e comunidades, cuja influência na saúde tem sido comprovada em vários estudos (Kaplan, 1996; Kawachi e outros, 1997, 1999a, 1999b; Koenig e outros, 1999; Helm e outros, 2000; Stafford e outros, 2001; Cohen e outros, 2003; Abbotts e outros, 2004; Skrabski e outros, 2004; Edmondson e outros, 2005).</p>

Quadro 8.1 - Dimensões do ambiente local consideradas e razões da sua teorização

8.1.1. O ambiente “outdoor”

À dimensão do ambiente “outdoor” foram inicialmente atribuídas vinte e sete variáveis, desagregadas ao nível da freguesia. A realização da ACP permitiu reduzir a informação inicial a uma componente principal, formada pelas variáveis apresentadas no quadro 8.2. A componente do ambiente “outdoor” apresenta uma variância associada próxima de 48%, o que significa que o factor explica 48% da informação contida nas seis variáveis que o constituem. Os elevados valores dos coeficientes Alpha relevam a consistência do factor e a sua unidimensionalidade, permitindo supor que este representa adequadamente a dimensão em causa.

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes da Componente	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
Ambiente "outdoor"	0,53 / 0,79	Cobertura da rede pública de água (%)	0,66	48,34	15,01
		Cobertura da rede pública de águas residuais (%)	0,63		13,80
		Cobertura do sistema de recolha de lixos (%)	0,66		14,89
		Frequência da recolha de lixos (vezes por semana)	0,77		20,43
		Cobertura do sistema de recolha de monstros (%)	0,71		17,38
		Frequência da recolha de monstros (vezes por mês)	0,73		18,50

Quadro 8.2 - Dimensão do ambiente "outdoor"
(variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

A representação cartográfica dos "scores" (figura 8.1), efectuada pelo método dos quantis, coloca em evidência as semelhanças ou contrastes entre freguesias, face à combinação de variáveis definidas pelo factor. Verifica-se que o quartil inferior da componente, caracterizando freguesias de maior precariedade, assinala sobretudo áreas menos urbanizadas. Destaca-se o concelho da Azambuja, caracterizado na sua totalidade pelo quartil inferior da componente, Sintra (18% das freguesias e 7% da população), Montijo (89% das freguesias e 41 % da população) e Palmela (60% das freguesias e 30% da população). Porém, concelhos de forte urbanização apresentam também situações de alguma fragilidade. Isto acontece, nomeadamente, em Lisboa (13% das freguesias do concelho, englobando 10% da sua população), Cascais (50% das freguesias, com 64% da população concelhia) e, de forma mais expressiva, em Setúbal (63% das freguesias do concelho, atingindo 77% da sua população). Trata-se de áreas onde a cobertura das redes de água, de águas residuais e de recolha de lixos é menor, bem como a frequência com que os lixos são recolhidos. Opõem-se a estas áreas algumas freguesias pertencentes aos concelhos de Oeiras, Amadora, Loures, Alcochete, Moita, Seixal e Vila Franca de Xira (neste último, apenas a sede do concelho), onde a componente adquire maior expressividade (quartil superior), indicativa da maior cobertura das redes em questão e da maior frequência dos sistemas de recolha de lixos considerados.

Apesar da figura sublinhar, genericamente, uma oposição entre áreas mais e menos urbanizadas, devem assinalar-se algumas excepções a esse padrão, nomeadamente as verificadas em Lisboa, Cascais e Setúbal. De facto, atendendo às elevadas densidades populacionais destas áreas, a debilidade registada ao nível das infra-estruturas e equipamentos sanitários pode representar, na realidade, uma situação de extrema fragilidade ambiental de alguns lugares, para alguns grupos populacionais neles residentes.

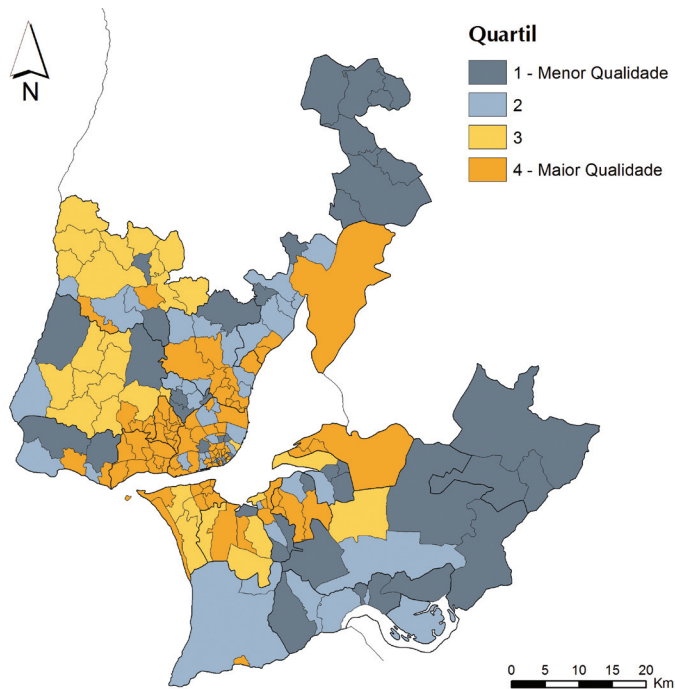


Figura 8.1 - AML: Qualidade do ambiente “outdoor”

8.1.2. O ambiente “indoor”

A dimensão do ambiente “indoor” foi inicialmente expressa por vinte e nove variáveis, desagregadas ao nível dos concelhos e freguesias da AML. Este conjunto de informação foi submetido a duas ACP, conducentes à extracção de dois factores. A repetição do procedimento estatístico e a extracção de duas componentes justifica-se pela bidimensionalidade da informação inicial. Um primeiro factor, relativo às condições básicas dos alojamentos, é formado por cinco variáveis e apresenta uma elevada percentagem de variância associada (quadro 8.3.). Os valores muito elevados dos coeficientes de Cronbach Alpha e Alpha estandardizado atestam a sua consistência interna e a sua capacidade de medir a dimensão ambiental latente.

Um segundo factor, alusivo ao estado de conservação e conforto dos alojamentos, formado por três variáveis, apresenta também elevada variância associada e elevados valores das saturações. Os valores dos coeficientes Alpha validam o factor extraído e a sua capacidade de medir a dimensão ambiental proposta.

A figura 8.2 mostra a distribuição espacial das coordenadas do factor “Precariedade dos alojamentos – falta de condições básicas”, revelando que a maioria das freguesias de Oeiras, Cascais e Seixal, seguindo-se as da Amadora, Barreiro e Lisboa, se caracteriza pelo quartil inferior da componente, ou seja, por percentagens tendencialmente baixas de alojamentos desprovidos de água, electricidade, esgotos, retrete e banho.

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes das Componentes	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
Ambiente residencial (“indoor”)	0,78 / 0,92	Alojamentos sem electricidade (%)	0,84		18,78
		Alojamentos sem água (%)	0,96		24,14
		Alojamentos sem retrete (%)	0,86	76,04	19,58
		Alojamentos sem esgotos (%)	0,94		23,49
	0,72 / 0,79	Alojamentos sem banho/duche (%)	0,73		14,02
		Alojamentos sem aquecimento (%)	0,75		26,97
		Edifícios necessitados de grandes reparações/muito degradados (%)	0,91	70,26	38,93
		Alojamentos arrendados em edifícios anteriores a 1970 (%)	0,85		34,11

Quadro 8.3 - Dimensão do ambiente “indoor”
(variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

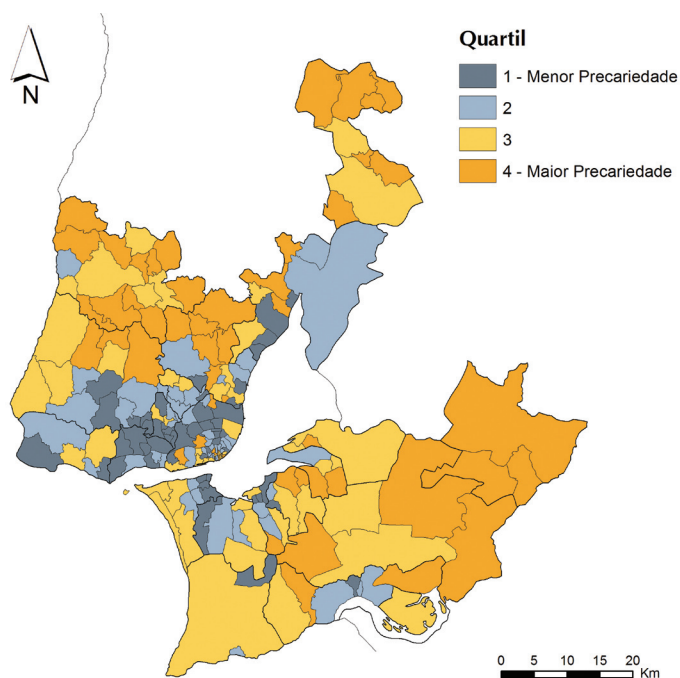


Figura 8.2 - AML: Precariedade dos alojamentos (falta de condições básicas)

Em oposição, o quartil superior destaca todo o concelho do Montijo, a maior parte das freguesias dos concelhos de Palmela (60% das freguesias, com 30% da população do concelho), Azambuja (78% das freguesias do concelho, contendo 44% da sua população), Mafra (65% das freguesias, com 42% da população) e ainda algumas freguesias de Sintra (18% das freguesias do concelho, mas apenas 5% da sua população) e Loures (39% das freguesias do concelho e 14% da sua população), como áreas onde a componente adquire maior relevância, traduzida, no caso concreto, pela maior percentagem de alojamentos com fracas condições de habitabilidade.

A figura parece assinalar, novamente, uma assimetria entre áreas mais e menos urbanizadas, com as primeiras a possuírem alojamentos com melhores condições de habitabilidade. Porém, refira-se que o quartil superior da componente surge também em algumas áreas de intensa urbanização; para além de algumas das freguesias já mencionadas, destaca-se a elevada percentagem de alojamentos com fracas condições de habitabilidade no concelho de Lisboa (17% das freguesias, englobando 10% da população concelhia).

Relativamente ao factor estado de conservação e conforto dos alojamentos, a figura 8.3 destaca claramente a maior expressividade da componente, indicativa de maior precariedade dos alojamentos, nos concelhos de Lisboa e Almada.

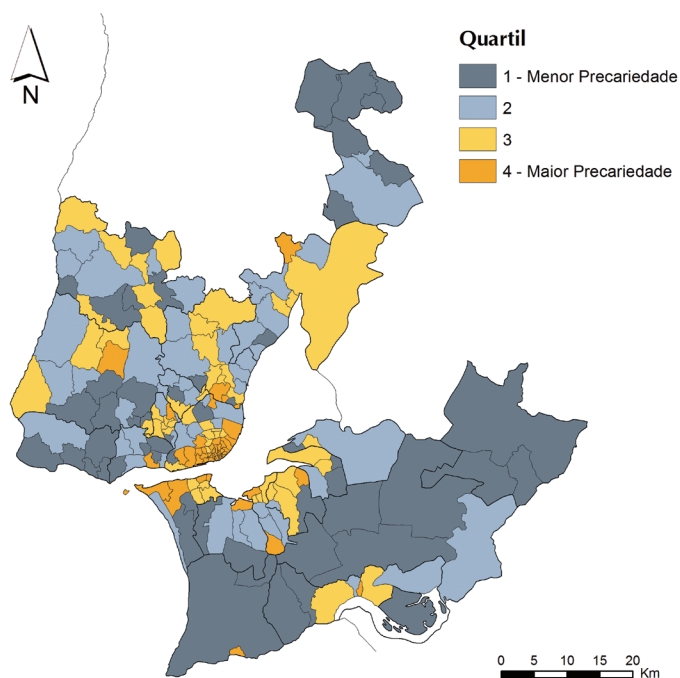


Figura 8.3 - AML: Precariedade residencial (estado de conservação e conforto dos alojamentos)

Em Lisboa, trinta e sete freguesias pertencem ao quartil superior da componente, correspondendo a 70% do total de freguesias do concelho e a 49% da sua população; em

Almada, pertencem a este quartil 36% das freguesias, com 32% da população concelhia. Segue-se o concelho de Loures, com 17% das freguesias e 19 % da população em situação de grande fragilidade residencial, e o Barreiro, onde o quartil superior surge em 25% das freguesias, atingindo 13% da população. Pontualmente, surgem outras freguesias caracterizadas pela maior expressividade da componente, como Cachoeiras (Vila Franca de Xira), Pêro Pinheiro (Sintra), Brandoa (Amadora), Santiago (Sesimbra), Sarilhos Pequenos (Moita), Seixal (Seixal) e Santa Maria da Graça (Setúbal).

Em oposição, a maioria da área metropolitana apresenta baixos valores da componente, com extensas áreas a serem caracterizadas pelo seu quartil inferior, o que reflecte não só o seu crescimento recente e a juventude do seu parque edificado, mas também, em alguns casos, a reabilitação e o rejuvenescimento que alguns espaços têm sofrido, bem como as condições de conforto dos alojamentos.

8.1.3. Desporto

A dimensão do desporto, operacionalizada por quinze variáveis, foi reduzida a um factor constituído por cinco variáveis, assinalando a importância da disponibilidade absoluta de equipamentos desportivos. A opção entre a utilização de valores absolutos ou relativos foi ponderada atendendo à relação entre o nível de desagregação da informação e a área de influência dos equipamentos².

A componente extraída consegue reter 48% da informação contida nas cinco variáveis que a compõem (quadro 8.4.). O elevado valor dos coeficientes Alpha releva a sua consistência interna e a sua capacidade de medição da dimensão ambiental em causa.

A figura 8.4 apresenta as coordenadas ou “scores” factoriais desta componente.

Sublinhando a maior fragilidade da componente, distinguem-se sobretudo áreas menos urbanizadas, pertencentes aos concelhos de Mafra (47% das freguesias e 21% da população do concelho), Azambuja (33% das freguesias e 12% da população) e Montijo (75% das freguesias, com 32% da população concelhia). Porém, o quartil inferior da componente surge também em várias freguesias fortemente urbanizadas, como as de Lisboa (42% do total das freguesias do concelho e 24% da sua população), Loures (22% das freguesias, mas contendo apenas 12% da população) e Amadora (duas freguesias, Falagueira e Mina, com 19% da população concelhia). Trata-se de freguesias caracterizadas pela fraca disponibilidade de infra-estruturas e equipamentos desportivos, sendo algumas completamente desprovidas destes equipamentos.

Em oposição, o quartil superior destaca freguesias caracterizadas pela maior disponibilidade de equipamentos desportivos. Estas são, sobretudo, as sedes dos concelhos, mesmo dos mais rurais, como Montijo, Mafra e Vila Franca de Xira. Destaque ainda para

² Esta questão surgiu em relação a todas as variáveis referentes à disponibilidade de equipamentos ou serviços. Utilizaram-se valores absolutos quando se considerou que a área de influência dos equipamentos ultrapassava os limites para os quais os dados estavam disponíveis, o que aconteceu, por exemplo, com os equipamentos desportivos, de lazer e escolares. Pelo contrário, quando a área de influência se encontra limitada às fronteiras administrativas para as quais os dados estão disponíveis, preferiu-se a utilização dos valores relativos, ponderados em função da população da área.

os concelhos de Sintra, Seixal e Sesimbra e para o eixo Cascais-Oeiras, caracterizado por um *continuum* de elevada disponibilidade dos equipamentos em causa.

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes da Componente	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
Desporto	0,68/ 0,73	Piscinas cobertas	0,72	48,35	21,15
		Pavilhões desportivos	0,72		21,31
		Ginásios	0,73		21,85
		Campos golfe, ténis e centros de equitação	0,72		21,37
		Pistas de atletismo, circ. manutenção e ringues de patinagem/"skate"	0,59		14,31

Quadro 8.4 - Dimensão do desporto
(variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

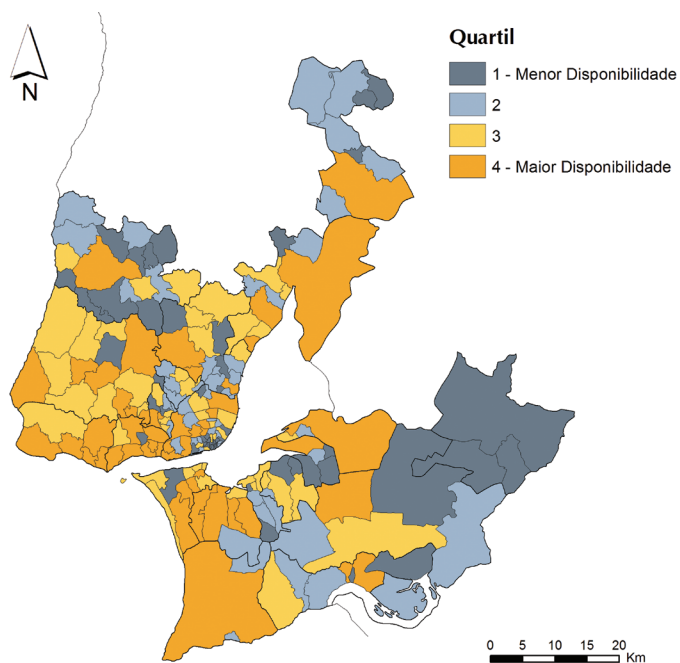


Figura 8.4 - AML: Disponibilidade de equipamentos desportivos

8.1.4. Lazer e recreação

Na dimensão do lazer e recreação foram consideradas dez variáveis, relacionadas com as despesas das autarquias e com alguns equipamentos e infra-estruturas de lazer. A realização da ACP permitiu extrair uma componente, formada por quatro variáveis (quadro 8.5), verificando-se que, embora a variância associada não seja muito elevada, o factor é ainda dotado de uma certa unidade, visível nos valores dos Coeficiente Alpha e nas fortes saturações das variáveis.

Dimensão	Coefficiente de Cron-bach Alpha / Alpha Estandar-dizado	Variáveis constituintes da Componente	Saturações	Variância associa-da (%)	Contri-buições
Lazer & recreação	0,47 / 0,56	Salas de espectáculos e conferências	0,66	43,52	24,82
		Écrans de cinema	0,55		17,29
		Recinto aberto para espec-táculos	0,75		32,27
		Parques infantis	0,67		25,62

Quadro 8.5 - Dimensão do lazer e recreação
(variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

Fonte: elaboração própria

Na distribuição geográfica dos “scores” da componente do lazer e recreação (figura 8.5), destaca-se a predominância da componente, representativa da elevada disponibilidade dos equipamentos em questão, em algumas freguesias de Lisboa (Santa Maria de Belém, Nossa Senhora de Fátima, Santa Maria dos Olivais, Marvila, São Sebastião da Pedreira e Benfica, entre outras), Oeiras, Loures, Odivelas e Setúbal. Todavia, alguns concelhos menos urbanizados apresentam também áreas de elevada disponibilidade de equipamentos de lazer e recreação, correspondendo, regra geral, às suas sedes: Mafra, Montijo, Alcochete e ainda Amora (Seixal), Alhandra (Vila Franca de Xira) e Alcoentre (Azambuja).

De forma contrastante, a componente revela fraca expressividade (quartil inferior) em áreas de menor urbanização, destacando-se os concelhos de Mafra (47% das freguesias, englobando 28% da população concelhia), Azambuja (33% das freguesias, mas somente 15% da população), Montijo (63% das freguesias, correspondendo a 24% da população), Alcochete (67% das freguesias, com 30% da população concelhia) e Moita (33% das freguesias, englobando 37% da população). Todavia, refira-se que concelhos fortemente urbanizados, de elevada densidade populacional, possuem também freguesias onde os equipamentos vocacionados para o lazer são escassos ou mesmo inexistentes. Assinale-se, nomeadamente, o caso de Lisboa, onde o quartil inferior é visível em 38% das freguesias, que correspondem a cerca de 24% da população concelhia e ainda Loures (17% das freguesias, embora apenas 10% da população), Amadora (18% das freguesias, englobando 15% da população), Oeiras (22% das freguesias e 19% da população) e Sintra (12% das freguesias, correspondendo a 10% da população).

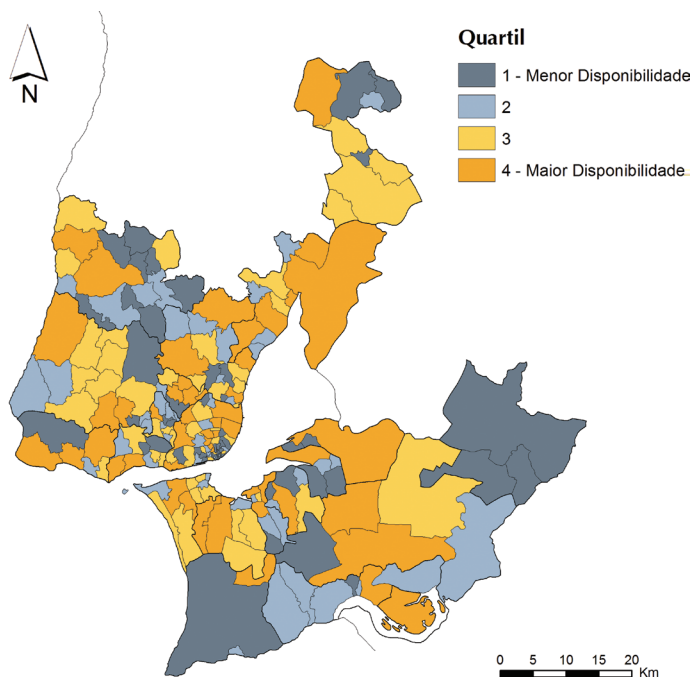


Figura 8.5 - AML: Disponibilidade de equipamentos de lazer e recreação

8.1.5. Protecção e segurança

Na dimensão da protecção e segurança consideraram-se vinte e quatro variáveis, relacionadas com o policiamento e a ocorrência de crimes na área em estudo, maioritariamente desagregadas a nível concelhio³. A realização da ACP permitiu considerar um factor composto por seis variáveis, de elevada variância associada e elevados valores dos coeficientes Alpha (quadro 8.6).

O estudo geográfico da dimensão da protecção e segurança, efectuado a nível concelhio, é apresentado na figura 8.6. Nesta, destacam-se claramente os concelhos urbanos de Lisboa e Setúbal, onde o quartil superior da componente revela elevados níveis dos crimes considerados. Em oposição, a componente mostra fraca expressividade (quartil inferior) nos concelhos de Vila Franca de Xira, Azambuja, Sintra e ainda, na margem Sul, Seixal, Barreiro e Moita, revelando áreas mais seguras, onde a ocorrência de crimes atinge os valores mais baixos. A maior ocorrência de crimes nas áreas de maior urbanização pode ser compreendida pela sua capacidade de atrair população. De facto, a população que diariamente afluí e circula nas áreas mais intensamente urbanizadas ultrapassa a população nelas residente, o que certamente contribui para o padrão encontrado.

³ Trata-se de informação cedida pelo Ministério da Administração Interna, Gabinete Coordenador de Segurança, cuja confidencialidade inviabilizou um maior nível de desagregação espacial.

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes da Componente	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
Protecção e segurança	0,61 / 0,92	Crimes contra as pessoas/1000 hab.	0,89	75,13	17,38
		Crimes contra o património/1000 hab.	0,89		17,60
		Crimes contra a vida em sociedade/1000 hab.	0,71		11,24
		Crimes contra o Estado/1000 hab.	0,88		17,24
		Crimes previstos em legislação penal avulsa/1000 hab.	0,91		18,57
		Furto em veículos/1000 hab.	0,90		17,98

Quadro 8.6 - Dimensão da protecção e segurança
(variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

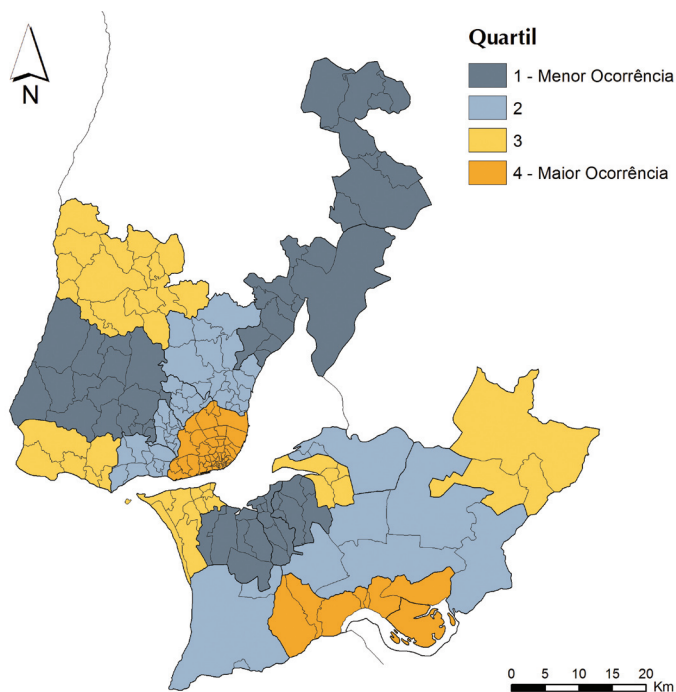


Figura 8.6 - AML: Ocorrência de crime

8.1.6. (In)segurança rodoviária

A dimensão da insegurança rodoviária, inicialmente operacionalizada por dezasseis variáveis, foi reduzida a uma componente formada por três variáveis (quadro 8.7). Esta componente, de elevada variância associada (cerca de 65%), possui fortes correlações com o conjunto das variáveis que a integram. O valor dos coeficientes Alpha, sobretudo do Alpha estandardizado, atesta a consistência interna do factor e a sua capacidade de medir a dimensão ambiental latente.

A figura 8.7 apresenta, em simultâneo, a distribuição espacial da componente da (in) segurança rodoviária e parte da rede viária nacional, destacando-se visivelmente as áreas de maior expressividade da componente (quartil superior), caracterizadas pelo elevado número de mortos e feridos, graves e ligeiros, em acidentes rodoviários. A mais extensa destas áreas, a sul do Tejo, é formada por freguesias do Montijo, Palmela e Setúbal, prolongando-se pelos concelhos do Barreiro e de Alcochete. Observando a rede viária principal, verifica-se que esta é uma área dotada de estradas de alta velocidade, como são as de ligação ao Algarve, destacando-se o IC13, o IP1 (A12), a A2, a A13 e o IC21. Assinale-se, ainda, a existência de várias estradas nacionais que, pela topografia da área, são também estradas onde se atingem altas velocidades. A norte do Tejo, sobressai a maior expressividade da componente na linha Vila Franca-Azambuja, também ela atravessada por um eixo rodoviário principal (A1) e no concelho de Loures, atravessado pela A9 (IC18), A8 (IC1) (freguesias de Bucelas e Lousa) e ainda pela A1 (Sacavém) e IC2. Destaque, ainda, para a elevada insegurança rodoviária verificada em algumas freguesias do concelho de Mafra, atravessadas apenas por estradas nacionais, de Sintra, onde às estradas nacionais se junta o IC19 (São Pedro de Penaferrim) e de Lisboa.

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandardizado	Variáveis constituintes da Componente	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
(In)segurança rodoviária	0,51 / 0,70	Número de mortos em acidentes rodoviários /1000 habitantes	0,53		14,57
		Número de feridos graves em acidentes rodoviários /1000 habitantes	0,88	64,63	40,35
		Número de feridos ligeiros em acidentes rodoviários/1000 habitantes	0,93		45,08

Quadro 8.7 - Dimensão da (in)segurança rodoviária
(variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

Opõem-se às áreas anteriores algumas freguesias dos concelhos da Azambuja, Odivelas, Amadora, Lisboa e, a sul do Tejo, Almada, Moita e Seixal, caracterizadas pelo quartil inferior da componente, indicativo da menor relevância das variáveis em causa, logo, de uma situação de maior segurança rodoviária.

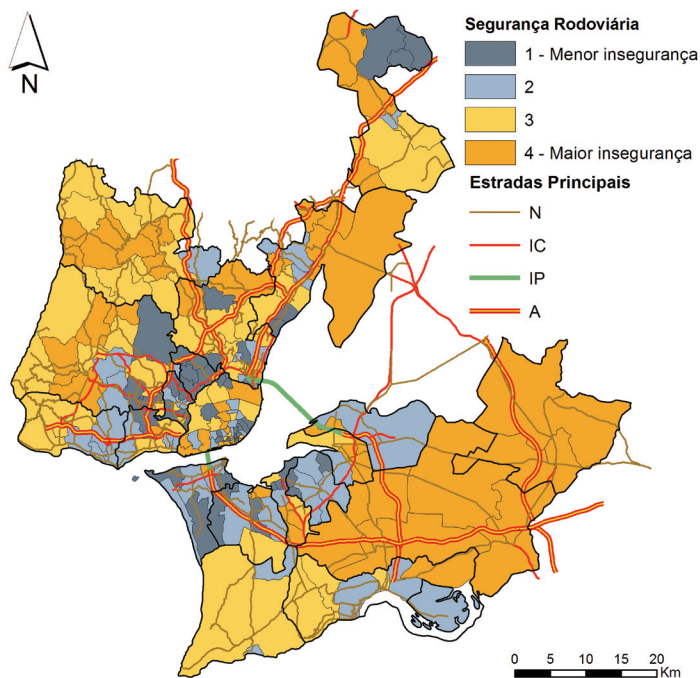


Figura 8.7 - AML: Insegurança rodoviária e rede viária principal.

8.1.7. Desemprego e condições sociais de trabalho

A dimensão do desemprego e condições sociais de trabalho, à qual foram inicialmente atribuídas seis variáveis, foi reduzida a uma componente formada por quatro variáveis. A análise dos valores constantes do quadro 8.8 mostra que a componente possui uma variância associada de quase 60%, as saturações das variáveis são, em geral, elevadas, bem como os valores dos coeficientes Alpha, o que sugere a formação de um factor de elevada consistência interna.

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes da Componente	Saturações (%)	Variância associada (%)	Contribuições
Desemprego e condições sociais de trabalho	0,62 / 0,76	Taxa de desemprego	0,93	59,17	36,55
		População com 15 e mais anos, que procura emprego há 12 ou mais meses (%)	0,80		26,90
		População com 15 ou mais anos, com subsídio de desemprego (%)	0,73	22,66	
		População com 15 ou mais anos, que recebe RMG (%)	0,57	13,88	

Quadro 8.8 - Dimensão do desemprego e condições sociais de trabalho (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

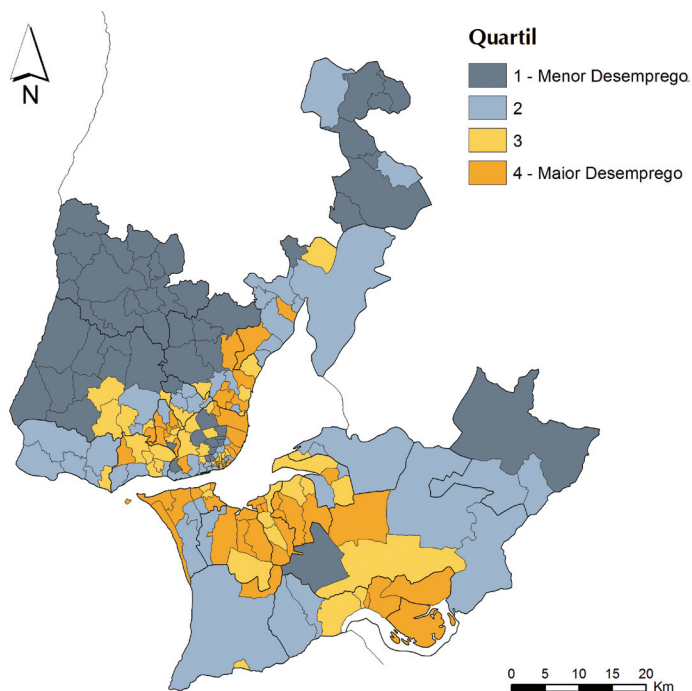


Figura 8.8 - AML: Desemprego e fragilidade nas condições sociais de trabalho

A geografia dos “scores” factoriais da dimensão do desemprego e condições sociais de trabalho mostra que a componente adquire maior relevância em áreas bem delimitadas (figura 8.8). O quartil superior da componente destaca a precariedade – elevados valores de desemprego, inclusive de longa duração e de população que aufer de subsídio de desemprego e de RMG – de algumas freguesias da margem Sul, pertencentes sobretudo aos concelhos de Setúbal (50% das freguesias e 59% da população), Moita (maior precariedade para 67% das freguesias e 99% da população do concelho), Barreiro (63% das freguesias e 68% da população), Almada (55% das freguesias e 45% da população em situação de máxima precariedade) e Seixal (67% das freguesias e 62% da população). A maioria destes concelhos é caracterizada por processos de desindustrialização⁴, mais ou menos recentes, ou afectada por estes, o que justifica o padrão apresentado. A norte, é possível assinalar a maior fragilidade de algumas áreas, pertencentes principalmente a Lisboa (19% das freguesias e 22% da população), Loures (precariedade máxima para 33% das freguesias e 36% da população) e, sobretudo, à Amadora, concelho onde mais de metade das freguesias se encontra na classe formada pelo quartil superior da componente (55% das freguesias e 57% da população concelhia). Em contraste, a restante área metropolitana apresenta baixos valores da componente, que ganham expressão, sobretudo a norte do Tejo, nos concelhos de Mafra, Sintra e Azambuja.

⁴ A importância destes processos na evolução do território em estudo tem sido assinalada por outros autores, como, por exemplo, Ferreira, V. (2003).

8.1.8. Transportes e acessibilidades

Na dimensão dos transportes e acessibilidades, inicialmente expressa por um conjunto de vinte e quatro variáveis, extraíram-se dois factores, um mais relacionado com a disponibilidade de transporte, sobretudo privado e outro relativo à acessibilidade ao transporte público e uso do transporte privado. O factor relativo à disponibilidade de transporte, formado por quatro variáveis, apresenta uma variância associada de quase 94%, revelando a sua capacidade de retenção da informação contida nas variáveis que o constituem (quadro 8.9). Os valores dos coeficientes Alpha, sobretudo do Alpha estandardizado, atestam a consistência interna do factor e a sua capacidade de medir a dimensão ambiental proposta.

No factor relativo à acessibilidade ao transporte público e uso do transporte privado, formado por três variáveis, a variância associada apresenta também um valor elevado, embora mais baixo que no caso anterior. Os coeficientes Alpha, mais baixos que na maioria dos factores já apresentados, atestam ainda a consistência interna do factor, permitindo depositar bastante confiança na sua capacidade de medir a dimensão ambiental latente.

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes das Componentes	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
Transportes e acessibilidades	0,72 / 0,98	Veículos ligeiros de passageiros vendidos em 2001/1000 habitantes	0,99	93,74	26,06
		Táxis /1000 habitantes	0,93		23,30
		Ambulâncias ligeiras	0,97		24,89
	0,55 / 0,55	Imposto Municipal sobre veículos em 2001/1000 habitantes	0,98	25,76	
		Distância à sede do concelho em transporte colectivo (minutos)	0,66	27,49	
		Distância à sede do distrito em transporte colectivo (minutos)	0,80	52,84	40,82
		Pop. empregada/estudante que utiliza o transporte privado no trajecto para o local de trabalho ou estudo (%)	0,71	31,69	

Quadro 8.9 - Dimensão dos transportes e acessibilidades (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

A figura 8.9 mostra a distribuição espacial das coordenadas do factor da disponibilidade de transporte, a nível concelhio. A figura destaca claramente uma oposição norte-sul e centro-periferia; a maior expressividade da componente (quartil superior), logo, maior disponibilidade de transporte, sobretudo privado, surge no concelho de Lisboa, permanecendo

elevada nos concelhos limítrofes, e fortemente urbanizados, de Oeiras, Cascais, Amadora, Odivelas e Loures. Opõem-se a estas áreas alguns concelhos de maior ruralidade, caracterizados pela menor disponibilidade de transporte, como Mafra e Azambuja, a norte; a sul do Tejo domina a menor expressividade da componente (quartis inferiores), com mínimos em Palmela, Alcochete, Sesimbra, Moita, Barreiro e Seixal.

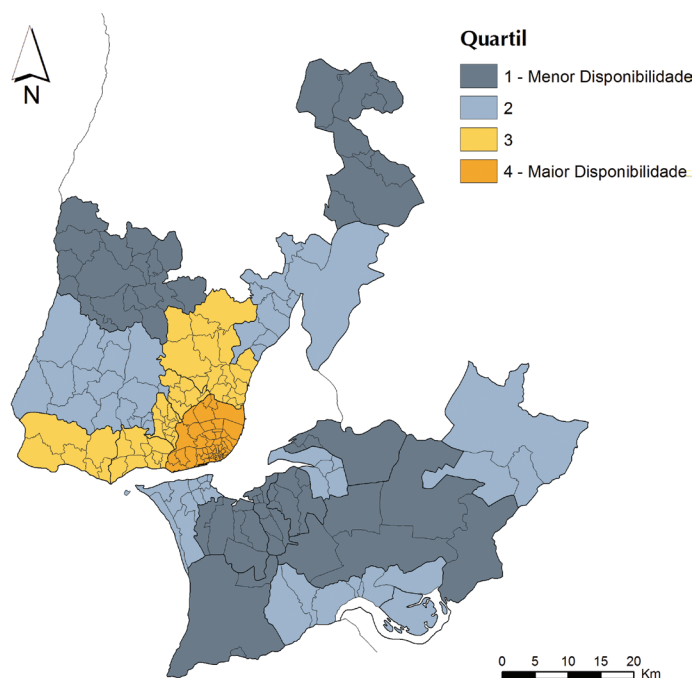


Figura 8.9 - AML: Disponibilidade de transporte

Na análise da distribuição espacial dos “scores” da componente alusiva à acessibilidade ao transporte público e uso do transporte privado, deve sublinhar-se que, à medida que esta componente aumenta, diminuem os valores da acessibilidade, em oposição ao que se tem verificado nas componentes anteriores. Na figura 8.10 destaca-se a maior acessibilidade ao transporte público da maioria das freguesias de Lisboa, Odivelas, Amadora e Loures (quartil inferior). A sul do Tejo, apenas algumas freguesias do Seixal, Setúbal, Barreiro e Moita apresentam valores pertencentes ao quartil inferior, indicando uma maior acessibilidade ao transporte público e menor uso do transporte privado. Em oposição, áreas de reduzida acessibilidade ao transporte público e maior utilização do transporte privado, evidenciadas pelo quartil superior da componente, são sobretudo visíveis nos concelhos da Azambuja (o quartil superior surge em 56% das freguesias, englobando 55% da população), Mafra (71% das freguesias, englobando 62% da população), Sintra (35% das freguesias e 15% da população concelhia) e na totalidade do concelho de Oeiras. Na

margem sul do Tejo, o quartil indicativo de menor acessibilidade surge em algumas freguesias do Montijo (33% das freguesias, englobando 14% da população), Almada (27% das freguesias e 31% da população) e Palmela (Marateca, com 7 % da população concelhia).

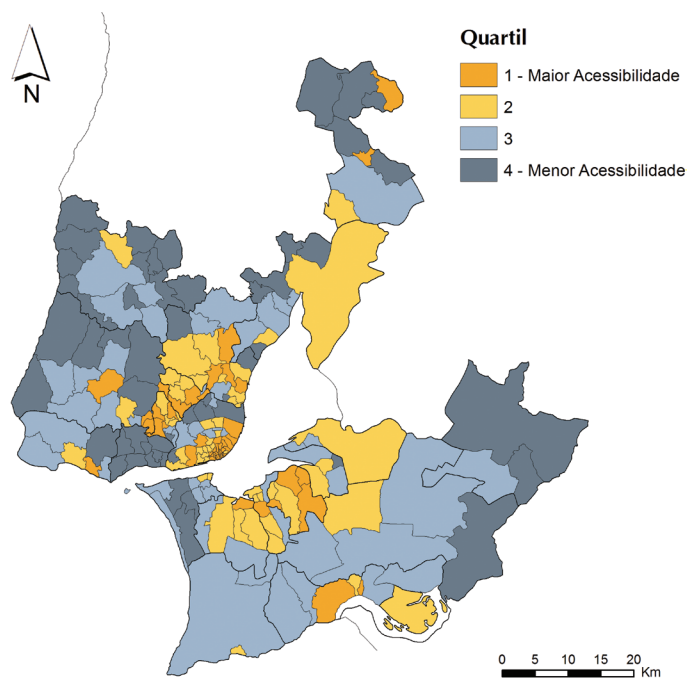


Figura 8.10 - AML: Acessibilidade ao transporte público

8.1.9. Educação

Na dimensão da educação, o conjunto inicial de dezoito variáveis foi reduzido a uma componente composta por cinco variáveis. Analisando o quadro 8.10., verifica-se que o factor extraído retém quase 78% da variância contida nas cinco variáveis que o constituem. Os elevados valores dos coeficientes Alpha apontam a formação de um factor de elevada consistência interna, o que permite depositar confiança na sua capacidade de medir a dimensão ambiental latente.

A distribuição espacial dos “scores” da componente da educação mostra a sua maior expressividade (quartil superior), indicativa da maior disponibilidade dos estabelecimentos de ensino considerados, em todo o concelho de Cascais e em algumas freguesias de Lisboa, Sintra, Oeiras, Amadora, Loures e Vila Franca de Xira, a norte do Tejo, e ainda, na margem sul, Almada, Seixal, Setúbal, Palmela e Sesimbra (figura 8.11).

Situações de precariedade, caracterizadas pela fraca disponibilidade ou mesmo inexistência das escolas consideradas, ocorrem principalmente em algumas freguesias dos concelhos da Azambuja (78% das freguesias e 60% da população), Mafra (disponibilidade reduzida para 53% das freguesias e 23% da população concelhia), Alcochete (67% das freguesias e 30% da população), Montijo (38% das freguesias e 15% da população), Barreiro (25% das freguesias, mas apenas 4% da população em áreas de reduzida disponibilidade), Moita (33% das freguesias, atingindo somente 3% da população), Palmela (Poceirão, com 8% da população concelhia). Em Lisboa, 38% das freguesias (10% da população concelhia) são áreas de reduzida disponibilidade destes recursos. Todavia, neste caso, as freguesias mais carenciadas são, quase sempre, pequenas freguesias de população reduzida e envelhecida, como Santiago (857 habitantes; 7,93% com menos de 15 anos⁵), Santo Estêvão (2047 habitantes; 9,33% com idades entre os 0-14 anos), São Cristóvão e São Lourenço (1612 habitantes; 8,44% com menos de 15 anos) ou São Nicolau (1175 habitantes e 6,81% de indivíduos com menos de 15 anos), o que nem sempre se verifica nas restantes áreas carenciadas, onde à maior dimensão espacial (facilmente evidenciada no mapa), se juntam maiores valores de população e, sobretudo, de população jovem.

