



Pessoas pobres,
lugares pobres,
saúde pobre.
Territórios
amplificadores do
risco na Área
Metropolitana de
Lisboa

Autora: Helena Nogueira

Professora Auxiliar. Departamento de Geografia, Universidade de Coimbra,

CEGOT

helenamarquesnogueira@hotmail.com

**Poor people, poor places,
poor health. Territories
of risk amplification in
the Lisbon Metropolitan
Area**

Resumo:

As variações em saúde têm sido recorrentemente estudadas e debatidas pela comunidade científica e política, sobretudo quando se concluiu pela tendência de manutenção ou até aumento dessas variações. Vários factores têm sido apontados como fulcrais na génese e manutenção das variações em saúde, identificando-se diferentes níveis de factores – individuais e contextuais – e diferentes formas de acção – directa e indirecta. Entre eles, a privação sociomaterial, e o seu efeito de degradação dos níveis de saúde, tem sido um dos mais e melhor estudados. Pessoas pobres têm mais probabilidade de residir em áreas de privação e a interacção entre pobreza individual e privação da área resulta numa saúde mais pobre, em comportamentos menos saudáveis e num aumento das desigualdades em saúde. A privação sociomaterial dos lugares é, pois, um factor de amplificação do risco individual que urge “descodificar”, identificando as condições de vida quotidiana responsáveis pela pior saúde dos residentes nos lugares mais pobres.

Este estudo promove uma abordagem dinâmica e inclusiva das determinantes da saúde na Área Metropolitana de Lisboa, integrando determinantes de níveis distintos (individuais e contextuais), que actuam por diferentes mecanismos (directos e indirectos). Para além da identificação dos principais factores de risco para a saúde, previamente divulgados num número anterior desta revista, revelam-se agora as áreas de maior risco. Os resultados mostram que é possível identificar iniquidades nas condições de vida quotidianas, que possuem um impacte negativo na saúde, e que estão, muitas vezes, subjacentes

à privação socioeconómica. Mas mostram também que os espaços do quotidiano podem emergir como territórios de risco para a saúde, amplificando o efeito debilitador de alguns atributos individuais. Conclui-se que é possível identificar as determinantes sociais da saúde e o modo como estas se agrupam formando territórios de vulnerabilidade e risco para a saúde. Conclui-se ainda que a melhoria dos níveis de saúde é possível através de políticas integrativas, intersectoriais e estratégicas, direccionadas não apenas aos indivíduos mas também aos seus espaços de vida: reduzir a pobreza individual, reduzir a privação dos lugares; reduzir as iniquidades no acesso e na utilização dos recursos, promover a coesão territorial e social; transformar territórios de risco em territórios promotores de saúde.

Palavras Chave: Área Metropolitana de Lisboa; variações em saúde; privação dos lugares; condições de vida quotidianas; amplificação do risco; territórios de risco.

Abstract

Health variations have been often studied and debated by the academic and political communities, chiefly when the maintenance or even increasing trends of those variations are evident. Several factors have been pointed out as central in the genesis and maintenance of health variations, identifying different levels of factors - individual and contextual ones - and different ways of action - direct and indirect ones. Among them, sociomaterial deprivation, and its degrading effect on health, has been one of the most and best studied. Poor people are more likely to live in deprived areas and, as a result of interactions between individual poverty and area deprivation, health becomes poorer, behaviours become unhealthier and health inequalities increase. Area deprivation is, therefore, a factor of individual risk amplification which is urgent to disclose, identifying the conditions of daily life responsible for the poorer health of those living in poorer places.

This study promotes a dynamic, inclusive approach of health determinants in the Lisbon Metropolitan Area, integrating distinct levels of determinants (individual and contextual ones), which act through different mechanisms (direct and indirect ones). Besides identifying the main health risk factors, previously revealed in a former number of this journal, we show now the main risk areas. The results show that it is possible to identify iniquities in daily living conditions, which have a negative impact on health and are often underlying socioeconomic deprivation. However, they also show that daily spaces can emerge as territories of health risk, amplifying the degrading effect of some individual attributes. We conclude that it is possible to identify the social determinants of health and the way how they cluster together, forming territories of health vulnerability and risk. We also conclude that health improvement is possible through integrative, intersectorial and strategic policies, addressing not only the individuals but also their daily spaces: decreasing individual poverty, decreasing area deprivation; decreasing iniquities in resources access and utilization, promoting social and territorial cohesion; changing risk territories into territories of health promotion.

Key words: Lisbon Metropolitan Area; health variations; area deprivation; daily living conditions; risk amplification; territories of risk.

Introdução

As variações em saúde, entendidas como uma questão de injustiça social, têm conhecido uma tendência de aumento a nível mundial. Há diferenças na esperança de vida entre países superiores a 30 anos (OMS, 2008); dentro de cada país, há também diferenças dramáticas, com os pobres e os residentes em áreas pobres a apresentarem pior saúde e níveis mais elevados de doença e morte prematura (Nogueira, 2007). Mesmo nos países mais desenvolvidos, de elevado rendimento, a saúde apresenta um gradiente social: quando mais baixo é o estatuto socioeconómico, pior é a saúde (Marmot, 2004). Para além deste gradiente social, verifica-se que os resultados em saúde são piores nas áreas mais pobres (Sundquist, Malmstrom, e Johansson, 2004; Macintyre, McKay e Ellaway, 2005), mesmo quando se controla a variabilidade de nível individual. As diferenças não podem, pois, ser atribuídas unicamente às variáveis individuais, ou ao efeito agregado dessas variáveis (efeito composicional); elas resultam necessariamente de uma diferença ambiental.

Num relatório de 2008, a Comissão da OMS para as Determinantes Sociais da Saúde atribui as iniquidades em saúde e a falta de saúde a um “ambiente tóxico”, para o qual contribuem diferentes determinantes da saúde – determinantes estruturais e circunstâncias concretas de vida (OMS, 2008). “Ambientes tóxicos” são ambientes promotores de iniquidades a diferentes níveis: iniquidades na distribuição de poder, rendimento, bens e serviços; iniquidades nas circunstâncias de vida quotidianas, em termos de condições de crescimento saudável das crianças, escolaridade, acesso a serviços de saúde, condições de trabalho e de lazer, habitação e transporte e experiências psicossociais, entre outras. Acresce que determinantes estruturais e condições de vida quotidiana interagem, modelando ambientes de declínio e risco para a saúde ou, inversamente, ambientes de crescimento e promoção da saúde (McCulloch, 2003).