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes da Componente	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
Educação	0,85/ 0,93	Escolas do ensino pré-escolar público e privado	0,83	77,96	17,64
		Escolas do 1º ciclo do ensino básico público e privado	0,84		18,26
		Escolas do 2º ciclo do ensino básico público e privado	0,92		21,95
		Escolas do 3º ciclo do ensino básico público e privado	0,95		23,17
		Escolas do ensino secundário público e privado	0,86		18,98

Quadro 8.10 - Dimensão da educação
(variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

8.1.10. Serviços de saúde

Os serviços de saúde, expressos inicialmente por dezassete variáveis deram origem a duas componentes, uma indicativa da oferta/disponibilidade de alguns serviços de saúde preventiva (Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica - MCDT) a nível das freguesias da AML e outra relativa à oferta/disponibilidade de recursos humanos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) dos concelhos da área em estudo. À semelhança do anteriormente referido para as dimensões do ambiente “indoor” e transportes e

⁵ Note-se que a percentagem de população com menos de 15 anos na AML é de 17,1%.

acessibilidades, a duplicação da análise estatística justifica-se pelo carácter bidimensional da informação, reforçado pelas diferentes escalas geográficas a que esta se encontra desagregada.

A componente alusiva aos serviços de saúde preventiva (MCDT) retém cerca de 65% da variância contida nas cinco variáveis que a constituem (quadro 8.11). Os coeficientes Alpha, de valores muito elevados, sublinham a consistência interna da componente e a sua capacidade de representar a dimensão ambiental proposta.

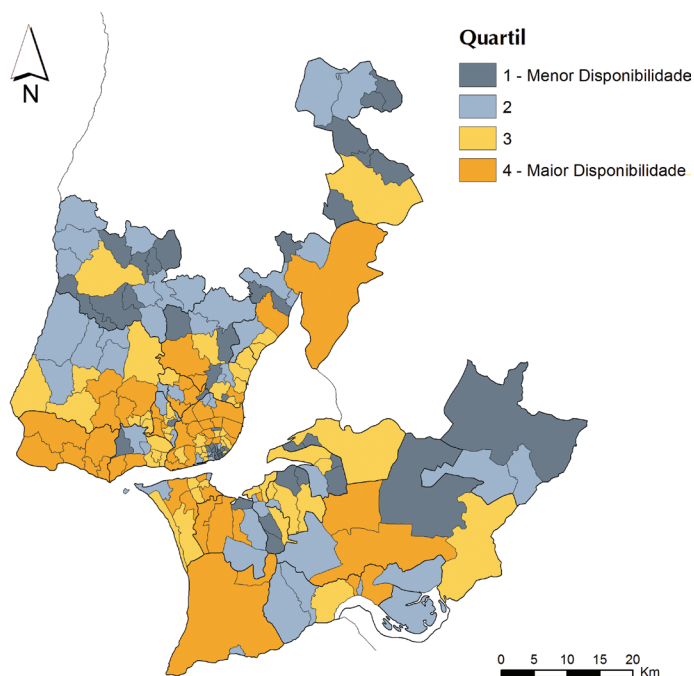


Figura 8.11 - AML: Disponibilidade de equipamentos escolares

A componente relativa à disponibilidade de serviços de saúde públicos – recursos humanos dos CSP – apresenta uma variância associada superior a 68%. Os coeficientes Alpha, mais baixos que os anteriores, são, ainda assim, superiores a 0,5, o que assegura a unidimensionalidade da componente em causa.

A cartografia dos “scores” factoriais da componente dos Serviços de Saúde Preventiva (figura 8.12) evidencia a maior disponibilidade existente em várias freguesias dos concelhos de Lisboa (Nossa Senhora de Fátima, São Sebastião da Pedreira, Lumiar, Santa Maria dos Olivais, São João de Deus, entre outras) e Oeiras (Algés, Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Linda-a-Velha) (figura 30). Destaque ainda para os concelhos de Sintra (Rio de Mouro, Algueirão-Mem Martins, Santa Maria e São Miguel e Agualva-Cacém, Queluz), Cascais (Cascais, Parede e Carcavelos), Almada (Almada, Cova da Piedade e Charneca da Caparica), Barreiro (Barreiro e Verderena) e Seixal (Amora e Corroios).

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes das Componentes	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
Saúde	0,75 / 0,86	Laboratórios de análises clínicas	0,75	65,33	17,02
		Farmácias	0,70		15,08
		Laboratórios de radiologia	0,90		25,07
		Centros de ecografia	0,87		23,29
		Centros de TAC	0,80		19,55
	0,55 / 0,55	Clínicos Gerais e Médicos de Medicina Geral e Familiar nos CSP / 1000 habitantes	0,77	68,56	28,68
		Médicos de Saúde Pública nos CSP/ 10000 habitantes	0,94		43,25
		Enfermeiros nos CSP/ 1000 habitantes	0,76		28,07

Quadro 8.11 - Dimensão dos serviços de saúde
(variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

O quartil inferior da componente, assinalando reduzida disponibilidade ou ausência destes serviços, destaca áreas de menor urbanização, pertencentes sobretudo aos concelhos da Azambuja (fraca disponibilidade para 67% das freguesias, afectando 38% da população concelhia), Mafra (65% das freguesias e 38% da população), Vila Franca de Xira (36% das freguesias e 8% da população), Montijo (50% das freguesias e 25% da população) e ainda Setúbal (38% das freguesias e 12% da população). Todavia, algumas freguesias de maior urbanização caracterizam-se também por reduzida disponibilidade destes serviços. Refira-se, por exemplo, que 21% das freguesias de Lisboa, englobando 7% da população concelhia, pertence ao quartil de menor disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva. Todavia, note-se a reduzida dimensão espacial destas freguesias e a sua proximidade geográfica a outras de maior oferta destes recursos.

A distribuição espacial da componente dos recursos humanos dos CSP encontra-se na figura 8.13. A figura sublinha a menor expressividade da componente, indicativa da menor disponibilidade, em concelhos localizados a norte do Tejo: Sintra, Mafra, Loures e Vila Franca de Xira. Na margem sul, apenas o Seixal se caracteriza também pelo quartil inferior da componente. Em oposição, a componente revela maior expressividade a sul do Tejo: Almada, Barreiro, Moita e Setúbal apresentam uma elevada disponibilidade, atingindo-se máximos em Alcochete. Caracterizados ainda pelo quartil superior da componente, destacam-se os concelhos da Azambuja e de Lisboa⁶.

⁶ Todavia, sublinhe-se que em algumas destas áreas são bem conhecidos, através dos media, os problemas de acesso ao médico de família de grupos populacionais específicos, com destaque para os imigrantes.

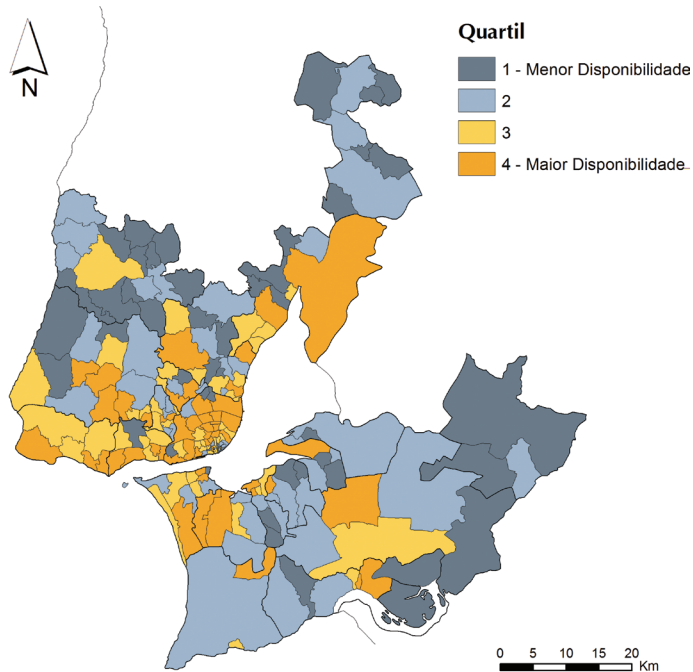


Figura 8.12 - AML: Disponibilidade de MCDT (serviços de saúde preventiva)

8.1.11. Serviços de apoio social e familiar

A dimensão dos serviços de apoio familiar, operacionalizada inicialmente por quarenta variáveis, foi reduzida a um factor composto por cinco variáveis referentes à capacidade (lotação) de diferentes estabelecimentos ou serviços de apoio social. O quadro 8.12 mostra a elevada variância do factor e os seus elevados coeficientes Alpha, sugerindo a sua elevada consistência interna e o seu carácter unidimensional, logo, a capacidade do factor medir a dimensão ambiental proposta.

Na distribuição espacial dos “scores” factoriais desta componente (figura 8.14), destacam-se elevados valores, indicativos da maior disponibilidade, em várias freguesias de Lisboa (São Domingos de Benfica, Marvila, Campo Grande, Campolide, Lumiar, Santa Maria dos Olivais e Penha de França, entre outras), Vila Franca de Xira (Alverca do Ribatejo, Forte da Casa e Vila Franca de Xira), Cascais (Estoril, Parede, Alcabideche e Cascais), Sintra (Aguilva-Cacém, Algueirão-Mem Martins e Queluz), Oeiras (Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos, Algés e Linda-a-Velha) e Amadora (Buraca, Venteira e Brandoa). A sul do Tejo, sobressai a expressividade da componente em Setúbal (São Sebastião, São Julião e Nossa Senhora da Anunciada) e ainda em parte dos concelhos do Seixal, Almada, Sesimbra e Palmela. Em oposição, fraca disponibilidade dos serviços considerados surge em parte dos concelhos da Azambuja (56% das freguesias e 34% da população), Mafra (65% das freguesias e 41% da população) e Loures (28% das freguesias e 13% da população). Baixos valores da componente caracterizam ainda, na margem sul do Tejo, parte dos

concelhos do Montijo (38% das freguesias, com 21% da população), Barreiro (idêntico valor de 38% das freguesias, mas atingindo 41% da população) e Setúbal (38% das freguesias e 12% da população).

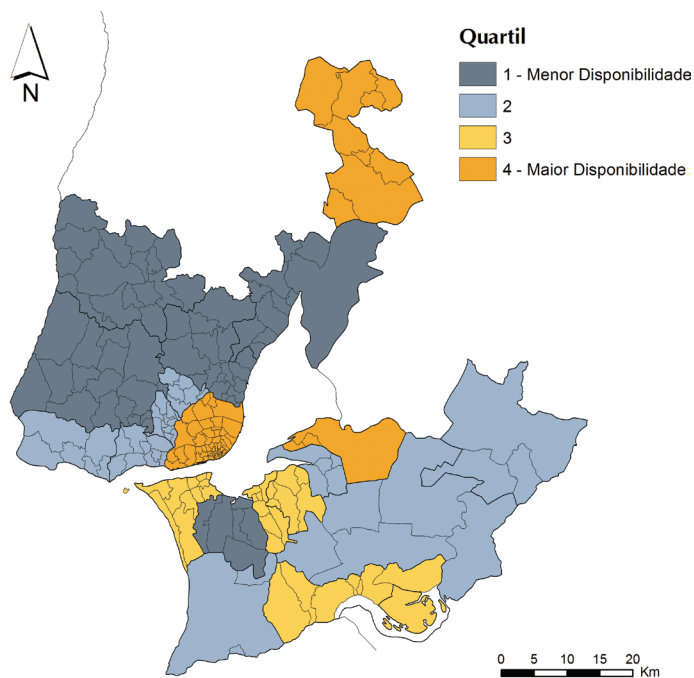


Figura 8.13 - AML: Disponibilidade de serviços de saúde públicos (oferta dos CSP)

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes da Componente	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
Apoio à família	0,76 / 0,86	Capacidade das creches, privadas e sem fins lucrativos	0,84	64,93	21,60
		Capacidade dos ATL, privados e sem fins lucrativos	0,82		20,51
		Capacidade dos centros de dia, privados e sem fins lucrativos	0,85		22,34
		Capacidade dos lares de idosos, privados e sem fins lucrativos	0,64		12,51
		Capacidade do apoio domiciliário, privado e sem fins lucrativos	0,86		23,04

Quadro 8.12 - Dimensão dos serviços de apoio social e familiar (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

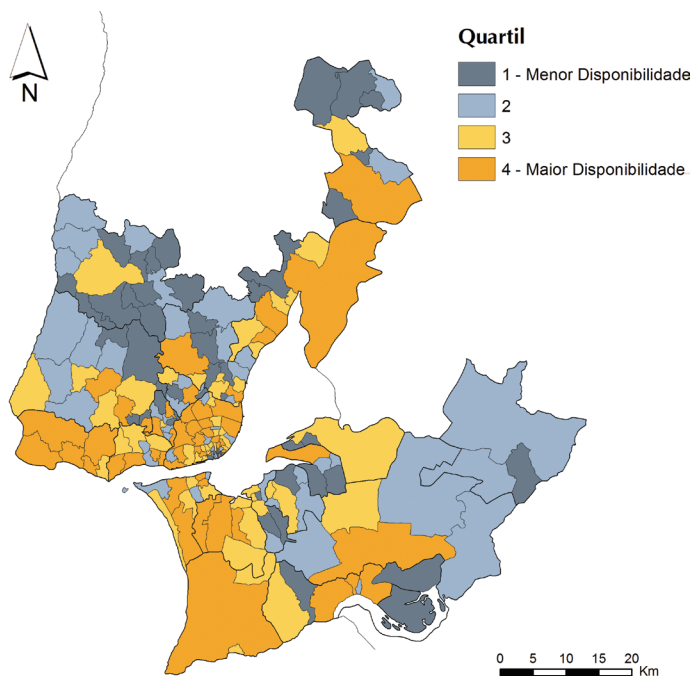


Figura 8.14 - AML: Disponibilidade de serviços de apoio social e familiar

8.1.12. Acesso a produtos alimentares

Na dimensão do acesso a produtos alimentares consideraram-se, inicialmente, onze variáveis, reduzidas a um factor formado por cinco variáveis, indicativas sobretudo da disponibilidade de alimentos frescos distribuídos pelo pequeno comércio, de maior proximidade à população (quadro 8.13). Os valores dos coeficientes Alpha sugerem a unidimensionalidade da informação contida no factor, indicando a formação de um factor de elevada consistência interna.

A figura 8.15. apresenta a distribuição espacial dos “scores” factoriais da componente relativa à disponibilidade de produtos alimentares.

Na figura, destaca-se a fraca disponibilidade existente em parte considerável dos concelhos do Montijo (75% das freguesias e 37% da população), Palmela (40% das freguesias e 15% da população), Setúbal (38% das freguesias e 12% da população), Mafra (71% das freguesias e 46% da população) e Azambuja (67% das freguesias e 43% da população). Em oposição, o quartil superior da componente, assinalando a maior disponibilidade dos recursos considerados e o mais fácil acesso a produtos alimentares frescos, destaca algumas freguesias de Lisboa (São Jorge de Arroios, São Paulo, Benfica, Santo Condestável, Corroios, Campolide e Nossa Senhora de Fátima, entre outras), Cascais (todo o concelho, à excepção de Carcavelos), Odivelas (Lumiar e Carnide e Pontinha), Sintra (Queluz, Agualva-Cacém e Algueirão-Mem Martins), Almada (Almada, Cova da Piedade, Costa da Caparica e Caparica), Barreiro (Lavradio e Barreiro), Seixal (Corroios, Amora e Seixal) e Setúbal (Santa Maria da Graça, São Sebastião e São Julião).

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes da Componente	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
Acesso a produtos alimentares	0,79 / 0,82	Talhos	0,84	58,21	24,45
		Frutarias	0,60		12,42
		Peixarias	0,76		19,88
		Mercearias	0,82		23,24
		Minimercados e supermercados	0,76		20,00

Quadro 8.13 - Dimensão do acesso a produtos alimentares (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos).

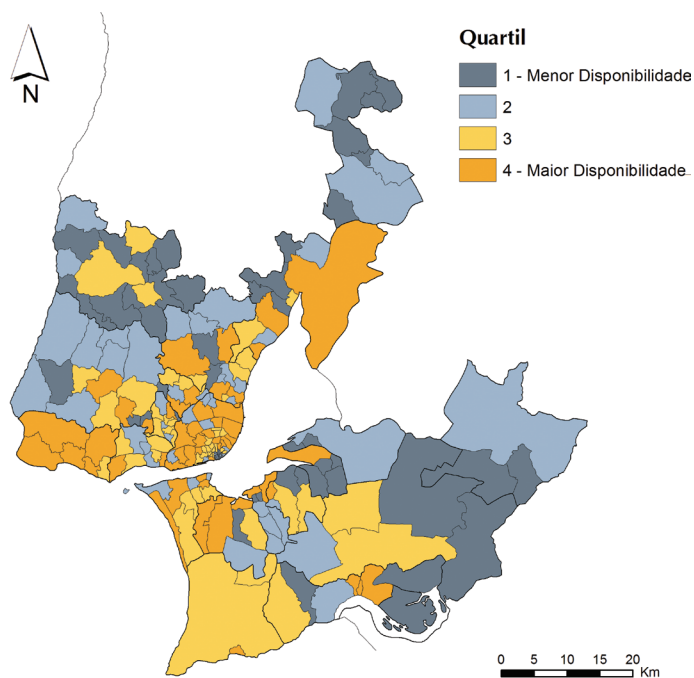


Figura 8.15 - AML: Disponibilidade de produtos alimentares

8.1.13. Outros recursos locais

Considerou-se ainda uma dimensão relativa à disponibilidade de bens e serviços mais diversificados que, conjuntamente com as restantes variáveis já consideradas, contribuem para a caracterização e diferenciação dos lugares. A esta dimensão foram atribuídas quinze variáveis, posteriormente reduzidas, por intermédio da ACP, a uma componente constituída

por sete variáveis. No quadro 8.14 verifica-se que o factor extraído possui uma variância associada de quase 64% e elevados valores dos coeficientes Alpha, sugerindo a elevada consistência interna do eixo factorial, formado por informação que possui um carácter inequivocamente unidimensional.

A distribuição espacial da dimensão dos recursos locais diversificados (figura 8.16) revela a existência de áreas de elevada concentração dos recursos considerados.

A maior disponibilidade surge em algumas freguesias de Lisboa (São Jorge de Arroios, São Nicolau, Nossa Senhora de Fátima, São Sebastião da Pedreira e Carnide, por exemplo), Almada (Almada, Costa da Caparica, Laranjeiro e Cova da Piedade), Cascais (todo o concelho, exceptuando a freguesia de São Domingos de Rana), Sintra (Aqualva-Cacém, Queluz, Rio de Mouro, Santa Maria e São Miguel e Algueirão-Mem Martins), Setúbal (Santa Maria da Graça, São Julião e São Sebastião) e em várias sedes concelhias, de que são exemplo, entre outras, as freguesias de Lumiar e Carnide (Odivelas), Oeiras e São Julião da Barra (Oeiras), Vila Franca de Xira, Montijo, Loures, Barreiro e Moita.

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes da Componente	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
Recursos locais diversificados	0,85 / 0,90	Agências bancárias	0,76	63,62	12,89
		Multibancos	0,78		13,62
		Centros comerciais	0,73		11,88
		Ópticas	0,87		16,95
		Lojas de artigos desportivos	0,85		16,23
		Clínicas dentárias	0,80		14,52
		Livrarias	0,79		13,93

Quadro 8.14 - Dimensão dos recursos locais diversificados
(variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

A maior fragilidade da componente, assinalada pelo seu quartil inferior e significando uma menor disponibilidade dos recursos em questão, caracteriza algumas áreas relativamente extensas, pertencentes sobretudo aos concelhos da Azambuja (67% das freguesias e 27% da população), Mafra (71% das freguesias e 43% da população), Vila Franca de Xira (27% das freguesias e 5% da população) e Loures (28% das freguesias e 10% da população); na margem sul do Tejo, situações de reduzida disponibilidade surgem sobretudo nos concelhos de Palmela (60% das freguesias e 30% da população) e Montijo (63% das freguesias e 27% da população).

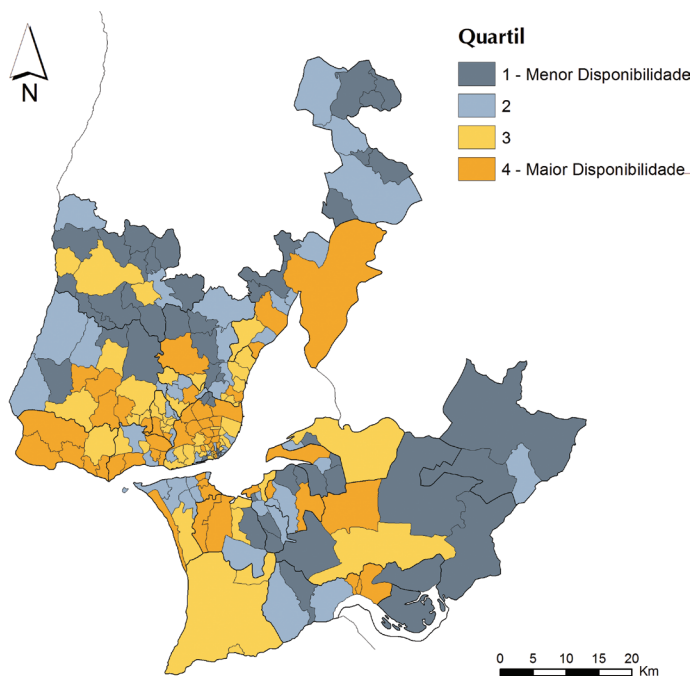


Figura 8.16 - AML: Disponibilidade de recursos locais diversificados

8.1.14. Capital social e coesão social

A dimensão do capital social e da coesão social foi inicialmente operacionalizada por quinze variáveis. Claramente distinta e multidimensional, a informação originou três componentes principais, extraídas tanto pela multidimensionalidade referida, como pela tentativa de conseguir reter o máximo de informação possível sobre a dimensão em causa, dada a importância teoricamente estabelecida entre esta e os resultados em saúde. Acresce que vários autores têm assinalado a complexidade e dificuldade de definição do conceito de capital social (Lochner e outros, 1999; Rose, 2000; Baum e Ziersch, 2003; Skrabski e outros, 2004), que parece ter diferentes facetas, possíveis de serem avaliadas por diferentes indicadores.

No quadro 8.15 verifica-se que a componente formada pela percentagem de população sem religião e percentagens de votantes na CDU⁷ em dois momentos eleitorais distintos, designada como a componente da religiosidade⁸, retém cerca de 62% da informação

⁷ Coligação Democrática Unitária.

⁸ A religiosidade e a percentagem de votos em partidos de esquerda, indicativa do clima político dos lugares, têm sido facetas da coesão social e do capital social consideradas nos estudos das relações lugar-saúde-lugar (Skrabski e outros, 2004; Cummins e outros, 2005). No caso da AML, as percentagens de votação à esquerda e a percentagem de população

contida nas variáveis que a integram. Os coeficientes Alpha apresentam valores elevados, comprovando a consistência interna da componente extraída. A segunda componente, a da participação política, formada pela percentagem da abstenção em três actos eleitorais, é a mais forte e coesa das componentes extraídas. Caracteriza-se por um elevado valor de variância associada (quase 80%) e elevados valores dos coeficientes Alpha. A última componente extraída, a da participação cívica e inserção na comunidade, apresenta uma variância associada de cerca de 55%. Os valores dos coeficientes Alpha são muito desiguais; o coeficiente de Cronbach Alpha apresenta um valor baixo, 0,27, mas o Alpha estandardizado é elevado, o que assegura a consistência interna do factor⁹. O sinal negativo das saturações indica a existência de uma correlação inversa entre as variáveis e o eixo factorial; como todas as correlações são negativas, o sinal em nada afecta a consistência do factor, sendo necessário apenas algum cuidado na interpretação dos “scores” factoriais.

Dimensão	Coefficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandardizado	Variáveis constituintes das Componentes	Saturações	Variância associada (%)	Contribuições
Capital social/coesão social	0,55 / 0,69	População sem religião (%)	0,70		26,59
		Votos na CDU (%) autárquicas 2001 (juntas de freguesia)	0,87	62,04	40,31
		Votos na CDU (%) legislativas 2002	0,78		33,11
	0,80 / 0,85	Abstenção Autárquicas 2001 (juntas de freguesia) (%)	0,73		23,13
		Abstenção Legislativas 2002 (%)	0,95	77,74	38,71
		Abstenção Legislativas 2005 (%)	0,94		38,15
	0,27 / 0,51	Clubes recreativos/Associações desportivas	-0,21		2,63
		Número de jornais locais	-0,90	54,57	49,75
		Tiragem anual dos jornais locais / habitante	-0,88		47,62

Quadro 8.15 - Dimensão do capital social/coesão social (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)

sem religião associam-se positivamente, apresentando padrões espaciais com algumas afinidades. Genericamente, parece ser possível supor que o eleitorado de esquerda constitui um grupo marcado pela não-religiosidade, razão por que estas distintas variáveis foram englobadas na mesma componente.

⁹ O Alpha estandardizado avalia a consistência interna do factor, se todas as variáveis que o constituem tivessem sido previamente normalizadas. O baixo valor do coeficiente de Cronbach Alpha resulta, neste caso, da muito desigual variância das variáveis que o compõem, estruturadas a diferentes escalas espaciais, encontrando-se duas delas desagregadas a nível concelhio e uma a nível da freguesia.

Na distribuição espacial dos “scores” factoriais da componente relativa à religiosidade (figura 8.17), os quartis indicativos de menor religiosidade, logo, de um suporte social potencialmente menor¹⁰, caracterizam principalmente freguesias localizadas na margem sul do Tejo. Destaca-se a predominância do quartil superior nos concelhos da Moita (83% das freguesias e 82% da população), Seixal (83% das freguesias e 93% da população), Barreiro (máximo de população sem religião e de votação na CDU em todas as freguesias do concelho), Palmela (60% das freguesias e 63% da população), Almada (82% das freguesias e 80% da população) e Setúbal (63% das freguesias e 66% da população). A norte, o quartil superior da componente destaca apenas algumas freguesias da Azambuja, Vila Franca de Xira, Loures e Lisboa.

Em oposição, a componente revela maior expressividade (quartis inferiores) a norte do Tejo, sobretudo nos concelhos de Mafra, Sintra, Cascais e Odivelas, caracterizados pela sua forte religiosidade e fraca votação à esquerda. A sul, o quartil inferior da componente surge apenas em três freguesias do Montijo.

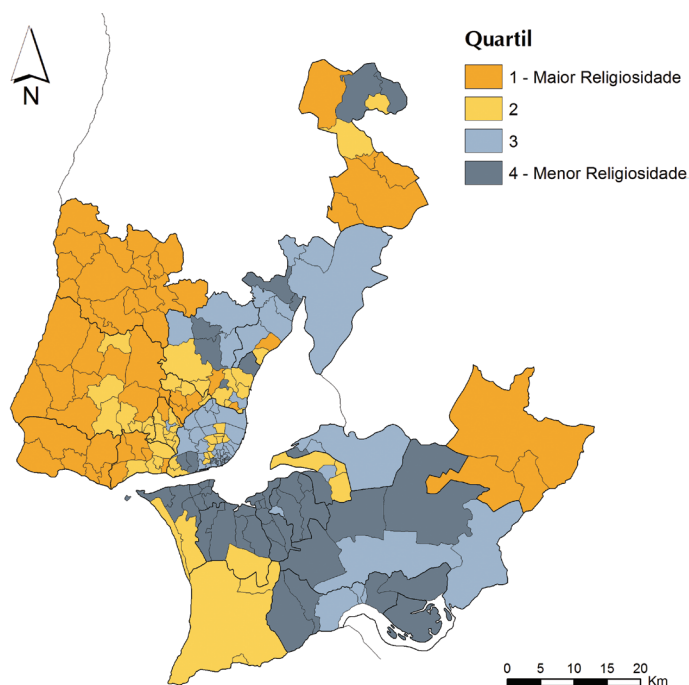


Figura 8.17 - AML: Capital social/coesão social - religiosidade

¹⁰ Tal como sucedeu para a componente da acessibilidade ao transporte público, os quartis inferiores destacam áreas de maior expressividade da componente (maior suporte social), tendo sido representados pelos tons quentes. A menor expressividade, caracterizada pelos quartis superiores (menor suporte social), é identificada pelos tons frios.

Na distribuição espacial dos “scores” da componente da participação política, evidencia-se uma oposição entre a margem norte e sul do Tejo (figura 8.18) (note-se que, uma vez mais, a expressividade diminui com o aumento dos quartis). O sul sobressai pela menor participação política, mais importante nos concelhos localizados a leste – Montijo (máximo de abstenção em sete das suas oito freguesias, correspondendo a 97% da população) e Palmela (60% das freguesias e 54% da população) – e ainda em Almada (36% das freguesias e 36% da população); a norte, menor participação política surge apenas em algumas áreas pontuais, pertencentes a Cascais (Cascais e Alcabideche), Sintra (Algueirão-Mem Martins, Pêro Pinheiro e Montelavar), Mafra (Enxara do Bispo) e Azambuja (Aveiras de Cima), aumentando de importância em Lisboa (22% das freguesias e 28% da população) e Amadora (36% das freguesias e 35% da população).

Em contraste com as áreas anteriores, o quartil inferior da componente, significando uma maior participação nos actos eleitorais considerados, é sobretudo característico dos concelhos da Azambuja e Mafra, surgindo também em freguesias de Loures, Vila Franca de Xira e Lisboa; a sul, este quartil surge apenas em algumas freguesias dos concelhos do Seixal, Alcochete, Moita, Barreiro e Setúbal.

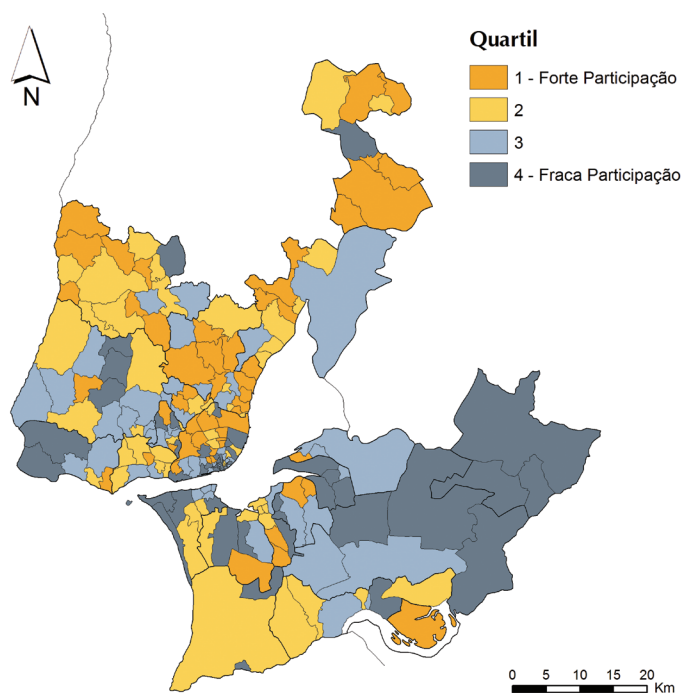


Figura 8.18 - AML: Capital social/coesão social - participação política

A figura 8.19 mostra a distribuição espacial das coordenadas da componente da participação cívica e inserção na comunidade, devendo notar-se que, à semelhança dos casos anteriores, a sua expressividade diminui com o aumento dos quartis.

O quartil inferior destaca áreas onde a componente é mais expressiva, caracterizadas tendencialmente por uma maior participação e inserção comunitárias. Estas são, principalmente, freguesias pertencentes aos concelhos de Vila Franca de Xira, Oeiras e Cascais, a norte; Montijo, Sesimbra, Almada, Barreiro e Setúbal, na margem sul. A componente revela maior fragilidade (quartil superior) a norte do Tejo, numa área extensa formada por todo o concelho de Mafra e por parte das freguesias de Loures (22% das freguesias e 18% da população) e Lisboa (49% das freguesias e 23% da população), destacando-se ainda, a sul, todo o concelho de Alcochete, seguindo-se o Seixal.

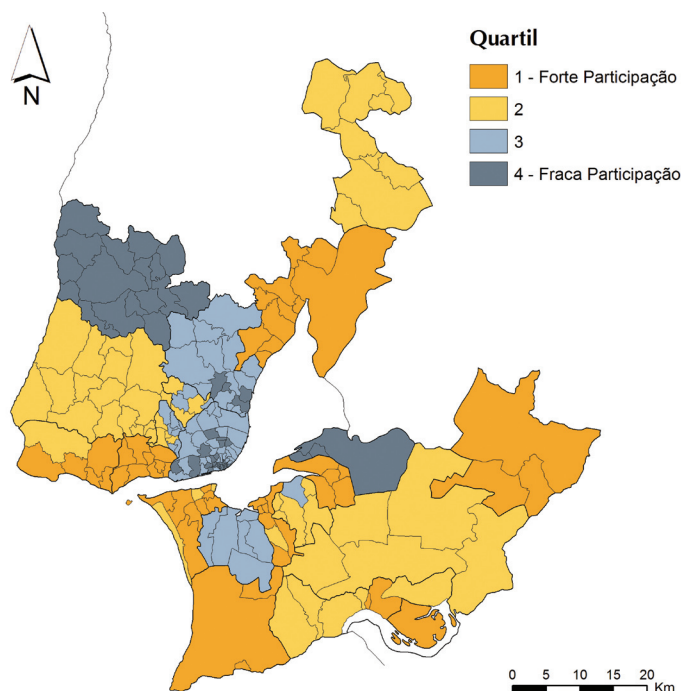


Figura 8.19 - AML: Capital social/coesão social - participação cívica e inserção na comunidade

Apresentadas e caracterizadas as dimensões do ambiente local, definidas para a Área Metropolitana de Lisboa, importa considerar e reflectir sobre as limitações da análise efectuada. Assim, note-se que a classificação realizada, apesar de necessária, deve ser ultrapassada na procura de potenciais inter-relações existentes entre os lugares e a saúde. Por exemplo, supõe-se que a existência de equipamentos desportivos pode condicionar a prática de exercício físico, nomeadamente a prática de uma actividade desportiva, com reflexos na saúde. Todavia, não é tão óbvio que a disponibilidade destes equipamentos vá influenciar a realização de passeios e caminhadas, a pé ou de bicicleta, com o objectivo de fazer compras. De facto, para este tipo de actividade física, a proximidade das lojas alimentares e de outros recursos locais pode ser muito mais relevante.

Deve também colocar-se a possibilidade de surgirem efeitos cruzados e multifacetados, resultantes das características ambientais analisadas. A este propósito, alguns autores sublinham os “efeitos de contágio” de determinados comportamentos relacionados com a saúde e possivelmente influenciados pelas características dos lugares. Ross (2000) conclui que em áreas onde os indivíduos se deslocam a pé ou de bicicleta, com o objectivo, por exemplo, de fazer compras, o efeito de contágio faz com que cada vez mais indivíduos adoptem esses comportamentos, maximizando-se o impacte da proximidade das lojas, ou das vias para ciclistas, na actividade física. A propósito da importância das referidas inter-relações, Ferreira (2002) afirma que a pertinência das avaliações do ambiente urbano baseadas em indicadores ambientais deve ser confrontada com uma questão-chave: a de que o efeito dos indicadores não é de simples adição, antes de multiplicação. Macintyre e outros (2002) e Pitts (2004) referem-se mesmo a um efeito de interacção sinérgica.

Por último, sublinhe-se que a separação entre características do ambiente físico e características do ambiente social, aqui efectuada, é meramente artificial. Segundo Stafford e outros (2005), o mau ambiente físico é, muitas vezes, causa e consequência da falta de coesão social; à distinção entre ambiente físico e social, deve então sobrepor-se uma visão de acumulação e reforço entre estas duas realidades.

8.2. DIMENSÕES DO AMBIENTE LOCAL: SOBREPOSIÇÃO OU ESPECIFICIDADE

Os resultados anteriores permitem objectivar um conjunto de dimensões do ambiente local, desenhadas e operacionalizadas com o intuito de estudar o efeito dos factores colectivos na saúde da população residente na AML. Para além do conhecimento de cada uma das dimensões, importa também avaliar a exclusividade da informação que comportam, procurando verificar o seu grau de independência ou associação, indicativos, *a priori* e respectivamente, da especificidade ou sobreposição da informação nelas considerada. Esta necessidade advém por se esperar, teórica e empiricamente, que algumas componentes estejam correlacionadas. No entanto, fracas correlações entre os “scores” das componentes extraídas poderão reforçar a sua clareza e unicidade, sublinhando a sua capacidade de medir facetas únicas e inequívocas do ambiente local, enquanto correlações muito fortes, particularmente entre as componentes teoricamente mais próximas, poderão revelar um certo grau de sobreposição entre a informação nelas contida, uma certa ambiguidade e alguma dificuldade na sua capacidade de discriminar dimensões únicas do ambiente local.

Analisando as correlações entre as dezanove componentes apresentadas, verifica-se que os coeficientes de correlação entre os “scores” factoriais variam entre 0,02 e 0,74 (Nogueira, 2006) apresentando, tendencialmente, valores moderados e baixos. Os valores não muito elevados das correlações permitem depositar mais confiança na capacidade de cada componente medir uma característica distinta do ambiente local. Verifica-se também que os valores mais elevados são, quase sempre, teoricamente esperados e explicáveis. Assim, uma correlação de 0,73 entre a componente da protecção e segurança (crimes praticados) e a disponibilidade de transporte pode explicar-se pelo facto de ambas aumentarem com a urbanização e a densidade populacional, sem que isso signifique que meçam algo semelhante. De igual modo, o coeficiente negativo de 0,52 entre a componente das condições básicas nos alojamentos e a qualidade do ambiente “outdoor” não é surpreendente; o aumento da componente das condições básicas nos alojamentos, significando mais alojamentos com fracas condições de

habitabilidade, acontece em simultâneo com a diminuição da componente do ambiente “ou-door”, significando menor cobertura das redes de água, esgotos e recolha de lixos. Estas duas características ambientais, embora distintas, apresentam uma variação conjunta, que é esperada, e contribui para uma melhor caracterização dos lugares.

As correlações positivas e relativamente fortes que se verificam entre as componentes que medem equipamentos ou infra-estruturas são também esperadas. Áreas com mais equipamentos desportivos têm também, à partida, mais equipamentos de lazer, mais lojas de produtos alimentares e de outro tipo, mais bancos e multibancos, mais escolas e equipamentos de apoio familiar, mais Serviços de Saúde Preventiva. Uma vez mais, estas características reflectem a urbanização das áreas, visível em múltiplos aspectos e muito relacionada com a densidade humana.

Em suma, os valores mais elevados das correlações entre as dimensões, permitindo apontar para a existência de uma variação, em simultâneo, na área considerada, não permitem concluir pela existência de uma sobreposição entre a informação que elas contêm.

8.3. SÍNTESE

O funcionamento colectivo na AML foi objectivado por recurso a catorze dimensões do ambiente físico e imaterial local, operacionalizadas por duzentas e quarenta e oito variáveis. O tratamento estatístico efectuado à informação considerada (ACP) conduziu à obtenção de dezanove componentes, integrando oitenta e duas variáveis, que se supõem indicativas de características ambientais distintas. A capacidade das componentes medirem facetas únicas, distintivas, do ambiente local, parece confirmada pela análise de confiança a que cada uma foi submetida e pela consideração das correlações existentes entre elas. De facto, não só as correlações entre as componentes são, regra geral, fracas, fazendo supor que cada uma mede uma característica distinta dos lugares a que se referem, como os elevados valores dos coeficientes Alpha apontam para a sua elevada consistência interna, sugerindo que as componentes são formadas por variáveis fortemente relacionadas (unidade), possuindo capacidade para medir e avaliar a dimensão ambiental em questão (unidimensionalidade).

A representação cartográfica dos “scores” factoriais, com base nos quartis, permitiu assinalar fracturas importantes entre os lugares da AML. Muitas vezes, a diferenciação faz-se segundo o carácter mais ou menos urbanizado dos territórios, opondo áreas mais intensamente urbanizadas, e de maior centralidade metropolitana, a áreas de menor urbanização e de menor centralidade na AML. Outras vezes, ao contraste entre áreas de diferente centralidade, sobrepõe-se uma diferenciação norte-sul, estruturada segundo a linha do Tejo. Todavia, muitas vezes, os diferentes padrões encontrados combinam-se para formar geografias mais complexas e subtis na área em estudo. Genericamente, áreas mais urbanizadas revelam maior disponibilidade de recursos materiais necessários à vida quotidiana, disponibilidade que nem sempre se verifica nos recursos imateriais. Em oposição, áreas de menor urbanização caracterizam-se pela menor disponibilidade de recursos materiais, embora apresentem, frequentemente, maior disponibilidade dos recursos imateriais considerados – capital social e coesão social.

A questão que seguidamente se coloca é saber em que medida é que as diferenças encontradas afectam a saúde da população. Ou seja, importa saber em que medida é que um

ambiente depauperado e vulnerável – reduzindo as oportunidades para praticar actividade física, dificultando uma dieta alimentar equilibrada, limitando o acesso a cuidados de prevenção e promoção da saúde, aumentando os problemas relacionados com o desenrolar das actividades quotidianas, como fazer compras ou ir a um banco – pode afectar a saúde da população.

CAPÍTULO 9

INDIVÍDUOS, LUGARES E SAÚDE NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA - VARIAÇÕES NO ESTADO DE SAÚDE AUTO-AVALIADO

O estado de saúde de uma população é reflexo de factores compositionais (idade, género, ocupação, escolaridade, comportamentos), condições de vida e de trabalho, acesso/opportunidade de serviços públicos e privados e suporte social, entre outros (Macintyre e outros, 2002; Santana, 2005). Sendo assim, os resultados em saúde dependem de quem se é e do lugar onde se vive. Partindo do pressuposto que o lugar onde as pessoas vivem e trabalham influencia e é influenciado pela saúde da população, este capítulo procura conhecer o impacte de alguns factores individuais e contextuais na saúde da população, avaliando a importância desses dois conjuntos de factores. Para além disso, procura-se saber se o efeito dos factores analisados é, ou não, diferente segundo os indivíduos.

O contexto físico e imaterial foi avaliado por recurso ao Indicador de Privação Material (IPM) e às dezanove componentes indicativas do funcionamento colectivo e das oportunidades locais, resultantes das Análises Factoriais efectuadas nas catorze dimensões definidas para a AML. Os factores individuais, entre os quais o resultado em saúde – estado de saúde auto-avaliado – foram estudados numa amostra recolhida a partir do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1998/99.

Procede-se inicialmente a uma breve caracterização da amostra estudada, procurando-se, numa segunda fase, modelar as relações porventura existentes entre os factores individuais, os factores contextuais e o estado de saúde auto-avaliado.

9.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA ESTUDADA

No âmbito do INS 1998/99, realizaram-se 9846 inquéritos em cento e quarenta e três das duzentas e dezasseis freguesias constituintes da Área Metropolitana de Lisboa. Destes, 5004 apresentavam resposta à questão do estado de saúde auto-avaliado, constituindo estes a amostra inicial seleccionada para este estudo. Porém, apenas 4577 apresentavam resposta a um conjunto de determinantes da saúde que se considera necessário estudar. Uma análise prévia efectuada à amostra constituída pelos 4577 indivíduos, e sua distribuição espacial (Nogueira, 2006), revelou tratar-se de uma amostra representativa da população em estudo, tendo sido esta a utilizada na investigação. O quadro 9.1 apresenta um resumo da amostra estudada.

Atributos		Nº de casos (4577)	Percentagem (%)
Sexo	Masculino	1830	40,0
	Feminino	2747	60,0
Idade	15-24	416	9,1
	25-34	591	12,9
	35-44	752	16,4
	45-54	920	20,1
	55-64	849	18,5
	65-74	685	15,0
	Igual ou superior a 75	364	8,0
Escolaridade	Inferior ou igual a 4 anos	2029	44,3
	Entre 5 a 12 anos	1884	41,2
	Igual ou superior a 13 anos	664	14,5
Situação perante o trabalho	Empregado	2423	52,9
	Desempregado	240	5,2
	Outros	1914	41,8
Ocupação (classificação com código individual)	Trabalhador Manual	2025	44,3
	Trabalhador Não Manual	1792	39,2
	Dona de Casa	505	11,1
	Estudante	217	4,8
Ocupação (classificação dicotómica) ^a	Outros	29	0,6
	Trabalhador Manual	2117	53,7
	Trabalhador Não Manual	2460	46,3
	Muito Mau	181	4,0
Estado de saúde auto-avaliado	Mau	583	12,7
	Razoável	2004	43,8
	Bom	1592	34,8
	Muito Bom	217	4,7
Actividade física	Com actividade física	1495	32,7
	Sem actividade física	3082	67,3
Consumo de tabaco	Fumador	996	21,8
	Não Fumador	2873	62,8
	Ex-Fumador	708	15,4

Quadro 9.1 - Principais características da amostra

^a Classificação por recurso ao código individual, ao código do agregado familiar e ao nível de rendimento

Fonte: Elaborado a partir do INS 1998/99

Caracterizando apenas “à vol d’oiseau” a amostra utilizada no estudo, verifica-se que a amostra é composta por 1830 indivíduos do sexo masculino (40,0%) e 2747 do sexo feminino (60,0%). Em ambos os sexos, predominam os indivíduos de idades compreendidas

entre os 45 e os 64 anos. Quanto à escolaridade, verifica-se que mais de 40% dos inquiridos pertence à categoria de menor escolaridade (igual ou inferior a 4 anos). Relativamente à situação no mercado de trabalho, conclui-se que mais de 50% da amostra pertence à categoria dos empregados, encontrando-se 5% na dos desempregados. A classificação dicotómica da ocupação revelou o predomínio de trabalhadores manuais (57%)¹. A amostra é predominantemente constituída por não fumadores (63%) e por indivíduos sedentários (67%). A maioria dos inquiridos (44%) avaliou o seu estado de saúde como razoável, posicionando-se cerca de 40% dos inquiridos no nível bom e muito bom.

9.2. A INFLUÊNCIA DOS LUGARES NA SAÚDE

Com o objectivo de conhecer o impacte do contexto na saúde, procurou-se desenvolver um modelo explicativo das relações que se estabelecem entre os factores individuais, os factores contextuais e a saúde auto-avaliada. Consideraram-se dois níveis de determinantes: as individuais e as contextuais. As primeiras foram estudadas na amostra da população inquirida no INS 1998/99, enquanto as segundas foram especificadas por um conjunto de vinte indicadores – o Indicador de Privação Múltipla e as dezanove componentes resultantes das catorze dimensões do ambiente sociomaterial local. Por motivos já referidos, os dados foram modelados por intermédio de modelos de regressão logística ordenada.

9.2.1. Variáveis introduzidas na análise estatística

Na elaboração dos modelos, importa fazer referência à organização e modo de especificação das variáveis introduzidas na análise estatística.

9.2.1.1. *As determinantes da saúde: as variáveis independentes*

A maioria das variáveis individuais foi introduzida nos modelos estatísticos como “dummies”, ou variáveis mudas, utilizando uma classificação dicotómica da variável, ou das suas categorias. Cada variável muda, ou cada uma das suas categorias, é especificada pelos números 0 e 1. Na prática, a utilização de variáveis mudas, para além de permitir controlar o efeito das determinantes em análise na variável dependente, conduz à elaboração de modelos mais simples e parcimoniosos, de mais fácil interpretação. O quadro 9.2 indica o modo de organização das variáveis mudas introduzidas na análise estatística.

Como foi referido anteriormente, a interpretação dos coeficientes da regressão efectuou-se relativamente ao valor 1 da variável muda. Para além das variáveis individuais categóricas especificadas, utilizou-se ainda a idade, como variável contínua.

¹ Uma classificação discriminativa de um número maior de categorias, apresentada no quadro 9.1, revelou predomínio dos trabalhadores manuais (47%), seguindo-se os não manuais (36%), as donas de casa (12%) e os estudantes (4%).

Sexo	1	Feminino
	0	Masculino
Ocupação (classificação dicotómica)	1	Trabalhador Manual
	0	Trabalhador Não Manual
Situação no mercado de trabalho		
Empregado	1	Empregado
	0	Todos os outros
Desempregado	1	Desempregado
	0	Todos os outros
Escolaridade		
4 anos ou menos de escolaridade	1	Indivíduos com 4 ou menos anos de escolaridade
	0	Todos os outros
13 ou mais anos de escolaridade	1	Indivíduos com 13 ou mais anos de escolaridade
	0	Todos os outros
Consumo de tabaco		
Fumador	1	Fumador
	0	Todos os outros
Não Fumador	1	Não fumador
	0	Todos os outros
Ex-Fumador	1	Ex-fumador
	0	Todos os outros
Exercício Físico		
Exercício Físico	1	Faz exercício físico
	0	Não faz exercício físico
Ocupação (classificação em cinco categorias)		
Ocupação (classificação em cinco categorias)	1	Dona de casa
	0	Todos os outros

Quadro 9.2 - Variáveis mudas introduzidas nos modelos estatísticos.

(1) Esta classificação apenas foi utilizada no modelo estratificado, desenvolvido para a população do sexo feminino, por se considerar possível a influência da ocupação «dona de casa» na saúde deste género.

As variáveis independentes de nível contextual foram objecto de estudo dos capítulos anteriores. Nesta fase, importa recordar que foram criadas vinte variáveis do ambiente sociomaterial local: um indicador de privação material múltipla e dezanove factores (“scores” ou componentes) resultantes das Análises Factoriais efectuadas nas catorze dimensões ambientais teorizadas para a AML. Estes últimos são, nomeadamente: 1. Qualidade do ambiente “outdoor”; 2. Precariedade dos alojamentos (falta de condições básicas); 3. Precariedade residencial (estado de conservação e conforto dos alojamentos); 4. Disponibilidade de equipamentos desportivos; 5. Disponibilidade de equipamentos de lazer e recreação; 6. Protecção e segurança (ocorrência de crime); 7. Insegurança rodoviária; 8. Desemprego e condições sociais de trabalho; 9. Disponibilidade de transporte privado; 10. Acessibilidade ao transporte público e uso do transporte privado; 11. Disponibilidade

de equipamentos escolares; 12. Disponibilidade de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; 13. Disponibilidade de serviços de saúde públicos (oferta dos Cuidados de Saúde Primários); 14. Disponibilidade de serviços de apoio social e familiar; 15. Disponibilidade de produtos alimentares; 16. Disponibilidade de recursos locais diversificados; 17. Capital social/coesão social – Religiosidade; 18. Capital social/coesão social – Participação política; 19. Capital social/coesão social – Participação cívica e inserção na comunidade. Todas as variáveis de nível contextual foram introduzidas nos modelos estatísticos como variáveis contínuas.

9.2.1.2. O resultado em saúde: a variável dependente

Utilizou-se o estado de saúde auto-avaliado, ordenado em cinco categorias: muito mau, mau, razoável, bom e muito bom.

9.2.1.3. As estimativas efectuadas

Efectuaram-se diversas estimativas na tentativa de obter modelos válidos, tanto quanto possível parcimoniosos e ajustados. Dos vários resultados obtidos, salienta-se: 1. o modelo desenvolvido a partir das determinantes de nível individual e dos dezanove indicadores resultantes da ACP; 2. o modelo desenvolvido a partir das determinantes de nível individual e do Indicador de Privação Múltipla²; 3. o modelo desenvolvido à semelhança do modelo 1, mas restringido à população masculina; 4. o modelo desenvolvido à semelhança do modelo 1, mas restringido à população feminina.

9.3. PRINCIPAIS RESULTADOS

Apresentam-se, inicialmente, os resultados obtidos para os dois modelos de regressão logística desenvolvidos para o conjunto da amostra (n = 4577 indivíduos).

9.3.1. Modelo 1: relação entre dimensões do ambiente sociomaterial local e saúde

O modelo final (quadro 9.3.) considerou, a nível individual, os seguintes factores: género, idade, ocupação (ocupações manuais *versus* não manuais), situação perante o trabalho (categoria dos empregados), escolaridade (duas categorias: anos completos inferior ou igual a 4 e igual ou superior a 13), consumo de tabaco (categoria dos fumadores) e actividade física (praticante *versus* não praticante).

² Desenvolveram-se modelos distintos para as variáveis contextuais, dadas as diferenças teóricas, conceptuais e metodológicas existentes entre o Indicador de Privação Múltipla e as 19 componentes resultantes da ACP.

Para além das características individuais, o modelo considerou a influência das dimensões do ambiente sociomaterial local, por recurso às dezanove componentes principais resultantes da ACP. Como foi referido, afastaram-se do modelo os factores cuja influência não se revelou estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Variáveis ^a	Coeficiente	Erro-padrão	Significância	Intervalo de Confiança (95%)	
				Limite inf.	Limite sup.
$t_{1=1}$	-6,285	0,180	0,000	-6,637	-5,932
$t_{2=2}$	-4,507	0,164	0,000	-4,828	-4,187
$t_{3=3}$	-1,802	0,150	0,000	-2,097	-1,508
$t_{4=4}$	1,316	0,156	0,000	1,011	1,622
Sexo	-0,530	0,062	0,000	-0,651	-0,408
Idade	-0,041	0,002	0,000	-0,046	-0,037
Ocupação	-0,388	0,071	0,000	-0,527	-0,250
Exercício físico	0,546	0,066	0,000	0,418	0,675
Mercado de trabalho: empregado	0,517	0,065	0,000	0,391	0,644
Consumo de tabaco: fumador	-0,193	0,074	0,010	-0,338	-0,047
Escolaridade: inferior a 4 anos	-0,680	0,078	0,000	-0,833	-0,527
Escolaridade: igual ou superior a 13 anos	0,604	0,095	0,000	0,418	0,790
Ocorrência de crime	0,146	0,046	0,002	0,055	0,237
Acessibilidade ao transporte público e uso transporte privado	-0,087	0,040	0,032	-0,166	-0,008
Disponibilidade de equipamentos escolares	-0,087	0,032	0,006	-0,149	-0,025
Disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva	0,112	0,033	0,001	0,047	0,177
Disponibilidade de serviços de saúde públicos (oferta CSP)	-0,208	0,050	0,000	-0,307	-0,110
Capital social/coesão social – Participação política	-0,144	0,039	0,000	-0,221	-0,068
Capital social/coesão social – Participação cívica e inserção na comunidade	-0,105	0,038	0,006	-0,180	-0,030

Quadro 9.3 - Modelo "Logit" ordenado
(variáveis individuais e componentes resultantes da ACP; n=4577).

^a Apenas se apresentam as variáveis que revelaram significância estatística.

A influência das determinantes individuais consideradas no modelo seguiu os padrões apontados em investigações semelhantes (Barros, 2003; Cummins e outros, 2004; Wilson e outros, 2004; Stafford e outros, 2005). Indivíduos do sexo feminino reportam piores estados de saúde auto-avaliada; a probabilidade de reportar um estado de saúde mais negativo é 1,7 vezes maior para as mulheres, comparativamente aos homens. Isto é, as mulheres têm 70% mais de probabilidade de avaliarem negativamente o seu estado de saúde, mantendo constantes todas as outras variáveis.

Relativamente à idade, recorreu-se ao cálculo das probabilidades relativas para uma variação de 10 anos. Os resultados comprovam o efeito depreciativo da idade no estado de saúde: a probabilidade de reportar piores estados de saúde aumenta 51%, *ceteris paribus*, para um aumento de 10 anos de idade.

Quanto à ocupação, o coeficiente da regressão salienta o pior estado de saúde dos trabalhadores manuais. A probabilidade de avaliar de forma mais negativa o estado de saúde é 47% maior, *ceteris paribus*, para indivíduos pertencentes às categorias ocupacionais de menor estatuto.

Na situação perante o mercado de trabalho, destaca-se o efeito benéfico de possuir um emprego. De facto, entre indivíduos empregados, a probabilidade de avaliar positivamente o estado de saúde é 68% maior, mantendo constantes todas as outras variáveis.

O factor escolaridade é aquele que mais vincadamente influencia o estado de saúde. Assim, o modelo sublinha os piores estados de saúde dos indivíduos menos escolarizados, em oposição aos melhores estados de saúde reportados por indivíduos mais escolarizados. O cálculo das “odds ratios” revela que a probabilidade de ter uma visão mais negativa relativamente ao estado de saúde é 97,4% maior para os indivíduos com 4 ou menos anos de escolaridade, mantendo constantes todas as outras variáveis. Em contrapartida, a probabilidade de avaliar de forma mais positiva o estado de saúde aumenta cerca de 83%, *ceteris paribus*, para indivíduos que possuem 13 ou mais anos de escolaridade.

Por último, a nível das determinantes individuais, analisou-se a influência dos comportamentos relacionados com a saúde. Seguindo os padrões teóricos previamente estabelecidos, a prática de exercício físico influencia positivamente o estado de saúde auto-avaliado. O modelo sugere que a probabilidade de reportar melhores estados de saúde aumenta 73%, *ceteris paribus*, entre indivíduos que praticam exercício físico. O consumo de tabaco, embora revele uma influência mais moderada que o exercício físico, reflecte-se, como esperado, em piores estados de saúde auto-avaliados. Entre os fumadores, a probabilidade de ter uma visão mais negativa relativamente ao próprio estado de saúde é 21% maior, mantendo constantes todas as outras variáveis.

Relativamente às dimensões do ambiente sociomaterial local, sete componentes (ver quadro 9.3) revelaram uma influência significativa no estado de saúde auto-avaliado. Quatro dessas componentes – a disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva, a acessibilidade ao transporte público e uso do transporte privado, a participação política e a participação cívica/inserção na comunidade – seguiram os padrões previamente estabelecidos noutros países.

Pretendendo-se interpretar variações na probabilidade de reportar piores ou melhores estados de saúde em resultado de variações nas determinantes contextuais, utilizou-se o desvio-padrão como medida de variação dos factores contextuais.

O modelo elaborado revela que a disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva³ influencia positivamente a saúde individual. O valor da probabilidade relativa sugere que indivíduos residentes em áreas de maior oferta destes recursos apresentam, *ceteris paribus*, uma probabilidade acrescida de reportarem melhores estados de saúde (12% de acréscimo para um aumento de um desvio-padrão).

Influência significativa revela também a componente da acessibilidade ao transporte público e uso do transporte privado (dimensão dos transportes). O aumento da distância-tempo à sede de concelho e/ou de distrito, conjuntamente com a maior utilização de transporte privado, pioram o estado de saúde individual. Segundo o modelo, o aumento de um desvio-padrão nesta componente, significando diminuição da acessibilidade ao transporte público e maior utilização do transporte privado, é acompanhado por um aumento de 9% na probabilidade de avaliar negativamente o estado de saúde, mantendo constantes as restantes variáveis.

A dimensão do capital social/coesão social originou duas componentes que revelaram significância estatística no modelo. O factor da participação política⁴ condiciona de forma significativa o estado de saúde auto-avaliado, sugerindo que quanto maior é o nível de abstenção nos actos eleitorais, *ceteris paribus*, maior é a probabilidade de uma auto-avaliação negativa do estado de saúde. Assim, o aumento de um desvio-padrão na componente da participação política, significando maiores níveis de abstenção eleitoral, aumenta em 15,5% a probabilidade de reportar estados de saúde mais negativos. Quanto ao factor da participação cívica e inserção na comunidade⁵, o modelo indica que quanto maior é a participação e inserção comunitárias, *ceteris paribus*, melhor é o estado de saúde auto-avaliado: o aumento de um desvio-padrão na componente, representando uma diminuição na participação comunitária, faz-se acompanhar pelo aumento de 11% na probabilidade de reportar piores estados de saúde.

As componentes relativas à disponibilidade de estabelecimentos escolares, ocorrência de crime e disponibilidade de serviços de saúde públicos (oferta de cuidados de saúde primários), revelaram também uma influência significativa, mas contrária aos padrões esperados, efeito que se analisará adiante.

Partindo dos factores intervenientes no modelo, procurou-se ainda averiguar a possibilidade da ocorrência de efeitos cruzados entre as determinantes da saúde analisadas. Esta hipótese assenta na premissa da existência de interações entre as determinantes da saúde, com potenciais efeitos no estado de saúde auto-avaliado, ainda não considerados no modelo desenvolvido. Neste sentido, procurou-se, por um lado, verificar a existência de interações entre as determinantes de nível individual – sexo, idade, consumo de tabaco, situação no mercado de trabalho, ocupação, escolaridade e prática de exercício físico. Por outro lado, pretendendo-se saber se a contribuição dos factores contextuais se faz de forma directa, per si, ou indirecta, através dos factores individuais, verificou-se também

³ A componente é formada por laboratórios de análises clínicas, farmácias, laboratórios de radiologia, centros de ecografia e centros de TAC.

⁴ A componente é formada pelas percentagens da abstenção nas eleições autárquicas de 2001, legislativas de 2002 e legislativas de 2005.

⁵ Integram a componente os clubes recreativos/associações desportivas, os jornais locais e a tiragem anual dos jornais locais por habitante.

a possibilidade da existência de interações entre as determinantes individuais e as determinantes contextuais do estado de saúde⁶. Esta hipótese pode ser exemplificada nas seguintes questões: há alguma interação entre a acessibilidade ao transporte público e a prática de exercício físico? Alguma interação entre a ocorrência de crime e a prática de exercício físico? Ou seja, será possível esperar que em áreas de boa acessibilidade ao transporte público e menor utilização do transporte privado se pratique mais exercício físico, devido às deslocamentos efectuados a pé entre o local de residência e o local de passagem do transporte público? De igual forma, será possível esperar que áreas mais seguras encorajem a prática de exercício físico?

As interações entre as determinantes individuais e entre estas e as determinantes contextuais foram calculadas e testadas individualmente no modelo, tendo sido sucessivamente abandonadas por falta de significância estatística. Nenhuma interação revelou um efeito estatisticamente significativo no estado de saúde auto-avaliado.

Por último, avaliou-se a qualidade do modelo elaborado, por intermédio do teste da verosimilhança e dos testes de pseudo R^2 , com resultados que sublinham a validade e o bom ajustamento do modelo desenvolvido (Nogueira, 2006).

9.3.2. Modelo 2: relação entre privação sociomaterial e saúde

Analisando os resultados obtidos no modelo que considera o Indicador de Privação Múltipla (quadro 9.4), verifica-se que a influência das variáveis independentes de nível individual no resultado em saúde é muito semelhante à estimada pelo modelo anterior, não se procedendo novamente à sua análise.

Relativamente ao Indicador de Privação Múltipla, e mantendo o anterior critério de variação de um desvio-padrão, o modelo revela uma influência conforme ao padrão esperado: maiores níveis de privação sociomaterial determinam piores estados de saúde auto-avaliada. Para esta determinante, o aumento de um desvio-padrão faz-se acompanhar por um acréscimo de 10% na probabilidade de avaliar a saúde de forma mais negativa.

Refira-se ainda que os resultados obtidos nos testes de ajustamento sublinham a validade do modelo elaborado (Nogueira, 2006).

9.3.3. Alterações possíveis na saúde auto-avaliada: previsões baseadas nos modelos

Os modelos estatísticos desenvolvidos, para além de permitirem compreender e explicar o padrão das variações no estado de saúde auto-avaliado, permitem efectuar estimativas, possibilitando a previsão de futuras, possíveis, alterações no estado de saúde auto-avaliado, conseqüentes a alterações ocorridas nas determinantes analisadas. As estimações efectuaram-se, atribuindo aos indivíduos englobados no quintil mais carenciado

⁶ Recorde-se que vários autores têm reportado a existência de efeitos cruzados entre algumas características ambientais e determinados comportamentos relacionados com a saúde (Ross, 2000). Na verdade, deve assinalar-se, uma vez mais, que o efeito dos indicadores no estado de saúde não é de simples adição, mas de multiplicação.

(área de menor disponibilidade, menor acessibilidade, menor participação, maior privação) o valor do indicador que caracteriza a situação oposta, verificando as alterações que esta mudança produziria no estado de saúde daquela população. O quadro 9.5 resume as variações percentuais no nível de auto-avaliação superior a bom⁷, obtidas por intermédio das simulações efectuadas.

Variáveis ^a	Coeficiente	Erro-padrão	Significância	Intervalo de Confiança (95%)	
				Limite inf.	Limite sup.
t ₁₌₁	-6,253	0,177	0,000	-6,600	-5,906
t ₂₌₂	-4,483	0,160	0,000	-4,797	-4,168
t ₃₌₃	-1,792	0,147	0,000	-2,080	-1,504
t ₄₌₄	1,317	0,153	0,000	1,017	1,617
Sexo	-0,524	0,062	0,000	-0,646	-0,403
Idade	-0,041	0,002	0,000	-0,045	-0,037
Ocupação	-0,380	0,070	0,000	-0,518	-0,241
Exercício físico	0,538	0,065	0,000	0,409	0,666
Mercado de trabalho: empregado	0,511	0,064	0,000	0,385	0,638
Consumo de tabaco: fumador	-0,181	0,074	0,015	-0,327	-0,036
Escolaridade: inferior a 4 anos	-0,676	0,077	0,000	-0,828	-0,525
Escolaridade: igual ou superior a 13 anos	0,599	0,094	0,000	0,415	0,782
Indicador de Privação Material	-0,046	0,013	0,000	-0,071	-0,020

Quadro 9.4 - Modelo "Logit" ordenado (variáveis individuais e IPM; n=4577).

^a Apenas se apresentam as variáveis que revelaram significância estatística.

A análise das determinantes contextuais em questão sublinha o papel da componente relativa à disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva. Focando esta dimensão do ambiente sociomaterial local, verifica-se que o estado de saúde auto-avaliado da população residente no quintil de menor disponibilidade poderá variar consideravelmente, em resultado da alteração das condições de disponibilidade destes meios. Segundo o modelo, o aumento da disponibilidade para o melhor nível encontrado na AML contribuiria para uma melhoria na auto-avaliação do estado de saúde para cerca de 22% da população. A figura

⁷ Dado o menor número de casos em análise, utilizaram-se apenas dois níveis de auto-avaliação do estado de saúde: inferior a bom (agrupando as categorias muito mau, mau e razoável) e superior a bom (agrupando as categorias bom e muito bom).

9.1 mostra a variação entre o número de casos reais e o número de casos previstos, decorrente do aumento da disponibilidade destes serviços, nos dois níveis de auto-avaliação considerados.

Indicadores/Componentes	Casos reais (%)	Casos estimados com melhoria nas condições (%)
Meios Com. Diagnóstico e Terapêutica	38,8	60,4
Acessibilidade a transportes públicos	41,7	54,4
Participação política	38,1	44,0
Participação cívica	40	49
Privação material múltipla	34,8	36,5

Quadro 9.5 - Percentagem de inquiridos no quintil mais carenciado com estado de saúde auto-avaliado superior a bom: casos reais e casos estimados com variação nos valores dos indicadores

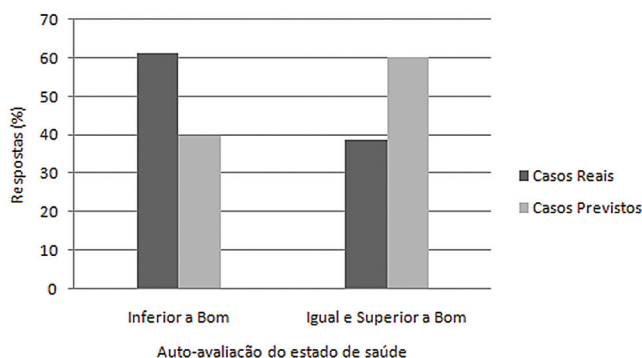


Figura 9.1 - Variação no estado de saúde auto-avaliado com aumento da disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva.

A dimensão da acessibilidade ao transporte público e uso do transporte privado revela também uma forte influência no estado de saúde auto-avaliado. Refira-se, assim, que cerca de 42% da população que reside no quintil de menor acessibilidade avalia a sua saúde como boa e muito boa, valor que poderia aumentar para mais de 54% em consequência de uma melhoria desta determinante para o nível mais elevado encontrado na AML, um acréscimo de quase 13% (figura 9.2).

Quanto ao possível efeito de um reforço no capital social e na coesão social, expressos por uma maior participação cívica e inserção na comunidade, o modelo estima uma melhoria na saúde para 9% da população. Ou seja, atribuindo à população residente no quintil de menor participação comunitária o valor mais alto encontrado na AML, é possível esperar que 9% da população que avalia o seu estado de saúde como inferior a bom, passe a avaliá-lo no nível bom e muito bom (figura 9.3).

Ainda ao nível do capital social e da coesão social, mas expressos na sua componente de participação política, verifica-se que 38% da população inquirida residente no quintil de menor participação avalia o seu estado de saúde como bom e muito bom. A melhoria desta característica do funcionamento colectivo para o melhor nível encontrado na AML,

provocaria um acréscimo de cerca de 6% na população que, nesse quintil, posiciona a sua saúde num nível igual ou superior a bom (figura 9.4).

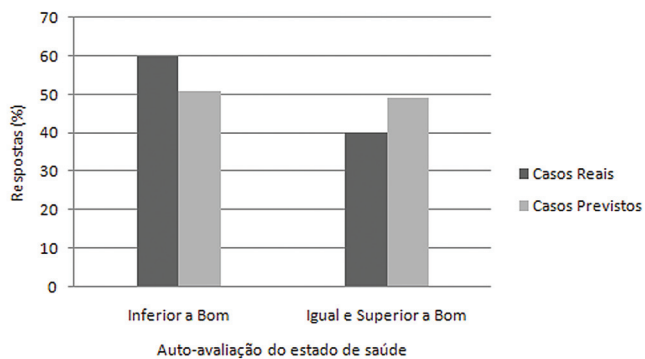


Figura 9.2 - Variação no estado de saúde auto-avaliado com melhoria na acessibilidade ao transporte público

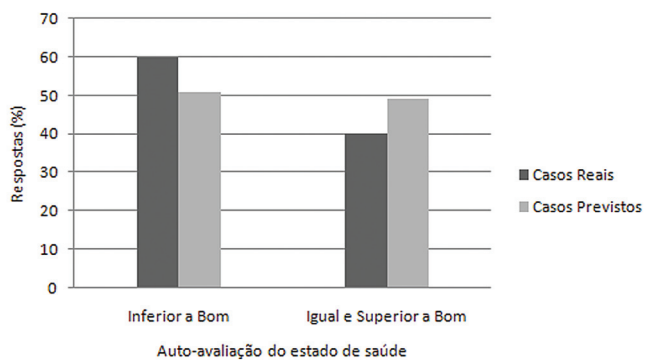


Figura 9.3 - Variação no estado de saúde auto-avaliado com aumento do capital social/coesão social – participação cívica e inserção na comunidade

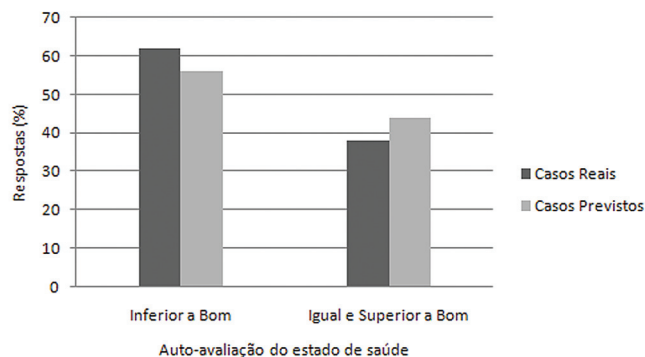


Figura 9.4 - Variação no estado de saúde auto-avaliado com aumento do capital social/coesão social – participação política

Repetindo o procedimento anterior para o Indicador de Privação Múltipla, verifica-se também uma melhoria no estado de saúde individual, embora bastante mais limitada que nos casos anteriores. Assim, modificar a situação de privação sociomaterial da população residente no quintil mais privado, tornando-a semelhante à da população que reside nas áreas mais prósperas, poderá aumentar em 1,7% a população que avalia o seu estado de saúde como bom ou muito bom (figura 9.5).

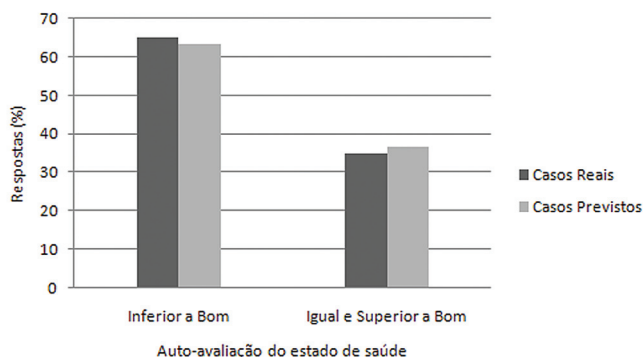


Figura 9.5 - Variação no estado de saúde auto-avaliado com diminuição da privação sociomaterial

9.3.4. A especificidade do género

Num segundo momento de modelação estatística, procurou-se averiguar a especificidade das determinantes da saúde estudadas em função do género. Partindo do modelo mais alargado, integrando as determinantes individuais e os indicadores resultantes das dimensões do ambiente sociomaterial local⁸, desenvolveram-se modelos específicos para cada género. Os quadros 9.6 e 9.7 apresentam os resultados das estimações para os géneros feminino e masculino, respectivamente.

Efectuando algumas comparações entre os principais “outputs” dos modelos estatísticos desenvolvidos para os géneros feminino e masculino, e entre estes e os resultantes do modelo elaborado para o conjunto da amostra, verificam-se semelhanças, mas também diferenças, no papel das determinantes individuais no estado de saúde auto-avaliado. Assim, ainda que a influência dos factores considerados no modelo siga tendencialmente os padrões já referidos, destacam-se algumas diferenças relacionadas com a magnitude do seu impacte no estado de saúde. Refira-se, concretamente:

- O papel da escolaridade nas mulheres. As “odds ratios” revelam que o efeito benéfico de possuir 13 ou mais anos de escolaridade é mais vincado para as mulheres. A subpopulação feminina mais escolarizada apresenta uma probabilidade acrescida

⁸ A não consideração do Indicador de Privação Material justifica-se pela forma como foi definida a privação e especificado o indicador (conceito lato, operacionalizado por variáveis de grande abrangência, recorrendo à agregação de respostas censitárias) (Nogueira, 2006).

em mais de 106% de avaliar de forma positiva o seu estado de saúde, valor que desce para 62% quando se considera a subpopulação masculina (83% para o conjunto da população).

Variáveis ^a	Coeficiente	Erro-padrão	Sig-nificância	Intervalo de Confiança 95%	
				Limite inf.	Limite sup.
t ₁₌₁	-5,759	0,211	0,000	-6,174	-5,345
t ₂₌₂	-3,943	0,192	0,000	-4,318	-3,567
t ₃₌₃	-1,195	0,174	0,000	-1,537	-0,853
t ₄₌₄	1,844	0,191	0,000	1,469	2,219
Idade	-0,042	0,003	0,000	-0,047	-0,036
Ocupação	-0,438	0,093	0,000	-0,620	-,0256
Ocupação: dona de casa	0,262	0,109	0,017	0,047	0,476
Exercício físico	0,387	0,089	0,000	0,213	0,561
Mercado de trabalho: empregado	0,560	0,091	0,000	0,382	0,737
Escolaridade: inferior a 4 anos	-0,691	0,104	0,000	-0,894	-0,487
Escolaridade: igual ou superior a 13 anos	0,724	0,124	0,000	0,480	0,968
Disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva	0,112	0,043	0,009	0,028	0,197
Precariedade dos alojamentos (falta de condições básicas)	-0,167	0,077	0,030	-0,318	-0,016
Ocorrência de crime	0,169	0,058	0,003	0,056	0,282
Disponibilidade de equipamentos escolares	-0,230	0,053	0,000	-0,335	-0,126
Disponibilidade de serviços de saúde públicos (oferta CSP)	-0,345	0,065	0,000	-0,472	-0,219
Disponibilidade de serviços de apoio social e familiar	0,114	0,044	0,010	0,027	0,200

Quadro 9.6 - Modelo "Logit" ordenado – subpopulação feminina (variáveis individuais e componentes resultantes da ACP; n=2747)

^a Apenas se apresentam as variáveis que revelaram significância estatística.

- O efeito da ocupação. Ainda que as ocupações manuais deteriorem o estado de saúde, esse efeito é mais importante para as mulheres. Trabalhadores manuais femininos apresentam uma probabilidade aumentada em 55% de avaliarem negativamente o seu estado de saúde, valor que não ultrapassa os 35,5% nos homens (47% para o conjunto da população). Refira-se, ainda, que a categoria “donas de casa” revelou significância estatística no modelo da subpopulação feminina. Mulheres dedicadas em exclusivo ao trabalho doméstico apresentam uma probabilidade 30% maior de reportarem estados de saúde mais positivos.

- O impacto da prática de exercício físico. Praticar exercício físico parece influenciar sobretudo a saúde dos homens. Os resultados sugerem que a probabilidade de avaliar de forma positiva o estado de saúde aumenta em 109% para os homens que desenvolvem alguma actividade física, contra um valor de apenas 47% nas mulheres (73% no conjunto da população).
- O consumo de tabaco. Esta variável influencia somente o estado de saúde dos homens. Fumadores do sexo masculino avaliam a saúde de forma mais negativa; a probabilidade de reportar estados de saúde mais negativos é 28% maior para os fumadores (21% no modelo global; sem significância no modelo da população feminina).
- O efeito diferenciado da idade. Apesar do aumento da idade conduzir a um pior estado de saúde auto-avaliado, o efeito depreciativo é mais forte nas mulheres, que parecem assim “envelhecer prematuramente”, relativamente aos homens (para um aumento de 10 anos de idade, a probabilidade de avaliar negativamente a saúde aumenta 52% nas mulheres e cerca de 47,5% nos homens) (51% para o conjunto da população).

Variáveis ^a	Coeficiente	Erro-padrão	Significância	Intervalo de Confiança 95%	
				Limite inf.	Limite sup.
t ₁₌₁	-5,945	0,281	0,000	-6,496	-5,394
t ₂₌₂	-4,239	0,249	0,000	-4,727	-3,750
t ₃₌₃	-1,573	0,231	0,000	-2,026	-1,120
t ₄₌₄	1,646	0,235	0,000	1,186	2,107
Idade	-0,039	0,003	0,000	-0,046	-0,033
Ocupação	-0,304	0,110	0,006	-0,519	-0,089
Exercício físico	0,737	0,098	0,000	0,544	0,929
Mercado de trabalho: empregado	0,567	0,104	0,000	0,363	0,771
Consumo de tabaco: fumador	-0,246	0,102	0,016	-0,446	-0,046
Escolaridade: inferior a 4 anos	-0,643	0,119	0,000	-0,877	-0,409
Escolaridade: igual ou superior a 13 anos	0,485	0,147	0,001	0,197	0,773
Capital social – participação política	-0,179	0,056	0,001	-0,289	-0,069
Disponibilidade de recursos locais diversificados	0,082	0,042	0,048	0,001	0,163

Quadro 9.7 - Modelo “Logit” ordenado – subpopulação masculina (variáveis individuais e componentes resultantes da ACP; n=1830).

^a Apenas se apresentam as variáveis que revelaram significância estatística.

A influência do ambiente local, avaliada por recurso às dezanove componentes resultantes da ACP, revelou igualmente uma grande especificidade em função do género. Para as mulheres, mantém-se a influência da disponibilidade dos Serviços de Saúde Preventiva, ocorrência de crime, disponibilidade de equipamentos escolares e oferta de Cuidados de Saúde Primários. Nesta subpopulação, perdem significância as componentes relativas ao capital social e à acessibilidade ao transporte público, revelando-se influentes as componentes das condições básicas dos alojamentos e disponibilidade de serviços de apoio social e familiar. Relativamente aos homens, destaca-se o impacto do capital social, vertente da participação política e da disponibilidade de recursos locais diversificados. Utilizando o anterior critério de variação de um desvio-padrão, assinala-se:

- O ambiente “indoor”, nomeadamente as condições básicas existentes nos alojamentos (banho ou duche, água, retrete, electricidade e esgotos), afecta a saúde das mulheres. O modelo mostra que mulheres residentes em alojamentos com fracas condições de habitabilidade apresentam, *ceteris paribus*, uma maior probabilidade de reportarem estados de saúde mais negativos. O aumento de um desvio-padrão na componente, significando aumento de alojamentos precários, acompanha-se de um aumento superior a 18% na probabilidade de avaliar de forma mais negativa o estado de saúde.
- A disponibilidade de serviços de apoio social e familiar⁹ reflecte-se no estado de saúde das mulheres. Segundo o modelo, o aumento de um desvio-padrão na componente, traduzindo um aumento da disponibilidade, é acompanhado por um aumento de 12% na probabilidade de avaliar mais positivamente o estado de saúde, mantendo constantes as restantes variáveis.
- A participação política, um dos indicadores do capital social, revela grande impacto na saúde dos homens. O modelo sugere que o aumento de um desvio-padrão nesta componente, significando maiores níveis de abstenção eleitoral e maior fragilidade ao nível do capital social, aumenta em mais de 18% a probabilidade de reportar estados de saúde mais negativos, mantendo constantes todas as outras variáveis.
- A disponibilidade de recursos locais diversificados¹⁰ influencia positivamente a saúde dos homens. De facto, quanto maior é a disponibilidade destes recursos, *ceteris paribus*, maior a probabilidade de reportar estados de saúde mais positivos (8,5% de acréscimo para um aumento de um desvio-padrão).

Aos modelos elaborados foram aplicados testes estatísticos, cujos resultados comprovam a sua validade (Nogueira, 2006).

9.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os modelos desenvolvidos sublinham a influência das características individuais e contextuais no estado de saúde auto-avaliado da população residente na AML. A investigação

⁹ Integram a componente a capacidade de creches, ATL, centros de dia, lares de idosos e apoio domiciliário, privados e sem fins lucrativos.

¹⁰ A componente é formada pelo número de bancos, multibancos, centros comerciais, ópticas, livrarias, lojas de artigos desportivos e clínicas dentárias.

realizada conclui pela existência de variações no estado de saúde auto-avaliado, estruturadas em função do género, idade, escolaridade, ocupação, situação no mercado de trabalho, comportamentos – consumo de tabaco e prática de exercício físico – e também em função de lugares distintos, caracterizados por oferecerem diferentes oportunidades para a saúde. Assim, à semelhança de estudos desenvolvidos noutros países (Cummins e outros, 2004, 2005; Roos e outros, 2004; Wilson e outros, 2004; Barry e Breen, 2005; Jaffe e outros, 2005; Stafford e outros, 2005; Subramanian e outros, 2005; Van Lenthe e outros, 2005, entre outros), conclui-se que as dimensões do contexto – lugar onde as pessoas passam a maior parte das suas vidas – têm impacte positivo (ou negativo) sobre o estado de saúde da população residente na AML. Procede-se, seguidamente, à discussão dos principais resultados obtidos, insistindo sobretudo nas características que determinam, e especificam, as inter-relações entre os lugares e a saúde dos indivíduos.

9.4.1. Determinantes da saúde retidas pelos modelos: efeitos em conformidade com o padrão teórico pré-estabelecido

• As determinantes individuais

O impacte dos factores individuais no estado de saúde auto-avaliado revelou-se, genericamente, conforme ao esperado e já apontado por vários autores, inclusive em estudos realizados em Portugal (Barros, 2003; Ferreira e Santana, 2003; Santana, 2005). À semelhança de outras investigações (Barros, 2003; Ferreira e Santana, 2003; Franzini e Spears, 2003; Kelleher e outros, 2003; Lopez, 2004; Roos e outros, 2004; Skrabski e outros, 2004; Cummins e outros, 2005; Macintyre e outros, 2005; Stafford e outros, 2005; Subramanian e outros, 2005), conclui-se que a saúde é fortemente influenciada pelas características individuais testadas nos modelos: 1. As mulheres reportam piores estados de saúde; 2. O aumento da idade deteriora o estado de saúde; 3. O trabalho manual tem igualmente um efeito negativo sobre o estado de saúde; 4. A escolaridade influencia positivamente o estado de saúde, que se revela mais negativo em indivíduos que possuem baixa escolaridade, melhorando entre os mais escolarizados; 5. Estar empregado melhora o estado de saúde; 6. Fumar piora o estado de saúde; 7. O sedentarismo associa-se também a piores estados de saúde.

• As determinantes contextuais

Os modelos desenvolvidos para o conjunto da amostra sublinham a influência de alguns factores ambientais no estado de saúde da população metropolitana: o capital social e a coesão social, avaliados pela participação eleitoral e pela participação cívica/inserção na comunidade, a disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva, a acessibilidade ao transporte público, isto é, a dispersão urbana e suas implicações no desenvolvimento das redes de transporte público e na obrigatoriedade de uso do transporte privado e, ainda, a privação sociomaterial. As previsões efectuadas com base nos modelos mostram que

melhorias da saúde dos indivíduos, e também dos lugares¹¹, passam, em parte, pela modificação de algumas características dos seus espaços de vida quotidianos. Estes podem ser modificados no sentido de se tornarem espaços promotores de saúde – territórios de oportunidade, inclusivos e capacitantes – capazes de proporcionar níveis mais elevados de saúde.