Determinantes sociais da saúde: interação e amplificação do risco

Van Lenthe, Brug e Mackenbach (2005) apresentam um modelo explicativo do empobrecimento conjunto dos lugares e da saúde. Segundo os autores, o processo é despoletado pelo agravamento do ambiente socioeconómico dos lugares, seguindo-se uma série de modificações ambientais com impactes negativos na saúde. Macintyre, Macdonald e Ellaway (2008) referem-se ao processo de degradação estrutural e social que conduz à emergência de ambientes multidimensionais de risco em áreas pobres, designando-o por “modelo de amplificação da privação”. As conclusões dos diferentes autores são concordantes: há um círculo vicioso de degradação dos lugares que amplifica a vulnerabilidade individual, no qual a privação tem um papel-chave. Áreas pobres são palco de migrações selectivas, caracterizadas pela entrada de indivíduos carenciados e saída dos mais abastados (Norman, Boyle, e Rees 2005). Uma vez que os novos habitantes têm dificuldades em manter as suas propriedades, a habitação degrada-se; o apelo a investimentos privados diminui e é natural que parte do comércio e serviços existentes possam desaparecer, rareando a abertura de novas facilidades; a violência pode aumentar, aumentando os níveis de crime, os comportamentos anti-sociais e a insegurança percebida; os níveis de interação e de participação social diminuem (Wilkinson, 2005). A saúde debilita-se. O ambiente socioeconómico, enquanto determinante estrutural da saúde, tem capacidade de condicionar o comportamento das condições concretas de vida (OMS, 2008).

Ao processo de degradação das condições ambientais, juntam-se os comportamentos e estilos de vida individuais, também eles influenciados pela privação dos lugares e mediados pelas condições do ambiente social. Por exemplo, alguns estudos apontam a maior densidade de “fast foods” em áreas de privação, concluindo que essa prevalência se relaciona com uma dieta mais pobre (Morland, Wing, Diez-Roux e Poole, 2002; Cummins, McKay e Macintyre, 2005); outros referem-se à relação significativa entre a prática de exercício físico e a densidade de equipamentos desportivos, menor em áreas de maior privação (Powell e outros, 2006). Refira-se ainda que alguns estudos concluem que em áreas de maior coesão e participação social parece haver maior controlo sobre os comportamentos nocivos à saúde, como o consumo de tabaco e de álcool e, em simultâneo, um incremento dos comportamentos saudáveis, como a prática de exercício físico (Parkes e Kearns, 2001).

Para além do diferente papel das distintas determinantes, espera-se que o seu impacto na saúde se faça por diferentes mecanismos, directos e indirectos. A escassez de serviços de saúde, a falta de infra-estruturas desportivas, ou a degradação dos equipamentos escolares, que caracterizam áreas de grande privação, restringem oportunidades de vida, tendo um impacto directo na saúde. Porém, a privação relativa, a percepção da privação e das iniquidades e as condições psicossociais subjacentes a essa percepção, têm um impacto indirecto na saúde, via mecanismos relacionados com a falta de controlo, a baixa auto-estima, o stress, o isolamento social, a ansiedade.

Este artigo, que surge na sequência de um trabalho previamente publicado no nº 43 da Revista de Estudos Demográficos, procura revelar a forma como diferentes factores interagem, determinando os níveis de saúde da população residente na Área Metropolitana de Lisboa (AML). Mais do que identificar as determinantes individuais e contextuais da saúde, pretende-se agora conhecer a forma como estas se combinam, conduzindo à emergência de territórios amplificadores do risco para a saúde, ou inversamente, territórios promotores de saúde.

Dados e métodos

Foi possível fazer-se a avaliação das determinantes individuais e contextuais da saúde e a medição dos níveis individuais de saúde pela utilização de diferentes dados.

1. Determinantes individuais da saúde e resultado em saúde (estado de saúde auto-avaliado)

As determinantes individuais da saúde e o estado de saúde auto-avaliado foram recolhidos numa amostra constituída por 4 577 inquéritos realizados no âmbito do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1998/99. Retirou-se informação relativa a: sexo; idade; escolaridade; situação no trabalho; profissão; consumo de tabaco; actividade física; estado de saúde auto-avaliado (ver Nogueira 2008a, 2008b para informações mais detalhadas).

2. Determinantes contextuais da saúde

Foram avaliadas ao nível das freguesias e operacionalizadas por dados contextuais recolhidos em diferentes fontes: INE, Páginas Amarelas, Telelista, Instituto Português de Seguros, Ministério da Educação, Ministério da Administração Interna, Instituto Português do Sangue, Segurança Social de Lisboa e de Setúbal, Direcção Geral de Viação, Câmaras Municipais dos municípios pertencentes à Área Metropolitana de Lisboa (AML)¹, entre outras, tendo sido necessário um prévio trabalho de harmonização das bases geográficas e geocodificação de alguma informação. Com base na bibliografia consultada (Macintyre, Ellaway e Cummins, 2002; Cummins e outros, 2004, 2005), construiu-se um conjunto alargado de indicadores compósitos, por diferentes processos estatísticos e integrando numerosas variáveis:

2.1. Um indicador de privação múltipla (IPM), adequado à avaliação do ambiente socioeconómico dos lugares, considerado como determinante estrutural da saúde (OMS, 2008; Nogueira, 2009a). Este indicador foi calculado com base em três variáveis censitárias, recorrendo a um processo de normalização e cálculo da média das variáveis normalizadas.

2.2. Dezoito indicadores das condições de vida locais, representando a disponibilidade de um conjunto numeroso de recursos físicos e sociais. Estes indicadores foram obtidos por intermédio de Análises em Componentes Principais, realizadas a partir de um conjunto alargado de variáveis (245), organizadas em catorze dimensões ambientais consideradas como necessárias a uma vivência quotidiana saudável. O procedimento estatístico utilizado gerou dezoito indicadores e reteve 79 das 245 variáveis iniciais (quadro 1).

¹ A AML integrava, à data do início de realização deste estudo, 19 municípios: os 18 que inicialmente a constituíram (Lei nº 44/1991) (Alcochete, Almada, Amadora, Azambuja, Barreiro, Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Moita, Montijo, Oeiras, Palmela, Sesimbra, Setúbal, Seixal, Sintra e Vila Franca de Xira), juntamente com Odivelas, que se constituiu município em 1998 (Lei nº 84/98). Nos termos da Lei nº 10/2003 de 13 de Maio, a AML passou a ser formada novamente por 18 municípios (a Azambuja deixou de integrar o território metropolitano).

Quadro 1

Dimensões do ambiente local na Área Metropolitana de Lisboa, indicadores e número de variáveis	
Dimensões ambientais	Indicadores e número de variáveis
Qualidade do ambiente residencial ("indoor")	1. Condições básicas dos alojamentos (5 variáveis) 2. Conservação e conforto de alojamentos e edifícios (3 variáveis)
Qualidade do ambiente "outdoor"	1. Qualidade do ambiente "outdoor" (6 variáveis)
Emprego e condições sociais de trabalho	1. Emprego e condições sociais de trabalho (4 variáveis)
Serviços de saúde	1. Serviços de saúde preventiva (5 variáveis) 2. Recursos dos Cuidados de Saúde Primários (3 variáveis)
Educação	1. Disponibilidade de equipamentos escolares (5 variáveis)
Apoio social e familiar	1. Disponibilidade de equipamentos de apoio à família (5 variáveis)
Protecção e segurança	1. Ocorrência de crimes (6 variáveis)
Segurança rodoviária	1. Sinistralidade e vítimas (3 variáveis)
Transportes e acessibilidades	1. Disponibilidade de transporte privado (4 variáveis) 2. Acessibilidade ao transporte público (3 variáveis)
Acesso a produtos alimentares	1. Disponibilidade de lojas de alimentação (5 variáveis)
Desporto	1. Disponibilidade de equipamentos desportivos (5 variáveis)
Lazer e recreação	1. Disponibilidade de equipamentos / infra-estruturas de lazer e recreação (4 variáveis)
Outros recursos locais	1. Disponibilidade de recursos locais diversificados (7 variáveis)
Capital social e coesão social	1. Participação e inserção na comunidade (3 variáveis) 2. Participação política (3 variáveis)
Total: 14	Total: 18 indicadores (79 variáveis)

A consistência interna dos indicadores foi testada por coeficientes Alpha de Cronbach e Alpha Estandarizado (informações mais detalhadas sobre as dimensões, as variáveis, os indicadores e os métodos podem ser consultadas em Nogueira, 2008a, 2008b).

3. Inter-relação indivíduos, ambiente, saúde

A análise das inter-relações entre determinantes individuais, determinantes contextuais e resultado em saúde efectuou-se por intermédio de modelos de regressão logística ordenada; um dos modelos integrou as determinantes individuais e a determinante estrutural da saúde (privação socioeconómica), enquanto o outro foi desenvolvido com base nos atributos individuais e nas dezoito condições de vida quotidiana avaliadas. Os resultados foram interpretados recorrendo ao cálculo das probabilidades relativas (odds ratios) (Long, 1997).

4. Tipologia de áreas de risco

Com base nos indicadores contextuais que revelaram significância estatística nos modelos logísticos, construiu-se uma tipologia de áreas de risco para a saúde. Consideraram-se áreas de risco todas as freguesias que apresentaram um valor indicativo de grande fragilidade (valor do indicador pertencente ao quintil de maior vulnerabilidade) em, pelo menos, uma das características ambientais seleccionadas, variando a intensidade do risco com o número de indicadores que, em cada área, apresentou valor de risco.

Resultados

1. As determinantes biológicas influenciam fortemente o estado de saúde (Barros, 2003; Cummins e outros, 2004; Wilson e outros, 2004; Stafford e outros, 2005): as mulheres avaliam de forma mais negativa o estado de saúde (1,7 vezes); a saúde degrada-se com o aumento da idade (a probabilidade de reportar piores estados de saúde aumenta 51% por cada aumento de 10 anos de idade). Do conjunto dos atributos individuais, os factores socioeconómicos são os que revelam maior impacto no estado de saúde: a saúde piora para trabalhadores manuais (a probabilidade de auto-avaliações mais negativas é 47% maior para estes); piora também com a situação de desemprego (a probabilidade de avaliar positivamente o estado de saúde aumenta 68% para indivíduos empregados); piora sobretudo em função da baixa escolaridade (a probabilidade de avaliações mais negativas aumenta 97,4% para indivíduos com 4 ou menos anos de escolaridade). A análise dos comportamentos relacionados com a saúde revela a influência benéfica do exercício físico (a probabilidade de reportar melhores estados de saúde aumenta 73% com a prática de exercício físico) e o efeito nocivo do tabagismo (a probabilidade de reportar estados de saúde mais negativos aumenta 21% para fumadores).
2. Relativamente às determinantes contextuais, verificou-se uma influência significativa no estado de saúde individual de três indicadores relacionados com o ambiente socioeconómico e a disponibilidade de recursos físicos: privação socioeconómica (residentes em áreas de maior privação têm uma probabilidade 10% maior de avaliarem a saúde de forma mais negativa); disponibilidade de serviços de saúde preventiva (a probabilidade de avaliar positivamente a saúde aumenta 12% para residentes em áreas de maior oferta destes recursos); acessibilidade ao transporte público e uso do transporte privado (a probabilidade de avaliar mais negativamente o estado de saúde aumenta 9% para residentes em áreas de menor acessibilidade ao transporte público e maior utilização do transporte privado). Todavia, sublinha-se também o impacto dos recursos imateriais no estado de saúde: identidade, pertença, integração, compromisso e reciprocidade, avaliados pelos dois indicadores do capital social e da coesão social criados, revelaram significância estatística no modelo elaborado. O estado de saúde auto-avaliado varia em função da participação política (a probabilidade de uma auto-avaliação mais negativa do estado de saúde é 15,5% maior para residentes em áreas de maior abstenção nos actos eleitorais) e da participação e inserção na comunidade (a probabilidade de reportar estados de saúde mais negativos aumenta 11% para residentes em áreas de menor participação comunitária). Apresenta-se, no quadro 2, as variáveis constituintes das determinantes contextuais, cuja influência no estado de saúde revelou significância estatística.

Quadro 2

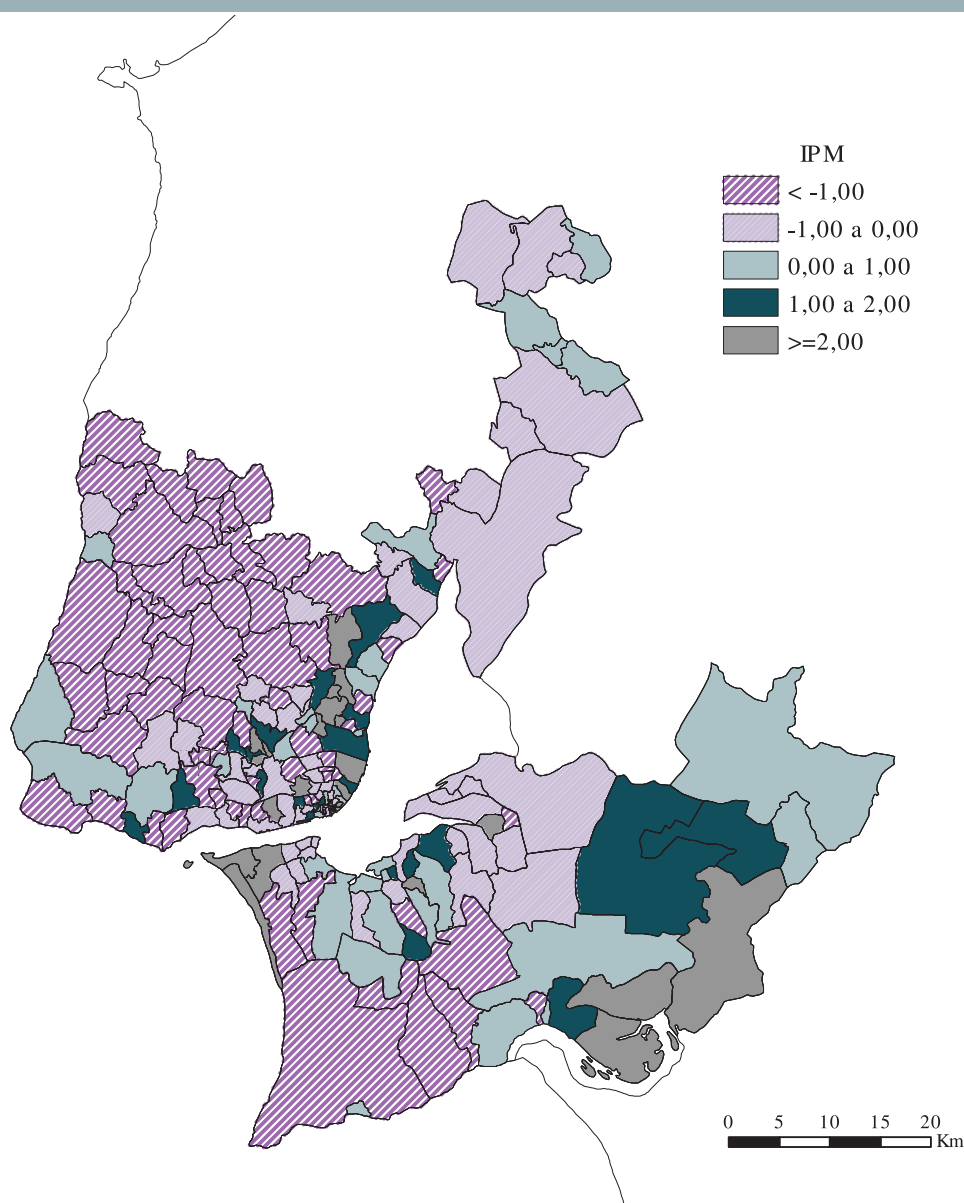
Determinantes ambientais com influência significativa no estado de saúde da população da Área Metropolitana de Lisboa		
Determinantes ambientais	Variáveis constituintes da determinante	Método utilizado
Serviços de saúde preventiva	Laboratórios de análises clínicas Farmácias Laboratórios de radiologia Centros de ecografia Centros de TAC	Análise em Componentes Principais (ACP)
Acessibilidade ao transporte público	Distância (tempo) à sede do concelho em transporte colectivo Distância (tempo) à sede do distrito em transporte colectivo População empregada/estudante que usa transp. privado no trajecto para o local de trabalho ou estudo (%)	Análise em Componentes Principais (ACP)
Capital social: Participação Eleitoral	Abstenção nas Autárquicas 2001 (juntas de freguesia) (%) Abstenção nas Legislativas 2002 (%) Abstenção nas Autárquicas 2005 (%)	Análise em Componentes Principais (ACP)
Capital social: Participação Cívica	Clubes recreativos e Associações desportivas Número de jornais locais Tiragem anual dos jornais locais/hab.	Análise em Componentes Principais (ACP)
Privação socioeconómica	Desemprego masculino (%) População em alojamentos não clássicos (%) População não qualificada - grupo profissional 9 (%)	Normalização e média das variáveis