Focando detalhadamente as quatro componentes do ambiente sociomaterial local, indicativas do funcionamento colectivo e das oportunidades locais e o IPM, e partindo das previsões baseadas no modelo estatístico, sublinham-se alguns aspectos de maior importância:

1. A melhoria da saúde passa pela melhoria da acessibilidade ao transporte público e conseqüente diminuição do uso de transporte privado, conclusão semelhante à apontada por vários autores (Raphael e outros, 2001; Barton e outros, 2003b; Cummins e outros, 2005; Galea e outros, 2005; Nogueira e outros, 2005; Santana e outros, 2005). Nas freguesias pertencentes ao quintil de menor acessibilidade ao transporte público, logo, em condições de reduzida acessibilidade a este transporte e uso potencialmente acrescido do transporte privado individual, reside cerca de 21% da população da AML (563364 habitantes). Tomando como referência os dados da amostra, espera-se que 41,71% desta população avalie positivamente o seu estado de saúde. Segundo as previsões, a melhoria da acessibilidade ao transporte público poderá conduzir à melhoria do estado de saúde para cerca de 12,67% destes indivíduos, ou seja, melhorando a acessibilidade destes lugares ao transporte público, espera-se um número potencial de mais 71378 indivíduos a reportarem estados de saúde bons e muito bons. O quadro 9.8 assinala as freguesias de pior acessibilidade ao transporte público¹².

A análise do quadro permite verificar que as áreas de pior acessibilidade ao transporte público são, na sua maioria, freguesias de maior ruralidade ou freguesias caracterizadas por variações positivas da população residente na última década¹³. Estas áreas são dominadas por uma urbanização recente, ainda não consolidada; a falta de equipamentos e serviços e a grande dispersão urbana que, frequentemente, as caracteriza (Portas e outros, 2003; Wheeler, 2004; Banister, 2005; Clarke, 2005) dificulta o desenvolvimento do transporte público, incentivando o uso do transporte privado em deslocações diárias, efectuadas para obtenção dos recursos necessários à vida quotidiana. Nas freguesias assinaladas, parece então prioritário diversificar e densificar o uso do solo, desenvolver redes de transporte público e incrementar a sua utilização, desincentivando o uso do transporte privado.

2. A disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva influencia positivamente o estado de saúde. Esta conclusão é idêntica à obtida por outros investigadores (Raphael e outros, 2001; Veugelers e Yip, 2003; Barry e Breen, 2005) sugerindo que, em áreas carenciadas, um aumento da oferta a este nível pode ter impactes positivos na saúde

¹¹ Como foi referido, a relação lugar-saúde deve ser entendida como uma relação lugar-saúde-lugar.

¹² Consideram-se lugares de alerta ou a necessitem de análises mais detalhadas todas as freguesias pertencentes ao quintil de menor acessibilidade.

¹³ As principais excepções a este padrão verificam-se em algumas das freguesias de Lisboa e Oeiras.

individual e colectiva. Verifica-se que cerca de 8% da população da AML (214614 indivíduos) reside em áreas extremamente carenciadas destes serviços – freguesias pertencentes ao quintil de menor disponibilidade. Uma vez que o modelo prevê que o aumento da disponibilidade conduziria a uma melhoria no estado de saúde para cerca de 21,53% desta população, é possível supor que 46184 indivíduos que avaliam a saúde abaixo do nível bom, possam avaliá-la no nível bom e muito bom, em consequência da maior disponibilidade destes recursos. Um conjunto diversificado de serviços e equipamentos relacionados com a saúde – farmácias, laboratórios de análises clínicas e de radiologia, centros de ecografias, etc. – podem vir a localizar-se nas freguesias mais privadas destes meios (quadro 9.9.), devendo todavia evitar-se a proliferação de serviços de saúde de baixa qualidade e considerar-se a sua necessidade face à população potencialmente utilizadora. Por outro lado, importa melhorar a acessibilidade destas áreas a outras, de maior oferta dos recursos assinalados. A melhoria da acessibilidade revela-se fundamental quando se confrontam os quadros 9.8. e 9.9., verificando-se que muitas vezes as áreas com menor disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva são também aquelas que conhecem piores condições de acessibilidade ao transporte público. Trata-se, quase sempre, de áreas mais carenciadas, sobretudo freguesias de maior ruralidade, onde a escassez de recursos é, muitas vezes, causa e consequência das baixas densidades populacionais. A excepção é constituída por algumas das freguesias pertencentes a Loures e Setúbal e pelas freguesias do concelho de Lisboa. Todavia, neste último caso, assinala-se que se trata sobretudo de freguesias de reduzida dimensão, fisicamente próximas de equipamentos localizados noutras freguesias.

Azambuja	Alcoentre, Aveiras de Baixo, Aveiras de Cima, Manique do Intendente e Maçussa
Cascais	S. Domingos de Rana
Lisboa	Ameixoeira, Lumiar, Carnide, Santa Maria dos Olivais e São Francisco Xavier
Loures	Prior Velho
Mafra	Azueira, Carvoeira, Cheleiros, Encarnação, Enxara do Bispo, Ericeira, Gradil, Milharado, Santo Isidoro, Venda do Pinheiro
Oeiras	Barcarena, Carnaxide, Paço de Arcos, Algés, Cruz Quebrada-Dafundo, Linda-a-Velha e Queijas
Sintra	Almargem do Bispo, Belas, Colares, Montelavar, São João das Lampas e Terrugem
V. Franca de Xira	Cachoeiras, Calhandriz, Póvoa de Santa Iria, São João dos Montes e Castanheira do Ribatejo
Almada	Caparica e Charneca da Caparica
Palmela	Marateca
Montijo	Canha

Quadro 9.8 - Freguesias de menor acessibilidade ao transporte público e maior uso do transporte privado

Azambuja	Aveiras de Baixo, Vila Nova de São Pedro, Alcoentre, Vale do Paraíso, Vila Nova da Rainha e Maçussa
Lisboa	Castelo, São Miguel, Ameixoeira, Sacramento, Charneca, Madalena e Sé
Loures	Fanhões, São Julião do Tojal, Apelação e Frielas
Odivelas	Ramada
Mafra	Carvoeira, Cheleiros, Enxara do Bispo, Gradil, Santo Estêvão das Galés, São Miguel de Alcainça, Igreja Nova, Milharado, Sobral da Abelheira, Vila Franca do Rosário e Azueira
Sintra	Montelavar e São Martinho
V. Franca de Xira	Cachoeiras, Calhandriz, Sobralinho e São João dos Montes
Almada	Cacilhas
Barreiro	Palhais e Coina
Setúbal	São Simão, Sado e Gâmbia-Pontes-Alto da Guerra
Alcochete	São Francisco
Montijo	Alto-Estanqueiro-Jardia, Afonsoeiro, Canha e Santo Isidro de Pegões
Palmela	Marateca
Moita	Gaio-Rosário e Sarilhos Pequenos

Quadro 9.9 - Freguesias de menor disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva¹⁴

3. A participação cívica/inserção na comunidade, indicativa do capital e da coesão sociais, que se revelam em sentidos de pertença, integração e identidade, influencia positivamente o estado de saúde. Putman (1993), Kaplan (1996), Kawachi e outros (1997), Baum e Ziersch (2003), Lochner e outros (2003), Pollack e Knesebeck (2004), Skrabski e outros (2004), Young e outros (2004), Lindstrom (2005), Ziersch e outros (2005), entre outros autores, com base em indicadores relacionados com a participação da população em organizações voluntárias, apontam conclusões semelhantes às obtidas nesta investigação. No quintil de menor participação cívica residiam cerca de 8,4% do total da população da AML (225345 habitantes) (INE, 2001). Considerando que as previsões apontam uma possível melhoria na saúde para cerca de 9% destes indivíduos, em consequência de um incremento na coesão e no capital sociais, expressos pela maior participação e compromisso cívicos, o número potencial daqueles que poderiam avaliar a saúde como boa e muito boa aumentaria em cerca de 20191 indivíduos. A participação/inserção na comunidade pode ser reforçada pela existência de projectos que envolvam actividades comuns e de espaços que possibilitem as interacções sociais, sejam eles físicos, sociais ou culturais: associações e clubes, desportivos e recreativos, jornais locais, centros sociais, praças e outros pontos de encontro informal. A promoção de espaços de encontro e o desenvolvimento de projectos capazes de aglutinar esforços em torno de objectivos comuns parece ser sobretudo importante em áreas de mais frágil participação

¹⁴ Assinalam-se as freguesias pertencentes ao quintil mais carenciado.

cívica, assinaladas no quadro 9.10, localizadas ora na AML em áreas de diferente centralidade.

Lisboa	Coração de Jesus, Madalena, Mercês, Campo Grande, Castelo, Lapa, Sacramento, Santa Catarina, Santa Justa, Santiago, Santo Estêvão, São Francisco Xavier, Sé, Alvalade, Encarnação, Mártires, São Cristóvão e São Lourenço, São João de Deus, São Mamede, Socorro, Alcântara, Alto do Pina, Campolide e São Nicolau
Mafra	Azueira, Carvoeira, Cheleiros, Encarnação, Enxara do Bispo, Ericeira, Gradil, Igreja Nova, Mafra, Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés, Santo Isidoro, Sobral da Abelheira, Vila Franca do Rosário, Venda do Pinheiro e São Miguel de Alcainça
Alcochete	Alcochete, Samouco e São Francisco

Quadro 9.10 - Freguesias de menor capital social - menor participação cívica e inserção na comunidade

4. A participação política da população, reveladora de outras facetas do capital social e da coesão social, expressas por sentimentos de confiança, partilha e reciprocidade, influencia positivamente o estado de saúde individual, à semelhança do sugerido por Stafford e outros (2001), Subramanian e outros (2001a), Pollack e Knesebeck (2004), Young e outros (2004) e Lindstrom (2005). A participação da população nos actos eleitorais é não apenas um sinal do seu interesse nos problemas locais, regionais e nacionais, mas também uma manifestação da sua crença, ou descrença, na capacidade de acção e intervenção dos vários níveis do poder político, inclusive do poder individual de cada cidadão, expresso pelo voto. Ou seja, enquanto a participação política expressa sentimentos de reciprocidade, partilha e confiança, a sua ausência indica a presença de processos psicossociais que têm ganhado relevância nas sociedades modernas: individualismo, desintegração, exclusão. Em áreas de fraca participação política residiam cerca de 20,66% da população da AML (554404 indivíduos). Segundo o modelo, uma mudança nos processos que determinam o desinteresse político poderá conduzir à melhoria no estado de saúde para 5,83% desta população (32322 indivíduos). No quadro 9.11 apontam-se as áreas de maior diferença política, onde é essencial intervir no sentido de integrar, incluir e motivar a população, estimulando sentimentos de confiança e reciprocidade. Verifica-se que as freguesias assinaladas no quadro correspondem, geralmente, a freguesias de forte urbanização, à excepção de algumas das freguesias de Palmela, Montijo, Azambuja e Mafra.
5. Relativamente ao estudo da relação entre privação sociomaterial e saúde, efectuado num segundo momento de análise estatística, os resultados são semelhantes aos encontrados noutros países (Dunn e Hayes, 2000; Boyle e outros, 2001; Diez-Roux e outros, 2001; Stafford e outros, 2001; Subramanian e outros, 2001a, 2005; McLeod, 2004; Sundquist e outros, 2004; Jaffe e outros, 2005): a privação material, avaliada nesta investigação pelo Indicador de Privação Múltipla (IPM)¹⁵, condiciona o estado

¹⁵ Recorde-se que este é um indicador compósito construído com base em três variáveis: taxa de desemprego masculino, percentagem de população em habitações precárias e percentagem de trabalhadores não qualificados.

de saúde individual. Nas freguesias de maior privação material, identificadas no Capítulo 7 e discriminadas no quadro 7.2, reside cerca de 17% da população da AML (465536 indivíduos). A diminuição da privação material, para os melhores níveis encontrados na AML, poderá conduzir a uma melhoria no estado de saúde para cerca de 1,66% desta população, ou seja, 7727 indivíduos que avaliaram o seu estado de saúde abaixo do nível bom, poderiam avaliá-lo no nível bom e muito bom. As freguesias prioritárias de intervenção (quadro 7.2.) localizam-se, preferencialmente, em concelhos de forte urbanização – Lisboa e alguns concelhos envolventes, tanto a norte como a sul do Tejo – com a principal exceção a surgir nos concelhos de Palmela e Montijo.

Lisboa	Alto do Pina, Charneca, Campolide, Coração de Jesus, Encarnação, Madalena, Mártires, Marvila, Pena, Prazeres, Santa Catarina, Santa Justa, São Cristóvão e São Lourenço, São José, São Miguel, São Nicolau, São Paulo e Socorro
Cascais	Cascais e Alcabideche
Amadora	Brandoa e Buraca
Sintra	Algueirão-Mem Martins e Pêro Pinheiro
Azambuja	Aveiras de Cima
Mafra	Enxara do Bispo
Setúbal	Setúbal (São Sebastião)
Sesimbra	Sesimbra (Santiago) e Quinta do Conde
Palmela	Marateca, Pinhal Novo e Poceirão
Almada	Trafaria, Caparica e Laranjeiro
Seixal	Amora
Montijo	Canha, Montijo, Santo Isidro de Pegões, Sarilhos Grandes, Alto-Estanqueiro-Jardia, Pegões e Afonsoeiro
Moita	Vale da Amoreira

Quadro 9.11 - Freguesias de menor coesão/capital social - menor participação política

Com base nas quatro componentes assinaladas e no IPM, elaborou-se uma tipologia de áreas de risco para a saúde na AML, considerando que o risco decorre da existência de valor indicativo de grande fragilidade¹⁶, em pelo menos uma das características ambientais assinaladas (figura 9.6). Analisando, por um lado, a intensidade do risco¹⁷ (número de componentes do ambiente local com valores no quintil de maior fragilidade) e

¹⁶ Pertencente ao quintil de menor disponibilidade, menor participação/inserção, menor acessibilidade ou maior privação material.

¹⁷ Risco mínimo: ausência de componente com valor no quintil de maior fragilidade; risco moderado: uma componente com valor no quintil de maior fragilidade; risco elevado: duas componentes com valores no quintil de maior fragilidade; risco máximo: três ou mais componentes com valores no quintil de maior fragilidade.

ponderando, por outro lado, a extensão do risco (número de freguesias em que ocorre a situação de risco), destacam-se concelhos de baixo risco, constituídos maioritariamente por freguesias de risco mínimo ou moderado: Seixal, Odivelas, Cascais, Sesimbra e Oeiras¹⁸ (figuras 9.6 e 9.7). Trata-se de concelhos constituídos quase exclusivamente por freguesias predominantemente urbanas¹⁹, que surgem maioritariamente envolvendo as áreas de maior centralidade da AML: Lisboa e Almada, respectivamente a norte e a sul do Tejo. Estes concelhos, localizados num espaço que parece fazer a transição entre o “coração” da AML – a área de maior centralidade metropolitana – e a coroa periférica, mais afastada desse centro, podem ser considerados espaços promotores da saúde, formando um território que parece ser inclusivo e capacitante, atendendo à sua capacidade de gerar saúde. Esta capacidade pode decorrer da concentração e acumulação de algumas vantagens características dos dois espaços que separa: 1. o de mais forte, antiga, consolidada urbanização, caracterizado pela elevada densidade humana, grande disponibilidade de serviços e equipamentos e boa acessibilidade ao transporte público; 2. o de menor “urbanidade”, mas possivelmente menor privação material e maior coesão social.

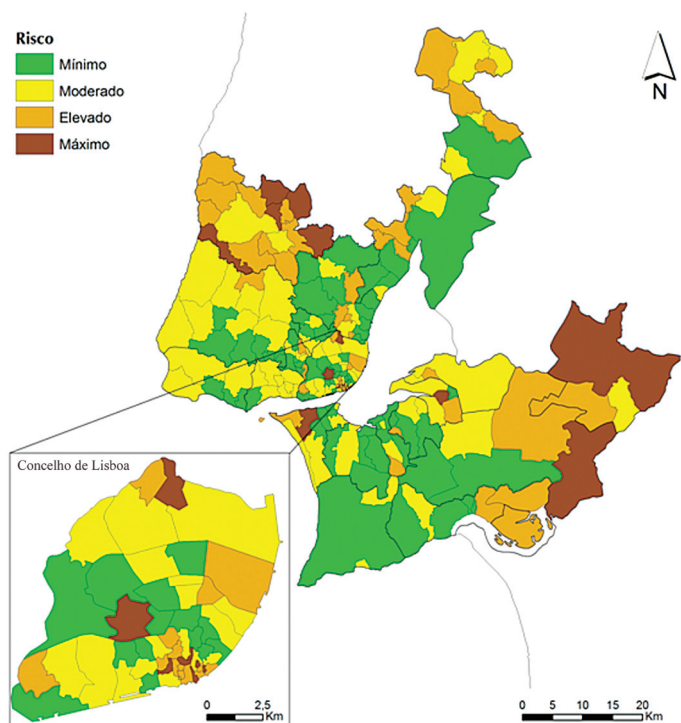


Figura 9.6 - AML: Tipologia de áreas de risco para a saúde

¹⁸ A estes concelhos juntam-se algumas freguesias de Sintra, Loures, Vila Franca de Xira e Moita (figura 9.6.).

¹⁹ Apenas Fernão Ferro, no Seixal, surge classificada como Área Medianamente Urbana.

O espaço urbano mais saudável prolonga-se por uma área localizada também na transição entre o núcleo e a(s) periferia(s) da AML, constituída, *grosso modo*, a norte do Tejo, por parte das freguesias de Sintra, Loures, Amadora e Vila Franca de Xira e, a sul, por freguesias do Barreiro, Moita e Setúbal. Este espaço urbano intermédio caracteriza-se por possuir ainda algumas das características do espaço urbano mais saudável – note-se que várias das suas freguesias apresentam ainda um comportamento de baixo risco, prolongando assim as características do espaço promotor da saúde, não se verificando em qualquer delas um comportamento de risco máximo. No entanto, as vantagens cumulativas que concorriam para o carácter de promoção da saúde vão perdendo intensidade, evidenciando-se algumas situações de maior fragilidade. Estas surgem na Amadora e sobretudo em Vila Franca de Xira e Setúbal, concelhos em que várias freguesias apresentam situações de risco para a saúde, moderado e por vezes elevado²⁰.

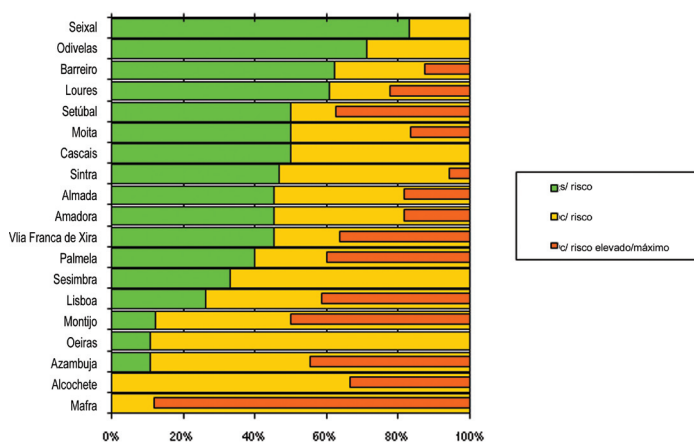


Figura 9.7 - Ocorrência e gravidade do risco para a saúde na AML

À medida que o espaço intermédio, de transição, dá lugar a áreas de maior ou menor centralidade, a capacidade de promover e proporcionar saúde vai diminuindo, aumentando, em contrapartida, o número e a gravidade das situações de maior risco. Azambuja e Alcochete não apresentam nenhuma situação de risco máximo, mas o risco, moderado ou elevado, surge na maioria ou até na totalidade da área concelhia. Situações de maior risco para a saúde, e de risco máximo, surgem no centro metropolitano, nos concelhos de Lisboa e Almada (risco máximo em 15,1% e 9,1%, respectivamente, das suas freguesias), acentuando-se na coroa mais afastada desse centro, a área de menor centralidade da AML. Esta última é formada, a norte, pelo concelho de Mafra, onde se maximizam as situações de risco (35,3% das freguesias em risco máximo) e, a sul, pelos concelhos de Palmela e Montijo

²⁰ Estes concelhos, apresentando ainda algumas características do espaço urbano saudável, devem ser considerados como áreas de transição, dada a ocorrência de situações de risco e de risco elevado: na Amadora o risco surge em 55% do território e o risco elevado em 18,2%; em Setúbal o risco surge em 50% das freguesias e o risco elevado em 37,5%; em Vila Franca de Xira o risco ocorre em 55% das freguesias e o risco elevado em 36,4%.

(risco máximo em 20% e 25%, respectivamente, das suas freguesias). Este espaço periférico de risco prolonga-se, a norte, pelos concelhos da Azambuja e de Vila Franca de Xira (risco elevado em 44,4% e 36,4%, respectivamente, da área concelhia, mas sem situações de risco máximo) e a sul por Alcochete (33,3% das freguesias com risco elevado). Trata-se de espaços que emergem como territórios de vulnerabilidade, potencialmente incapacitantes, talvez por terem perdido parte das suas características identitárias, ou talvez porque as vantagens dessas características identitárias sejam, pelo menos em parte, solapadas pelas suas desvantagens: em Lisboa as redes sociais e o suporte social revelam-se frágeis, verificando-se simultaneamente um aumento da privação material; idêntica situação ocorre em Almada, verificando-se ainda insuficiência de transportes públicos em algumas freguesias; na Azambuja, Palmela e, em menor grau, em Vila Franca de Xira, são insuficientes os transportes públicos e os serviços, nomeadamente, os de saúde; em Alcochete falha sobretudo a participação cívica da população; Mafra e Montijo apresentam uma situação particularmente frágil, determinada possivelmente por acumulação de desvantagens: à dispersão urbana e à fraca acessibilidade ao transporte público, junta-se a reduzida oferta de serviços de saúde e o baixo capital social, expresso pelo desinteresse político da população e/ou pela sua não participação em associações e projectos locais.

O quadro 9.12 apresenta as freguesias de ocorrência das situações de risco elevado e máximo, logo, as de maior vulnerabilidade na AML.

9.4.2. Determinantes da saúde retidas pelos modelos: efeitos (ou intensidades) não conformes com o padrão teórico pré-estabelecido

Os resultados conclusivos, proporcionados pela análise efectuada, sublinham a necessidade de reflectir sobre os “outputs” dos modelos estatísticos que se revelaram contrários ao padrão esperado. Isto aconteceu, nomeadamente, com as componentes indicativas da ocorrência de crime (maior ocorrência, melhor saúde), oferta de Cuidados de Saúde Primários (maior oferta, pior saúde) e disponibilidade de equipamentos escolares (maior disponibilidade, pior saúde). Procurando perceber as incongruências assinaladas, procedeu-se a uma análise da relação entre as componentes, e entre estas e o resultado em saúde, averiguando possíveis fontes de multicolinearidade – potencial causadora de distorções nos modelos estatísticos elaborados (Long, 1997) – ou outras condições responsáveis pelos resultados obtidos. Esta análise pode ser consultada em Nogueira (2006), sublinhando-se porém alguns aspectos de maior importância:

1. A possibilidade de ocorrência de interacções entre as componentes, particularmente entre as caracterizadas por correlações fortes a nível individual (4577 indivíduos) – como acontece com as componentes de oferta de cuidados de saúde primários e ocorrência de crime – com resultados inesperados e incontroláveis ao nível da regressão logística.
2. A possibilidade da estrutura etária da população inquirida influenciar alguns dos resultados²¹, o que pode ter ocorrido com os obtidos para a oferta de cuidados de saúde primários.

²¹ Note-se que o modelo especificado permite obter o efeito do lugar, mas não o efeito da variação entre os indivíduos do lugar. Este seria obtido por especificação de um modelo hierárquico (“multilevel”).

3. A existência de discrepâncias entre a oferta de recursos (como, por exemplo, os cuidados de saúde primários) e a sua utilização (não considerada no trabalho).
4. A existência de discrepâncias entre as componentes e as dimensões ambientais que influenciam a saúde. Por exemplo, a insegurança e o receio do crime parecem ter mais impacto na saúde do que a própria ocorrência do crime.
5. A possível influência da escala de análise nos resultados obtidos. Neste sentido, pode questionar-se se os processos espaciais em questão se modificam segundo as unidades utilizadas – concelhos ou freguesias – ponderando-se se a utilização de outras unidades não conduziria à obtenção de outros resultados.

	Risco elevado (n=48)	Risco máximo (n=18)
Sintra	Montelavar	
Barreiro	Coina	
Moita	Vale da Amoreira	
Alcochete	São Francisco	
Amadora	Brandoa e Buraca	
Loures	Apelação, Frielas, São Julião do Tojal e Prior Velho	
V. Franca de Xira	Cachoeiras, Calhandriz, São João dos Montes e Sobralinho	
Setúbal	Setúbal (São Sebastião), Gâmbia-Pontes-Alto da Guerra e Sado	
Azambuja	Alcoentre, Aveiras de Baixo, Aveiras de Cima e Maçussa	
Palmela	Poceirão	Marateca
Almada	Trafaria	Caparica
Montijo	Santo Isidro de Pegões e Alto-Estanqueiro-Jardia	Canha e Afonsoeiro
Lisboa	Alto do Pina, Ameixoeira, Coração de Jesus, Encarnação, Mártires, Marvila, Mercês, Sacramento, Santo Estêvão, São Cristóvão e São Lourenço, São Francisco Xavier, São José, São Nicolau e Sé	Campolide, Castelo, Charneca, Santa Catarina, Santa Justa, São Miguel, Socorro e Madalena
Mafra	Encarnação, Ericeira, Igreja Nova, Santo Estêvão das Galés, Santo Isidoro, Sobral da Abelheira, Vila Franca do Rosário, Venda do Pinheiro e São Miguel de Alcainça	Azueira, Carvoeira, Cheleiros, Enxara do Bispo, Gradil e Milharado

Quadro 9.12 - Freguesias de maior risco para o estado de saúde auto-avaliado

Uma palavra particular deve ser dada relativamente à privação sociomaterial, uma vez que o resultado obtido, embora conforme ao padrão esperado, revelou uma intensidade aquém da teoricamente prevista, apesar de se ter já reconhecido a intensidade da relação na área em estudo (Nogueira e Santana, 2004). O efeito aparentemente amortecido da privação material na saúde pode decorrer da própria especificação do Indicador de privação

e, conseqüentemente, da sua capacidade discriminativa. Neste sentido, deve sublinhar-se que a privação sociomaterial foi definida por variáveis censitárias, calculadas a partir da agregação das características da população residente nos lugares. A questão que se coloca é saber se as inferências efectuadas de cima para baixo, a partir de um inquérito nacional (censo) para escalas locais, podem dar conta, de forma consistente, das características de pequenas áreas (Longley e Tóbon, 2003). Os resultados sugerem que o IPM, permitindo identificar as áreas mais carenciadas e revelando-se um bom indicador de uma medida agregada de saúde (a mortalidade prematura) (Nogueira e Santana, 2004, 2005), perde o seu poder discriminativo face a indicadores de muito maior especificidade, construídos com o objectivo de distinguir aspectos particulares do ambiente, relacionando-os com a saúde a uma escala individual (Stafford e outros, 2005). Parece então que o IPM, tratando-se de uma medida construída a partir da agregação de características individuais, não consegue identificar as características específicas do ambiente que promovem ou deterioram a saúde.

9.4.3. Determinantes da saúde retidas pelos modelos: a especificidade do género

- *As determinantes individuais*

A avaliação das determinantes da saúde em função do género revelou que o seu impacto é diferenciado em homens e mulheres, hipótese que tem sido recorrentemente colocada por vários autores (Macintyre, 1993; Hunt, 1998; Lahelma e outros, 1999; Kelleher e outros, 2003; Jaffe e outros, 2005; Stafford e outros, 2005). Para além do seu papel biológico determinante, o género é um elemento de estruturação das oportunidades de vida, condicionando as vivências e experiências espaciais de cada indivíduo.

Relativamente aos factores individuais, verificou-se que a saúde das mulheres é mais sensível ao efeito da escolaridade e da ocupação, revelando-se os comportamentos sobretudo importantes para a saúde dos homens. Os resultados mostram que o impacto negativo das ocupações manuais na saúde é mais forte para as mulheres, enquanto o aumento da escolaridade parece proteger e melhorar particularmente a saúde destas. Estas conclusões não encontram eco em estudos semelhantes, principalmente nos mais recentes, nos quais se tem apontado, insistentemente, para um efeito mais forte dos factores relacionados com o estatuto socioeconómico na saúde dos homens (Skrabski e outros, 2004; Jaffe e outros, 2005; Stafford e outros, 2005). No entanto, refira-se que no Canadá, Denton e Walters (1999) concluem que os elevados rendimentos e o trabalho a tempo inteiro são mais importantes para a saúde da mulher. Os resultados obtidos podem talvez ser compreendidos atendendo à especificidade do nosso país, onde uma larga maioria de mulheres participa activamente, a tempo integral, no mercado de trabalho, apresentando o país a taxa de actividade feminina mais elevada da Europa comunitária. A este propósito, refira-se que Stafford e outros (2005) sugerem que a menor importância dos factores ocupacionais na saúde das mulheres pode ser reflexo do elevado número de mulheres não integradas no mercado de trabalho formal. O estudo efectuado na AML destaca ainda a melhor saúde das donas de casa, conclusão semelhante à obtida noutros estudos (Siegrist, 1996, 2000; Theorell, 1999, 2000; Griffin e outros, 2002). Factores relacionados com o maior controlo, tanto do ritmo como das pausas do trabalho, têm sido apontados como causa deste padrão.

O estado de saúde dos homens, menos influenciável pelos factores relacionados com o estatuto socioeconómico, parece depender fortemente dos seus comportamentos, nomeadamente tabágicos e de prática de exercício físico. Apesar de poucos estudos colocarem explicitamente a questão das diferenças comportamentais entre homens e mulheres, e seu impacte na saúde, parece que o consumo de tabaco é mais importante para o estado de saúde dos homens (Denton e Walters, 1999). Todavia, os mesmos autores concluem que a inactividade física é mais importante para as mulheres. O efeito diferencial dos factores comportamentais na saúde de homens e mulheres pode, em parte, decorrer de diferenças na prevalência destes comportamentos (Duncan e outros, 1996; Diez-Roux e outros, 1997, 2000; Subramanian e outros, 2001a). Refira-se que na amostra estudada, fumar e praticar exercício físico são comportamentos mais característicos do sexo masculino: a percentagem de fumadores e de praticantes de exercício físico não só é maior entre a população masculina, como é também nesta que esses comportamentos se prolongam por mais tempo.

- *As determinantes contextuais*

A suposição de que a influência dos factores ambientais varia segundo os indivíduos ganha consistência quando se consideram as diferenças na saúde entre homens e mulheres. O género é um dos factores imutáveis que mais influencia a saúde, devendo esperar-se que os factores ambientais operem de forma diferente em indivíduos de géneros diferentes (Hunt e Macintyre, 2000). Esta assunção foi comprovada pela análise efectuada na AML, uma vez que se obtiveram resultados distintos, em modelos distintos, elaborados especificamente para cada género. À semelhança do apontado por outros investigadores (Skrabski e outros, 2004; Stafford e outros, 2005), os resultados sugerem que, embora a relação lugar-saúde-lugar se verifique para ambos os géneros, diferem os factores contextuais implicados nessa relação, variando também a intensidade do seu impacte. Os resultados obtidos neste estudo permitem sublinhar as seguintes diferenças:

1. Os Serviços de Saúde Preventiva, cujo impacte tinha sido já assinalado no modelo anterior, influenciam apenas a saúde das mulheres. Este resultado, semelhante ao obtido na Irlanda por Kelleher e outros (2003), pode reflectir a maior utilização destes serviços pelo sexo feminino (Hunt, 1998; Veugelers e Yip, 2003; Barry e Breen, 2005; Law e outros, 2005; Santana, 2005). As áreas mais carenciadas destes meios, nas quais se devem futuramente localizar novas unidades prestadoras destes serviços, foram especificadas anteriormente²², não se procedendo novamente a uma repetição dessa análise.
2. A qualidade dos alojamentos, avaliada pelas suas condições básicas, influencia a saúde das mulheres, resultado semelhante ao obtido noutras investigações (Stafford e outros, 2005). O efeito das condições básicas da habitação na saúde tem sido objecto de vários estudos, com resultados que nem sempre são concordantes com a restrição do efeito ao sexo feminino. Jaffe e outros (2005) e Hembree e outros (2005) referem que as condições básicas dos alojamentos influenciam a saúde de todos, não tecendo considerações relativas a uma influência específica por género. Todavia, Stafford e outros (2005) concluem pela existência de uma relação entre ambiente residencial

²² Ver quadro 9.9.

e saúde unicamente para as mulheres. A limitação do efeito das condições da habitação à saúde do sexo feminino, ou a mais intensa associação verificada para este género, tem sido explicada por referência ao maior tempo passado em casa pelas mulheres (Stafford e outros, 2005). Esta explicação parece ser reforçada no caso concreto da investigação na AML, na qual uma parte importante da população do sexo feminino foi classificada como “dona de casa”. Analisando esta determinante da saúde, é possível destacar as áreas caracterizadas pela falta de condições básicas dos alojamentos, onde é urgente intervir ao nível da melhoria do parque habitacional (quadro 9.13). Trata-se, sobretudo, de freguesias que integram a área de menor centralidade da AML, caracterizadas pela ruralidade, verificando-se algumas excepções nos concelhos de Lisboa, Loures, Sintra e Setúbal.

Azambuja	Aveiras de Baixo, Manique do Intendente, Vale do Paraíso, Vila Nova da Rainha, Vila Nova de São Pedro e Maçussa
Lisboa	Campolide, Charneca, Castelo, Madalena e Santa Justa
Loures	Bucelas, Fanhões, Lousa, Santo Antão do Tojal e Prior Velho
Mafra	Cheleiros, Enxara do Bispo, Gradil, Igreja Nova, Milharado, Santo Estêvão das Galés, Santo Isidoro, Sobral da Abelheira, Vila Franca do Rosário e São Miguel de Alcainça
Sintra	Almargem do Bispo, Montelavar e Terrugem
V. Franca de Xira	Cachoeiras
Alcochete	São Francisco
Barreiro	Coína
Moita	Gaio-Rosário e Sarilhos Pequenos
Setúbal	São Simão e Gâmbia-Pontes-Alto da Guerra
Montijo	Canha, Santo Isidro de Pegões, Sarilhos Grandes, Alto-Estanqueiro-Jardia e Pegões
Palmela	Marateca, Quinta do Anjo e Poceirão

Quadro 9.13 - Freguesias de maior precariedade dos alojamentos

3. A maior disponibilidade de serviços de apoio e de suporte familiar influencia positivamente a saúde das mulheres. Este efeito pode talvez relacionar-se com o tradicional papel social das mulheres, às quais se atribui a maior responsabilidade nas actividades relacionadas com o lar (Ellaway e Macintyre, 2001; Stafford e outros, 2005). Estando as mulheres tradicionalmente imbuídas da responsabilidade de cuidar da casa e da família, é natural que a sua saúde seja mais influenciada pela disponibilidade de serviços de apoio a estas actividades. A geografia desta determinante do estado de saúde permite apontar as áreas carenciadas, de maior risco para a saúde e, especificamente, para a saúde das mulheres (quadro 9.14). Estas surgem um pouco por toda a AML, em áreas mais e menos urbanas, em áreas de diferente centralidade.

Azambuja	Manique do Intendente, Vale do Paraíso e Maçussa
Lisboa	Castelo, Madalena, Sacramento, Santa Justa, Santiago e São Miguel
Loures	Fanhões, Frielas, Santo Antão do Tojal, Unhos e Prior Velho
Mafra	Carvoeira, Cheleiros, Enxara do Bispo, Igreja Nova, Malveira, Milharado, Santo Este-vão das Galés, Sobral da Abelheira, Vila Franca do Rosário e São Miguel de Alcaíça
Sintra	Almargem do Bispo, Montelavar, Casal de Cambra, Massamá e Monte Abraão
V. Franca de Xira	Cachoeiras, Calhandriz e São João dos Montes
Amadora	Alfornelos, São Brás e Venda Nova
Odivelas	Famões e Olival Basto
Alcochete	São Francisco
Barreiro	Alto do Seixalinho
Moita	Gaio-Rosário
Setúbal	São Simão e Gâmbia-Pontes-Alto da Guerra
Montijo	Alto-Estanqueiro-Jardia e Pegões

Quadro 9.14 - Freguesias de menor disponibilidade de serviços de apoio social e familiar

4. Os homens revelam-se mais sensíveis a dois factores do ambiente sociomaterial local: o capital social / coesão social, à semelhança do referido por Ellaway e Macintyre (2001) e Skrabski e outros (2004), e a disponibilidade de um conjunto diversificado de recursos locais. A influência do capital social, avaliado pela participação política, e as áreas de risco consequentes à sua fragilização, foram já analisadas neste trabalho²³. Quanto à segunda componente, deve referir-se que embora a sua influência na saúde tenha sido sublinhada por alguns autores (Jordan e outros, 2004; Nieggebrugge e outros, 2005), não foram ainda efectuadas considerações relativas à sua especificidade em função do género. A análise das áreas mais carenciadas nos recursos locais considerados permite destacar as freguesias de maior risco para a saúde (quadro 9.15). À excepção das freguesias de Lisboa e de algumas freguesias de Loures, Sintra e Setúbal, releva novamente o carácter de perifericidade e maior ruralidade das áreas assinaladas.

A consideração das determinantes contextuais da saúde em cada género permite verificar a existência de áreas de risco idênticas nos dois sexos, sobressaindo um padrão espacial que apresenta algumas semelhanças com o evidenciado para o conjunto da amostra. Neste sentido, realce-se a permanência das situações de maior risco²⁴ nos concelhos localizados na área de menor centralidade da AML. Todavia, em contraste com o padrão revelado para o conjunto da amostra, é notória a diminuição das situações de risco na área de maior centralidade metropolitana (figuras 9.8 e 9.9).

²³ Ver quadro 9.11.

²⁴ Risco mínimo: ausência de componente com valor no quintil de maior fragilidade; risco moderado: uma componente com valor no quintil de maior fragilidade; risco elevado: duas ou mais componentes com valores no quintil de maior fragilidade.

Azambuja	Aveiras de Baixo, Manique do Intendente, Vale do Paraíso, Vila Nova da Rainha, Vila Nova de São Pedro e Maçussa
Lisboa	Ameixoeira, Castelo, Charneca, Santiago, Sé e Socorro
Loures	Apelação, Fanhões, Frielas e Santo Antão do Tojal
Mafra	Carvoeira, Cheleiros, Enxara do Bispo, Gradil, Igreja Nova, Santo Estêvão das Galés, Santo Isidoro, Sobral da Abelheira, Vila Franca do Rosário e São Miguel de Alcaínça
Sintra	Almargem do Bispo e Montelavar
V. Franca de Xira	Cachoeiras, Calhandriz e São João dos Montes
Alcochete	São Francisco
Barreiro	Palhais e Coina
Palmela	Marateca
Moita	Gaio-Rosário e Sarilhos Pequenos
Setúbal	São Simão, Gâmbia-Pontes-Alto da Guerra e Sado
Montijo	Canha, Santo Isidro de Pegões, Sarilhos Grandes e Alto-Estanqueiro-Jardía

Quadro 9.15 - Freguesias de menor disponibilidade de recursos locais diversificados

Como espaço urbano saudável, destaca-se novamente a área de transição entre o núcleo e a(s) periferia(s) da AML, formada pelos concelhos do Seixal, Cascais, Oeiras, Sesimbra e Odivelas, embora duas das freguesias deste último apresentem um risco moderado para a saúde das mulheres. Situações de maior risco são visíveis no restante território da AML, intensificando-se nos concelhos de menor centralidade: Azambuja, Mafra, Vila Franca de Xira, Montijo e Palmela. Destaca-se a maior vulnerabilidade dos concelhos localizados a sul do Tejo, principalmente para os homens, verificando-se maior dispersão das situações de risco para as mulheres. A área de maior centralidade da AML – Lisboa, e sobretudo Almada – considerada de risco para o conjunto da amostra, perde parte desse carácter quando se consideram separadamente os dois géneros²⁵.

²⁵ Note-se que a diminuição das situações de risco no centro metropolitano pode decorrer da não consideração do Indicador de Privação Material, que atinge valores elevados nesta área.

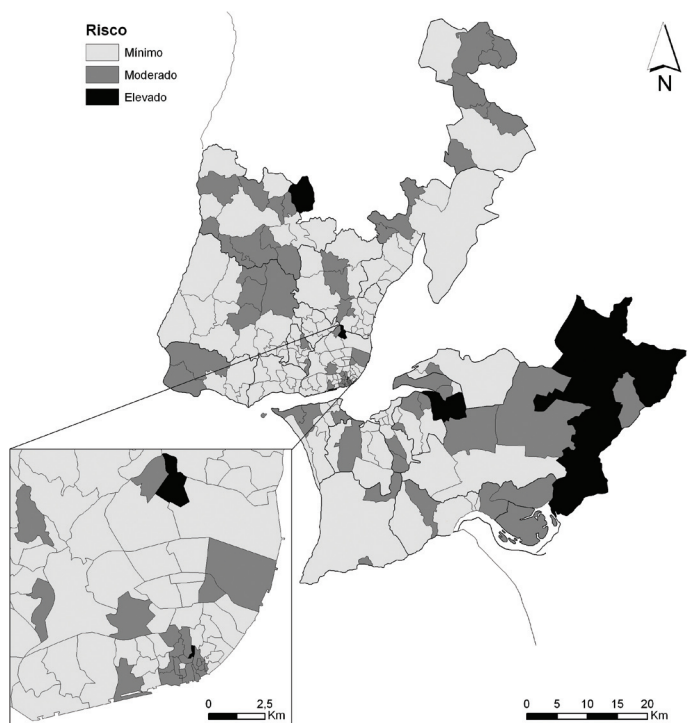


Figura 9.8 - AML: Tipologia de áreas de risco para a saúde dos homens

9.4.4. Determinantes contextuais da saúde afastadas no decurso da análise estatística

Uma última palavra deve ser dirigida às características do ambiente sociomaterial local que foram afastadas no decurso da análise estatística, isto é, aquelas cuja influência no estado de saúde auto-avaliado não se revelou estatisticamente significativa. Refira-se, assim, que estudos efectuados noutros países, considerando algumas das determinantes em causa, registaram resultados por vezes diferentes dos agora obtidos. No Reino Unido, Cummins e outros (2004, 2005) avaliaram o impacto no estado de saúde auto-avaliado de um conjunto numeroso de características ambientais, concluindo que a qualidade do ambiente residencial, o clima e o compromisso políticos, o desemprego, a disponibilidade de transporte privado e a segurança rodoviária, influenciavam significativamente o estado de saúde auto-avaliado.

A religiosidade, estruturando e fortalecendo redes de suporte social, é uma das facetas do capital social e da coesão social que tem revelado influenciar a saúde. Skrabski e outros (2004) e Abbotts e outros (2004), avaliando o impacto da frequência de igrejas na saúde, concluem pela existência de um efeito de protecção, mais importante para as mulheres. Davey Smith e Dorling (1996) e Cummins e outros (2004, 2005), utilizando a percentagem de votação em partidos de esquerda, concluíram que o estado de saúde

da população é pior em áreas de forte votação à esquerda. Na AML, a componente da religiosidade, medida pela população sem religião e pela votação à esquerda, não apresentou uma influência significativa no estado de saúde.