3. A procura de padrões espaciais relevantes efectuou-se com base na produção de cartografia relativa às determinantes contextuais do estado de saúde, que seguidamente se apresenta.

3.1. A distribuição espacial do Indicador de Privação Múltipla (IPM) nas freguesias da AML, efectuada na figura 1, destaca tanto o aumento da privação sociomaterial para leste, como os elevados valores que surgem em áreas de grande centralidade metropolitana: os valores máximos são atingidos em freguesias pertencentes a Lisboa (30% das freguesias e 25% da população concelhia), Amadora (55% das freguesias e 52% da população), Loures (33% das freguesias e 24% da população) e Almada (27% das freguesias e 23% da população). Na margem sul, destaque ainda para a mancha de valores elevados formada por freguesias de Setúbal (38% das freguesias e 55% da população) e Palmela (40% das freguesias e 15% da população), que se prolonga pelo município do Montijo, embora com valores mais moderados (13% das freguesias e 9% da população). No entanto, deve referir-se que algumas das freguesias distinguidas na margem sul pela sua grande privação sociomaterial são áreas classificadas como predominantemente rurais, ou medianamente urbanas, de baixa densidade populacional. Deste modo, algumas das manchas cartográficas indicativas de elevada privação material, visíveis nos municípios 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, situação que se verifica também a sudoeste (sobretudo em Sesimbra).

Figura 1

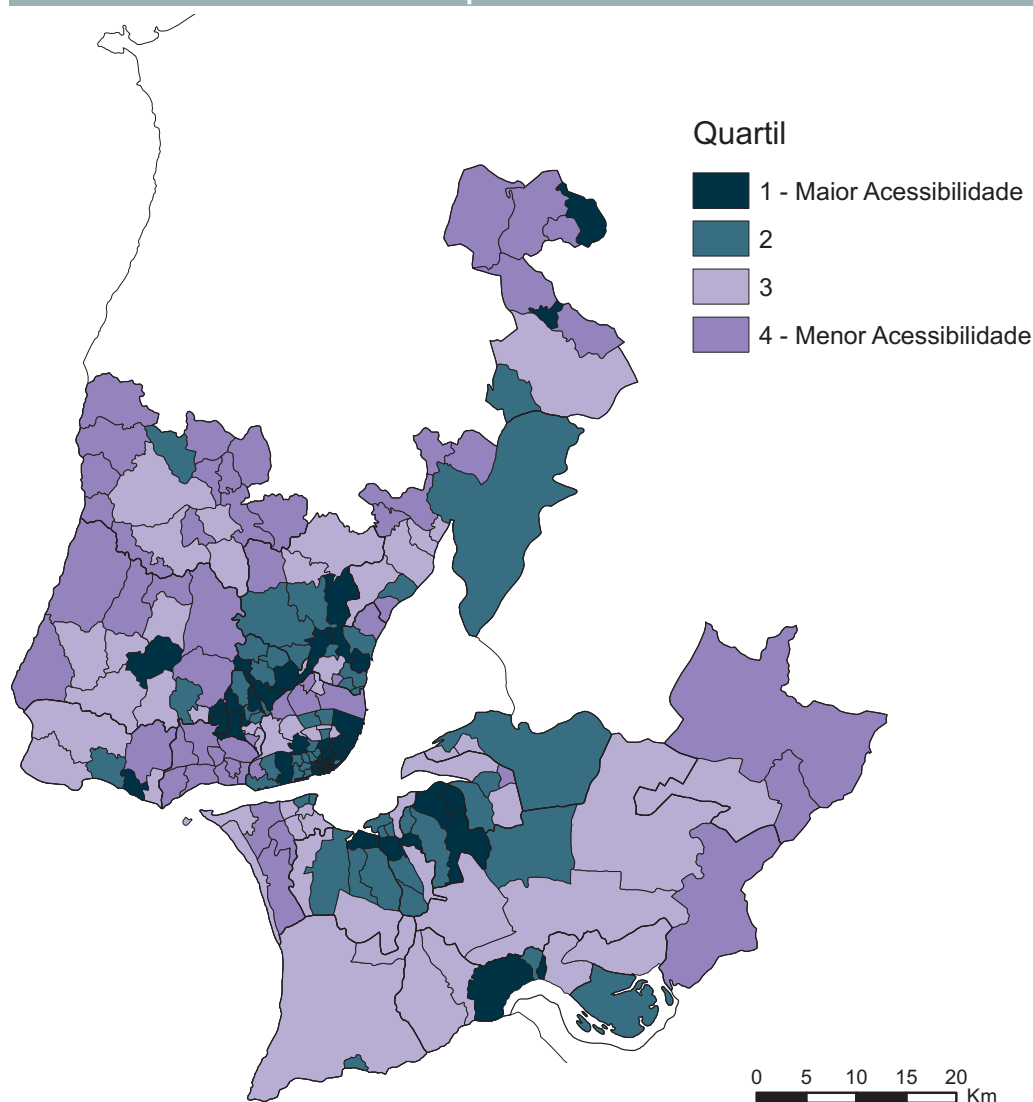
Indicador de Privação Múltipla na Área Metropolitana de Lisboa