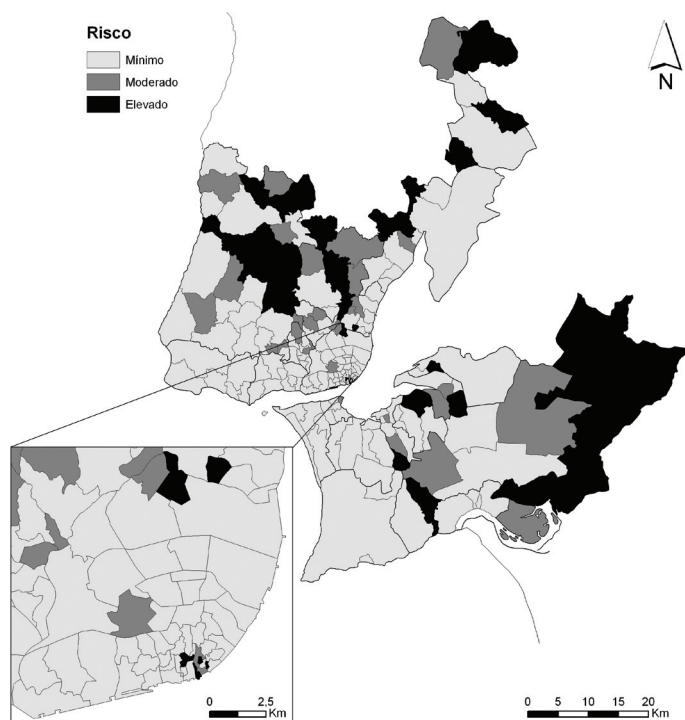


Figura 9.9 - AML: Tipologia de áreas de risco para a saúde das mulheres

O desemprego e a insegurança no trabalho têm também sido objecto de diversos estudos, com resultados que comprovam a sua associação com o estado de saúde (Siegrist, 2000; Stanislav e Jones, 2000; Theorell, 2000; Roos e outros, 2004; Ferrie e outros, 2005). A morte prematura, a má saúde mental e o mau estado de saúde são mais frequentes entre indivíduos desempregados, ou com empregos inseguros.

Macintyre e outros (1997) e Ellaway e Macintyre (1998) sublinham a importância para o estado de saúde da posse da habitação (própria ou arrendada), relacionando-a com a presença de elementos “stressantes” no ambiente residencial – humidade, dificuldade de aquecimento, sobrelotação dos alojamentos e tipo de alojamento (moradia ou apartamento). Os autores assinalam ainda a forte associação entre posse da habitação e percepção/avaliação do ambiente local, reflexo das oportunidades e problemas do lugar, do receio do crime manifestado pelos seus residentes, da reputação da área e da satisfação com o local de residência. Dunn e Hayes (2000) e Franzini e Spears (2003) sublinham também a importância de factores relacionados com a posse da habitação e o tipo de alojamento (moradia individual, moradia geminada, apartamento). Segundo Hembree e outros (2005),

a saúde é influenciada pelas condições básicas dos alojamentos e ainda pelo seu conforto, avaliado pela existência de aquecimento.

O nível de crime e a percepção de um ambiente seguro são determinantes da saúde, cujo impacto tem sido assinalado por diversos autores. Kawachi e outros (1999b), Franzini e Spears (2003) e Young e outros (2004) concluem que a ocorrência de crime e a percepção de um ambiente inseguro, ameaçando a saúde física e mental, diminui os níveis de saúde. Por outro lado, alguns autores referem que ambientes percebidos como inseguros inibem a prática de actividades ao ar livre, limitando passeios e caminhadas, realizados a pé ou de bicicleta, com resultados negativos no estado de saúde (Van Lenthe e outros, 2005). Para a percepção da segurança contribuem não apenas os níveis de crime, mas também a arquitectura dos espaços (Bannister, 1993), o estado de conservação dos edifícios (Wilson e outros, 2004), a limpeza das ruas e dos passeios (Hembree e outros, 2005), ou seja, factores relacionados com a manutenção, ou deterioração, do ambiente construído.

A disponibilidade e a proximidade de um conjunto diversificado de oportunidades locais têm sido também associadas ao estado de saúde. Jordan e outros (2004) e Nieggebrugge e outros (2005) sublinham o impacto na saúde do acesso geográfico a lojas de alimentação, postos de correios, médicos de clínica geral e escolas primárias; Sooman e outros (1993) e Cummins e Macintyre (1999) referem que o estado de saúde é influenciado pela disponibilidade de lojas de alimentação; Cummins e Macintyre (1999) e Turrell e outros (2004) assinalam o impacto na saúde do preço e da disponibilidade de alimentos saudáveis; Thomson e outros (2003) sublinham a influência de alguns equipamentos desportivos, e de lazer e recreação na saúde e no bem-estar individual.

Balfour e Kaplan (2002) e Juhn e outros (2005) referem o impacto na saúde da exposição ao tráfego intenso. Com base na disponibilidade do transporte privado e na análise da rede viária, utilizados como indicadores da exposição ao tráfego, os autores concluem que o efeito de uma excessiva exposição prejudica a saúde por diferentes factores, como são, por exemplo, o aumento da poluição, atmosférica e sonora, o “stress” e a inibição da prática de actividades ao ar livre.

Deve ainda realçar-se que os dados utilizados – na caracterização das oportunidades, avaliação da disponibilidade de equipamentos, medição da qualidade do ambiente, etc. – foram obtidos em diferentes fontes, podendo variar a sua qualidade. Acresce que não é possível afastar a hipótese da existência de erros de medição e avaliação que, a terem ocorrido, podem mascarar efeitos reais das determinantes contextuais eliminadas na análise efectuada. Erros de medição podem também estar na base do resultado obtido com as interacções testadas no modelo. As interacções foram utilizadas com o principal objectivo de verificar se o efeito dos factores ambientais se faz, em parte, via factores individuais. Esta possibilidade assume especial pertinência quando se consideram as potenciais relações entre os factores comportamentais – neste caso, hábitos tabágicos e prática de exercício físico – e os factores ambientais, uma vez que estas têm sido comprovadas em várias investigações. A este propósito, refira-se que alguns autores comprovam que o capital social, a coesão social, a privação material, a qualidade da habitação, a ocorrência de crime, a intensidade do tráfego e a disponibilidade de alguns equipamentos e serviços afectam a saúde, directa mas também indirectamente, na medida em que condicionam os comportamentos relacionados com a saúde – dieta, consumo de álcool e tabaco, prática de exercício físico (Jones e Duncan, 1995; Duncan e outros, 1999; Blakley e Woodward, 2000; Ecob e Macin-

tyre, 2000; Balfour e Kaplan, 2002; Weitzman e outros, 2003; Chuang e outros, 2005; Juhn e outros, 2005; Van Lenthe e outros, 2005).

Deve ainda colocar-se a hipótese de algumas das determinantes contextuais poderem influenciar alguns resultados em saúde, ou alguns comportamentos relacionados com a saúde, mas não o estado de saúde auto-avaliado, nem os comportamentos em questão. Por exemplo, as lojas de alimentação podem influenciar a dieta, logo, a incidência de doenças relacionadas com os comportamentos alimentares, como as cardiovasculares, os cânceros, a diabetes, a obesidade; os equipamentos desportivos podem influenciar a prática de exercício físico, e possivelmente as doenças relacionadas com o sedentarismo, como a obesidade, a diabetes e até a osteoporose. Refira-se que na AML, Santana e outros (2005) confirmaram a existência de uma forte associação entre a disponibilidade de equipamentos desportivos e o índice de massa corporal, que pode ser considerado, simultaneamente, resultado e determinante da saúde.

Por último, deve salientar-se que os resultados obtidos para a AML poderão ser reinterpretados atendendo à mobilidade da população. Cada indivíduo tem acesso, diariamente, a um espaço onde pode obter bens e serviços de que necessita²⁶ e a sua consideração pode condicionar e modificar alguns dos resultados apresentados para a AML. Analisando a percentagem de população que trabalha ou estuda no concelho em que reside e que é, supostamente, aquela que diariamente efectua menos deslocações, verifica-se que os valores mais baixos ocorrem em concelhos de forte urbanização e maior centralidade: Amadora (14,3%), Lisboa (15,3%), Barreiro (17%), Oeiras (17,1%), Almada (18,6%) e Loures (19,1%)²⁷. Para as freguesias da AML, sublinha-se também a elevada mobilidade regular e diária da população residente em algumas áreas de forte urbanização: Castelo (6,8% de população que trabalha/estuda e reside na freguesia), Santa Engrácia (8,2%), São Cristóvão e São Lourenço (8,4%), Santo Estêvão (8,5%) e São Miguel (9,1%), todas do concelho de Lisboa, seguindo-se algumas freguesias da Amadora e Loures. Em oposição, elevadas percentagens de população que trabalha ou estuda nos lugares em que reside caracterizam áreas mais periféricas, de menor urbanização. A nível concelhio, os maiores valores são apresentados por Sesimbra (31,9%), Montijo (31,2%), Mafra (30,5%), Azambuja (29,3%), Palmela (28%) e Alcochete (27,4%). Considerando as freguesias, sobressaem os elevados valores apresentados pelas sedes dos concelhos de Mafra (44,6% de população que trabalha/estuda e reside na freguesia), Montijo (37,1%), Azambuja (37%) e Sesimbra (36,8%), seguindo-se outras freguesias destes concelhos e ainda de Sintra. Oliveira e Rodrigues (2001), estudando a mobilidade da população na Região de Lisboa e Vale do Tejo, referem também que os movimentos pendulares na AML adquirem maior dimensão nos concelhos de maior centralidade, circundantes de Lisboa, em consequência da maior integração funcional destas áreas.

A consideração das inter-relações que ligam as pessoas aos seus espaços deve ponderar com a maior atenção a questão das mobilidades, que não pode ser aqui referida senão como nota de reflexão ao trabalho efectuado²⁸. Assim, parece que a escassez de

²⁶ Este espaço pode ser ilustrado pelo volume prismático de Hagerstrand.

²⁷ Refira-se que o valor médio para a AML é de cerca de 23% e o máximo 32%.

²⁸ Para uma análise detalhada da mobilidade da população da Região de Lisboa e Vale do Tejo pode ver-se, por exemplo, Oliveira e Rodrigues (2001).

recursos, mais precisamente, de Serviços de Saúde Preventiva, de serviços de apoio social e familiar e de um conjunto diversificado de outros recursos locais, que caracteriza algumas das freguesias de mais intensa urbanização, nomeadamente de Lisboa, Loures e Amadora, poderá relativizar-se e perder algum significado, face à intensa mobilidade diária da sua população, que facilmente obterá esses bens e serviços nos locais em que trabalha ou estuda²⁹. Em oposição, a situação de carência observada nas áreas de menor centralidade da AML poderá maximizar-se, face à consideração das deslocações quotidianas da população aí residente. De facto, as freguesias mais periféricas da AML, pertencentes aos concelhos da Azambuja, Mafra, Montijo, Alcochete e Sintra, caracterizam-se simultaneamente pela reduzida disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva, serviços de apoio social e familiar e outros recursos e por elevadas percentagens de população que não se desloca, regular e diariamente, para locais de trabalho ou estudo. Poderá então haver, nestas áreas, um efeito de amplificação do risco, que pode resultar num número potencialmente elevado de população que não dispõe dos recursos necessários à vida quotidiana no lugar em que reside, nem os consegue obter com relativa facilidade, uma vez que a sua vida diária se desenrola nos mesmos lugares carenciados onde reside. Acresce que é também em freguesias dos concelhos da Azambuja, Mafra, Montijo e Sintra que a acessibilidade ao transporte público é menor, o que pode reforçar a situação de carência evidenciada.

9.5. SÍNTESE

O estado de saúde auto-avaliado da população residente na AML varia em função de um conjunto de factores que actuam a diferentes níveis. Os modelos elaborados destacam o impacto do género, idade, estatuto socioeconómico e estilos de vida no estado de saúde individual. Todavia, as variações persistem mesmo quando são controladas as características intrínsecas dos indivíduos, manifestando-se em função de diferenças no capital social e na coesão social, na acessibilidade ao transporte público (isto é, na dispersão urbana e crescente utilização do transporte privado), na disponibilidade de equipamentos e serviços, na privação material e ainda na qualidade dos alojamentos. Determinantes contextuais da saúde apresentam, nos modelos elaborados, influências significativas, concluindo-se que variações espaciais no estado de saúde auto-avaliado são também devidas às especificidades dos lugares. Há, pois, uma associação entre saúde e lugar na AML. O lugar, espaço de recursos da vida quotidiana, espaço de acção individual e colectiva e espaço de interacção social, não é só diferente, mas cria e promove a diferença. O lugar deve então ser objecto e sujeito de atenções, intervenções e acções políticas adequadas, com o objectivo de promover mais e melhor saúde.

A geografia das determinantes contextuais da saúde na AML evidencia um território caracterizado pela sua capacidade de promover saúde. Opondo-se social e geograficamente a outros territórios – de maiores e menores centralidades – este espaço urbano saudável localiza-se na AML numa área intermédia entre o centro e as periferias, num território que tem sido considerado pouco qualificado, designado como “corredor”, ou passagem,

²⁹ Deve ainda considerar-se a pequena dimensão territorial das freguesias de Lisboa e a sua proximidade a outras freguesias de maior oferta de recursos.

entre áreas centrais e áreas periféricas (Barata Salgueiro, 2001). Todavia, os resultados obtidos permitem sugerir que este espaço pode funcionar não como “corredor”, no sentido de passagem e esvaziamento, mas como “galeria”, possibilitando acumulação e concentração de vantagens: espaços promotores de saúde, territórios de oportunidade para a saúde, interpodem-se entre territórios de vulnerabilidade e risco, o que pode ser devido à sua capacidade de reter algumas das vantagens características destes espaços limítrofes.

A vulnerabilidade ou oportunidade dos lugares manifesta-se em características concretas, possíveis de serem identificadas, avaliadas e modificadas, que possuem um impacto diferencial em indivíduos de géneros diferentes. Homens e mulheres têm diferentes papéis sociais, diferentes comportamentos e percepções e ainda diferentes biologies, que interagem e determinam desiguais vivências espaciais e desiguais experiências de saúde nos mesmos lugares. É preciso, então, desmi(s)tificar o carácter dos lugares, abrindo a sua “caixa negra” (Macintyre e outros, 2002).

(Página deixada propositadamente em branco)

CAPÍTULO 10

CONCLUSÕES / PARADIGMAS DE INTERVENÇÃO

Decidir terminar um trabalho de investigação é mais o resultado de um conjunto de imposições, quase sempre de ordem académica, económica e burocrática, do que propriamente por se considerar que o mesmo está acabado. Pelo contrário, quanto mais vezes é lido e quanto mais profundamente é reflectido, mais incompleto o trabalho se nos afigura. Porque, na verdade, pesam mais as dúvidas e as novas questões colocadas pela investigação do que as respostas por ela proporcionadas. A insatisfação é ainda mais vincada quando os resultados, longe de serem confirmatórios, são apenas provisórios e exploratórios, abrindo uma janela que oferece, a quem por ela queira espreitar, sempre novas paisagens, ou novas perspectivas de paisagens que se julgavam conhecidas. Compreender as determinantes da saúde, a causalidade possível dos lugares e o papel desempenhado pelas complexas relações dos territórios com os homens que os constroem e que deles são parte integrante, exige muito mais do que foi feito: mais esforço, mais tempo, mais investimento. Mas será possível melhorar a saúde e o bem-estar da sociedade e de cada um dos seus indivíduos sem conhecer e compreender essas determinantes? Transcreve-se, a propósito, uma passagem de um livro de Italo Calvino (1990, p. 85):

Marco Pólo descreve uma ponte, pedra a pedra.

- Mas qual é a pedra que sustém a ponte? - pergunta Kublai Khan.

- A ponte não é sustida por este ou por aquela pedra - responde Marco -, mas sim pela linha de arco que elas formam.

Kublai Khan permanece silencioso, reflectindo. Depois acrescenta:

- Porque me falas das pedras? É só o arco que me importa.

Pólo responde:

- Sem pedras não há arco.

Italo Calvino em "As cidades invisíveis".

Todavia, obtiveram-se resultados. E os resultados foram, em si próprios, inovadores, contribuindo para melhorar o conhecimento da temática em estudo. Pretende-se agora colocar os resultados do estudo em forma de temas-chave, que possibilitem novas interpretações do espaço e fundamentem novas investigações. Na primeira parte deste capítulo sistematizam-se as principais conclusões, sugerindo intervenções que possam concorrer para melhorar a saúde da população. Na segunda parte, e para finalizar o trabalho, apresenta-se um conjunto de reflexões e ilações decorrentes do estudo realizado.

10.1. PRINCIPAIS CONCLUSÕES E ORIENTAÇÕES PROPOSTAS PELO ESTUDO REALIZADO

Verificou-se que o estado de saúde auto-avaliado da população com 15 e mais anos residente na AML é determinado pelas suas características individuais e pelas características dos seus lugares de residência.

10.1.1. As determinantes da saúde da população residente na AML

O estudo realizado na AML permite sublinhar o efeito depreciativo da idade na saúde, verificando-se que um aumento de 10 anos aumenta em 51% a probabilidade de uma auto-avaliação mais negativa do estado de saúde ($p < 0,001$). Demonstrou-se também o pior estado de saúde das mulheres, comparativamente ao dos homens, com as primeiras a apresentarem 70% mais de probabilidade de auto-avaliar o estado de saúde de forma mais negativa ($p < 0,001$).

Em relação à ocupação, comprova-se o efeito depreciativo das ocupações manuais na saúde. Trabalhadores manuais apresentam uma probabilidade acrescida em 47% de auto-avaliarem mais negativamente o seu estado de saúde ($p < 0,001$). Em oposição, verifica-se que possuir um emprego melhora o estado de saúde e indivíduos empregados têm 68% mais de probabilidade de avaliarem o seu estado de saúde de forma mais positiva ($p < 0,001$). Comprova-se também a relevância do factor escolaridade na saúde: entre indivíduos com 4 ou menos anos de escolaridade, a probabilidade de auto-avaliação mais negativa do estado de saúde aumenta em mais de 97% ($p < 0,001$); em contrapartida, indivíduos com 13 ou mais anos de escolaridade apresentam uma probabilidade acrescida em 83% de avaliarem o seu estado de saúde de forma mais positiva ($p < 0,001$).

Relativamente aos factores comportamentais considerados na investigação, conclui-se que a prática de exercício físico tem um impacto positivo na saúde. Indivíduos que praticam alguma actividade física apresentam uma probabilidade acrescida em 73% de avaliarem mais positivamente o seu estado de saúde ($p < 0,001$). O consumo de tabaco revela um efeito oposto, verificando-se que os fumadores têm uma probabilidade 21% maior de auto-avaliação mais negativa do seu estado de saúde ($p < 0,05$).

Deve ainda sublinhar-se que a influência dos factores individuais é diferenciada em função do género. Os factores demográficos e socioeconómicos são relevantes, sobretudo para a saúde das mulheres, que se mostram mais sensíveis ao efeito da idade, escolaridade e ocupação. Por seu lado, o estado de saúde dos homens parece mais influenciável pelos factores comportamentais analisados – exercício físico e hábitos tabágicos.

Para além da influência das determinantes individuais, o estado de saúde auto-avaliado sofre a influência de factores ambientais. Ou seja, na AML, a saúde individual depende também das características físicas e imateriais dos lugares (freguesias) de residência.

A privação sociomaterial, avaliada por um indicador compósito de privação múltipla, tem um impacto negativo na saúde. Indivíduos residentes em áreas de maior privação (um desvio-padrão¹) apresentam uma probabilidade 10% maior de avaliarem o seu estado de saúde de forma mais negativa ($p < 0,001$).

¹ A quantificação do impacto das determinantes contextuais da saúde efectuou-se com base em variações do desvio-padrão.

Indivíduos residentes em lugares caracterizados pela maior disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva têm maior probabilidade de avaliarem o seu estado de saúde de forma mais positiva. O aumento da disponibilidade destes recursos (um desvio-padrão) aumenta em 12% a probabilidade de uma auto-avaliação mais positiva do estado de saúde ($p < 0,01$).

A menor acessibilidade ao transporte público, e conseqüente maior utilização do transporte privado (um desvio-padrão), aumenta em 9% a probabilidade de auto-avaliação mais negativa do estado de saúde ($p < 0,05$).

A coesão social e o capital social são factores imateriais, resultantes da organização social e do funcionamento colectivo dos lugares, com grande impacte na saúde individual. Avaliando a participação política e a participação cívica/inserção na comunidade, conclui-se que indivíduos residentes em lugares caracterizados por redes sociais menos coesas e por menores níveis de capital social (um desvio-padrão) têm uma probabilidade acrescida de avaliarem de forma mais negativa o seu estado de saúde: aumento de 11% na probabilidade de auto-avaliações mais negativas em lugares de menor participação cívica/ inserção na comunidade ($p < 0,05$); 15,5% mais de probabilidade de auto-avaliações mais negativas em lugares de menor participação política ($p < 0,001$).

Os factores do ambiente revelam igualmente uma influência diferenciada em função do género. Das determinantes referidas, as mulheres mostram-se mais sensíveis à disponibilidade de Serviços ($p < 0,01$), sublinhando-se ainda a influência na saúde feminina das condições básicas dos alojamentos ($p < 0,05$) e da disponibilidade de equipamentos e serviços de apoio social e familiar ($p < 0,05$). Quanto aos homens, o seu estado de saúde parece influenciável sobretudo pela coesão social e capital social ($p < 0,01$), a que se junta a influência de um conjunto diversificado de recursos locais ($p < 0,05$).

10.1.2. A AML, mosaico de factores de risco e protecção da saúde

O risco é uma característica inerente às sociedades modernas, de tal forma omnipresente que autores como Giddens (1991) e Beck (1992) se referem às sociedades modernas como “sociedades de risco”. Verificou-se que factores de risco da saúde, em oposição a factores de protecção, variam na AML, em função dos indivíduos e das características físicas, sociais, económicas, culturais e políticas dos lugares. A exposição ao risco, ou à protecção, não resulta somente dos comportamentos individuais ou das características genéticas², mas também dos lugares em que se vive e trabalha, que podem ser experienciados como espaços de oportunidade de vida ou de vulnerabilidade e risco. Factores de risco e protecção estruturam-se em múltiplos níveis, do indivíduo ao lugar: instrução, ocupações, comportamentos, equipamentos, serviços e redes sociais, representam elementos de um ambiente multidimensional de risco ou protecção. Quanto mais factores de risco estiverem presentes, maior é a fragilidade e probabilidade de um resultado em saúde negativo. Em oposição, os factores de protecção, operando a diferentes níveis, tornam os indivíduos e os lugares mais saudáveis, contribuindo também para amortecer o efeito da exposição aos factores de riscos individuais ou da comunidade.

² Também estes influenciados pelo ambiente onde se desenrola a vida do indivíduo e a vida dos seus progenitores.

O estado de saúde auto-avaliado da população residente na AML depende das suas características individuais mas também dos seus lugares de residência, que revelam possuir, simultaneamente, uma topografia do risco e da protecção.

A geografia das determinantes ambientais do estado de saúde auto-avaliado da população residente na AML evidencia a existência de territórios de vulnerabilidade e risco para a saúde, em oposição a territórios de oportunidade, cujas características lhes conferem capacidade de proteger e promover a saúde.

Verificou-se que as áreas mais periféricas da AML (sobretudo freguesias de Alcochete, Montijo, Palmela, Azambuja e Mafra) surgem, genericamente, como territórios de risco para a saúde³. Estas áreas, em resultado da conjugação de um conjunto de factores – sobretudo progressiva urbanização do espaço e generalização do uso do transporte individual – constituem-se, muitas vezes, como territórios de franco crescimento demográfico, marcados por uma urbanização difusa e de baixa densidade. Por outro lado, estes territórios são caracterizados por fortes défices de recursos – equipamentos, serviços e infra-estruturas – a que se junta a falta de acessibilidade a espaços de maior centralidade e polaridade, com capacidade de produção e distribuição desses recursos. As deficientes ligações que se verificam entre estes lugares e lugares de maior centralidade – 1. sedes concelhias; 2. Lisboa, sobretudo para os concelhos localizados a norte do Tejo; 3. Setúbal, para alguns dos concelhos da margem sul – podem ser resultado de vários factores, como, por exemplo, má qualidade e escassez dos traçados viários, transportes públicos insuficientes e deficiente articulação entre vias e modos de transporte.

Nestas áreas periféricas, as intervenções devem ser orientadas no sentido de promover a coesão social e territorial, qualificando o que nunca foi qualificado, ou o que perdeu qualificação face a uma procura crescente, fruto do aumento populacional e de alterações nos padrões de consumo. A questão-chave passa por intensificar-diversificar-integrar. Intensificar e diversificar usos do solo, promovendo a criação de equipamentos, infra-estruturas e serviços, públicos e privados, como os de saúde e de apoio familiar, melhorando as oportunidades de habitação, emprego, consumo, lazer e interacção social dos lugares. Nestas áreas parece fundamental melhorar as condições de acessibilidade (a serviços, a empregos, a equipamentos, a bens), o que pode também ser conseguido pela melhoria dos transportes públicos. Alguns destes lugares apresentam baixos níveis de capital social e de coesão social, o que sugere a necessidade de intervenções dirigidas à promoção da participação cívica e dos sentidos de identidade e comunidade, criando espaços e projectos que proporcionem a interacção entre os membros das comunidades. Interessa sobretudo integrar todos os lugares na área metropolitana, entendida como um espaço físico e social coeso. A questão fundamental passa então por qualificar os territórios, de modo a reforçar as suas polaridades e torná-los inclusivos.

As áreas de maior centralidade da AML (sobretudo freguesias de Lisboa e Almada, mas também da Amadora e Setúbal) constituem-se igualmente como territórios de risco para a saúde, embora por motivos distintos dos anteriormente apontados. Nas últimas déca-

³ Sublinhe-se que esta conclusão, e todos as restantes obtidas neste estudo, são resultantes da metodologia desenvolvida e utilizada na investigação. Será importante, futuramente, desenvolver outros estudos, a escalas de maior pormenor, que permitam corroborar, ou não, os resultados agora obtidos.

das, alguns territórios urbanos consolidados perderam parte da sua população, não conseguindo ainda reforçar a sua atratividade e conquistar novos residentes. Factores como a degradação estrutural dos edifícios, as más condições dos alojamentos, a falta de alguns equipamentos de apoio à família, a dificuldade de regenerar áreas obsoletas e de vazios e a falta de espaços públicos de qualidade, são algumas das características destas áreas com possível impacte na saúde das suas populações, geralmente envelhecidas e socialmente fragilizadas por baixos rendimentos, desemprego, baixas qualificações, etc.

Nestas áreas de grande centralidade, as intervenções devem ser também orientadas no sentido de promover a coesão territorial e social, qualificando o que já foi qualificado, mas que o tempo, o uso e os novos modos de produzir e consumir desqualificaram. A questão-chave passa por requalificar-atrair-integrar. Requalificar espaços segregados e excluídos, transformando-os em focos de dinamização do território e de atracção populacional⁴, combater a pobreza e, em sentido mais lato, a privação sociomaterial, atraindo novas populações a territórios que perderam os seus indivíduos mais jovens e de maior poder económico. Nestas áreas, é fundamental investir na melhoria do parque habitacional, proporcionando alojamentos de qualidade, e no mercado de trabalho, favorecendo a criação de empregos e o acesso às oportunidades de emprego – através, por exemplo, de melhorias nas infra-estruturas, incentivos e medidas de suporte às pequenas empresas, cursos de qualificação e formação prática da mão-de-obra existente, criação e disponibilização de equipamentos e serviços de apoio familiar, como creches. Por outro lado, o estudo da AML sublinhou a necessidade de criar redes sociais e capital social nestas áreas, integrando novos e velhos residentes e promovendo os sentidos de comunidade, pertença e identidade. Além disso, esta constatação acentua a necessidade de construir espaços colectivos, agradáveis e seguros, que propiciem contactos e interacções entre os membros das comunidades. É preciso, pois, inverter a tendência para a descontinuidade e isolamento dos espaços públicos e para o isolamento social, verificada nas últimas décadas, criando espaços colectivos – físicos e sociais – de interacção, que estruturam a morfologia urbana e funcionem como lugares de aprendizagem e inclusão.

Entre as áreas mais periféricas e as áreas de maior centralidade da AML, emerge um espaço que parece ser (mais) capaz de proteger e promover a saúde dos seus residentes, dada a sua capacidade de concentrar e acumular algumas vantagens específicas e identitárias dos territórios que separa⁵. Seixal, Odivelas e Cascais, Sesimbra e Oeiras, constituem um território cujas características o permitem considerar como “espaço urbano saudável”. Trata-se, genericamente, de espaços urbanos consolidados, caracterizados por apresentarem, tendencialmente, uma certa estabilidade populacional ou pequenas variações populacionais positivas na última década, revelando a sua capacidade de fixar e atrair popu-

⁴ Refira-se, como exemplo de sucesso, a construção do Parque Aventura no município da Amadora, freguesia da Falagueira, localizado numa antiga área degradada, ocupada por barracas. O parque promoveu não só a melhoria ambiental de toda a área, mas também a melhoria da qualidade de vida da população concelhia. A outra escala, a realização da Expo 98 em Lisboa é um bom exemplo de oportunidade de intervenção territorial, com resultados na requalificação e integração da zona oriental não só na cidade de Lisboa, mas em toda a Região Metropolitana. (A propósito da Expo 98 e suas consequências socioterritoriais, veja-se, por exemplo, Ferreira, 2005).

⁵ Essa capacidade de acumulação permite designá-lo como um “território-galeria”.

lação. A organização social destes espaços, os serviços, equipamentos e infra-estruturas que possuem e a proximidade a outros espaços, capazes de produzir e distribuir outros recursos, conferem-lhes características de coesão territorial e social, com impactos positivos na saúde das populações aí residentes.

10.1.3. Saúde na AML: espaços sociais e espaços de recursos

Os recursos – bens, equipamentos, infra-estruturas e serviços – e a organização social dos lugares – coesão social e capital social – são características ambientais que, por si só e em interação⁶, podem promover a saúde e funcionar como protecção contra a vulnerabilidade e o risco. O estudo desenvolvido na AML permite concluir que lugares subinfra-estruturados, com défice de equipamentos, com falta de recursos necessários à vida quotidiana, com alojamentos de baixa qualidade, com espaços fragmentados e segregados, fracamente conectados, com deficientes condições de mobilidade e acessibilidade e com falta de factores distintivos e identitários, são lugares desqualificados e com pouca capacidade de promover a saúde da sua população.

Há portanto três conjuntos de factores, ou dimensões do ambiente local, destacados no estudo que agora se termina, que caracterizam um urbanismo saudável: mobilidades e acessibilidades, oferta de bens, equipamentos e serviços, e identidade e coesão social, entendida como sentido de pertença, confiança e reciprocidade (figura 10.1).



Figura 10.1 - Vertentes do urbanismo saudável

A “dimensão de proximidade”, a “dimensão de recursos” e a “dimensão social” estão intimamente inter-relacionadas. Assim, na AML, é possível sublinhar a relação entre o crescimento da superfície urbanizada e a progressiva afirmação do automóvel, e entre estas e a explosão e fragmentação do território urbanizado (Portas e outros, 2003). Segundo Gaspar (2001), a AML possui um elevado ratio de automóvel por habitante, o que acentua também a relação entre o incremento do uso do transporte individual e a expansão, seg-

⁶ Embora consideradas separadamente, as características do ambiente físico e do ambiente imaterial encontram-se profundamente inter-relacionadas, como se referiu ao longo do trabalho.

mentação e fragmentação urbanas. Designada na literatura anglo-saxónica como “urban sprawl” (Clarke, 2005), a dispersão urbana, isto é, a urbanização de baixa densidade, visível na AML fora de Lisboa, Oeiras, Cascais e de algumas áreas da Amadora, Odivelas, Loures, Almada, Seixal e Barreiro (Portas e outros, 2003), caracteriza-se por elevados défices de infra-estruturação, evidenciados ao longo deste trabalho. Outras características deste crescimento suburbano consistem no forte desequilíbrio e na compartimentação (segmentação) do uso do solo – espaços residenciais, de trabalho, comerciais e recreativos encontram-se espacialmente segregados e não conectados – na impossibilidade de desenvolver adequadamente as redes de transporte público ou outras redes e infra-estruturas vitais para a cidade, na decadência dos centros das cidades e na erosão dos laços de sociabilidade e convivência, ou seja, das relações de identidade, pertença e solidariedade. Em Portugal, estas e outras questões, relacionadas com a sustentabilidade e qualidade de vida urbanas, particularmente em áreas metropolitanas, têm sido temas de investigação geográfica muito recente, de que são exemplo os trabalhos de Ferrão (2003); Nogueira e outros (2005), Barata Salgueiro (2006) e Rio Fernandes (2006).

10.1.3.1. Vertente dos recursos e promoção da saúde

A produção e o acesso aos recursos produzidos são espacialmente diferenciados. Esta constatação evidencia o papel do lugar quer na produção e disponibilização de bens e serviços capazes de promover a saúde, quer na determinação do acesso a esses bens e serviços. Da conjugação destes factores, decorre a situação de risco máximo encontrada em algumas das freguesias de menor centralidade da AML: nem produzem os bens e serviços necessários a uma vivência quotidiana saudável da sua população, nem promovem um fácil acesso aos lugares que os produzem.

A redução das variações em saúde pode ser conseguida através de políticas dirigidas aos ambientes físicos e sociais dos indivíduos, nomeadamente melhorando o acesso aos recursos promotores da saúde (Macintyre e Hart, 2000). Estes recursos incluem um conjunto diversificado de bens, equipamentos, serviços e infra-estruturas, como os de suporte à prática de actividade física, educação, comercialização de alimentos frescos, parque habitacional de qualidade, serviços de suporte social e familiar e cuidados de saúde, entre outros, tendo alguns destes sido destacados no estudo realizado na AML. Equipamentos e serviços necessários à vida quotidiana devem distribuir-se segundo o princípio da equidade vertical: a cada um, de acordo com as suas necessidades.

Algumas freguesias da AML, maioritariamente localizadas na área de menor centralidade, mas também em áreas de grande centralidade, foram identificadas como espaços subequipados. Estas áreas devem ser palco de acções urbanísticas baseadas em princípios de discriminação positiva, capazes de proporcionar mais a quem mais precisa. O objectivo deve ser a redução de barreiras, aumentando e assegurando o acesso e a utilização efectiva dos recursos, principalmente para os grupos mais carenciados e vulneráveis (mulheres, idosos, desempregados, trabalhadores manuais e indivíduos com baixa escolaridade). Neste sentido, é fundamental não só incrementar a produção de recursos nas áreas mais carenciadas, mas também melhorar a acessibilidade das freguesias mais carenciadas a lugares com maior capacidade de produção e oferta de recursos. A este propósito, refira-se que o impacto do défice de equipamentos e serviços nas áreas mais periféricas pode ser potencia-

do, atendendo à menor mobilidade quotidiana da população aí residente, verificando-se uma situação inversa nas áreas de maior centralidade. A análise efectuada às deslocações casa-trabalho (ver Capítulo 9) revelou que a percentagem de população que trabalha e estuda nos lugares em que reside é maior em áreas mais periféricas e mais carenciadas de equipamentos e serviços. É então fundamental melhorar a acessibilidade geográfica destas áreas a lugares de maiores centralidade e oferta de recursos.

A necessidade de reduzir barreiras pode também significar que algumas políticas, como as de saúde, devem ser mantidas (ou reforçadas) no âmbito das políticas sociais, baseadas na equidade e na solidariedade; mas significa também ir além das políticas de saúde, ou seja, as intervenções devem ser orientadas no combate à fragmentação e dispersão urbanas, intensificando o uso do solo urbano e procurando um equilíbrio entre espaços de residência, trabalho, compras, recreação e outras oportunidades comunitárias. Intensificar o uso do solo é ser capaz de providenciar mais oportunidades num espaço mais pequeno, promovendo a “justiça territorial” (Davies, 1968) e, por essa via, a “justiça social” (Picheral, 1997). Através de políticas de saúde e de outras políticas sociais, intersectoriais, participadas e localmente focadas, é possível evitar que indivíduos ou grupos conheçam situações de desvantagem em consequência do lugar em que vivem. Marmot (2004) refere que as causas das variações em saúde estão inscritas na sociedade, não sendo uma consequência directa do desigual acesso aos cuidados de saúde. Segundo o autor, é necessário, por um lado, integrar políticas e, por outro lado, colocar as políticas nos lugares.

10.1.3.2. Vertente da acessibilidade e promoção da saúde

A saúde pode ser melhorada pelo bom acesso geográfico (tempo e custo das deslocações) a actividades sociais e de trabalho, ou prejudicada pelos impactes sociais e ambientais dos transportes, como os acidentes e a poluição atmosférica e sonora (Barton e outros, 2003b, 2003c; Morrison, 2003; Galea e outros, 2005). A generalização do automóvel possibilitou o crescimento suburbano e exurbano das cidades, a dispersão das actividades humanas e a separação entre espaços de residência, de trabalho e de compras⁷. O aumento das distâncias a percorrer aumentou a dependência do automóvel, reforçada pela dispersão urbana, que dificulta e onera a possibilidade de promover transportes públicos eficientes. O resultado é, por um lado, diminuição da qualidade de vida em áreas de muito tráfego, aumento da poluição, congestionamento das redes viárias, aumento do tempo consumido a viajar e decadência dos centros das cidades; por outro lado, acentuam-se problemas de saúde pública, como a obesidade, a asma infantil e o pesado fardo, económico e social, das mortes e incapacidades devidas aos acidentes de trânsito. Acresce que o uso do espaço pelo automóvel implica, muitas vezes, uma diminuição da acessibilidade para outros utilizadores do espaço: as estradas formam barreiras e os veículos estacionados constituem-se como obstáculos para peões, ciclistas e portadores de deficiências (Banister, 2005).

⁷ Esta separação agudizou-se à medida que se foi considerando mais simples comprar todos os bens necessários num único local, geralmente acessível em veículo próprio. Este processo conduziu à transformação das lojas em megalojas, confinadas aos limites da cidade pela necessidade de possuírem estacionamento gigantescos (Thorne e Filmer-Sanke, 2005).

Intervenções focadas nos transportes devem ter como objectivo a promoção da saúde humana, física e mental, e a criação de oportunidades de interacção social e de enriquecimento das experiências urbanas. Neste sentido, parece fundamental, por um lado, reduzir a necessidade de viajar e as distâncias a percorrer, essencialmente nas deslocações diárias – escola, trabalho, compras⁸; por outro lado, sublinha-se a necessidade de mudar o modo de viajar. Pequenas deslocações diárias devem poder ser efectuadas a pé ou de bicicleta, recorrendo-se ao transporte público para deslocações mais longas.

Uma forma de equacionar a questão do transporte passa então por direccionar intervenções às características dos lugares e aos comportamentos dos seus habitantes. Em várias freguesias da AML, parece essencial criar alternativas ao uso do transporte privado. Essas alternativas passam pela promoção da pedonização dos lugares, incrementando deslocações efectuadas a pé e de bicicleta. É necessário, para isso, intervir no planeamento urbano:

1. Aproximando habitações, locais de trabalho, escolas, espaços comerciais e oportunidades de recreação, de forma a encurtar as deslocações diárias. O planeamento deve fomentar a diversidade funcional e a utilização deve poder ser feita a pé ou de bicicleta (promover a acessibilidade).
2. Desenhando os lugares de forma a recolocar os peões no centro das preocupações. Lugares desenhados para o automóvel não se mostram adaptados à população pedestre aí residente (Wheeler, 2004). Planear para os pedestres e para os ciclistas é promover mudanças no uso do solo e no desenho urbano, que possam suportar modelos alternativos de mobilidade: criando limites de velocidade, melhorando visibilidades, dando prioridade a peões e ciclistas, construindo circuitos pedonais e ciclovias que formem redes distintas e úteis e não apenas fragmentos de vias, invertendo, pois, a tendência de planear para melhorar a circulação automóvel e o parqueamento.
3. Melhorando o desenho urbano, nomeadamente dos espaços públicos. O desenho urbano e a manutenção dos patrimónios são vitais para a saúde e o bem-estar da população (Thomas, 2005). Criar e manter um espaço público agradável, que encoraje as deslocações a pé e de bicicleta e que permita às pessoas apreciar essas deslocações, parando e conversando, ou seja, interagindo, poderá ter impactes positivos no bem-estar e saúde da população.

Às intervenções centradas nos lugares deve juntar-se um conjunto de medidas direccionadas às pessoas residentes nos lugares, nomeadamente acções de sensibilização e educação para a saúde, que as co-responsabilizem nos seus resultados em saúde, encorajando a população a deslocar-se a pé e de bicicleta, tanto por necessidade, como por lazer, incrementando e potenciando os novos modelos de mobilidade e de interacção social.

Por último, o estudo realizado na AML sublinha o impacto da acessibilidade ao transporte público na saúde. Para além de proporcionar mobilidade à população, o transporte público pode constituir um espaço público de aproximação entre diferentes grupos sociais e culturais (Gaspar, 2001), incrementando a interacção social e a socialização, com impacto positivo na saúde (Wilkinson e Marmot, 1998). Neste sentido, parece necessário

⁸ Segundo Thorne e Filmer-Sankey (2005), estas deslocações diárias contribuem para cerca de 46% das deslocações de mais de 1,6Km. Uma vez que cerca de 70% destas deslocações diárias são efectuadas de automóvel, há então um grande potencial para a sua diminuição.

melhorar a disponibilidade e eficiência do transporte público, criando circuitos e horários (frequência) adequados às necessidades da população, o que nem sempre é fácil, ou viável, uma vez que as baixas densidades de algumas localidades não permitem uma utilização rentável deste tipo de transporte. Uma vez mais, o combate à fragmentação e dispersão urbanas e a intensificação do uso do solo poderá viabilizar o incremento das redes de transporte público, assumindo-se como um ponto-chave das intervenções. A melhoria da imagem do transporte público – conseguida, por exemplo, pelo investimento em estações bem localizadas e bem desenhadas e por informações actualizadas e atempadas – e a utilização de novos veículos, mais pequenos e ecológicos, poderão também contribuir para tornar mais competitivo este tipo de transporte.

10.1.3.3. Vertente da identidade e promoção da saúde

O estudo da AML revelou a importância da “dimensão social”, para além da “dimensão de recursos” e da “dimensão de proximidade”, na saúde. Guerra (2003) refere que a crescente complexidade dos aglomerados urbanos e o seu contínuo crescimento estão na génese de espaços sem continuidade, caracterizados por fortes oposições sociais e/ou urbanísticas, pelo isolamento e pelo anonimato. A proximidade geográfica é, cada vez mais, distância social. Segundo Fitzpatrick e LaGory (2000), os espaços urbanos têm potencial para produzir ambientes anónimos, de isolamento social e impessoais, ou seja, para produzir lugares não saudáveis. A maioria do crescimento urbano e suburbano dos últimos anos parece ter ocorrido com pouco sentido do lugar, da história e da identidade cultural. A este propósito, Choay (2004) elabora um artigo intitulado “El Reino de lo Urbano y la Muerte de la Ciudad”. Parece então que a mutação territorial produzida pela urbanização e pelo crescimento urbano encerra, em si própria, a morte da cidade.

Guerra (2003) sugere que o desenvolvimento urbano pode comprometer a urbanidade, entendida como a relação que liga um espaço construído e a sua configuração espacial à aptidão de um grupo em gerar laços de proximidade social; isto é, o fim da cidade, entendida como forma e símbolo de relações sociais integradas (Mumford, 1938). A cidade “dessolidarizada”, expressa na diminuição da participação voluntária em grupos e organizações comunitárias e em instituições sociais, reportada por Putman em 1993 é, em parte, consequência da despersonalização dos lugares e da emergência dos não-lugares (Augé, 1992), numa geografia designada por alguns autores como geografia de lugar nenhum (Benko, 1997). Todavia, o desenvolvimento urbano pode também produzir sentidos de pertença, identidade e reciprocidade. A confluência, nas cidades, de diferentes experiências e diferentes “backgrounds”⁹ numa escala que permite a formação de grupos e de instituições, com interesses próprios, proporciona a criação e organização de mundos sociais diversos e não convencionais.

No estudo realizado na AML, conclui-se que várias freguesias se caracterizam por baixos níveis de capital social e de coesão social, factores da organização social com grande impacto na saúde da população. Parece assim fundamental incrementar a organização social – promovendo o associativismo e a participação da população em organizações formais e/ou voluntárias, em redes e em projectos locais e desenvolvendo laços de convi-

⁹ Guerra (2003) sublinha a miscenização social, económica e cultural das cidades.

vência e solidariedade – maximizando a protecção e lutando contra a vulnerabilidade e o risco. Neste sentido, reforça-se novamente o papel do planeamento urbano no desenho e manutenção de espaços – físicos e sociais – abertos, colectivos, que suportem e fomentem a interacção social.

O desenho e a manutenção do património urbano podem propiciar as interacções, promovendo o sentido da identidade do lugar e estruturando o espaço local através de símbolos e marcos identitários, favorecendo, pois, o carácter distintivo dos lugares. A construção de uma identidade territorial e a consolidação de um sentido psicológico de comunidade terão impactes positivos ao nível da apropriação do espaço e da participação na vida local (Thomas, 2002; Pitts, 2004). Para além do planeamento físico do espaço, sublinha-se a importância do planeamento e desenvolvimento social e cultural¹⁰, isto é, a promoção e suporte de projectos capazes de aglutinar esforços em torno de objectivos comuns. O sentido de pertença a um grupo e a um lugar, a identificação com esse grupo e com esse lugar e a partilha emocional que os laços e os espaços favorecem, têm um forte impacto na saúde individual e colectiva, como se comprovou nesta investigação.

Pertença, identidade e compromisso podem ainda ser promovidos pela participação na gestão da comunidade. A gestão participada pressupõe o desenvolvimento comunitário, entendido como um processo baseado na participação, no envolvimento e no compromisso, que vise capacitar as comunidades, tornando-as mais eficazes na promoção da sua qualidade de vida (Kaplan, 1996; Armstrong, 2000; Fitzpatrick e LaGory, 2000; Wheeler, 2004). O desenvolvimento comunitário pode assim minimizar o impacto dos factores de risco da saúde, ou proporcionar fontes adicionais de protecção, promovendo o capital social e humano dos lugares, para além do capital físico.

10.2. PARADIGMAS DE INTERVENÇÃO

Termina-se o estudo das variações no estado de saúde auto-avaliado da população residente na AML, procurando retirar algumas lições e ilações decorrentes dos resultados obtidos.

10.2.1. Ecologia da saúde: uma mudança de perspectiva

Verificou-se que o estado de saúde na AML é influenciado por um conjunto variado de fenómenos sociais complexos, como a privação material, a falta de coesão social e o uso crescente do transporte privado. As determinantes individuais da saúde, como os comportamentos e as oportunidades individuais, são moldadas por sistemas sociais, políticos, económicos e culturais, estruturados a diferentes níveis – local, regional, nacional, supranacional. A interpretação tradicional da saúde, assente numa visão individualista e comportamental, tem sido complementada por uma perspectiva ecológica e holística, que

¹⁰ Refira-se, como exemplo, as políticas desenvolvidas em França e no Reino Unido, respectivamente em 1995 e 1999, designadas genericamente como Planos Estratégicos para a Cultura.

destaca as consequências do ambiente – físico e social – na saúde. O contexto pode (e deve) promover a saúde, não apenas do indivíduo, mas também da sociedade. Todavia, deve ter-se presente que os lugares são saudáveis, não apenas por atingirem um determinado “nível de saúde”, mas por serem capazes de fazer germinar na comunidade sensibilidades tendentes à melhoria da saúde; ou seja, são saudáveis porque proporcionam um ambiente conducente à promoção da saúde.

É preciso perceber que factores ambientais podem melhorar a saúde e isso pressupõe abrir a “caixa negra” dos lugares. Nesta perspectiva, a promoção da saúde coloca a ênfase no lugar, entendido como sujeito primário do desenvolvimento sustentável. Este, definido como “aquele que melhora a saúde a longo prazo dos sistemas humanos e ecológicos” (Wheeler, 2004: 24), não se atinge sem uma visão holística, que proporcione uma compreensão integrativa e ecológica do planeta. Esta integração significa, por um lado, conectar diferentes escalas, percebendo a forma como factores de diferentes níveis actuam e se reforçam mutuamente. Por outro lado, a integração proporciona a inter-relação de conhecimentos, fundamental no estudo de uma questão tão complexa como a das conexões socioespaciais da saúde. Integrar saberes, num processo de construção de conhecimento assente numa fragmentação temática, e não disciplinar, relacionar níveis de análise e abordar localmente a saúde, sublinha uma mudança de perspectiva na saúde e na investigação em saúde. É necessário “pôr a saúde no seu lugar” (Gatrell, 1997: 141).

10.2.2. Lugares e comunidades saudáveis: a proximidade como horizonte

Vários autores têm questionado a existência de uma “forma urbana sustentável” (Burgess, 2000; Clarke, 2005; Thomas, 2005). Para Clarke (2005), este conceito compreende um espaço estruturado por uma rede de comunidades distintas, mas justapostas, no interior das quais seja possível aceder a pé a um conjunto de oportunidades e serviços necessários à vida quotidiana. Anteriormente, Jenks (2000) referia a necessidade de densificar e localizar novas implantações em espaços convenientemente infra-estruturados por redes de transportes alternativos ao privado, sublinhando a importância do transporte público e das infra-estruturas de suporte a peões e ciclistas. Segundo Thomas (2005), a melhor e mais robusta solução para a sustentabilidade nas cidades é a da comunidade densa e “caminhável”¹¹, que não exige grande procura de transporte, nem público, nem privado. A propósito da eficácia económica e social da cidade, Guerra (2003) sublinha a importância da coesão social e da coesão espacial. Parece então que, subjacente ao conceito de lugar saudável, está o conceito de proximidade, quer geográfica, quer social. Qual ou quais os factores que asseguram e constroem a proximidade? Partindo dos resultados obtidos nesta investigação, destacam-se algumas ideias-chave:

1. Um lugar saudável é um território inclusivo que cria comunidades inclusivas. A segregação espacial e a polarização social devem ser evitadas, promovendo-se a diversificação a todos os níveis: nos serviços e equipamentos, nos usos do solo, no tipo de habitações disponíveis. É necessário também criar espaços físicos e sociais que promovam a integração e a aproximação entre os membros da comunidade, uma

¹¹ Tradução de “walkable” community (Thomas, 2005, p. 109).

- vez que comunidades coesas são mais saudáveis e criam espaços mais saudáveis.
2. Um lugar saudável é um lugar sem privação sociomaterial. A privação material tem um papel fulcral na génese, reprodução e amplificação das situações de risco. Assim, enquanto a privação material absoluta dificulta o acesso aos recursos promotores da saúde, a privação material relativa mina os princípios da proximidade social, criando e perpetuando sentimentos de estigmatização e baixa auto-estima. Tornar os lugares mais saudáveis é também diminuir os seus níveis de privação material, lutando contra a pobreza (absoluta e relativa) e exclusão social.
 3. Um lugar saudável é um lugar onde o desenho, as infra-estruturas, os serviços e as oportunidades favorecem as deslocações efectuadas a pé ou de bicicleta e também a interacção social. Para além do papel da proximidade geográfica, realça-se a importância de desenhar os lugares para as pessoas, de criar redes pedonais e ciclovias, de investir em manutenção dos patrimónios, limpeza, sinalização, estética e segurança, de forma a proporcionar um ambiente agradável e seguro, que convida e proporcione a interacção, ou seja, a proximidade social.
 4. Um lugar saudável é um lugar com transportes públicos frequentes e eficientes. O transporte público deve permitir efectuar a maioria das deslocações que, por motivos de distância, não podem ser efectuadas a pé ou de bicicleta, diminuindo assim a dependência do automóvel.

Em suma, lugares saudáveis criam e são criados por comunidades diversificadas, prósperas, com fortes conexões sociais e culturais e que são comunidades próximas, territorial e socialmente coesas. A proximidade socioterritorial constitui-se assim como um dos princípios-base do planeamento saudável.

10.2.3. Um novo paradigma (de planeamento) para o século XXI: a saúde nos (dos) lugares

As relações entre sustentabilidade e saúde são tão estreitas que a expressão “planeamento saudável” tem vindo a ser frequentemente utilizada, como sinónimo e substituto da expressão “planeamento sustentável” (Bartson e Tsourou, 2000; Macintyre e outros, 2002; Pitts, 2004). O planeamento saudável assenta numa perspectiva integrativa que contraria a tradicional compartimentalização do planeamento em diferentes especialidades. Requalificação do espaço urbano, formação profissional, criação de emprego, oferta de serviços de saúde preventivos, associações culturais e recreativas, participação na gestão local, redes de transportes e comunicações, são diferentes esferas em que se inscreve a vida da comunidade. Estas dimensões, até agora tratadas por diferentes especialistas que actuam no planeamento – planeamento da habitação, planeamento dos transportes, planeamento do uso do solo, planeamento da saúde – devem ser integradas, possibilitando que se pense o espaço, o ambiente e os lugares como um todo (Guerra, 2003; Santana, 2005).

A integração das vertentes do planeamento coloca duas questões fulcrais: a construção de objectivos comuns e a territorialização das acções. O objectivo comum, capaz de conectar diferentes acções de planeamento, identifica-se facilmente com a promoção da qualidade de vida da população e esta com a promoção da saúde. Melhorar a saúde da população, entendida como bem-estar físico, mental, social e ambiental, pode ser o principal objec-

tivo de estratégias de planeamento integradas. Este é, aliás, o objectivo de alguns programas já estabelecidos, de que é exemplo o movimento das cidades saudáveis. A saúde não pode ser melhorada unicamente por políticas de saúde, mas pode (e deve) ser ponto de partida para intervenções que procurem reduzir desigualdades e melhorar a qualidade de vida. Como se verificou neste estudo, uma abordagem médica é insuficiente para resolver os problemas da saúde, porque os riscos da saúde estão espacial e socialmente estruturados. Factores de risco e protecção são, em parte, uma função das forças sociais que operam fora do indivíduo e que estão intimamente relacionadas com vários aspectos dos lugares.

Fitzpatrick e LaGory (2000) referem que as intervenções em saúde devem equacionar expressamente os factores sociais que a produzem, sendo o lugar um factor social crítico. O lugar é um elemento fundamental da identidade humana, determinando quem se é, como se vive e como se morre. A saúde nos (e dos) lugares, e a sua capacidade de gerir/gerar o risco e a protecção, representam uma nova abordagem a um velho problema da saúde pública. Esta nova abordagem, integradora e local, através da consideração das determinantes ambientais da saúde, permitirá romper a cadeia de factores de risco que conduz ao empobrecimento da saúde. Agir sobre os lugares é, pois, agir socialmente sobre os indivíduos, integrados nas suas comunidades. A partir daqui, cabe a todos e a cada um a responsabilidade de construir um ambiente saudável, de desenvolver projectos e acções que transformem os lugares em lugares mais saudáveis, capazes de promover a saúde dos indivíduos e das comunidades.

10.2.4. Para uma (nova) geografia de intervenção

Dos pontos anteriores, depreende-se que é necessário pensar holisticamente a forma de poder criar lugares (mais) saudáveis. As determinantes da saúde, específicas e multiescalares, estão inter-relacionadas e dependentes do ambiente local. Assim, intervenções espacialmente focadas e integradas terão capacidade de colocar em jogo múltiplos esforços, procurando que os seus efeitos se reforcem mutuamente. Integrar serviços locais, fomentar a participação dos cidadãos na vida da comunidade e a (re)construção de uma identidade territorial são alguns aspectos que têm consequências na formação de um sentido de lugar, entendido como espaço multidimensional de oportunidade para a saúde. Pensar o espaço e implementar estratégias que contribuam para a emergência de territórios de oportunidade e para a transformação dos territórios de vulnerabilidade, é uma tarefa possível e uma tarefa de todos. É possível porque, sendo o lugar uma construção humana, um ambiente intencional, ele pode então ser reorganizado para produzir melhores resultados em saúde. Cabe a todos o esforço necessário a essa transformação, e também ao geógrafo, que pode contribuir de forma decisiva tanto no (re)conhecimento e explicação das inter-relações dos homens com os territórios, como na criação de novas territorialidades, estruturantes de lugares mais saudáveis, capazes de gerar mais saúde. Na verdade, como se comprovou nesta investigação, é imperativo “geo-grafar” a saúde: do nome (geografia) ao verbo (geografar), muda-se a perspectiva de uma semântica de passividade para uma semântica de intervenção.

10.2.5. Linhas de investigação futuras

O estudo efectuado na AML, comprovando a influência dos factores ambientais na saúde das populações, abre caminho a novas investigações, geográficas e não só. Futuramente, devem ser colocadas e testadas um conjunto de hipóteses, exemplificadas nas seguintes questões: 1. Que metodologias possibilitarão avaliar com maior acuidade as inter-relações entre características individuais, contextuais e resultados em saúde? 2. Os factores ambientais sublinhados nesta investigação manterão a sua importância em contextos diferentes, isto é, noutros tipos de área? 3. Essa influência persistirá em diferentes grupos populacionais e para diferentes resultados em saúde? 4. Que outros factores ambientais podem influenciar a saúde individual e colectiva? 5. Qual a importância da escala de análise nos resultados obtidos? 6. Que intervenções podem melhorar a saúde das populações? Neste sentido, como (re)organizar o território de forma a promover a saúde?

A resposta às questões colocadas aponta um caminho de investigações necessárias e pertinentes, não apenas ao geógrafo, mas também ao sociólogo, ao político, ao economista, ao epidemiologista, ao arquitecto e a todos os técnicos que, entre outros, actuam no planeamento, directa e/ou indirectamente. É, porém, fundamental desenvolver uma perspectiva de trabalho em equipas transdisciplinares, ficando a certeza da indispensabilidade da participação do geógrafo nessas equipas.

(Página deixada propositadamente em branco)

BIBLIOGRAFIA

- Aase, A. (1989). Regionalizing Mortality Data: Ischaemic Heart Disease in Norway. *Soc. Sci. Med.*, 29, p. 907-911.
- Abbotts, J., Williams, R., Sweeting, H. & West, P. (2004). Is Going to Church Good or Bad for You? Denomination, Attendance and Mental Health of Children in West Scotland. *Soc. Sci. Med.*, 58, p. 645-656.
- Adab, P., Acghee, S., Hedley, A. & Lam, T. (2005). Smoking, Respiratory Disease and Health Service Utilization: The Paradox. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 483-490.
- Adler, N. E., Boyce, W. T., Chesney, M. A., Folkman, S. & Syme, L. (1993). Socioeconomic Inequalities in Health. No Easy Solution. *J. A. M. A.*, 269, p. 3140-3145.
- Agbonifo, P. O. (1983). The State of Health as a Reflection of the Level of Development of a Nation. *Soc. Sci. Med.*, 24, p. 2003-2006.
- Alcoforado, M. (1999). Aplicação da Climatologia ao Planeamento Urbano. Alguns Apontamentos. *Finisterra*, XXXIV, p. 83-94.
- Alt, M. (1990). *Exploring Hyperspace. A Non-Mathematical Explanation of Multivariate Analysis*. Londres: McGraw-Hill Book Company.
- Andrieu, J.-M. & Colonna, P. (1998). Le Cancer en France. *Science & Vie*, 968, p. 97-105.
- Anson, O., Paran, E., Neumann, L. & Chernichovsky, D. (1993). Gender Differences in Health Perception and their Predictors. *Soc. Sci. Med.*, 36, p. 419-427.
- Antunes, J. & Waldman, E. (2001). The Impact of AIDS, Immigration and Housing Overcrowding on Tuberculosis Death in São Paulo, Brazil, 1994-1998. *Soc. Sci. Med.*, 52, 1071-1080.
- Arber, S. & Ginn, J. (1993). Gender and Inequalities in Health in Later Life. *Soc. Sci. Med.*, 36, p. 33-46.
- Armstrong, D. (2000). A Survey of Community Gardens in Upstate New York: Implications for Health Promotion and Community Development. *Health & Place*, 6, p. 319-327.
- Armstrong, R. W. (1978). Self-Specific Environments Associated with Naso-Pharyngeal Carcinoma in Selangor, Malaysia. *Soc. Sci. Med.*, 12 D, p. 149-156.
- Arrow, J. (1996). Estimating the Influence of Health as a Risk Factor on Unemployment: A Survival Analysis of Unemployment Durations for Workers Surveyed in the German Socio-economic Panel. *Soc. Sci. Med.*, 42, p. 1651-1659.
- Arroz, M. E. (1977). *Difusão Espacial da Hepatite Infecciosa*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos.
- Asada, Y. & Ohkusa, Y. (2004). Analysis of Health-Related Quality of Life (HRQL), Its Distribution, and Its Distribution by Income in Japan, 1989 and 1998. *Soc. Sci. Med.*, 59, p. 1423-1433.
- Atlani, L., Carael, M., Brunet, J., Frasca, T. & Chaika, N. (2000). Social Change and HIV in the Former USSR: The Making of a New Epidemic. *Soc. Sci. Med.*, 50, p. 1547-1556.
- Audy, J. R. (1971). Measurement and Diagnosis of Health. In P. Shepard & D. Mckinley (Eds.), *Environ/mental: Essays on the Planet as a Home*. Boston: Houghton Mifflin, p. 140-162.
- Augé, M. (1992). Non-Lieux: Introduction à une Anthropologie de la Sumodernité. Paris: Seuil [ed. Port. (1994) Não-Lugares: Introdução a uma Antropologia da Modernidade. Lisboa: Bertrand Editora].
- Baker, D & Hann, M. (2001). General Practitioner Services in Primary Care Groups in England: Is There Inequity between Service Availability and Population Need? *Health & Place*, 7, 67-74.
- Balfour, J. & Kaplan, G. (2002). Neighborhood Environment and Loss of Physical Function in Older Adults: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 155, p. 507-515.

- Bandeira, M. L. (1996). *Demografia e Modernidade. Família e Transição Demográfica em Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional. Casa da Moeda.
- Banister, D. (2005). *Unsustainable Transport. City Transport in the New Century*. Nova Iorque: Routledge.
- Bannister, J. (1993). Locating Fear: Environment and Ontological Security. In H. Jones (Ed.), *Crime and Urban Environment. The Scottish Experience*. Avebury: Ashgate Publishing Company.
- Barata Salgueiro, T. (2006). The New Centers for Fragmented Cities. In R. González (Ed.), *Urban Changes in Different Scales: Systems and Structures*. Santiago de Compostela: Publicacións Cursos e Congressos da Universidade de Santiago de Compostela, 169, p. 519-532.
- Barker, D. (1994). *Mothers, Babies and Disease in Later Life*. Londres : B. M. J. Publications.
- Barker, D. (Ed.) (1992). *Foetal and Infant Origins of Adult Disease*. Londres: B. M. J. Publications.
- Barnett, R. (2001). Coping with the Costs of Primary Care? Household and Locational Variations in the Survival Strategies of the Urban Poor. *Health & Place*, 7, p. 141-157.
- Barret, F. (2000). Finke's 1792 Map of Human Diseases: The First World Disease Map?. *Soc. Sci. Med.*, 50, p. 915-921.
- Barret, F. A. (1993). A Medical Geographical Anniversary. *Soc. Sci. Med.*, 37, p. 701-710.
- Barret, F. A. (1986). Medical Geography: Concept and Definition. In M. Pacione (Ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*. Londres: Croom Helm, p.1-34.
- Barros, P. (2003). Estilos de Vida e Estado de Saúde: Uma Estimativa da Função de Produção de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, p.7-17.
- Barry, J. & Breen, N. (2005). The Importance of Place of Residence in Predicting Late-Stage Diagnosis of Breast or Cervical Cancer. *Health & Place*, 11, p. 15-29.
- Barton, H. & Tsourou, C. (2000). *Healthy Urban Planning. A WHO Guide to Planning for People*. Londres: OMS, Spon Press.
- Barton, H., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2003a). Healthy Urban Planning. In A. D. Tsouros & J. L. Farrington (Eds.), *WHO Healthy Cities in Europe: A Compilation of Papers on Progress and Achievements*. Copenhaga: OMS, p. 149-157.
- Barton, H., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2003b). *Healthy Urban Planning and Transport*. <http://www.thepep.org>. OMS (Acedido a 30 de Maio de 2005).
- Barton, H, Grant, M. & Guise, R. (2003c). *Shaping Neighbourhoods. A Guide for Health, Sustainability and Vitality*. Londres: Spon Press.
- Bateira, C. (2002). *Movimentos de Vertente no NW de Portugal, Susceptibilidade Geomorfológica e Sistemas de Informação Geográfica*. Porto: Universidade do Porto. Dissertação de Doutoramento.
- Bateira, C. & Abreu, J. (2003). Os Problemas da Cartografia dos Riscos Naturais. Contributos para a Definição da Susceptibilidade Geomorfológica a Partir da Observação de Vários Movimentos de Vertente Ocorridos no Norte de Portugal. *Territorium*, 10, p. 69-88.
- Baum, F. & Ziersch, A. (2003). Social Capital. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 320-323.
- Beaglehole, R., Bonita, R. & Kjellstrom, T. (2003). *Epidemiologia Básica*. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública.
- Beck, U. (1992). *Risk Society. Towards New Modernity*. Londres: Sage.
- Béguin, H. (1979). *Méthodes d'Analyse Géographique Quantitative*. Paris: Librairies Techniques.
- Benko, G. (1997). Introduction: Modernity, Postmodernity and the Social Sciences. In G. Benko & U. Strohmayer (Eds.), *Space and Social Theory. Interpreting Modernity and Postmodernity*. Oxford: Backwell, p. 1-44.
- Benko, G. & Lipietz, A. (1992). *Les Régions Qui Gagnent. Districts et Réseaux: Les Nouveaux Paradigmes de la Géographie Economique*. Paris: PUF.
- Ben-shlomo, Y., White, R. & Marmot, M. (1996). Does the Variation in the Socioeconomic Characteristics of an Area Affect Mortality?. *B. M. J.*, 312, p. 1013-1014.
- Benzeval, M. & Judge, K. (1998). Poverty and Health. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, 1, p. 12-13.
- Berkman, L. & Glass, T. (2000). Social Integration, Social Network, Social Support, and Health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, p. 137-173.
- Blackman, T., Harvey, J., Lawrence, M. & Simon, A. (2001). Neighbourhood Renewal and Health: Evidence from a Local Case Study. *Health & Place*, 7, p. 93-103.
- Blakely, T. & Woodward (2000). Ecological Effects in Multi-Level Studies. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 54, p. 367-374.

- Blakely, T., Atkinson, J. & O'dea, D. (2003). No Association of Income Inequality with Adult Mortality within New Zealand: A Multilevel Study of 1.4 Million 25-64 Years Olds. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 279-284.
- Blane, D., Davey Smith, G. & Bartley, M. (1993). Social Selection: What Does It Contribute to Social Class Differences in Health? *Sociology of Health & Illness*, 15, p. 1-14.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. Londres: Routledge.
- Blin, E. & Bord, J.-P. (1993). *Initiation Géo-Graphique ou Comment Visualiser Son Information*. Paris: SEDES.
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., Banks, P. & Fobair, P. (2001). Sources of Support and the Physical and Mental Well-Being of Young Women with Breast Cancer. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 1513-1524.
- Bobak, M. (1992). Air Pollution and Infant Mortality in Czech Republic. *Lancet*, 340, p. 1010-1014.
- Bossuyt, N., Gadeyne, S., Deboosere, P. & Van Oyen, H. (2004). Socio-economic Inequalities in Health Expectancy in Belgium. *Public Health*, 118, p. 3-10.
- Bourdin, A. (2001). Comment on Fait la Ville, Aujourd'hui, en France. *Espaces et Sociétés*, 105/106, p. 147-166.
- Boyle, P. J., Gatrell, A. C. & Duke-Williams, O. (1998). The Effect on Morbidity of Variability in Deprivation and Population Stability in England and Wales: An Investigation at Small-Area Level. Texto policopiado.
- Boyle, P., Gatrell, A. & Duke-Williams, O. (2001). Do Area-Level Population Change, Deprivation and Variations in Deprivation Affect Individual-Level Self-Report Limiting Long-Term Illness?. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 795-799.
- Boys, R., Foster, D. & Jozan, P. (1991). Mortality from Causes Amenable and Non-Amenable to Medical Care: The Experience of Eastern Europe. *B. M. J.*, 303, p. 879-883.
- Braveman, P. & Gruskin, S. (2003). Defining Equity in Health. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 254-258.
- Brimblecombe, N., Dorling, D. & Shaw, M. (1999). Where the Poor Die in a Rich City: The Case of Oxford. *Health & Place*, 5, p. 287-300.
- Brownson, R., Baker, E., Housemann, A., Brennan, L. & Bacak, S. (2001). Environmental and Policy Determinants of Physical Activity in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 91, p. 1995-2003.
- Bryan, A., Fisher, J. & Benziger, T. (2001). Determinants of HIV Risk among Indian Truck Drivers. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 1413-1426.
- Bullen, N., Jones, K. & Duncan, C. (1997). Modelling Complexity: Analysing Between-Individual and Between-Place Variation. A Multilevel Tutorial", *Environment and Planning*, 29, p. 585-609.
- Burgess, R. (2000). The Compact City Debate: A Global Perspective. In M. Jenks & R. Burgess (Eds.), *Compact Cities. Sustainable Urban Forms for Developing Countries*. Londres: Spon Press, p. 9-24.
- Bush, J., Moffatt, S. & Dunn, C. (2001). Even the Birds Here Cough: Stigma, Air Pollution and Health in Teesside. *Health & Place*, 7, p. 47-56.
- Calvino, I. (1990). *La Città Invisibili*. Milão: Palomar [(ed. Port. (1999) *As Cidades Invisíveis*. Lisboa: Editorial Teorema].
- Campos, A.C. (1983). *Saúde. O Custo de um Valor sem Preço*. Lisboa: Livros Técnicos.
- Capucha, L. (2001). Pobreza e Exclusão Social. *Cadernos de Geografia, n° especial, Actas do Terceiro Colóquio de Geografia de Coimbra*, p. 173-195.
- Cardoso, A., Baptista, I. & Perista, P. (2001). Pobreza, Exclusão Social e Transições em Ciclo de Vida. *Cidades. Comunidades e Territórios*, 2, p. 57-71.
- Carlson, C. (1998). Self-Perceived Health in East and West Europe: Another European Health Divide. *Soc. Sci. Med.*, 46, p. 1355-1366.
- Carstairs, V. & Morris, R. (1991). *Deprivation and Health in Scotland*. Aberdeen: Aberdeen University Press.
- Castro, J. & Gonçalves, A. (2002). A Rede Social e o Desenvolvimento Local. *Cidades. Comunidades e Territórios*, 4, p. 71-82.
- Chandola, T. (2001). The Fear of Crime and Area Differences in Health. *Health & Place*, 7, p. 105-116.
- Charlton, B. (1994). Is Inequality Bad for the National Health?. *Lancet*, 343, p. 221-222.
- Charsley, K., Lambert, H. & Davey Smith, G. (1999). Housing Tenure, Ethnicity and Inequalities: Towards a Contextualised Approach. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, 3, p. 6-7.
- Choay, F. (2004). El Reino de lo Urbano y la Muerte de la Ciudad. In A. M. Ramos (Ed.), *Lo Urbano en 20 Autores Contemporáneos*. Barcelona: Edicions UPC, p. 61-72.
- Chuang, Y.-C., Cubbin, C., Winkleby, M. & Ahn, D. (2005). Effects of Neighborhood Socioeconomic Status and Convenience Store Concentration on Individual-Level Smoking. *Tobacco Control*, 14, p. 337-353.
- Clarke, P. (2005). Urban Planning and Design. In R. Thomas (Ed.), *Sustainable Urban Design. An Environmental Approach*. Nova Iorque: Spon Press, p. 14-24.

- Cliff, A. D. & Haggett, P. (1988). *Atlas of Disease Distributions. Analytic Approaches to Epidemiological Data*. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Coates, B. E., Johnston, R. J. & Knox, P. L. (1977). *Geography and Inequality*. Oxford: Oxford University Press.
- Coburn, D. (2000). Income Inequality, Social Cohesion and the Health Status of Populations: The Role of Neo-liberalism. *Soc. Sci. Med.*, 51, p. 135-146.
- Coburn, D. (2004). Beyond the Income Inequality Hypothesis: Class, Neo-Liberalism, and Health Inequalities. *Soc. Sci. Med.*, 58, p. 41-46.
- Cohen, D., Farley, T. & Mason, K. (2003). Why Is Poverty Unhealthy? Social and Physical Mediators. *Soc. Sci. Med.*, 57, p. 1631-1641.
- Cohen, S., Doyle, W., Skoner, D., Rabin, B. & Gwaltney, J. (1997). Social Ties and Susceptibility to the Common Cold. *Journal of American Medical Association*, 277, p. 1940-1944.
- Cole, D., Eyles, J. & Gibson, B. (1998). Indicators of Human Health in Ecosystems: What Do We Measure?. *The Science of the Total Environment*, 224, p. 201-213.
- Collins, D. & Kearns, R. (2005). Geographies of Inequality: Child Pedestrian Injury and Walking School Buses in Auckland, New Zealand. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 61-69.
- Congdon, P. (2001). Health Status and Healthy Life Measures for Population Health Need Assessment: Modelling Variability and Uncertainty. *Health & Place*, 7, p. 13-25.
- Costa, F., Cavaco, V., Vieira, F., Taborada, R., Sã, A. & Pereira, G. (2002). *As Populações do Concelho da Amadora: Relações Inter-Etnicas e Representações*. Amadora: Câmara Municipal da Amadora.
- Costa, G. & Faggiano, F. (1994). *Socioeconomic Inequalities in Health in Italy in the 80's*. Turin: Epidemiologia Piemonte.
- Crimmins, E. M., Hayward, M. D. & Saito, Y. (1994). Changing Mortality and Morbidity Rates and the Health Status and Life Expectancy of the Older Population. *Demography*, 31, p. 159-175.
- Crow, G. (2004). Social Networks and Social Exclusion: An Overview of the Debate. In C. Phillipson, G. Allan & D. Morgan (Eds.), *Social Networks and Social Exclusion: Sociological and Policy Perspectives*. Gower: Ashgate, p. 7-19.
- Cummins, S. & Macintyre, S. (1999). The Location of Food Stores in Urban Areas: A Case Study in Glasgow. *British Food Journal*, 101, p. 545-553.
- Cummins, S., Macintyre, S., Davidson, S. & Ellaway, A. (2005). Measuring Neighbourhood Social and Material Context: Generation and Interpretation of Ecological Data from Routine and Non-Routine Sources. *Health & Place*, 11, 3, p. 249-260.
- Cummins, S., Stafford, M., Macintyre, S., Marmot, M. & Ellaway, A. (2004). Neighbourhood Environment and Its Association with Self-Rated Health: Evidence from Scotland & England. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, p.1-8.
- Cunha, L. & Gonçalves, B. (1994). Clima e Tipos de Tempo Enquanto Características Físicas Condicionantes do Risco de Incêndio. Ensaio Metodológico. *Cadernos de Geografia*, 13, p. 3-13.
- Cunha, P. (2002). Vulnerabilidade e Risco Resultante da Ocupação de uma Planície Aluvial. O Exemplo das Cheias do Rio Mondego (Portugal Central), no Inverno de 200/2001. *Territorium*, 9, p. 13-35.
- Curtis, S. (1982). Spatial Analysis of Surgery Locations in General Practice. *Soc. Sci. Med.*, 16, p. 303-313.
- Curtis, S. & Taket, A. (1996). *Health and Societies: Changing Perspectives*. Londres, Arnold.
- Curto De Casas, S. I. (1993). Geographical Inequalities in Mortality in Latin America. *Soc. Sci. Med.*, 36, p. 1349-1355.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1992). *Políticas e Estratégias para Promover a Igualdade Perante a Saúde*. Copenhagen, OMS.
- Davey Smith, G. & Dorling, D. (1996). I'm All Right, John: Votting Patterns and Mortality in England and Wales, 1981-92.. *B.M.J.*, 322, p. 1336-1337.
- Davey Smith, G., Hart, C., Watt, G., Hole, D. & Hawthorne, V. (1998). Individual Social Class, Area-Based Deprivation, Cardiovascular Disease Risk Factors, and Mortality: The Renfrew and Paisley Study. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 52, p. 399-405.
- Davies, B. (1968). *Social Needs and Resources in Local Services*. Londres: Michael Joseph.
- De Coster, C. (2003). Aging Healthy. *Centre Piece*, 14, p. 1-8.
- De Stefani, E., Correa, P., Fierro, L., Carzoglio, J., Deneo-Pellegrini, H. & Zavala, D. (1990). Alcohol Drinking and Tobacco Smoking in Gastric Cancer. A Case-Control Study. *Rev. Epidemiol. Santé Publ.*, 38, p. 297-307.
- Denton, M. & Walters, V. (1999). Gender Differences in Structural and Behavioral Determinants of Health: An Analysis of the Social Production of Health. *Soc. Sci. Med.*, 48, p. 1221-1235.

- Derruau, M. (1963). *Précis de Géographie Humaine*, (2^e ed.). Paris : Armand Colin.
- Desplanques, G., Mizrahi, A. & Mizrahi, A. (1996). Mortalité et Morbidité par Catégories Sociales. *Solidarité Santé*, 4, p. 75-85.
- Diez-Roux, A., Link, B. & Northridge (2000). A Multilevel Analysis of Income Inequality and Cardiovascular Disease Risk Factors. *Soc. Sci. Med.*, 50, p. 373-687.
- Diez-Roux, A., Merkin, S., Arnett, D., Chambless, L., Massing, M., Nieto, J., Sorlie, P., Szklo, M., Tyroler, H. & Watson, L. (2001). Neighborhood of Residence and Incidence of Coronary Disease. *N. Eng. J. Med.*, 345, p. 99-136.
- Diez-Roux, A., Nieto, F., Muntaner, C., Tyroler, H., Comstock, G., Shahar, E., Cooper, L., Watson, R. & Szklo, M. (1997). Neighborhood Environments and Coronary Heart Disease: A Multilevel Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 146, p. 48-63.
- Donovan, J. (1984). Ethnicity and Health: A Research Review. *Soc. Sci. Med.*, 19, p. 663-670.
- Dorling, D., Shaw, M. & Brimblecombe, N. (2000). Housing Wealth and Community Health: Exploring the Role of Migration. *Findings from Health Variations Programme*, May, ESRC Economic & Social Research Council, 3, s/p.
- Douglas, I. (1989). The Environmental Problems of Cities. In: D. HERBERT & D. SMITH (Eds.), *Social Problems and the City. New Perspectives*. Nova Iorque, Oxford University Press, p. 81-99.
- Drukker, M., Kaplan, C. & Van Os, J. (2005). Residential Instability in Socioeconomically Deprived Neighbourhoods, Good or Bad?. *Health & Place*, 11, p. 121-129.
- Dubos, R. (1965). *Man Adapting*. New Haven: Yale University Press.
- Duncan, C., Jones, K. & Moon, G. (1993). Do Places Matter? A Multilevel Analysis of Regional Variations in Health-Related Behaviour in Britain. *Soc. Sci. Med.*, 37, p. 725-733.
- Duncan, C., Jones, K. & Moon, G. (1995). Psychiatric Morbidity: A Multilevel Approach to Regional Variations in the UK. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 49, p. 290-295.
- Duncan, C., Jones, K. & Moon, G. (1996). Health-Related Behaviour in Context: A Multilevel Modelling Approach. *Soc. Sci. Med.*, 42, p. 817-830.
- Duncan, C., Jones, K. & Moon, G. (1998). Context, Composition and Heterogeneity: Using Multilevel Models in Health Research. *Soc. Sci. Med.*, 46, p. 97-117.
- Duncan, C., Jones, K. & Moon, G. (1999). Smoking and Deprivation: Are There Neighbourhood Effects?. *Soc. Sci. Med.*, 48, p. 497-505.
- Dunn, J. & Hayes, M. (2000). Social Inequality, Population Health, and Housing: A Study of Two Vancouver Neighborhoods. *Soc. Sci. Med.*, 51, p. 563-587.
- Dyck, I. (1995). Hidden Geographies: The Changing Lifeworlds of Women with Multiple Sclerosis. *Soc. Sci. Med.*, 40, p. 307-320.
- Eames, M., Ben-Shlomo & Marmot, M. (1993). Social Deprivation and Premature Mortality: Regional Comparison across England. *B.M.J.*, 307, p. 1097-1102.
- Earickson, R. (2000). Health Geography: Style and paradigms. *Soc. Sci. Med.*, 50, p. 457-458.
- Ecob, R. & Macintyre, S. (2000). Small Area Variations in Health Related Behaviours, Do these Depend on the Behaviour Itself, Its Measurement, or on Personal Characteristics?. *Health & Place*, 6, p. 261-274.
- Edmonson, K., Lawler, K., Jobe, R., Younger, J., Piferi, R. & Jones, W. (2005). Spirituality Predicts Health and Cardiovascular Responses to Stress in Young Adult Women. *Journal of Religion and Health*, 44, p. 161-171. www.springerlink.com. (Acedido a 5 de Setembro de 2005).
- Ellaway, A. & Macintyre, S. (1998). Does Housing Tenure Predict Health in the UK Because It Exposes People to Different Levels of Housing Related Hazards in the Home or Its Surroundings?. *Health & Place*, 4, p. 141-150.
- Ellaway, A. & Macintyre, S. (2001). Women in Their Place. Gender and Perceptions of Neighbourhoods and Health in the West of Scotland. In I. Dyck, N. Davis Lewis & S. Mclafferty (Eds.), *Geographies of Women's Health*. Londres: Routledge, p. 265-281.
- Ellaway, A., Macintyre, S., Kearns, A. (2001). Perceptions of Place and Health in Socially Contrasting Neighbourhoods. *Urban Studies*, 38, p. 2299-2316.
- Elliot, M., Wang, Y., Lowe, R. & Kleindorfer, P. (2004). Environmental Justice: Frequency and Severity of US Chemical Industry Accidents and the Socioeconomic Status of Surrounding Communities. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 24-30.
- Elliott, S. (1995). Psychosocial Stress, Women and Heart Health: A Critical Review. *Soc. Sci. Med.*, 40, p. 105-115.
- Entrikin, J. (1997). Place and Region 3. *Progress in Human Geography*, 21, p. 263-268.

- Epidemiological Bulletin (1993). Methodology for the Study of Inequities in Health Conditions. *Epidemiological Bulletin*, 14, p. 5-8.
- Eyles, J. (1987). *The Geography of the National Health*. Londres: Croom Helm.
- Fernandes, J. (2004). *Território, Desenvolvimento e Áreas Protegidas. A Rede Nacional de Áreas Protegidas e o Caso do Parque Natural das Serras de Aire e Candeeiros*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Dissertação de Doutoramento.
- Ferrão, J. (2003). Intervir na Cidade. Complexidade, Visão e Rumo. In Portas, A. Domingues e J. Cabral, *Políticas Urbanas. Tendências, Estratégias e Oportunidades*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 218-225.
- Ferreira, A. F. (2005). *Gestão Estratégica de Cidades e Regiões*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, E. (2003). Violência e Insegurança Urbana: um Fenómeno em Crescimento ou em Transformação? O Caso da Área Metropolitana de Lisboa. *Cidades. Comunidades e Territórios*, 7, p. 37-56.
- Ferreira, P. & Santana, P. (2003). Percepção de Estado de Saúde e de Qualidade de Vida da População Activa: Contributo para a Definição de Normas Portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21, p. 15-26.
- Ferreira, V. (2002). Globalização do Ambiente e Localização do Ambiente Urbano. *Cidades. Comunidades e Territórios*, 4, p. 45-59.
- Ferreira, V. (2003). Lisboa, um Projecto para a Metrópole?. *Cidades. Comunidades e Territórios*, 7, p. 71-87.
- Ferrie, J., Shipley, M., Newman, K., Stansfeld, S. & Marmot, M. (2005). Self-Reported Job Insecurity and Health in the Whitehall II Study: Potential Explanations of the Relationship. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 1593-1602.
- Fiscella, K. & Franks, P. (1997). Poverty or Income Inequality as Predictor of Mortality: Longitudinal Cohort Study. *B.M.J.*, 314, p. 1724-1728.
- Fitzpatrick, K. & Lagory, M. (2000). *Unhealthy Places. The Ecology of Risk in the Urban Landscape*. Londres, Routledge.
- Fonseca, L., Malheiros, J. (coord.) (2005). *Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health*. IMISCOE Cluster B5 State of Art Report, Estudos para o Planeamento Regional e Urbano. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos, Universidade de Lisboa.
- Forbes, A. & Wainwright (2001). On the Methodological, Theoretical and Philosophical Context of Health Inequalities Research: A Critique. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 801-816.
- Fotheringham, A. S., Brunsdon, C. & Charlton, M. (2000). *Quantitative Geography. Perspectives on Spatial Data Analysis*. Londres: SAGE Publications.
- Fragoso, A. (2004). Os Significados do Território na Perspectiva do Desenvolvimento. Para uma Análise dos Problemas e Tensões Actuais. *Cidades. Comunidades e Territórios*, 8, p. 9-20.
- Franzini, L. & Spears, W. (2003). Contributions of Social Context to Inequalities in Years of Life Lost to Heart Disease in Texas, USA. *Soc. Sci. Med.*, 57, p. 1847-1861.
- Fries, J. F. (1980). Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. *N. Eng. J. Med.*, 303, p. 130-135.
- Frohlich, L., Potvin, L., Chabot, P. & Corin, E. (2002). A Theoretical and Empirical Analysis of Context: Neighbourhoods, Smoking and Youth. *Soc. Sci. Med.*, 54, p. 1401-1417.
- Fukuda, Y., Nakamura, K. & Takano, T. (2004). Municipal Socioeconomic Status and Mortality in Japan: Sex and Age Differences, and Trends in 1973-1998. *Soc. Sci. Med.*, 59, p. 2435-2445.
- Galea, S., Freudenberg, N. & Vlahov, D. (2005). Cities and Population Health. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 1017-1033.
- Ganho, N. (1992). *O Clima Urbano de Coimbra – Aspectos Térmicos Estivais*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.
- Ganho, N. (1998). *O Clima Urbano de Coimbra. Estudo de Climatologia Local Aplicada ao Ordenamento Urbano*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Dissertação de Doutoramento.
- Ganho, N. (1999). O Clima Urbano e a Climatologia Urbana. Fundamentos e Aplicação ao Ordenamento Urbano. *Cadernos de Geografia*, 18, p. 97-127.
- Ganho, N., Lourenço, L. & Rebelo, F. (1992). Importância da Climatologia e da Geomorfologia no Planeamento Urbano. Análise de um Caso Concreto. *Cadernos de Geografia*, 11, p. 75-86.
- Garros, B. (1997). Réduire les Inégalités Géographiques de l'Etat de Santé – Une Ambition pour la Politique de Santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, s/p.
- Gaspar, J. (2001). Developing Cohesive Cities: A Perspective From the Ground. *Apontamentos de Geografia. Série Investigação*, 12.
- Gatrell, A. (2005). Complexity Theory and Geographies of Health: A Critical Assessment. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 2661-2671.
- Gatrell, A. (1997). Structures of Geographical and Social Space and their Consequences for Human Health. *Geografiska Annaler*, 79, p. 141-154.