3.2. A figura 2 apresenta a distribuição espacial do indicador relativo à acessibilidade ao transporte público e uso do transporte privado. A cartografia, efectuada por intermédio dos quartis², destaca a maior acessibilidade ao transporte público da maioria das freguesias de Lisboa, Odivelas, Amadora e Loures. A sul do Tejo, apenas algumas freguesias do Seixal, Setúbal, Barreiro e Moita apresentam valores indicativos de boa acessibilidade ao transporte público e uso restrito do transporte privado. Em oposição, áreas de reduzida acessibilidade ao transporte público e maior utilização do transporte privado são sobretudo visíveis nos municípios da Azambuja (56% das freguesias, englobando 55% da população), Mafra (71% das freguesias, englobando 62% da população), Sintra (35% das freguesias e 15% da população concelhia), Montijo (33% das freguesias, englobando 14% da população), Almada (27% das freguesias e 31% da população) e Oeiras.

Figura 2

Acessibilidade ao transporte público e uso do transporte individual na Área Metropolitana de Lisboa

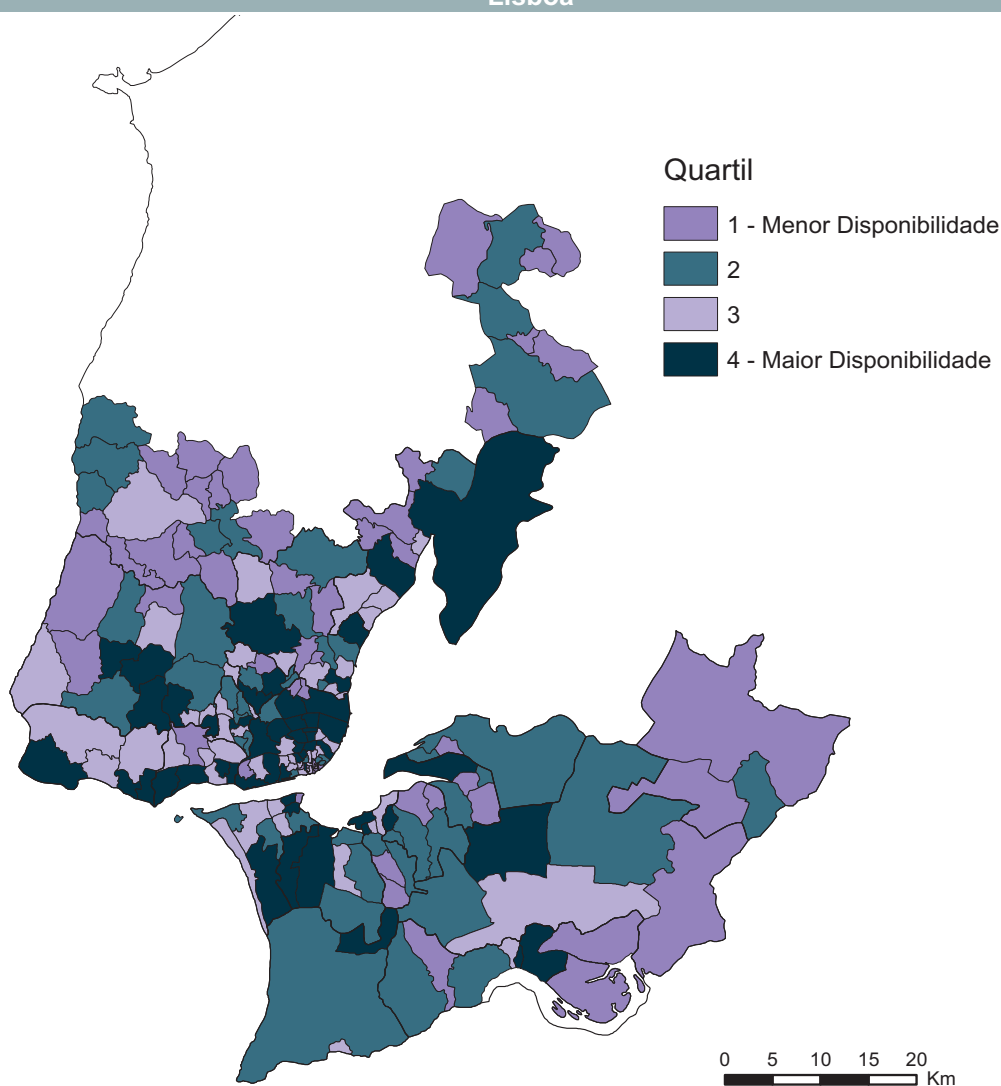


² Para a maioria dos cartogramas apresentados, o quartil inferior, de ordem 1, corresponde a áreas de maior expressividade dos indicadores, que vão perdendo relevância até ao quartil superior, de ordem 4, que destaca as áreas de menor expressividade. Todavia, na figura 3, a interpretação é inversa, uma vez que a expressividade do indicador aumenta do primeiro ao último quartil. Neste caso, por uma questão de congruência com os restantes cartogramas e facilidade na leitura, atribuiu-se aos quartis de menor expressividade os tons lilases, representando-se em tons azuis os quartis de maior expressividade.

3.3. A disponibilidade de serviços de saúde preventivos é maior em várias freguesias dos municípios de Lisboa e Oeiras, destacando-se ainda parte dos municípios 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). Em oposição, sublinha-se a reduzida disponibilidade destes serviços em áreas de menor urbanização, pertencentes sobretudo aos municípios da Azambuja (fraca disponibilidade para 67% das freguesias, afectando 38% da população concelhia), Mafra (65% das freguesias e 38% da população), Sintra (18% das freguesias mas apenas 5% da população concelhia), Vila Franca de Xira (36% das freguesias e 8% da população), Montijo (50% das freguesias e 25% da população), mas também Barreiro (25% das freguesias, englobando somente 4% da população) e Setúbal (38% das freguesias e 12% da população). Observa-se ainda reduzida disponibilidade em freguesias de maior urbanização, nomeadamente do município de Lisboa (21% das freguesias e 7% da população com valores de baixa disponibilidade), devendo, porém, sublinhar-se quer a reduzida dimensão dessas freguesias, quer a sua proximidade geográfica a outras de maior oferta destes recursos.