- Gatrell, A., Popay, J. & Thomas, C. (2004). Mapping the Determinants of Health Inequalities in Social Space: Can Bourdieu Help Us? *Health & Place*, 10, p. 245-257.
- Gatrell, A., Thomas, C., Bennett, S., Bostock, L., Popay, J., Williams, G. & Shahtahmasebi, S. (2000). Understanding Health Inequalities: Locating People in Geographical and Social Spaces. In H. Graham (Ed.), *Understanding Health Inequalities*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, p. 157-169.
- Gesler, W. & Kearns, R. (2002). *Culture/Place/Health*. Londres: Routledge.
- Gesler, W. M. (1992). Therapeutic Landscape, Medical Issues in the Light of the New Cultural Geography. *Soc. Sci. Med.*, 34, p. 735-746.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity.
- Giggs, J. (1983). Schizophrenia and Ecological Structure in Nottingham. In N. D. Mcglashan & J. R. Blunden (Eds.), *Geographical Aspects of Health*. Londres: Academic Press, p. 197-222.
- Giles-Corti & Donovan, R. (2002). The Relative Influence of Individual, Social and Physical Environment Determinants of Physical Activity. *Soc. Sci. Med.*, 54, p.1793-1812.
- Giraldes, M. R. (1996). *Desigualdades Socioeconómicas e seu Impacte na Saúde*. Lisboa, Editorial Estampa.
- Giraldes, M. R. (1998). Morbilidade Declarada no INS 1995/96. Que Respostas? – Uma Abordagem Realizada Numa Perspectiva de Equidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16, p. 43-59.
- Girault, F. & Bussi, M. (2001). Les Organisations Spatiales de la Ségrégation Urbaine: L'Exemple des Comportements Electoraux. *L'Espace Géographique*, 2, p. 152-164.
- Girt, J. L. (1972). Simple Chronic Bronchitis and Urban Ecological Structure. In N. D. Mcglashan (Ed.), *Medical Geography: Techniques and Field Studies*. Londres: Methuen, p. 211-232.
- Gisbers Van Wijk, C., Kolk, A., Van Den Bosch, W. & Van Den Hoogh, H. (1992). Male and Female Morbidity in General Practice: The Nature of Sex Differences. *Soc. Sci. Med.*, 35, p. 665-678.
- Glick, B. J. (1979). Distance Relationships in Theoretical Models of Carcinogenesis. *Soc. Sci. Med.*, 13D, p. 253-256.
- Gouveia, N., Bremner, S. & Naves, H. (2004). Association between Ambient Air Pollution and Birth Weight in São Paulo, Brazil. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 11-17.
- Gove, W. R. (1984). Gender Differences in Mental and Physical Illness: The Effects of Fixed Roles and Nurturant Roles. *Soc. Sci. Med.*, 19, p. 77-84.
- Graham, H. (1994). Gender and Class as Dimensions of Smoking Behavior in Britan: Insights from a Survey of Mothers. *Soc. Sci. Med.*, 38, p. 691-698.
- Graham, H. (1996). Smoking Prevalence among Women in the European Community 1950-1990. *Soc. Sci. Med.*, 43, p. 243-254.
- Graham, H. (1999). Inquiry into Inequalities in Health. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, 3, p. 2-4.
- Graham, H. (2000). Understanding Health Inequalities. Introduction. In H. Graham (Ed.), *Understanding Health Inequalities*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, p. 3-23.
- Grande, N. R. (1991). Perspectivas Actuais dos Conceitos de Saúde e de Doença. In J. Bento & A. Marques (Eds.), *Desporto. Saúde. Bem-Estar*. Porto: Universidade do Porto, p. 27-32.
- Gravelle, H. (1998). How Much of the Relation between Population Mortality and Unequal Distribution of Income Is a Statistical Artefact? *B. M. J.*, 316, p. 382-385.
- Griffin, J., Fuher, R., Stansfeld, S. & Marmot, M. (2002). The Importance of Low Control at Work and Home on Depression and Anxiety: Do These Effects Vary By Gender and Social Class?. *Soc. Sci. Med.*, 54, p. 783-798.
- Groupe Chadule (1994). *Initiation aux Pratiques Statistiques en Géographie*. Paris: Masson.
- Grundy, E. & Sloggett, A. (2003). Health Inequalities in the Older Population: The Role of Personal Capital, Social Resources and Socio-economic Circumstances. *Soc. Sci. Med.*, 56, p. 935-947.
- Guerra, I. (2001). Intervenções Face à Exclusão Social Urbana. *Cidades. Comunidades e Territórios*, 2, p. 47-56.
- Guerra, I. (2003). Tensões do Urbanismo Quotidiano. In *Políticas Urbanas. Tendências, Estratégias e Oportunidades*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Haavio-Manila, E. (1986). Inequalities in Health and Gender. *Soc. Sci. Med.*, 22, p. 141-149.
- Haggett, P. (1972). Contagious Processes in a Planar Graph: An Epidemiological Application. In N. D. Mcglashan (Ed.), *Medical Geography: Techniques and Field Studies*. Londres, Methuen, p. 307-324.
- Haggett, P. (1975). Simple Epidemics in Human Population: Some Geographical Aspects of the Horner-Soper Diffusion Models. In R. Peel, M. Chisholm & P. Haggett (Eds.), *Processes in Physical and Human Geography, Bristol Essays*. Londres: Heinemann, p. 373-391.

- Hales, S., Black, W., Skelly, C., Salmond, C. & Weinstein, P. (2003). Social Deprivation and the Public Health Risks of Community Drinking Water Supplies in New Zealand. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 581-583.
- Hancock, T. (1992). The Healthy Cities: Utopias and Realities. In John Ashton (Ed.), *Healthy Cities*. Philadelphia: Open University Press, p. 22-29.
- Hart, N. (1989). Sex, Gender and Survival: Inequalities of Life Chances between European Men and Women. In A. J. Fox (Ed.), *Health Inequalities in European Countries*. Gower: Aldershot, p. 109-140.
- Hayes, M. (1992). On the Epistemology of Risk: Language, Logic, and Social Science. *Soc. Sci. Med.*, 35, p. 401-407.
- Haynes, R. M. & Bentham, C. G. (1979). *Community Hospitals and Rural Accessibility*. Farnborough: Saxon House.
- Heitzmann, C. & Kaplan, R. (1988). Assessment of Methods for Measuring Social Support. *Health Psychology*, 7, p. 45-109.
- Helm, H., Hays, J.C., Flint, E., Koenig, H.G. & Blazer, D.G. (2000). Effects of Private Religious Activity on Mortality of Elderly Disabled and Nondisabled Adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 55, p. 400-405.
- Hembree, C., Galea, S., Ahern, J., Tracy, M., Piper, T., Miller, J., Vlahov, D. & Tardiff, K. (2005). The Urban Built Environment and Overdose Mortality in New York City Neighborhoods. *Health & Place*, 11, p. 147-156.
- Hemstrom, O. (1999). Explaining Differential Rates of Mortality Decline for Swedish Men and Women: A Time-Series Analysis, 1945-1992. *Soc. Sci. Med.*, 48, p. 1759-1777.
- Herbert, D. (1989). Introduction: Social Problems and the City. In D. Herbert & D. Smith (Eds.), *Social Problems and the City. New Perspectives*. Nova Iorque: Oxford University Press, p. 1-13.
- Heymann, J. (2000). Health and Social Policy. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, p. 368-382.
- Hibbard, J. H. & Pope, C. R. (1983). Gender Roles, Illness Orientation and Use of Medical Services. *Soc. Sci. Med.*, 17, p. 129-137.
- Higginson, J., Muir, C. S. & Muñoz, N. (1992). *Human Cancer: Epidemiology and Environmental Causes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Holland, P., Berney, L., Blane, D. & Davey Smith, G. (1999). The Lifegrid Method in Health Inequalities Research. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, 3, p. 8-9.
- Hou, F. & Myles, J. (2005). Neighbourhood Inequality, Neighbourhood Affluence and Population Health. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 1557-1569.
- House, S. (2002). Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20th Century Progress and 21st Century Prospects. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, p. 125-142.
- Howe, G. M. (1972). *Man, Environment and Disease in Britain: A Medical Geography Through the Ages*. Londres: Pelican.
- Howe, G. M. & Loraine, J. (1973). *Environment Medicine*. Londres: Heinemann Medical.
- Hraba, J., Lorenz, F., Lee, G. & Pechacova, Z. (1996). Gender Differences in Health: Evidence from the Czech Republic. *Soc. Sci. Med.*, 43, p. 1443-1451.
- Huff, N. & Gray, D. (2001). Coronary Heart Disease Inequalities: Deaths and the Socio-Economic Environment in Nottingham, England. *Health & Place*, 7, p. 57-61.
- Humphreys, K. & Carr-Hill, R. (1991). Area Variations in Health Outcomes: Artefact or Ecology. *Int. J. Epidemiol.*, 20, p. 251-258.
- Hunt, K. (1998). Gender and Health. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, 1, p. 8-9.
- Hunt, K. & Annandale, E. (1999). Relocating Gender and Morbidity: Examining Men's and Women's Health in Contemporary Western Societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health. *Soc. Sci. Med.*, 48, p. 1-5.
- Hunt, K. & Macintyre, S. (2000). Genre et Inégalités Sociales en Santé. In A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski & T. Lang (Eds.), *Les Inégalités Sociales de Santé*. Paris: Éditions La Découverte et Syros.
- Hunter, J. M. (1974). The Challenge of Medical Geography. In J. M. Hunter (Ed.), *The Geography of Health and Disease*. Chapel Hill: University of North Carolina, p.1-31.
- Idler, L. & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, p. 21-37.

- Instituto Nacional De Estatística (2004). *Tipologia Sócio-Económica da Área Metropolitana de Lisboa*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional De Saúde (1998/99). *Inquérito Nacional de Saúde 1998/99. Dados Gerais*. Lisboa: MS, INSA.
- Irribarren, C., Jacobs, D., Kiefe, C., Lewis, C., Matthews, A., Roseman, J. & Hulley, S. (2005). Causes and Demographic, Medical, Lifestyle and Psychosocial Predictors of Premature Mortality: The Cardia Study. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 471-482.
- Jaffe, D., Eisenbach, Z., Neumark, Y. & Manor, O. (2005). Individual, Household and Neighborhood Socioeconomic Status and Mortality: A Study of Absolute and Relative Deprivation. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 989-997.
- Jenks, M. (2000). The Appropriateness of Compact City Concepts to Developing Countries. In: M. JENKS & R. BURGESS (Eds.), *Compact Cities. Sustainable Urban Forms for Developing Countries*. Londres, Spon Press, p. 343-350.
- Jerret, M., Burnett, R., Brook, J., Kanaroglou, P., Giovis, C., Finkelstein, N. & Hutchison, B. (2004). Do Socioeconomic Characteristics Modify the Short Term Association between Air Pollution and Mortality? Evidence from a Zonal Time Series in Hamilton, Canada. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 31-40.
- Jobson, J. (1992). *Applied Multivariate Data Analysis*. Nova Iorque: Springer-Verlag.
- Jones, K. & Duncan, C. (1995). Individuals and their Ecologies: Analysing the Geography of Chronic Illness within a Multilevel Modelling Framework. *Health & Place*, 1, p. 27-40.
- Jones, K. & Moon, G. (1987). *Health, Disease and Society: An Introduction to Medical Geography*. Londres: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Jones, K. & Moon, G. (1992). Medical Geography: Global Perspectives. *Progress in Human Geography*, 16, p. 563-572.
- Jones, K. & Moon, G. (1993). Medical Geography: Taking Space Seriously. *Progress in Human Geography*, 17, p. 515-524.
- Jones, K., Gould, M. & Duncan, C. (2000). Death and Deprivation: An Exploratory Analysis of Deaths in the Health and Lifestyle Survey. *Soc. Sci. Med.*, 50, p. 1059-1079.
- Jordan, H., Roderick, P. & Martin, D. (2004). The Index of Multiple Deprivation 2000 and Accessibility Effects on Health. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 250-257.
- Joseph, A. E. & Phillips, D. R. (1984). *Accessibility and Utilization: Geographical Perspectives on Health Care Delivery*. Nova Iorque, Harper & Row.
- Joshi, H., Wiggins, R., Bartley, M., Mitchell, R., Gleave, S. & Lynch, K. (2000). Putting Health Inequalities on the Map: Does Where You Live Matter, and Why? In H. Graham (Ed.), *Understanding Health Inequalities*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, p. 143-155.
- Jougla, E., Millereau, E. & Touleuc, A. (1997). Disparités Départementales de la Mortalité Prématuroe en France (1992-1994). *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, p. VI-IX.
- Judge, K. (1995). Income Distribution and Life Expectancy: A Critical Appraisal. *B. M. J.*, 311, p. 1282-1287.
- Judge, K., Mulligan, J.A. & Benzeval, M. (1998). Income Inequality and Population Health. *Soc. Sci. Med.*, 46, p. 567-579.
- Juhn, Y., Sauver, J., Katusic, S., Vargas, D., Weaver, A. & Yunginger, J. (2005). The Influence of the Neighborhood Environment on the Incidence of Childhood Asthma: A Multilevel Approach. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 2453-2464.
- Kaplan, G. (1996). People and Places: Contrasting Perspectives on the Association between Social Class and Health. *International Journal of Health Services*, 26, p. 507-519.
- Kaplan, G., Pamuk, E., Lynch, J., Cohen, R. & Balfour, J. (1996). Inequality in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways. *B. M. J.*, 312, p. 1004-1007.
- Kawachi, I. & Berkman, L. (2000). Social Cohesion, Social Capital, and Health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, p. 174-190.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Gupta, V. & Prothrow-Stith, D. (1999a). Women's Status and the Health of Women and Men. A View from the States. *Soc. Sci. Med.*, 48, p. 21-32.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P. & Wilkinson, R. (1999b). Crime: Social Disorganization and Relative Deprivation. *Soc. Sci. Med.*, 48, p. 719-731.
- Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, K. & Prothrow-Stith, D. (1997). Social Capital, Income Inequality and Mortality. *American Journal of Public Health*, 87, p. 1491-1498.
- Kearns, R. A. (1991). The Place of Health in the Health of the Place: The Case of the Hokianga Special Medical Area. *Soc. Sci. Med.*, 33, p. 519-530.
- Kearns, R. A. (1995). Medical Geography: Making Space for Difference. *Progress in Human Geography*, 19, p. 249-257.

- Kearns, R. A. & Joseph, A. E. (1993). Space in Its Place: Developing the Link in Medical Geography. *Soc. Sci. Med.*, 37, p. 711-717.
- Kelleher, C., Friel, S., Gabhainn, S. & Tay, J. (2003). Socio-Demographic Predictors of Self-Rated Health in the Republic of Ireland: Findings from the National Survey on Lifestyle, Attitudes and Nutrition, SLAN. *Soc. Sci. Med.*, 57, p. 477-486.
- Kemp, P. (1989). The Housing Question. In D. Herbert & D. Smith (Eds.), *Social Problems and the City. New Perspectives*. Nova Iorque: Oxford University Press, p. 159-175.
- Kennedy, B., Kawachi, I., Glass, R. & Prothrow-Stith, D. (1998). Income Distribution, Socioeconomic Status, and Self Rated Health in the United States: Multilevel Analysis. *B. M. J.*, 317, p. 917-921.
- Kim, J. S., Bramlett, M. H., Wright, L. K. & Poon, L. W. (1998). Racial Differences in Health Status and Health Behaviors of Older Adults. *Nursing Research*, 47, p. 243-249.
- Kirby, J. (2001). Exposure, Resistance, and Recovery: A Three-Dimensional Framework for the Study of Mortality from Infectious Disease. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 1205-1215.
- Knox, P. L. (1975). *Social Well-Being: Spatial Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Knox, P. L. (1979). Medical Deprivation, Area Deprivation and Public Policy. *Soc. Sci. Med.*, 31, p. 101-114.
- Knox, P. L. (1982). *Urban Social Geography: An Introduction*. Londres: Longman.
- Koenig, H. G., George, L. K. & Peterson, B. L. (1998a). Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, p. 536-542.
- Koenig, H. G., George, L. K., Cohen, H. J., Hays, J. C., Blazer, D. G. & Larson, D. B. (1998b). The Relationship between Religious Activities and Blood Pressure in Older Adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28, p. 189-213.
- Koenig, H. G., Hays, J. C., Larson, D. B., George, L. K., Cohen, H. J., McCullough, M. E., Meador, K. G. & Blazer, D. G. (1999). Does Religious Attendance Prolong Survival? A Six-Year Follow-Up Study of 3,968 Older Adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 54, p. 370-376.
- Koskinen, S. & Martelin, T. (1994). Why Are Socioeconomic Mortality Differentials Smaller among Women than among Men?. *Soc. Sci. Med.*, 38, p. 1385-1396.
- Krieger, N. (1994). Epidemiology and the Web of Causation: Has Anyone Seen the Spider?. *Soc. Sci. Med.*, 39, p. 887-903.
- Kunst, A. E. (1997). *Cross-National Comparisons of Socio-economic Differences in Mortality*. Roterdão: Rotterdam Erasmus University, Department of Public Health.
- Kunst, A. E. & Mackenbach J. P. (1996). *La Mesure des Inégalités de Santé d'Origine Socio-Économique*. Copenhaga, OMS.
- Kunst, A. E., Bos, V. & Mackenbach, J. (2001). *Monitoring Socio-economic Inequalities in Health in the European Union: Guidelines and Illustrations. A Report for the Health Monitoring Program of the European Commission*. Roterdão: Rotterdam Erasmus University, Department of Public Health.
- Kunst, A. E., Bos, V., Andersen, A., Borgan, J.-K., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Hemstrom, O., Layte, R., Regidor, E., Reid, A., Santana, P., Valkonen, T. & Mackenbach, J. (2003). Monitoring of Trends in Socioeconomic Inequalities in Mortality: Experiences from a European Project. *Demographic Research* (no prelo).
- Kunst, A. E., Cavelaars, A. E., Groenhouf, F., Geurts, J. J. & Mackenbach, J. P. (1996). *Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Europe: A Comparative Study*. Vol. 1: Main Report. Roterdão: Rotterdam Erasmus University, Department of Public Health.
- Laaksonen, M., Roos, E., Rahkonen, O., Martikainen, P. & Lahelma, E. (2003). *The Influence of Material and Behavioural factors on Occupational Class Differences in Health*. Finlândia. Dezembro. Texto policopiado.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O. & Silventoinen, K. (1999). Gender Differences in Illhealth in Finland: Patterns, Magnitude and Change. *Soc. Sci. Med.*, 48, p. 7-19.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M. & Aittomaki, A. (2003). Pathways between Socioeconomic Determinants of Health. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p.327-332.
- Lahelma, E., Rahkonen, O. & Huuhka, M. (1997a). Changes in the Social Patterning of Health? The Case of Finland 1986-1994. *Soc. Sci. Med.*, 44, p. 789-799.
- Lantz, P., Lynch, J., House, J., Lepkowski, J., Mero, R., Musick, M. & Williams, D. (2001). Socioeconomic Disparities in Health Change in a Longitudinal Study of US Adults: The Role of Health-Risk Behaviors. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 29-40.
- Lattin, J., Douglas, J. & Green, P. (2003). *Analyzing Multivariate Data*. Toronto: Thomson. Brooks Cole.
- Law, M., Wilson, K., Eyles, J., Elliott, S., Jerrett, M., Moffat, T. & Luginaah, I. (2005). Meeting Health Need, Accessing Health Care: The Role of Neighbourhood. *Health & Place*, 11, p. 367-377.

- Lawor, D., Ness, A., Davis, A., Insall, P. & Riddoch, C. (2003). The Challenges of Evaluating Environmental Interventions to Increase Population Levels of Physical Activity: The Case of the UK National Cycle Network. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 96-101.
- Lawson, B. (2001). *The Language of Space*. Oxford: Architectural Press.
- Learmonth, A. T. A. (1978). *Patterns of Disease and Hunger: A Study in Medical Geography*. Londres: David and Charles.
- Learmonth, A. T. A. (1988). *Disease Ecology*. Oxford: Basil Blackwell.
- Leeuw, E. & Goumans, M. (1992, Junho). *Making Healthy Public Policy Means the Mobilization of (Human) Resources*. Conferência apresentada na "Presentation Copenhagen Healthy Cities Conference". Texto policopiado.
- Leyland, A. & Groenewegen, P. (2003). Multilevel Modelling and Public Health Policy. *Scand J Public Health*, 31, p. 267-274.
- Leyland, A. H. (2004). Increasing Inequalities in Premature Mortality in Great Britain. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p.296-302.
- Leyland, A., Langford, I., Rasbash, J. & Goldstein, H. (2000). Multivariate Spatial Models for Event Data. *Statistics in Medicine*, 19, p. 2469-2478.
- Liberatos, P., Link, B. G. & Kelsey, J. (1988). The Measurement of Social Class in Epidemiology. *Epidemiol. Rev.*, 10, p. 87-121.
- Lindstrom, M. (2005). Ethnic Differences in Social Participation and Social Capital in Malmo, Sweden: A Population-Based Study. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 1527-1546.
- Lipfert, F. (2004). Air Pollution and Poverty: Does the Sword Cut Both Ways?. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 2-3.
- Lochner, K., Kawachi, I. & Kennedy, B. (1999). Social Capital: A Guide to Its Measurement. *Health & Place*, 5, p. 259-270.
- Lochner, K., Kawachi, I., Brennan, R. & Buka, S. (2003). Social Capital and Neighborhood Mortality Rates in Chicago. *Soc. Sci. Med.*, 56, p. 1797-1805.
- Long, J. S. (1997). *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Longley, P. & Tobón, C. (2003, Agosto). Spatial Dependence and Heterogeneity in Patterns of Urban Deprivation. Conferência apresentada na "ERSA Congress", Jyväskylä, Finlândia.
- Lopez, R. (2004). Income Inequality and Self-Rated Health in US Metropolitan Area: A Multi-Level Analysis. *Soc. Sci. Med.*, 59, p. 2409-2419.
- Loslier, L. (1997). Contrôle, Ambiocontrôle et Santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, p. XXXI-XXXII.
- Lourenço, L. & Lemos, L. (2001). Considerações Acerca da Movimentação em Massa Ocorrida na Vertente Poente da Av^a. Elísio de Moura, em Coimbra. *Territorium*, 8, p. 93-108.
- Low, N., Gleeson, B., Green, R. & Radovic, D. (2005). *The Green City. Sustainable Homes, Sustainable Suburbs*. Londres, Routledge.
- Lubben, J. & Gironde, M. (2004). Measuring Social Networks and Assessing Their Benefits. In C. Phillipson, G. Allan & D. Morgan (Eds.), *Social Networks and Social Exclusion: Sociological and Policy Perspectives*. Gower: Ashgate, p. 20-34.
- Lynch, J. (2000). Income Inequality and Health: Expanding the Debate. *Soc. Sci. Med.*, 51, p. 1001-1005.
- Lynch, J., Due, P., Muntaner, C. & Davey Smith, G. (2000b). Social Capital -Is It a Good Investment Strategy for Public Health? *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 54, p. 404-408.
- Lynch, J., Smith, G., Kaplan, G. & House, J. (2000a). Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions. *B. M. J.*, 320, p. 1200-1204.
- Macintyre, S. (1992). The Effects of Family Position and Status on Health. *Soc. Sci. Med.*, 35, p. 453-464.
- Macintyre, S. (1993). Gender Differences in the Perception of Common Cold Symptoms. *Soc. Sci. Med.*, 36, p. 15-20.
- Macintyre, S. (1997). The Black Report and Beyond. What Are the Issues?. *Soc. Sci. Med.*, 44, p. 723-745.
- Macintyre, S. (1998). Area Inequalities in Health. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, 1, p. 6-7.
- Macintyre, S. (1999a). Reducing Health Inequalities: An Action Report. *Critical Public Health*, 4, p. 347- 350.
- Macintyre, S. (1999b). Geographical Inequalities in Mortality, Morbidity and Health-Related Behaviour in England. In D. Gordon, M. Shaw, D. Dorling & Davey Smith, G. (Eds.), *Inequalities in Health*. Bristol: The Policy Press.

- Macintyre, S. & Ellaway, A. (1998). Social and Local Variations in the Use of Urban Neighbourhoods: A Case Study in Glasgow. *Health & Place*, 4, 91-94.
- Macintyre, S. & Ellaway, A. (2000a). Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment. In: L. F. BERKMAN & I. KAWACHI (Eds.), *Social Epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, p. 332-348.
- Macintyre, S. & Ellaway, A. (2000b). Neighbourhood Cohesion and Health in Socially Contrasting Neighbourhoods: Implications for the Social Exclusion and Public Health Agendas. *Health Bulletin*, 60, p. 450-456.
- Macintyre, S. & Hart, G. (2000). Tackling Health Inequalities in Scotland: A Policy Relevant Research Agenda. In F.H. Stephen & N. Mckeganey (Eds.), *Perspectives on Policy*. Glasgow: p. 1-19. Texto policopiado.
- Macintyre, S. & Mutrie, N. (2004). Socio-Economic Differences in Cardiovascular Disease and Physical Activity: Stereotypes and Reality. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124, p. 66-69.
- Macintyre, S. & Pritchard, C. (1989). Comparisons between Self-Assessed and Observed-Assessed Presence and Severity of Colds. *Soc. Sci. Med.*, 29, p. 1243-1248.
- Macintyre, S., Hunt, K. & Sweeting, H. (1996). Gender Differences in Health: Are Things Really as Simple as They Seem?. *Soc. Sci. Med.*, 42, p. 617-624.
- Macintyre, S., Ellaway, A. & Cummins, S. (2002). Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, Operationalise and Measure Them?. *Soc. Sci. Med.*, 55, p. 125-139.
- Macintyre, S., Ford, G. & Hunt, K. (1999a). Do Women 'Over-Report' Morbidity? Men's and Women's Responses to Structured Prompting on a Standard Question on Long Standing Illness. *Soc. Sci. Med.*, 48, p. 89-98.
- Macintyre, S., Hiscock, R., Ellaway, A. & Kearns, A. (1999b). The Fallacy of the Equivalence of a Range of Household and Area Based Indicators of Material Resources in the Geography of Health Inequalities. In P. Boyle, S. Curtis, T. Gatrell & E. Moore (Eds.), *The Geography of Health Inequalities in the Developed World*, texto policopiado.
- Macintyre, S., Hiscock, R., Kearns, A. & Ellaway, A. (1997). Housing Tenure and Health Inequalities: A Three-Dimensional Perspective on People, Homes and Neighbourhoods. *Journal of Health Psychology*, p. 128-142
- Macintyre, S., Maciver, S. & Sooman, A. (1993). Area, Class and Health: Should We Focusing on Places or People?. *Jnl Soc. Pol.*, 22, p. 213-234.
- Macintyre, S., McKay, L. & Ellaway, A. (2005). Are Rich People or Poor People More Likely To Be Ill? Lay Perceptions, by Social Class and Neighbourhood, of Inequalities in Health. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 313-317.
- Mackenbach, J. P., Cavelaars, A. E. & Kunst, A. E. (1997). Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe. *Lancet*, 350, p. 517.
- Mackenbach, J., Bouvier-Colle, M. & Jougl, E. (1990). 'Avoidable' Mortality and Health Services: A Review of Aggregate Data Studies. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 44, p. 100-111.
- Macleod, M., Graham, E., Johnston, M., Dibben, C. & Morgan, I. (1999). How Does Relative Deprivation Affect Health?. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, 3, p. 12-13.
- Madureira, N. (2003). Getting Started: The Experience of Seixal, Portugal. In H. Barton, C. Mitcham & C. Tsourou (Eds.), *Healthy Urban Planning in Practice: Experience of the European Cities. Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning*. Copenhaga: OMS, p. 11-14.
- Malmstrom, M., Johansson, S. & Sundquist, J. (2001). A Hierarchical Analysis of Long-Term Illness and Mortality in Socially Deprived Areas. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 265-275.
- Manderbacka, K. (1988). Examining What Self-Rated Health Question Is Understood to Mean by Respondents. *Scand. J. Soc. Med.*, 26, p. 145-153.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. (2001). Psychological and Material Pathways in the Relation between Income and Health: A Response to Lynch et al. *B.M.J.*, 322, p. 1233-1236.
- Marmot, M. (2000). Multilevel Approaches to Understanding Social Determinants. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, p. 349-367.
- Marmot, M. (2004). Tackling Health Inequalities since the Acheson Inquiry. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 262-263.
- Marmot, M., Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. & Feeney, A. (1991). Health Inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II Study. *Lancet*, 337, p. 1387-1393.
- Marmot, M. & McDowall, M. E. (1986). Mortality Decline and Widening Social Inequalities. *Lancet*, 2, p. 274-276.
- Marmot, M., Shipley, M. J. & Rose, G. (1984). Inequalities in Death: Specific Explanations of a General Pattern, *Lancet*, 1, p. 1003-1006.

- Marmot, M., Ryff, C., Bumpass, L., Shipley, M. & Marks, N. (1997). Social Inequalities in Health: Next Questions and Converging Evidence. *Soc. Sci. Med.*, 44, p. 901-910.
- Martins, M., Fatigati, F., Véspoli, T., Martins, L., Pereira, L., Martins, M. A., Saldiva, P. & Braga, A. (2004). Influence of Socioeconomic Conditions on Air Pollution Adverse Health Effects in Elderly People: An Analysis of Six Regions in São Paulo, Brazil. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 41-46.
- Maslow, A. (1968). *Toward a Psychology of Being*. Nova Iorque: Van Nostrand.
- Mathews, S., Stansfeld, S. & Power, C. (1999). Social Support at Age 33: The Influence of Gender, Employment Status and Social Class. *Soc. Sci. Med.*, 49, p. 133-142.
- May, J. M. (1958). *The Ecology of Human Disease*. Nova Iorque: M. D. Publications.
- May, J. M. (1961). *Studies in Disease Ecology*. Nova Iorque: M. D. Publications.
- Mayer, J. D. (1982). Relations between Two Traditions of Medical Geography: Health Systems Planning and Geographical Epidemiology. *Progress in Human Geography*, 6, p. 216-230.
- Mayer, J. D. (1996). The Political Ecology of Disease as One New Focus for Medical Geography. *Progress in Human Geography*, 20, p. 441-456.
- Mayer, S. & Sarin, A. (2005). Some Mechanisms Linking Economic Inequality and Infant Mortality. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 439-455.
- Mc Lean, A. & De Coster, C. (2001). *Health and Health Care in Winnipeg*. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation.
- Mcdade, T. & Adair, L. (2001). Defining the 'Urban' in Urbanization and Health: A Factor Analysis Approach. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 55-70.
- Mckenzie, K. (1999). Something Borrowed from the Blues?: We Can Use Lawrence Inquiry Findings to Help Erradicate Racial Discrimination in the NHS. *B.M.J.*, 318, p. 616-617.
- Mclaren, L., Perry, R., Carruthers, L. & Hawe, P. (2005). Introducing a Means of Quantifying Community Reputation: The Print Media As a Data Source. *Health & Place*, 11, p. 187-194.
- Mcleod, K. (2000). Our Sense of Snow: The Myth of John Snow in Medical Geography. *Soc. Sci. Med.*, 50, p. 923-935.
- Mcleone, P. (2004). *Carstairs Scores for Scottish Postcode Sectors from the 2001 Census*. MRC Social & Public Health Sciences Unit, University of Glasgow, Glasgow, texto policopiado.
- Mcloone, P. & Boddy, F. A. (1994). Deprivation and Mortality in Scotland, 1981 and 1991. *B.M.J.*, 309, p. 1465-1470.
- Meade, M., Florin, J. & Gesler, W. (1988). *Medical Geography*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Melchior, M., Berkman, L., Niedhammer, I., Chea, M. & Goldberg, M. (2003). Social Relations and Self-Reported Health: A Prospective Analysis of the French Gazel Cohort. *Soc. Sci. Med.*, 56, p. 1817-1830.
- Meslé, F. (1996). Mortality in Eastern and Western Europe: A Widening Gap. In D. Coleman (Ed.), *Europe's Population in the 1990s*. Oxford: Oxford University Press, p.127-143.
- Micelli, E. (2001). Nouveaux Acteurs dans L'Aménagement des Villes Italiennes: Le Cas de L'Agence pour le Développement du Nord de Milan. *Espaces et Sociétés*, 105/106, p. 167-178.
- Miles, A. (1991). *Women, Health and Illness*. Milton Keynes, Open University Press.
- Ministério Da Saúde/Direcção Geral Da Saúde (1997). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: DGS.
- Mizhari, A. & Mizhari, A. (1985). Indicateurs de Morbidité et Facteurs Socio-Démographiques. *CREDES*, 657, Paris.
- Mizrahi & Mizrahi (1997). Disparités Sociales de Morbidité en France. *CREDES*, 1177, Paris.
- Mohan, J. F. (1983). Location-Allocation Models, Social Science and Health Service Planning: An Example from Northeast England. *Soc. Sci. Med.*, 17, p. 493-499.
- Mohan, J. F. (1989). Medical Geography: Competing Diagnoses and Prescriptions. *Antipode*, 21, 166-177.
- Monden, C, Van Lenthe, F, De Graaf, N. & Kraaykamp, G. (2003). Partner's and Own Education: Does Who You Live With Matter for Self-Assessed Health, Smoking and Excessive Alcohol Consumption?. *Soc. Sci. Med.*, 57, p. 1901-1912.
- Monteiro, A. (1993). *O Clima Urbano do Porto. Contribuição para a Definição de Estratégias de Planeamento e Ordenamento do Território*. Porto: Universidade do Porto. Dissertação de Doutoramento.
- Monteiro, A. & Velhas, E. (1995). Estados do Tempo e Suicídio. Coincidência ou Consequência?. *VI Colóquio Ibérico de Geografia - Actas*, Porto.
- Monteiro, J. G., Goulão, J. M. & Goulão, M. H. (1972). A Incidência do Cancro do Estômago em Portugal. *Coimbra Médica*, XIX (Separata).

- Monteiro, J. L. (2000). Caracterização dos Espaços Urbanos na RLVT: O Contributo da Análise Discriminante. *Revista de Estudos Regionais. Região de Lisboa e Vale do Tejo*, 2º semestre, nº1, p. 21-46.
- Monteiro, M. (1999). Meios de Comunicação Social e Construção da Realidade Social. *Psicologia*, XII (2), p. 321-339.
- Moon, G., Gould, M. & Jones, K. (1998). Seven Up. Refreshing Medical Geography: An Introduction to Selected Papers from the Seventh International Symposium in Medical Geography, Portsmouth, U. K.. *Soc. Sci. Med.*, 46, p. 627-629.
- Morril, R. (1974). Efficiency and Equity of Optimum Location Models. *Antipode*, 6, p. 41-45.
- Morris, S., Sutton, M. & Gravelle, H. (2005). Inequity and Inequality in the Use of Health Care in England: An Empirical Investigation. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 1251-1266.
- Morrison, D., Petticrew, M. & Thomson, H. (2003). What Are the Most Effective Ways of Improving Population Health through Transport Interventions? Evidence from Systematic Reviews. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 327-333.
- Mumford, L. (1938). *The Culture of Cities*. Nova Iorque: Harcourt, Brace & Co.
- Nathanson, C. A. (1977). Sex, Illness and Medical Care: A Review of Data, Theory and Method. *Soc. Sci. Med.*, 11, p. 13-25.
- Navarro, V. (1976). *Medicine under Capitalism*. Londres, Croom Helm.
- Navarro, V. (1990). Race or Class versus Race and Class: Mortality Differentials in the United States. *Lancet*, 336, p. 1238-1240.
- Nazareth, J. M. (1996). *Introdução à Demografia. Teoria e Prática*. Lisboa: Editorial Presença.
- Nazaroo, J. (1998). Ethnicity. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, 1, p. 10-11.
- Nel,Lo, O. (2002). Dinâmicas Urbanas, Actividades Emergentes. *Cidades. Comunidades e Territórios*, 5, p. 29-41.
- Niggebrugge, A., Haynes, R., Jones, A., Lovett, A. & Harvey, I. (2005). The Index of Multiple Deprivation 2000 Access Domain: A Useful Indicator for Public Health?. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 2743-2753.
- Nogueira, H. (2001). *Mortalidade e Morbilidade Hospitalar por Tumor Maligno em Portugal Continental. Contributo da Geografia da Saúde*. Universidade de Coimbra, Coimbra Dissertação de Mestrado, policopiado).
- Nogueira, H. & Santana, P. (1999). A Geografia da Mortalidade em Portugal Continental. *Cadernos de Geografia*, 18, p. 65-96.
- Nogueira, H. & Santana, P. (2003). Geografia do Risco de Morrer em Portugal. Mortalidade e Morbilidade Hospitalar por Tumor Maligno. *Cadernos de Geografia*, número especial, p. 37-50.
- Nogueira, H. & Santana, P. (2004). Health and Deprivation: The New Geography of an Urban Area. In: *Pre-Conference Meeting 30th IGC UK 2004 Emerging Issues in Medical Geography*. IGU Commission on Health and the Environment, livro de resumos, p. 15-16.
- Nogueira, H. & Santana, P. (2005). Geographies of Health and Deprivation: Relationship between Them. In C. Palagiano & G. De Santis (Eds.), *Geografia dell'Alimentazione*, Atti dell' VIII Seminario Internazionale di Geografia Medica. Perugia: Edizioni Rux, p. 539-546.
- Nogueira, H., Santana, P. & Santos, R. (2005, Dezembro). Saúde Urbana. A Importância do Contexto na Auto-Avaliação da Saúde em Portugal. Comunicação apresentada no *II Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, I Encontro Luso-brasileiro da Saúde*, Rio de Janeiro, Brasil.
- Noin, D. (1983). *La Transition Démographique*. Paris : PUF.
- Noin, D. & Chauviré, Y. (1996). *La Population de la France*. Paris : A. Colin, Masson.
- Norman, P., Boyle, P. & Rees, P. (2005). Selective Migration, Health and Deprivation: A Longitudinal Analysis. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 2755-2771.
- Nossa, P. (1995). *Abordagem Geográfica da Relação Saúde/Doença. O Caso da Sida*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.
- Oliveira, C. & Rodrigues, D. (2001). Mobilidade e Território na Região de Lisboa e Vale do Tejo: Pistas para uma Análise Integrada. *Revista de Estudos Regionais. Região de Lisboa e Vale do Tejo*, 2º semestre, 3, p. 43-65.
- Oman, A. R. (1971). The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, p. 509-538.
- Oppong, J. (1999, Julho). *Data problems in GIS and Health*. Conferência apresentada no "Setting an Agenda for Research on Health and the Environment". IV Workshop Health Research Methods and Data, (H&E Project) ICSU and UNEP, Finlândia.