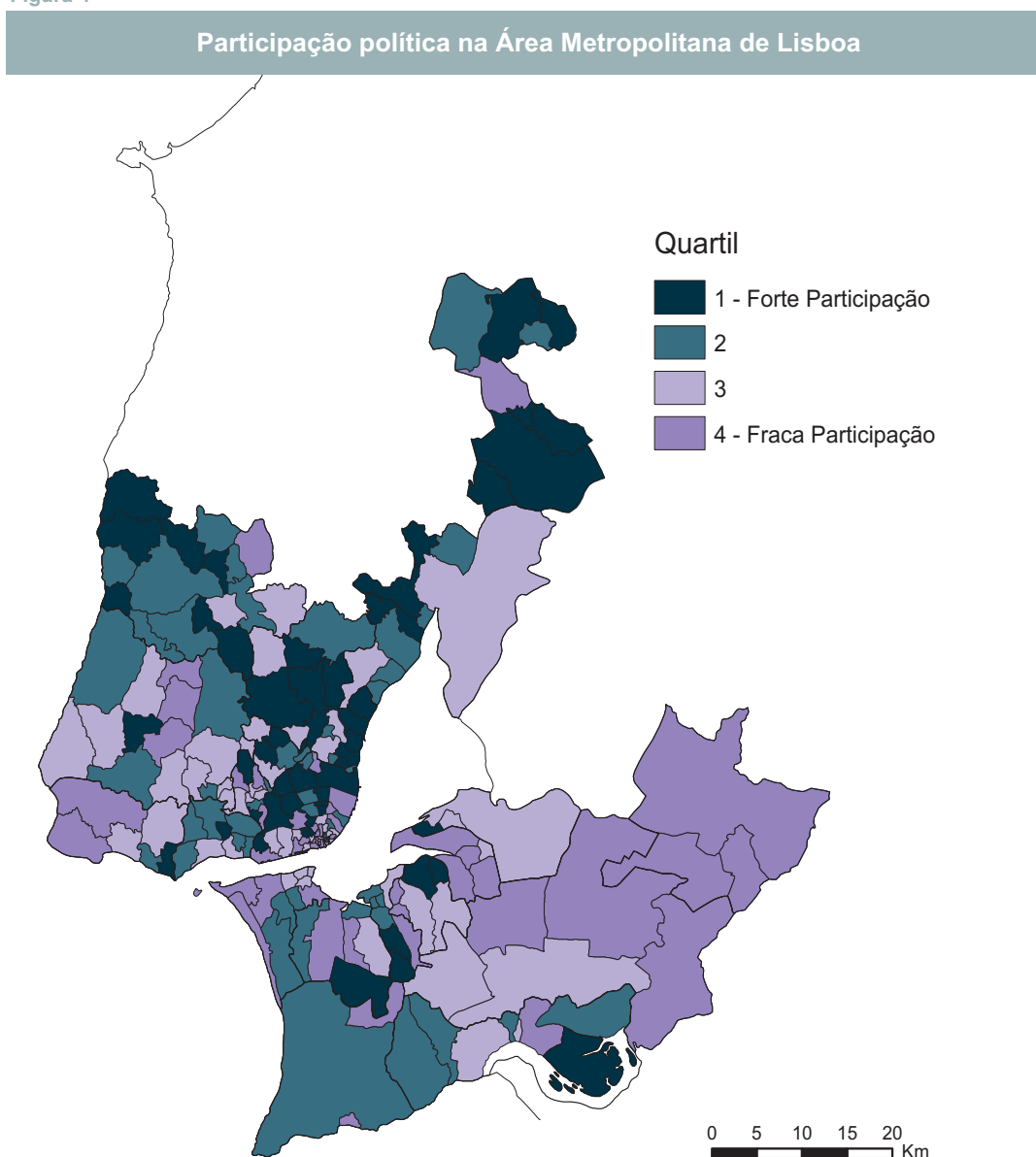
Figura 3

Disponibilidade de Serviços de Saúde Preventivos na Área Metropolitana de Lisboa



3.4. A figura 4, relativa à participação política da população, evidencia uma oposição norte-sul, sobressaindo a menor participação política dos residentes a sul do Tejo: Montijo (máximo de abstenção em sete das suas oito freguesias, correspondendo a 97% da população), Palmela (60% das freguesias e 54% da população) e ainda Almada (36% das freguesias e 36% da população). A norte, valores indicativos de menor participação política surgem 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, verifica-se maior participação nos actos eleitorais nos municípios da Azambuja e Mafra e também em freguesias de Loures, Vila Franca de Xira e Lisboa; a sul, apenas algumas freguesias dos municípios do Seixal, Alcochete, Moita, Barreiro e Setúbal registaram forte participação política.

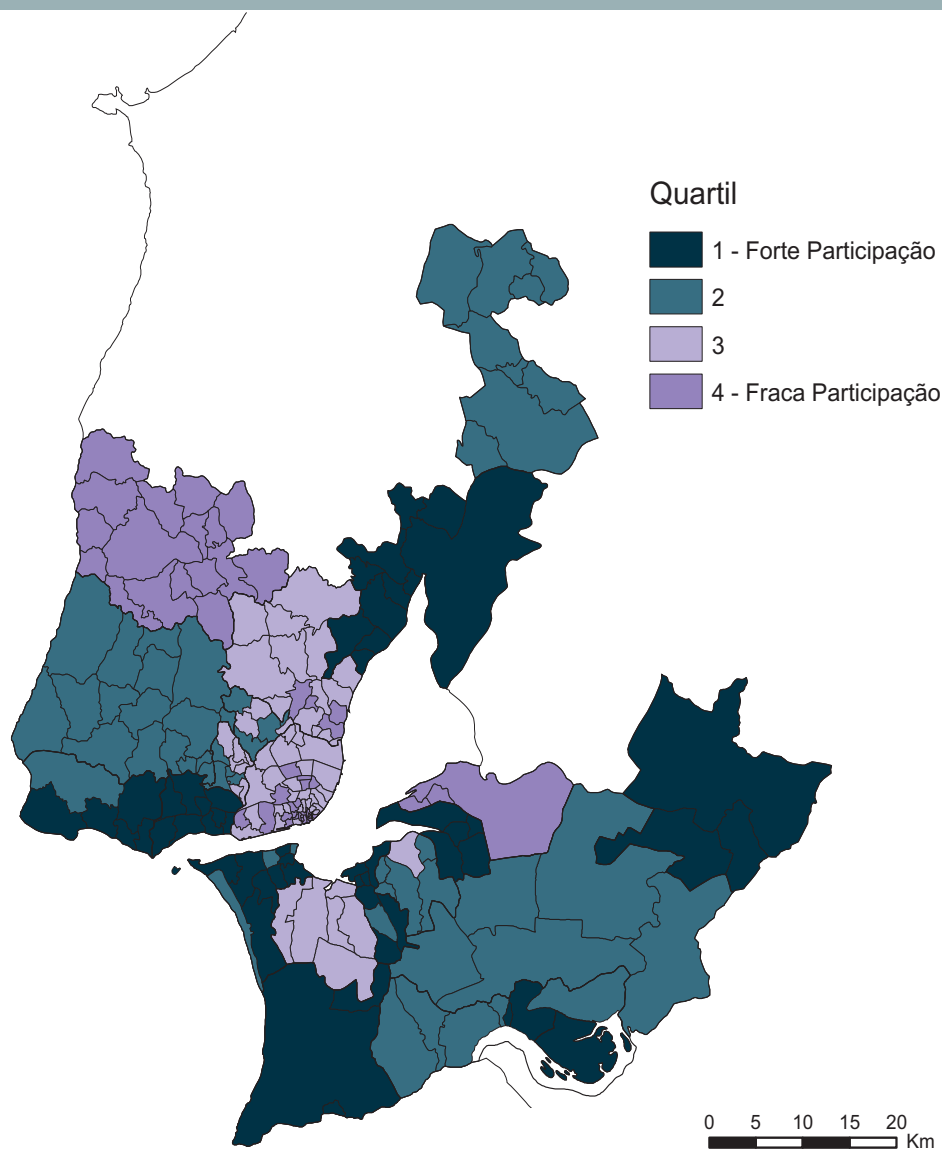
Figura 4



3.5. A figura 5 mostra a distribuição espacial do indicador relativo à participação cívica e inserção na comunidade, verificando-se tendencialmente maior participação e inserção comunitárias nas freguesias pertencentes aos municípios de Vila Franca de Xira, Oeiras e Cascais, a norte; Montijo, Sesimbra, Almada, Barreiro e Setúbal, na margem sul. O indicador revela maior fragilidade (menor participação e inserção comunitárias) a norte do Tejo, numa área extensa formada por todo o município de Mafra e 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 município de Alcochete.

Figura 5

Participação cívica e inserção na comunidade na Área Metropolitana de Lisboa



4. Tipologia de áreas de risco para a saúde

Partindo das determinantes ambientais referidas, elaborou-se uma tipologia de áreas de risco para a saúde (figura 6). Em cada freguesia, a intensidade do risco foi avaliada pelo número de determinantes ambientais que apresentavam valores no quintil de maior fragilidade: considerou-se risco mínimo a ausência de qualquer determinante com valor no quintil de maior fragilidade; o risco moderado foi atribuído à presença de uma determinante com valor no quintil de maior fragilidade; considerou-se risco elevado a presença de duas determinantes com valor no quintil de maior fragilidade; atribuiu-se risco máximo às freguesias que registaram três ou mais determinantes com valor no quintil de maior fragilidade. Considerou-se ainda informação relativa ao número de freguesias em que ocorre a situação de risco, evidenciada no gráfico da figura 7.

Figura 6

Tipologia de áreas de risco para a saúde na Área Metropolitana de Lisboa

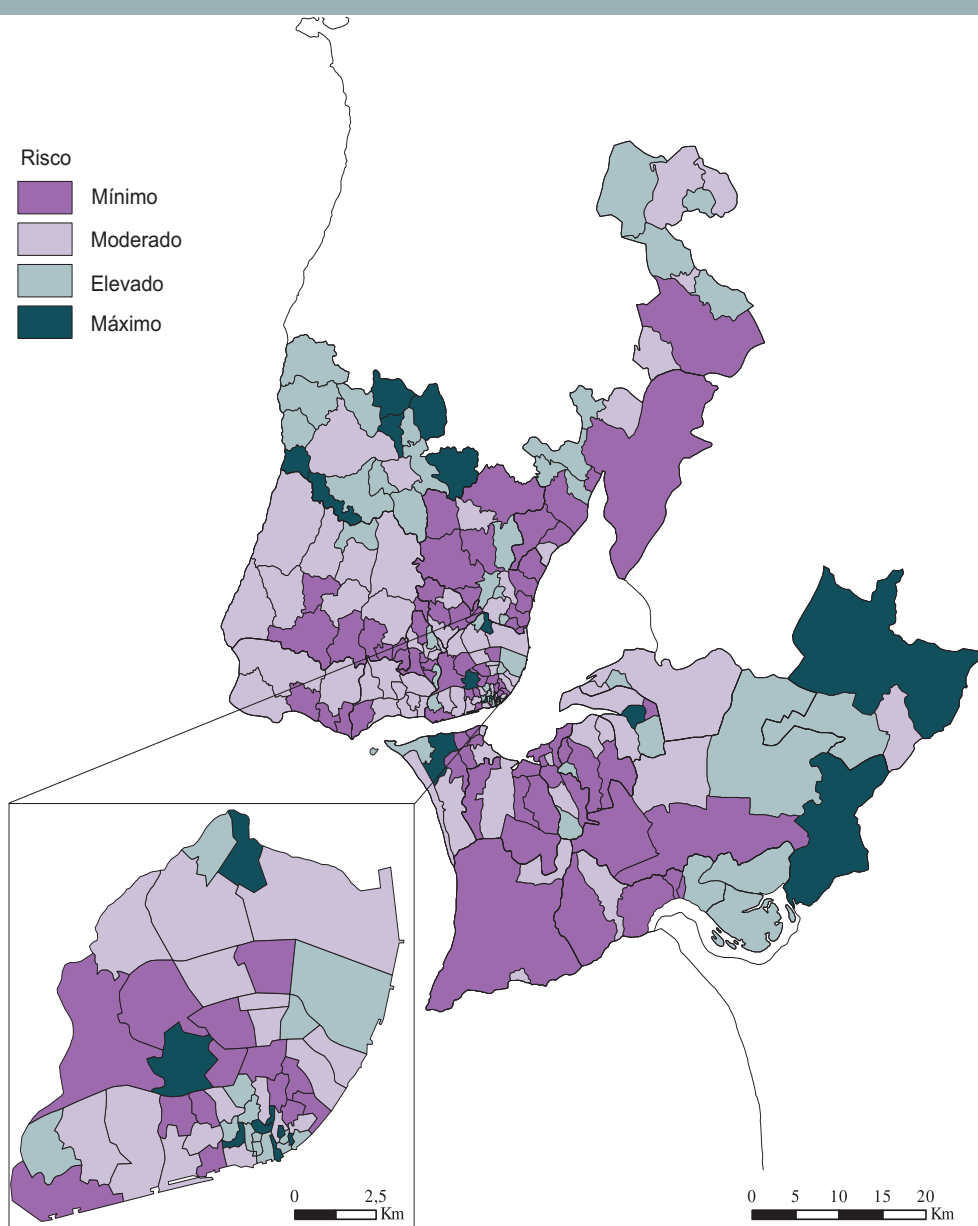
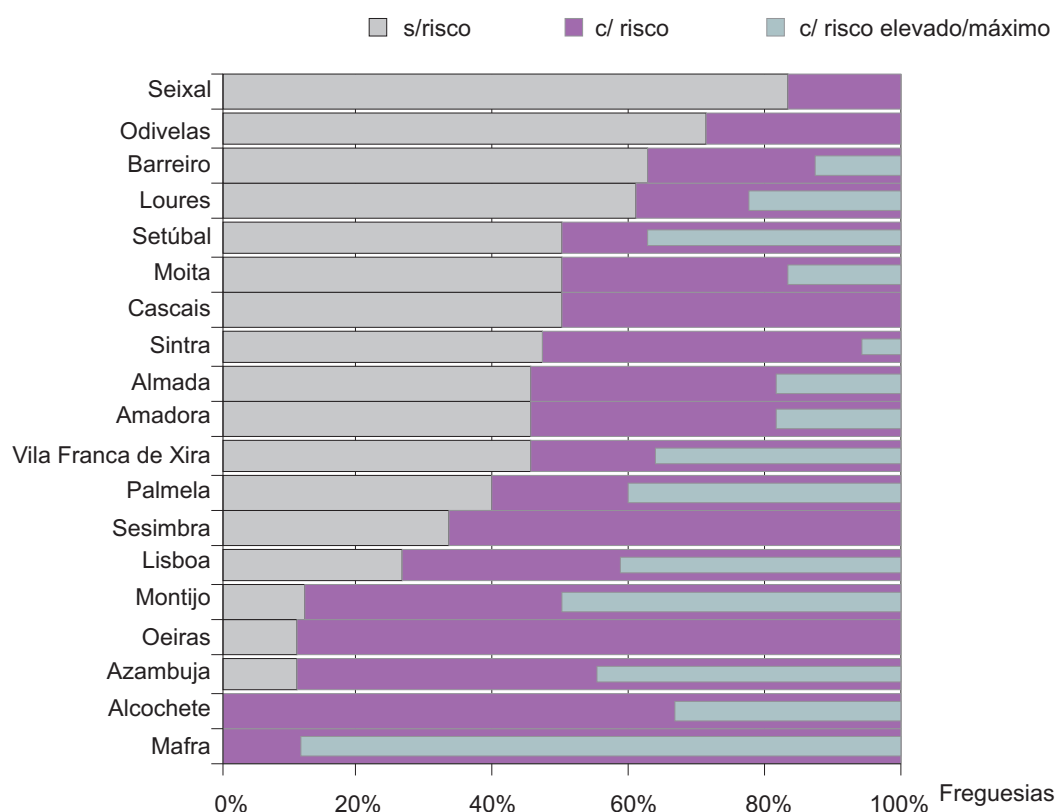