- Organização Mundial De Saúde (1992). *Our Planet, Our Health: Report of the WHO Commission on Health and Environment*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial De Saúde (1997a). *Healthy Cities Project, Phase III: 1998-2002. The Requirements and the Designation Process for WHO Project Cities*. (<http://www.who.dk/document/hcp/ehcphas3.pdf>). Copenhaga: OMS. (Acedido a 14 de Julho de 2000).
- Organização Mundial De Saúde (1997b). *Sustainable Development and Health: Concepts, Principles and Framework for Action for European Cities and Towns*. Copenhaga: OMS.
- Organização Mundial De Saúde (1999a). *The Health for all Policy Framework for the WHO European Region*. (<http://www.who.dk/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>). Copenhaga: OMS. (Acedido a 14 de Julho de 2000).
- Organização Mundial De Saúde (1999b). *The World Health Report 1999. Making a Difference*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial De Saúde (2000). *Agenda 21*. (<http://www.un.org/esa/sustdev/agenda21text.htm>). Nova Iorque: OMS. (Acedido a 25 de Maio de 2003).
- Organização Mundial De Saúde (2001). Urban Voice. *WHO European Healthy Cities Newsletter*, 3-4. Copenhaga: OMS.
- Organização Mundial De Saúde (2002). *The European Health Report 2002*. Copenhaga: OMS.
- Organização Mundial De Saúde (2003). *World Health Report, 2003. Shaping the Future*. (http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf). Nova Iorque: OMS. (Acedido a 04 de Março de 2004).
- Organização Mundial De Saúde (2004). *The Next Steps in Health*. (<http://www.healthycity.stoke.gov.uk>). Stoke-on-Trent: OMS. (Acedido a 16 de Setembro de 2006).
- Pacione, M. (1986). *Medical Geography*. Londres: Croom Helm.
- Painter, T. (2001). Voluntary Counselling and Testing for Couples: A High-Leverage Intervention for HIV/AIDS Prevention in Sub-Saharan Africa. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 1397-1411.
- Pampalon, R., Duncan, C., Subramanian, S. & Jones, K. (1999). Geographies of Health in Québec: A Multilevel Perspective. *Soc. Sci. Med.*, 48, p. 1483-1490.
- Pappas, G., Queen, S., Hadden, W. & Fisher, G. (1993). The Increase Disparity in Mortality between Socioeconomic Groups in the United States, 1960 and 1986. *N. Engl. J. Med.*, 329, p. 103-109.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2001). Religious Struggle as a Predictor of Mortality among Medically Ill Elderly Patients: A Two-Year Longitudinal Study. *Archives of Internal Medicine*, 161, p. 1881-1885.
- Parks, S., Housemann, R. & Brownson, R. (2003). Differential Correlates of Physical Activity in Urban and Rural Adults of Various Socioeconomic Backgrounds in the United States. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 29-35.
- Parry, O. & Platt, S. (2000). Smokers at Risk: Implications of an Institutionally Bordered Risk-Reduced Environment. *Health & Place*, 6, p. 117-123.
- Partidário, M. R. (1999). *Introdução ao Ordenamento do Território*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pereira, A., Silva, D., Baptista, I. & Perista, P. (2001). Habitat e Minorias. Processos de (Des)integração de Grupos Étnicos em Lisboa e no Porto. *Cidades. Comunidades e Territórios*, 3, p. 93-109.
- Pereira, J. (1989). *Saúde e Ambiente Sócio-económico em Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Pereira, J. (1995). Inequity in Infant Mortality in Portugal, 1971-1991. Documento de trabalho da APES (4/95).
- Perista, P. (2004). Imigrantes de Leste na Área Metropolitana de Lisboa. *Cidades. Comunidades e Territórios*, 9, p. 71-82.
- Phillimore, P. & Morris, D. (1991). Discrepant Legacies: Premature Mortality in Two Industrial Towns. *Soc. Sci. Med.*, 33, p. 139-152.
- Phillimore, P., Beattie, A. & Townsend, P. (1994). Widening Inequality of Health in Northern England, 1981-1991. *B. M. J.*, 308, p. 1125-1128.
- Phillips, D. R. (1979). Public Attitudes to General Practitioner Services: A Reflection of an Inverse Care Law in Intraurban Primary Medical Care? *Environment and Planning*, 11, p. 169-182.
- Phillips, D. R. (1981). *Contemporary Issues in the Geography of Health Care*. Norwich, Geo Books.
- Phillips, D. R. (1986). The Demand for and Utilization of Health Services. In M. Pacione (Ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*. Sidney: Croom Helm, p. 200-247.
- Phillips, D. R. (1990). *Health and Health Care in the Third World*. Londres: Longman.
- Phillips, D. R. (1991). Problems and Potential of Researching Epidemiological Transition: Examples from South-east Asia. *Soc. Sci. Med.*, 33, p. 395-404.

- Phillips, D. R. (1993). Urbanization and Human Health. *Parasitology*, 106, p. 93-107.
- Phillips, D. R. & Verhasselt, Y. (1994a). Introduction: Health and Development. In D.R. Phillips & Y. Verhasselt (Eds.), *Health and Development*. Londres: Routledge, p. 3-32.
- Phillips, D. R. & Verhasselt, Y. (1994b). Health and Development: Retrospect and Prospect. In D. R. Phillips & Y. Verhasselt (Eds.), *Health and Development*. Londres: Routledge, p. 301-318.
- Phillipson, C., Allan, G. & Morgan, D. (2004). Introduction. In C. Phillipson, G. Allan & D. Morgan (Eds.), *Social Networks and Social Exclusion: Sociological and Policy Perspectives*. Gower : Ashgate, p. 1-6.
- Picheral, H. (1997). La Valeur Stratégique de l'Espace dans les Politiques Sanitaires. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, p. XXXV-XXXVI.
- Piko, B. & Fitzpatrick, K. (2001). Does Class Matter? SES and Psychosocial Health among Hungarian Adolescents. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 817-830.
- Pitts, A. (2004). *Planning and Design Strategies for Sustainability and Profit*. Oxford: Architectural Press.
- PNUD (2003). *Violencia y Delincuencia en Contextos Urbanos. La Experiencia de Bogotá en la Reducción de la Criminalidad 1994-2002*. Bogotá: PNUD.
- Pollack, C. & Knesebeck, O. (2004). Social Capital and Health among the Aged: Comparisons between the United States and Germany. *Health & Place*, 10, p. 383-391.
- Popay, J., Bartley, M. & Owen, C. (1993). Gender Inequalities in Health: Social Position, Affective Disorders and Minor Physical Morbidity. *Soc. Sci. Med.*, 36, p. 21-32.
- Portas, N., Domingues, A. & Cabral, J. (2003). *Políticas Urbanas. Tendências, Estratégias e Oportunidades*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Power, C. (1994). Health and Social Inequality in Europe. *B. M. J.*, 308, p. 1153-1156.
- Power, C. (1998). Life Course Influences. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, 1, p. 14-15.
- Powles, J. (1992). Changes in Disease Patterns and Related Social Trends. *Soc. Sci. Med.*, 35, p. 377-387.
- Pringle, D., Cook, S., Poole, M. & Moore, A. (2000). *Cross-Border Deprivation Analysis. A Summary Guide*. Dublin: Oak Tree Press.
- Putman, R. (1993) *-Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Nova Jersey: Princeton University Press.
- Pyle, G. F. (1979). *Applied Medical Geography*. Nova Iorque: Wiley.
- Raphael, D., Renwick, R., Brown, I., Steinmetz, B., Sehdev, H. & Phillips, S. (2001). Making the Links between Community Structure and Individual Well-Being: Community Quality of Life in Riverdale, Toronto, Canada. *Health & Place*, 7, p. 179-196.
- Rebelo, F. (2001). *Riscos Naturais e Acção Antrópica*. Coimbra: Imprensa Universitária.
- Rebelo, F. & Ganho, N. (1998). As Inundações de Outono de 1997 no Sul de Portugal. *Territorium*, 5, p. 25-30.
- Remoaldo, P. (1998). *A Morbilidade e a Mortalidade Infantil em Territórios. Amostra do Distrito de Braga – Desigualdades Territoriais e Sociais*. Braga: Universidade do Minho. Dissertação de Doutoramento.
- Richman, J. (2003). Holding Public Health Up for Inspection. In J. Costello & M. Haggart (Eds.), *Public Health and Society*. Nova Iorque: Palgrave Macmillan, p. 3-22.
- Ricketts, T., Randolph, R., Howard, H., Pathman, D. & Carey, T. (2001). Hospitalization Rates as Indicators of Access to Primary Care. *Health & Place*, 7, 27-38.
- Rio Fernandes, J. (2006). Sustainable urbanism: reducing, recycling and reusing in a larger and more complex urban space. In R. González (Ed.), *Urban Changes in Different Scales: Systems and Structures*. Santiago de Compostela: Publicacións Cursos e Congressos da Universidade de Santiago de Compostela, 169, p. 251-264.
- Ritsatakis, A. (2003). Addressing Equity, Poverty and the Social Determinants of Health. In A. D. Tsouros & J. L. Farrington (Eds.), *WHO Healthy Cities in Europe: A Compilation of Papers on Progress and Achievements*. Copenhagen: OMS, p. 134-148.
- Roberts, E. (1997). Neighborhood Social Environments and the Distribution of Low Birthweight in Chicago. *American Journal of Public Health*, 87, p. 597-603.
- Robine, J.-M., Mormiche, P. & Sermet, C. (1998). Comment Mesurer les Conséquences de l'Augmentation des Durées de Vie sur l'État de Santé des Populations? In *Morbidité, Mortalité: Problèmes de Mesure, Facteurs d'Evolution, Essai de Prospective*. Paris: PUF, p. 64-77.
- Rodrigues, V. (1993). *Epidemiologia Geográfica de Cancro. Aplicação de Estimativa Bayesiana Empírica à Análise da Distribuição Geográfica da Mortalidade por Tumores Malignos em Portugal*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Dissertação de Doutoramento.

- Rodríguez, A., Moulaert, F. & Swyngedouw, E. (2001). Nuevas Políticas Urbanas para la Revitalización de las Ciudades en Europa. *Ciudad e Territorio, Estudios Territoriales*, 129, p. 409-424.
- Rodríguez, M. C., Acosta, C. R., Martín, C. G., Herrera, L. M., Pérez, M. & Vera, M. (2002). Ciudad Oscura, Ciudad Luminosa. Santa Cruz de Tenerife (1980-2000). *Investigaciones Geográficas*, 28, p. 33-51.
- Ronzio, C. R., Pamuk, E. & Squires, G. D. (2004). The Politics of Preventable Deaths: Local Spending, Income Inequality, and Premature Mortality in US Cities. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 175-179.
- Roos, L., Magoon, J., Gupta, S., Chateau, D. & Veugelers, P. (2004). Socioeconomic Determinants of Mortality in Two Canadian Provinces: Multilevel Modelling and Neighborhood Context. *Soc. Sci. Med.*, 59, p. 1435-1447.
- Rose, R. (2000). How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians. *Soc. Sci. Med.*, 51, p. 1421-1435.
- Rosenberg, M. W. (1988). Linking the Geographical, the Medical and the Political in Analysing Health Care Delivery Systems. *Soc. Sci. Med.*, 26, p. 179-186.
- Ross, C. (2000). Walking, Exercising and Smoking: Does Neighbourhood Matter?. *Soc. Sci. Med.*, 51, p. 265-274.
- Ross, J. (2001). Inundações e Deslizamentos em São Paulo. Riscos da Relação Inadequada Sociedade-Natureza. *Territorium*, 8, p. 15-24.
- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J. & Chaudhary, B. (1984). Psychosocial Influences on Mortality after Myocardial Infarction. *N. Eng. J. Med.*, 34, p. 552-559.
- Sachs, L. & Krantz, I. (1998). Interdisciplinary Health Research. A Symposium. *Soc. Sci. Med.*, 44, p. 1209-1210.
- Safran, D., Kosinski, M., Tarlov, A., Rogers, W., Taira, D., Lieberman, N. & Ware, J. (1998). The Primary Care Assessment Survey. Tests of Data Quality and Measurement Performance. *Medical Care*, 36, p. 728-739.
- Sailly, J.-C. (1997). Allocation Régionale des Ressources et Réduction des Inégalités en Santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, p. XXXIII-XXXIV.
- Salmaan, K., Weiser, S. & Kleinman, A. (2001). Medicine Betrayed: Hemophilia Patients and HIV in the US. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 1081-1094.
- Samet, J. & White, R. (2004). Urban Air Pollution, Health, and Equity. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 3-5.
- Sanders, L. (1989). *L'Analyse des Données Appliquée à la Géographie*. Montpellier: G.I.P. Reclus.
- Santana, P. (1993). *Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Saúde. Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Dissertação de Doutoramento.
- Santana, P. (1999a). Geografia das Desigualdades em Saúde e no Estado de Saúde. In ASPES (Ed.), *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Santana, P. (1999b). Os Sistemas de Informação Geográfica e a Investigação em Saúde. *Cadernos de Geografia*, 18, p. 53-64.
- Santana, P. (2001). Pobreza e Exclusão Social. *Cadernos de Geografia*, nº especial, Actas do Terceiro Colóquio de Geografia de Coimbra, p. 173-195.
- Santana, P. (2002a). Poverty, Social Exclusion and Health in Portugal. *Soc. Sci. Med.*, 55, p. 33-45.
- Santana, P. (2002b). A Mortalidade 'Evitável' em Portugal Continental, 1989 a 1993. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, p. 107-145.
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina.
- Santana, P. & Campos, A. C. (1997). Situação do Sector da Saúde em Portugal. (Evolução entre 1985 e 1994) , *Cadernos de Geografia*, 16, p. 39-53.
- Santana, P. & Martins, J. (2001). O Estado de Saúde da População da Região Centro. Resultados de um Modelo Multiatributivo. *Cadernos de Geografia*, número especial, p. 11-27.
- Santana, P. & Nogueira, H. (2001). A Esperança de Vida em Portugal. *Cadernos de Geografia*, 20, p. 3-13.
- Santana, P. & Nogueira, H. (2003). Inequalities in 'Avoidable' Mortality in Portugal. In *Poverty, Food & Health in Welfare. Current Issues, Future Perspectives*. Lisboa: IMP/FML, p. 27.
- Santana, P. & Nogueira, H. (2004). The Geography of HIV/AIDS in Portugal. *Fenia*, 182, p. 95-108.
- Santana, P. & Nogueira, H. (2005). AIDS/HIV Mortality in Portugal in the 90s. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23, 1, p. 57-68.
- Santana, P., Nogueira, H. & Ribeiro, O. (2001). A Geografia do SIDA em Portugal. *Cadernos de Geografia*, 20, p. 15-28.
- Santana, P., Nogueira, H. & Santos, R. (2005). Urbanisation and Health in Portugal. Conferência apresentada na "International Congress on Environmental Planning and Management. Environmental Challenges of Urbanization", Brasília, Proceedings, ISBN: 85-905036-2-3.

- Santana, P., Santos, R., Costa, C., Fernandes, M. & Nogueira, H. (2006). *Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde* (<http://www.acs.min-saude.pt/acs/resources/metaspns/main.html>). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde.
- Santos Lucas, J. (1987). Inequidade Social Perante a Doença e a Morte em Portugal. In A. Correia Campos & J. Pereira (Coord.) *Sociedade, Saúde e Economia*, Actas das V Jornadas de Economia da Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, p. 283-294.
- Santos, J. (2002). Movimentos de Vertente na Área de Peso da Régua: Análise e Avaliação Multicritério para o Zonamento de *Hazards* em Ambiente SIG. *Territorium*, 9, p. 53-74.
- Santos, R. (1999) -*Cronbach's Alpha: A Tool for Assessing the Reliability of Scales* (<http://www.joe.org/joe/1999april/tt3.html>). Texas: Texas University. (Acedido a 14 de Dezembro de 2003).
- Sayer, G. P. & Britt, H. (1996). Sex Differences in Morbidity: A Case of Discrimination in General Practice. *Soc. Sci. Med.*, 42, p. 257-264.
- Scarpaci, J. L. (1988). Help-Seeking Behavior, Use, and Satisfaction among Frequent Primary Care Users in Santiago de Chile. *Journal of Health and Social Behaviour*, 29, p. 199-213.
- Scarpaci, J. L. (1993). On the Validity of Language: Speaking, Knowing and Understanding in Medical Geography. *Soc. Sci. Med.*, 37, p. 719-724.
- Schwartz, J. (1999). Air Pollution and Hospital Admissions for Heart Disease in Eight US Counties. *Epidemiology*, 1, p. 17-22.
- Segovia, J., Bartlett, R. F. & Edwards, A. C. (1989). An Empirical Analysis of the Dimensions of Health Status Measures. *Soc. Sci. Med.*, 29, p. 761-781.
- Shannon, G. W. & Dever, G. E. A. (1974). *Health Care Delivery: Spacial Perspectives*. Nova Iorque: McGraw Hill.
- Shaw, M., Tunstall, H. & Dorling, D. (2005). Increasing Inequalities in Risk of Murder in Britain: Trends in the Demographic and Spatial Distribution of Murder, 1981-2000. *Health & Place*, 11, p. 45-54.
- Shengelia, B., Tandon, A., Adams, O. & Murray, C. (2005). Access, Utilization, Quality, and Effective Coverage: An Integrated Conceptual Framework and Measurement Strategy. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 97-109.
- Shivonen, A.-P., Kunst, A., Valkonen, T., Lahelma, E. & Mackenbach, J. (1998). Socioeconomic Inequalities in Health Expectancy in Finland and Norway in the Late 1980s. *Soc. Sci. Med.*, 47, p. 303-315.
- Shouls, S., Congdon, P. & Curtis, S. (1996). Modelling Inequality in Reported Long Term Illness in the UK: Combining Individual and Area Characteristics. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 50, p. 366-376.
- Siegel, F. & Hymowitz, K. (2001). Por que Razão o Mayor Ed Rendell Começou Bem e Acabou Mal?. In: *Paradigma Urbano. As Cidades do Novo Milénio*. Lisboa: Quetzal Editores, p. 21-44.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, p. 27-41.
- Siegrist, J. (2000). Place, Social Exchange and Health: Proposed Sociological Framework. *Soc. Sci. Med.*, 51, p.1283-1293.
- Sihto, M., Ollila, E. & Koivusalo, M. (2006). Principles and Challenges of Health in All Policies. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Eds.), *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. Finlândia: Ministry of Social Affairs and Health, p. 3-21.
- Silva, A., Raia Jr. A. & Ferraz, A. (2000). Minimising the Negative Effects of Urban Sprawl. Towards a Strategy for Brazil. In M. Jenks & R. Burgess (Eds.), *Compact Cities. Sustainable Urban Forms for Developing Countries*. Londres: Spon Press, p. 183-192.
- Simões, J. M. (1989). *Saúde: O Território e as Desigualdades*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Dissertação de Doutoramento.
- Singer, M. (2001). Toward a Bio-Cultural and Political Economic Integration of Alcohol, Tobacco and Drug Studies in the Coming Century. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 199-213.
- Singh-Manoux, A. & Marmot, M. (2005). Role of Socialization in Explaining Inequalities in Health. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 2129-2133.
- Skrabski, Á., Kopp, M. & Kawachi, I. (2004). Social Capital and Collective Efficacy in Hungary: Cross Sectional Associations With Middle Aged Female and Male Mortality Rates. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 340-345.
- Sloggett, A. & Joshi, H. (1994). Higher Mortality in Deprived Areas: Community or Personal Disadvantage?. *B. M. J.*, 309, p. 1470-1474.
- Sloggett, A. & Joshi, H. (1998). Deprivation Indicators as Predictors of Live Events 1981-1992 Based on the UK ONS Longitudinal Study. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 52, p. 228-233.

- Smallman-Raynor, M. & Cliff, A. (1990). Acquired Immune Deficiency Syndrome: Literature, Geographical Origins and Global Patterns. *Progress in Human Geography*, 14, p. 157-213.
- Smith, D. M. (1977). *Human Geography: A Welfare Approach*. Londres: Edward Arnold.
- Smith, D. M. (1979). *Where the Grass is Greener: Living in an Unequal World*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Sondén, I. (2003). Decentralized Integration: The Experience of Gothenburg, Sweden. In H. Barton, C. Mitcham & C. Tsourou (Eds.), *Healthy Urban Planning in Practice: Experience of the European Cities. Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning*. Copenhagen: OMS, p. 45-49.
- Sooman, A. & Macintyre, S. (1995). Health and Perceptions of the Local Environment in Socially Contrasting Neighbourhoods in Glasgow. *Health & Place*, 1, 15-26.
- Sooman, A., Macintyre, S. & Anderson, A. (1993). Scotland's Health, A More Difficult Challenge for Some? The Price and Availability of Healthy Foods in Socially Contrasting Localities in the West of Scotland. *Health Bulletin*, 51, p. 276-284.
- Sorre, M. (1933). Complexe Patogene et Géographie Médicale. *Annales de Géographie*, 235, p. 1-18.
- Sorre, M. (1943). *Les Fondements Biologiques de la Géographie Humaine*. Paris: Armand Colin.
- Stafford, M., Bartley, M., Mitchell, R. & Marmot, M. (2001). Characteristics of Individuals and Characteristics of Areas: Investigating their Influence on Health in the Whitehall II Study. *Health & Place*, 7, p. 117-129.
- Stafford, M., Cummins, S., Macintyre, S., Ellaway, A. & Marmot, M. (2005). Gender Differences in the Association between Health and Neighbourhood Environment. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 1681-1692.
- Stanislav, K. & Jones, B. (2000). The Impact of Job Loss and Retirement on Health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, p. 118-136.
- Steffen, P. R., Hinderliter, A. L., Blumenthal, J. A. & Sherwood, A. (2001). Religious Coping, Ethnicity, and Ambulatory Blood Pressure.. *Psychosomatic Medicine*, 63, p. 523-530.
- Stimson, R. J. (1983). Research Design and Methodological Problems in the Geography of Health. In N. D. McGlashan & J. R. Blunden (Eds.), *Geographical Aspects of Health*. Londres, Academic Press, p. 321-334.
- Subramanian, S., Acevedo-Garcia, D. & Osypuk, T. (2005). Racial Segregation and the Geographic Heterogeneity in Black/White Disparity in Poor Self-Rated Health in the US: A Multilevel Statistical Analysis. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 1667-1679.
- Subramanian, S., Delgado, I., Jadue, L., Veja, J. & Kawachi, I. (2003). Income Inequality and Health: Multilevel Analysis of Chilean Communities. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 844-848.
- Subramanian, S., Duncan, C. & Jones, K. (2001b). Multilevel Perspectives on Modelling Census Data. *Environment and Planning*, 33, p. 399-417.
- Subramanian, S., Kawachi, I. & Kennedy, B. (2001a). Does the State You Live in Make a Difference? Multilevel Analysis of Self-Rated Health in the US. *Soc. Sci. Med.*, 53, p. 9-19.
- Sundquist, K., Malmstrom, M. & Johansson, S.-E. (2004). Neighbourhood Deprivation and Incidence of Coronary Heart Disease: A Multilevel Study of 2.6 Million Women and Men in Sweden. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 71-77.
- Sundquist, K., Malmstrom, M. & Sunquist, J. (2003). Care Need Index, a Useful Tool for the Distribution of Primary Health Care Resources. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 347-352.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Boston, Allyn and Bacon.
- Taylor, R., Smith, B. & Van Teijlingen, E. (2003). *Health and Illness in the Community*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Teles, V. (2002). Quando os Rios Galgam as Margens. Um Breve Retrato das Cheias de 5 de Janeiro de 2001 nos Concelhos de Braga e de Guimarães. *Territorium*, 9, p. 75-88.
- Theorell, T. (1999). How to Deal with Stress in Organizations?. A Health Perspective on Theory and Practice. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 25, p. 616-624.
- Theorell, T. (2000). Working Conditions and Health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, p. 95-117.
- Thomas, D. (2002). *Architecture and Urban Environment. A Vision for the New Age*. Oxford: Architectural Press.
- Thomas, R. (1992). *Geomedical Systems. Intervention & Control*. Londres: Routledge.
- Thomas, R. (2005). Introduction. In R. Thomas (Ed.), *Sustainable Urban Design. An Environmental Approach*. Nova Iorque: Spon Press, p. 3-13.
- Thomson, H., Kearns, A. & Petticrew, M. (2003). Assessing the Health Impact of Local Amenities: A Qualitative Study of Contrasting Experiences of Local Swimming Pool and Leisure Provision in Two Areas of Glasgow. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 663-667.

- Thorling, E. (1989). Diet and Cancer: A Sobering Look. In T. Heller, B. Davey & L. Bailey (Eds.), *Reducing the Risk of Cancer*. Londres: Open University, p. 65-70.
- Thorne, R. & Filmer-Sankey, W. (2005). Transportation. In R. Thomas (Ed.), *Sustainable Urban Design. An Environmental Approach*. Nova Iorque: Spon Press, p. 25-32.
- Tonnellier, F. (1997). Géographie de la Santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, p.I-II.
- Townsend, P. & Davidson, N. (1988). The Black Report. In P. Townsend & N. Davidson (Eds.), *Inequalities in Health*. Suffolk: Penguin Books Ltd., p. 1-213.
- Tunstall, H., Shaw, M. & Dorling, D. (2004). Places and Health. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 6-10.
- Turrell, G. & Mengersen, K. (2000). Socioeconomic Status and Infant Mortality in Australia: A National Study of Small Urban Areas, 1985-89. *Soc. Sci. Med.*, 50, p. 1209-1225.
- Turrell, G., Blakley, T., Patterson, C. & Oldenburg, B. (2004). A Multilevel Analysis of Socioeconomic (Small Area) Differences in Household Food Purchasing Behavior. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 208-215.
- Vagero, D. (1991). Inequality in Health. Some Theoretical and Empirical Problems. *Soc. Sci. Med.*, 32, p. 367-371.
- Valkonen, T. (1989). Adult Mortality and Level of Education: A Comparison of Six Countries. In: A. J. FOX (Ed.), *Health Inequalities in European Countries*. Gower: Aldershot, p. 142-166.
- Valkonen, T. (1993). Problems in the Measurement and International Comparisons of Socio-economic Differences in Mortality. *Soc. Sci. Med.*, 36, p. 409-418.
- Valkonen, T., Sihvonen, A.-P. & Lahelma (1997). Health Expectancy by Level of Education in Finland. *Soc. Sci. Med.*, 44, p. 801-808.
- Vallin, J. (1992). *La Démographie*. Paris: Éditions La Découverte.
- Van Lenthe, F., Brug, J. & Mackenbach, J. (2005). Neighbourhood Inequalities in Physical Inactivity: The Role of Neighbourhood Attractiveness, Proximity to Local Facilities and Safety in the Netherlands. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 763-775.
- Van Oyen, H., Tafforeau, J. & Roelands, M. (1996). Regional Inequities in Health Expectancy in Belgium. *Soc. Sci. Med.*, 43, p. 1673-1678.
- Vaz, A., Simões, J. A., Costa, R. J. & Santana, P. (1994). Desenvolvimento de um Modelo de Avaliação do Estado de Saúde das Populações. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 12, nº2, p. 5-23.
- Veenstra, G. (2005). Location, Location, Location: Contextual and Compositional Health Effects of Social Capital in British Columbia, Canada. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 2059-2071.
- Veenstra, G. & Lomas, J. (1999). Home Is Where the Governing Is: Social Capital and Regional Health Governance. *Health & Place*, 5, 1-12.
- Veenstra, G., Luginaah, I., Wakefield, S., Birch, S., Eyles, J. & Elliot, S. (2005). Who You Know, Where You Live: Social Capital, Neighbourhood and Health. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 2799-2818.
- Verbrugge, L. (1984). Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62, p. 475-519.
- Verbrugge, L. (1989). The Twain Meet: Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality. *J. Health Soc. Behavior*, 30, p. 282-304.
- Veugelers, P. & Yip, A. (2003). Socioeconomic Disparities in Health Care Use: Does Universal Coverage Reduce Inequalities in Health?. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 424-428.
- Vicari, S. (2001). Naples: Urban Regeneration and Exclusion in the Italian South. *European Urban and Regional Studies*, 8, p. 103-115.
- Vidal, C. A. (1986). *Equipamentos de Saúde como Factores de Valorização dos Recursos Humanos, numa Óptica do Desenvolvimento Económico-Social*, p. 1-9. Texto policopiado.
- Vigneron, E. (1993). Epidemiological Transition and Geographical Discontinuities: The Case of Cardiovascular Mortality in French Polynesia. *Soc. Sci. Med.*, 37, p. 779-790.
- Vigneron, E. (1997). Santé, Societé, Inégalités Géographiques en France. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, p. XII-XVI.
- Walczak, B. (2002). *What Does a Healthy City Look Like? Reflections from the Grassroots*. Rappaport Public Service Lecture, J.F.Kennedy Scholl of Government. Cambridge, Rappaport Institute for Greater. Boston: Harvard University. Texto policopiado.
- Waldron, I. (1976). Why Do Women Live Longer than Men?. *Soc. Sci. Med.*, 10, p. 349-362.
- Waldron, I. (1993). Recent Trends in Sex Mortality Ratios for Adults in Developed Countries. *Soc. Sci. Med.*, 36, p. 451-462.

- Walters, V. (1993). Stress, Anxiety and Depression: Women's Accounts of their Health Problems. *Soc. Sci. Med.*, 36, p. 393-402.
- Wang, F. & Luo, W. (2005). Assessing Spatial and Nonspatial Factors for Health Care Access: Towards An Integrated Approach to Defining Health Professional Shortage Areas. *Health & Place*, 11, p. 131-146.
- Wced. World Commission On Environment And Development (1987) *Our Common Future: Report of the World Commission on Environment and Development*. Oxford: Oxford University Press.
- Weinstein, M. (1980). *Health in the City. Environmental and Behavioral Influences*. Nova Iorque: Pergamon Press.
- Weitzman, E., Folkman, A., Folkman, M. P. & Wechsler, H. (2003). The Relationship of Alcohol Outlet Density to Heavy and Frequent Drinking and Drinking-Related Problems among College Students at Eight Universities. *Health & Place*, 9, p. 1-6.
- Wheeler, S. (2004). *Planning for Sustainability. Creating Livable, Equitable, and Ecological Communities*. Nova Iorque: Routledge.
- White, K. L. (1979). Equitable Allocation of Resources. In World Health Organisation (Ed.), *Measurement of Levels of Health*. Copenhagen: OMS, p. 59-63.
- Whitehead, M. (1998a). The Health Divide. In P. Townsend & N. Davidson (Eds.), *Inequalities in Health*. Suffolk: Penguin Books Ltd., p. 215-381.
- Whitehead, M. (1998b). Health Inequalities. Today's Biggest Issue for Public Health. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, 1, p. 4-5.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991). What Can We Do about Inequalities in Health. *Lancet*, 338, p. 1059-1063.
- Whitelegg, J. (1986). The Spatial Patterning and Supply of Health Services. In: MICHAEL PACIONE (Ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*. Londres: Croom Helm, p. 162-199.
- Wilkinson, R. (1992). Income Distribution and Life Expectancy. *B. M. J.*, 304, p. 165-168.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Londres: Routledge.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (1998) (Eds.). *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Copenhagen: OMS.
- Williams, A. (1998). Therapeutic Landscapes in Holistic Medicine. *Soc. Sci. Med.*, 46, p. 1193-1203.
- Wilson, A. G. (1974). *Urban and Regional Models in Geography and Planning*. Londres: Wiley.
- Wilson, K., Elliot, S., Law, M., Eyles, J., Jerret, M. & Keller-Olaman, S. (2004). Linking Perceptions of Neighbourhood to Health in Hamilton, Canadá. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 192-198.
- Wing, S., Casper, M., Hayes, C., Dargent-Molina, P., Riggan, W. & Tyroler, H. (1987). Changing Association between Community Occupational Structure and Ischaemic Heart Disease Mortality in the United States. *Lancet*, 7, p. 1067-1070.
- Wingard, D. (1982). Sex Differential in Mortality Rates. *Am. J. Epidemiol.*, 115, p. 205-216.
- Wingard, D. (1984). The Sex Differential in Morbidity, Mortality and Lifestyle. *Annual Review of Public Health*, 5, p. 433-458.
- Wingard, D., Cohn, B. A., Kaplan, G. A., Cirillo, P. M. & Cohen, R. D. (1989). Sex Differentials in Morbidity and Mortality Risks Examined by Age and Cause in the Same Cohort. *Am. J. Epidemiol.*, 130, p. 601-610.
- Winkleby, M., Fortmann, S. & Barret, D. (1990). Social Class Disparities in Risk Factors for Disease: Eight-year Prevalence Patterns by Level of Education. *Prev. Med.*, 19, p. 1-12.
- Wismar, M., Lahtinen, E., Stahl, T., Ollila, E. & Leppo, K. (2006). Introduction. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Eds.), *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. Finlândia, Ministry of Social Affairs and Health, p. xvii-xxx.
- Wood, R., Sutton, M., Clarck, D., Mckee, A. & Bain, M. (2006). Measuring Inequalities in Health: The Case for Healthy Life Expectancy. *Journal of Epidemiol. Commun. Health* (no prelo).
- Yan, Y. (2000). The Influence of Weather on Human Mortality in Hong Kong. *Soc. Sci. Med.*, 50, p. 419-427.
- Yen, I. & Kaplan, G. (1999). Neighborhood Social Environment and Risk of Death: Multilevel Evidence from the Alameda County Study. *Am. J. Epidemiol.*, 149, p. 898-907.
- Young, A., Russell, A. & Powers, J. (2004). The Sense of Belonging to a Neighbourhood: Can It Be Measured and Is It Related to Health and Well Being in Older Women? *Soc. Sci. Med.*, 59, p. 2627-2637.
- Young, F. & Rodriguez, E. (2005). Linking Provincial Structure to Population Health: Toward a New Methodology. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 87-95.
- Zanussi, M. (2003). Health Integrated Spatial Planning: The Experience of Sandnes, Norway. In H. Barton, C. Mitcham & C. Tsourou (Eds.), *Healthy Urban Planning in Practice: Experience of the European Cities. Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning*. Copenhagen: OMS, p. 11-14.

- Zavala, D. (1990). Alcohol Drinking and Tobacco Smoking in Gastric Cancer. A Case-Control Study. *Rev. Epidemiol. Santé Publ.*, 38, p. 297-307.
- Ziersch, A., Baum, F. & Putland, C. (2005). Neighbourhood Life and Social Capital: The Implications for Health. *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 71-86.
- Zsembik, B. & Fennell, D. (2005). Ethnic Variation in Health and the Determinants of Health among Latinos. *Soc. Sci. Med.*, 61, p. 53-63.

FONTES ESTATÍSTICAS

- Centro Regional De Sangue De Lisboa (2005). Informação disponível não publicada. Lisboa: CRS.
- Direcção Geral De Viação, Observatório De Segurança Rodoviária (2005). Informação disponível não publicada. Lisboa: DGV.
- Instituto De Segurança Social (ISS) (2005). Informação Disponível não Publicada. Centro Distrital de S.S. de Lisboa, Núcleo de Planeamento e Estatística. Lisboa: ISS.
- Instituto De Seguros De Portugal (2003). *Parque Automóvel Seguro*. Lisboa: ISP (CD-ROM).
- Instituto Nacional De Estatística (2000). *Área Metropolitana de Lisboa em Números*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional De Estatística (2001). *Recenseamentos Gerais da População e da Habitação. Dados comparativos 1991-2001*. Lisboa: INE (CD-ROM).
- Instituto Nacional De Estatística (2002a). *País em Números: Informação Estatística 1991-2001*. Lisboa: INE (CD-ROM).
- Instituto Nacional De Estatística (2002b). *Carta de Equipamentos e Serviços de Apoio à População (CESAP), 2002*. Lisboa: INE (CD-ROM, Lisboa)
- Instituto Nacional De Estatística (2003). *Estatísticas da Saúde 2001*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional De Estatística (2004a). *Anuários Estatísticos Regionais. 2001-2003*. Lisboa: INE (CD-ROM).
- Instituto Nacional De Estatística (2004b). *Tipologia Socio-Económica da Área Metropolitana de Lisboa, 2001*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional De Estatística (2004c). *Estudo sobre o Poder de Compra Concelbio*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional De Estatística / Direcção Geral Do Ordenamento Do Território E Desenvolvimento Urbano (1999). *Indicadores Urbanos do Continente*. Lisboa: INE/DGOTDU.
- Ministério Da Administração Interna (Mai), Gabinete Coordenador De Segurança (2005). Informação Confidencial. Lisboa: GCS.
- Ministério Da Saúde, Instituto Nacional De Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional De Saúde (2001). *Inquérito Nacional de Saúde 1998/99*. Lisboa: ONSA.
- Ministério Da Saúde/Direcção-Geral Da Saúde (1997). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: DGS.
- Santana, P., Pereira, N., Nogueira, H. (2004). *Carta de Equipamentos dos Cuidados de Saúde Primários. (Várias Regiões)*. Lisboa: DGS.

ENDEREÇOS WWW

- Alto Comissariado da Saúde. www.acs.min-saude.pt
- Ministério da Justiça. www.eleicoes.mj.pt e www.legislativas.mj.pt.
- Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação. www.giase.min-edu.pt
- Instituto Geográfico Português. www.igeo.pt
- Journal of Extension. www.joe.org
- Páginas Amarelas. www.paginasamarelas.pt
- Springer. www.springerlink.com
- Transport, Health and Environment Pan-European Programme. www.thepep.org
- Telelista. www.telelista.iol.pt
- Nações Unidas. www.un.org
- Organização Mundial de Saúde. www.who.dk e www.who.int

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 4.1 - Hierarquia das necessidades humanas	68
Quadro 6.1 - Dimensões do ambiente sociomaterial local na AML	85
Quadro 7.1 - Concelhos da AML hierarquizados pelo valor do IPM e população residente em 2001	119
Quadro 7.2 - Freguesias no quintil de maior privação	122
Quadro 8.1 - Dimensões do ambiente local consideradas e razões da sua teorização	127
Quadro 8.2 - Dimensão do ambiente “outdoor” (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	130
Quadro 8.3 - Dimensão do ambiente “indoor” (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	132
Quadro 8.4 - Dimensão do desporto (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	135
Quadro 8.5 - Dimensão do lazer e recreação (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	136
Quadro 8.6 - Dimensão da protecção e segurança (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	138
Quadro 8.7 - Dimensão da (in)segurança rodoviária (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	139
Quadro 8.8 - Dimensão do desemprego e condições sociais de trabalho (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	140
Quadro 8.9 - Dimensão dos transportes e acessibilidades (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	142
Quadro 8.10 - Dimensão da educação (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	145
Quadro 8.11 - Dimensão dos serviços de saúde (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	147
Quadro 8.12 - Dimensão dos serviços de apoio social e familiar (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	149
Quadro 8.13 - Dimensão do acesso a produtos alimentares (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	151
Quadro 8.14 - Dimensão dos recursos locais diversificados (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	152
Quadro 8.15 - Dimensão do capital social/coesão social (variáveis e resultados dos procedimentos estatísticos)	154
Quadro 9.1 - Principais características da amostra	162
Quadro 9.2 - Variáveis mudas introduzidas nos modelos estatísticos	164
Quadro 9.3 - Modelo “Logit” ordenado	166

Quadro 9.4 - Modelo “Logit” ordenado	170
Quadro 9.5 - Percentagem de inquiridos no quintil mais carenciado com estado de saúde auto-avaliada superior a bom: casos reais e casos estimados com variação nos valores dos indicadores	171
Quadro 9.6 - Modelo “Logit” ordenado – subpopulação feminina	174
Quadro 9.7 - Modelo “Logit” ordenado – subpopulação masculina	175
Quadro 9.8 - Freguesias de menor acessibilidade ao transporte público e maior uso do transporte privado	179
Quadro 9.9 – Freguesias de menor disponibilidade de serviços de saúde preventiva	180
Quadro 9.10 – Freguesias de menor capital social – menor participação cívica e inserção na comunidade	181
Quadro 9.11 – Freguesias de menor coesão/capital social – menor participação política	182
Quadro 9.12 – Freguesias de maior risco para o estado de saúde auto-avaliado	186
Quadro 9.13 – Freguesias de maior precaridade dos alojamentos	189
Quadro 9.14 – Freguesias de menor disponibilidade de serviços de apoio social e familiar	190
Quadro 9.15 – Freguesias de menor disponibilidade de recursos locais diversificados	191

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 5.1 - As determinantes da saúde e o planeamento urbano	72
Figura 6.1 - Relação entre a variável latente e o estado de saúde observado	91
Figura 6.2 - Áreas segundo uma escala de privação e ausência/presença da variável indicativa de privação	96
Figura 6.3 - Privação material em duas áreas, A e B: semelhanças quantitativas, diferenças qualitativas	96
Figura 7.1 - AML: Tipologia morfo-funcional	102
Figura 7.2 - AML: Variação populacional (%), 1991-2001	103
Figura 7.3 - AML: Densidade populacional, 2001	104
Figura 7.4 - AML: Variação da população jovem (0-15 anos) (%), 1991-2001	106
Figura 7.5 - AML: Variação da população com 65 e mais anos (%), 1991-2001	107
Figura 7.6 - AML: Índice de dependência de jovens, 2001	108
Figura 7.7 - AML: Índice de envelhecimento, 2001	109
Figura 7.8 - AML: Novos residentes nas freguesias (%) (entre 1995 e 2001)	110
Figura 7.9 - AML: População empregada nos grupos profissionais 1 e 2, 2001	111
Figura 7.10 - AML: População empregada nos grupos profissionais 6, 7, 8 e 9, 2001	112
Figura 7.11 - AML: Taxa de desemprego, 2001	113
Figura 7.12 - AML: Taxa de analfabetismo, 2001	114
Figura 7.13 - AML: População com 10 e mais anos e o ensino básico (%), 2001	115
Figura 7.14 - AML: População com 25 e mais anos e o ensino superior (%), 2001	116
Figura 7.15 - AML: Poder de compra per capita, 2004	117
Figura 7.16 - Indicador de Privação Múltipla nos concelhos da AML	120
Figura 7.17 - Indicador de Privação Múltipla nas freguesias da AML	121
Figura 8.1 - AML: Qualidade do ambiente “outdoor”	131
Figura 8.2 - AML: Precariedade dos alojamentos (falta de condições básicas)	132
Figura 8.3 - AML: Precariedade residencial (estado de conservação e conforto dos alojamentos)	133
Figura 8.4 - AML: Disponibilidade de equipamentos desportivos	135
Figura 8.5 - AML: Disponibilidade de equipamentos de lazer e recreação	137
Figura 8.6 - AML: Ocorrência de crime	138
Figura 8.7 - AML: Insegurança rodoviária e rede viária principal	140
Figura 8.8 - AML: Desemprego e fragilidade nas condições sociais de trabalho	141
Figura 8.9 - AML: Disponibilidade de transporte	143
Figura 8.10 - AML: Acessibilidade ao transporte público	144
Figura 8.11 - AML: Disponibilidade de equipamentos escolares	146
Figura 8.12 - AML: Disponibilidade de MCDT (serviços de saúde preventiva)	148
Figura 8.13 - AML: Disponibilidade de serviços de saúde públicos (oferta dos CSP)	149
Figura 8.14 - AML: Disponibilidade de serviços de apoio social e familiar	150

Figura 8.15 - AML: Disponibilidade de produtos alimentares	151
Figura 8.16 - AML: Disponibilidade de recursos locais diversificados	153
Figura 8.17 - AML: Capital social/coesão social - religiosidade	155
Figura 8.18 - AML: Capital social/coesão social - participação política	156
Figura 8.19 - AML: Capital social/coesão social - participação cívica e inserção na comunidade	157
Figura 9.1 - Variação no estado de saúde auto-avaliado com aumento da disponibilidade de Serviços de Saúde Preventiva	171
Figura 9.2 - Variação no estado de saúde auto-avaliado com melhoria na acessibilidade ao transporte público	172
Figura 9.3 - Variação no estado de saúde auto-avaliado com aumento do capital social/coesão social – participação cívica e inserção na comunidade	172
Figura 9.4 - Variação no estado de saúde auto-avaliado com aumento do capital social/coesão social – participação política	172
Figura 9.5 - Variação no estado de saúde auto-avaliado com diminuição da privação sociomaterial	173
Figura 9.6 – AML: Tipologia de áreas de risco para a saúde	183
Figura 9.7 – Ocorrência e gravidade do risco para a saúde na AML	184
Figura 9.8 – AML: Tipologia de áreas de risco para a saúde dos homens	192
Figura 9.9 – AML: Tipologia de áreas de risco para a saúde das mulheres	193
Figura 10.1 - Vertentes do urbanismo saudável	204

(Página deixada propositadamente em branco)

6 Coleção
Ciências e Culturas
Coimbra 2008