Figura 7

Ocorrência e gravidade do risco para a saúde na Área Metropolitana de Lisboa



A análise das figuras 6 e 7 destaca alguns municípios de baixo risco – Seixal, Odivelas, Cascais, Sesimbra e Oeiras – constituídos maioritariamente por freguesias consideradas de risco mínimo ou moderado, às quais se juntam algumas freguesias dos municípios de Sintra, Loures, Vila Franca de Xira e Moita. Os municípios referidos são constituídos por freguesias consideradas predominantemente urbanas³, que surgem, na sua maioria, envolvendo as áreas de maior centralidade da AML: Lisboa e Almada, respectivamente a norte e a sul do Tejo. Estes municípios, localizados num espaço que parece fazer a transição entre o “coração” da AML – a área de maior centralidade metropolitana – e a área 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 sociomaterial, e maior coesão e participação social.

³ Apenas Fernão Ferro, no Seixal, surge classificada como AMU.

O espaço urbano mais saudável prolonga-se por uma área localizada também na transição entre o núcleo e a(s) área(s) de menor centralidade 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 território caracteriza-se por possuir também 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, municípios em que várias freguesias apresentam situações de risco para a saúde moderado e, por vezes, elevado⁴.

À medida que o referido espaço urbano saudável dá lugar ao centro ou à(s) periferia(s), 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 municípios de Lisboa e Almada (risco máximo em 15,1% e 9,1%, respectivamente, das suas freguesias), acentuando-se na coroa mais afastada desse centro. Esta área de menor centralidade é formada, a norte, pelo município de Mafra, onde se maximizam as situações de risco (35,3% das freguesias em risco máximo) e, a sul, pelos municípios de Palmela e Montijo (risco máximo em 20% e 25%, respectivamente, das suas freguesias). Este espaço periférico de risco prolonga-se, a norte, pelos municípios 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, 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 sociomaterial; 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 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 a baixa coesão social, expressa pelo desinteresse político da população e/ou pela ausência de participação comunitária.

Conclusões

Sexo, idade, estatuto socioeconómico e estilos de vida determinam variações no estado de saúde auto-avaliado da população residente na AML. Todavia, as variações persistem mesmo quando se controlam as características intrínsecas dos indivíduos, manifestando-se em função de diferenças no ambiente socioeconómico, na acessibilidade ao transporte público (isto é, na dispersão urbana e crescente utilização do transporte individual), na disponibilidade de equipamentos e serviços, no capital social e na coesão social.

A geografia das determinantes contextuais da saúde na AML evidencia um território caracterizado pela sua capacidade de promover saúde. Este espaço urbano saudável opõe-se social e geograficamente a outros territórios, localizando-se entre as áreas de maiores e menores centralidades. Curiosamente, este espaço intermédio tem sido considerado pouco qualificado e designado até como “corredor”, ou passagem, entre as áreas centrais e as áreas menos centrais (Salgueiro, 2001). Todavia, os resultados obtidos neste estudo sugerem que este espaço pode funcionar não como “corredor”, no sentido de passagem e esvaziamento, mas como “galeria”, possibilitando acumulação e concentração de vantagens.

⁴ 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%.

À semelhança de estudos elaborados noutros contextos (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, 2007; Van Lenthe, Brug e Mackenbach e outros, 2005), e também em Portugal (Nogueira, 2008a, 2008b, 2009a 2009b; Santana, Santos e Nogueira, 2009), a avaliação do impacto das determinantes ambientais no estado de saúde individual revelou que um ambiente depauperado e vulnerável – reduzindo a possibilidade de utilização de meios de transporte saudáveis e activos (diminuindo consequentemente as oportunidades de desenvolver uma vida mais activa), limitando o acesso a cuidados de prevenção e promoção da saúde e limitando os contactos e as interacções sociais – pode afectar a saúde.

O estudo das determinantes ambientais do estado de saúde auto-avaliado revelou a influência de factores do ambiente socioeconómico, nomeadamente, a privação socioeconómica, mas também de recursos imateriais, como a participação política e cívica da população, e físicos, relativos à disponibilidade de equipamentos e transporte. Em função dos resultados, parece ser possível destacar três dimensões do ambiente local, que podem ser consideradas como pilares de um urbanismo saudável:

- A dimensão material: lugares sub-infraestruturados, com défice de equipamentos e de recursos promotores de saúde, têm impacto negativo na saúde da população.
- A dimensão da acessibilidade e mobilidade: territórios fragmentados e segregados, fracamente conectados e com deficientes condições de mobilidade e acessibilidade, diminuem os níveis de saúde da população.
- A dimensão social: lugares caracterizados pela falta de factores distintivos e identitários constituem territórios desqualificados e sem capacidade de promover a saúde da sua população.

Os resultados permitem concluir que a melhoria dos níveis de saúde é possível através de políticas intersectoriais integradas, dirigidas quer aos indivíduos (sobretudo a indivíduos com determinado perfil), quer aos territórios (e a territórios específicos).

Nas áreas de menor centralidade, parece essencial assegurar o acesso e a utilização efectiva de recursos, quer aumentando a sua disponibilidade, quer melhorando a acessibilidade destas áreas a outras onde exista maior disponibilidade. É, pois, necessário densificar e diversificar, o que se relaciona com a necessidade de criar núcleos que reforcem o tecido urbano característico das áreas de menor centralidade, da cidade não central, extensiva e, muitas vezes, descontínua – a questão de desenvolver o policentrismo em rede. Por outro lado, a melhoria da acessibilidade e a redução da dependência do transporte individual, apelam tanto à pedonização dos lugares, como ao incremento da disponibilidade e eficiência do transporte público. Na AML, a acessibilidade ao transporte público determina o estado de saúde individual, o que reforça a necessidade de repensar as questões da mobilidade intermodal, nomeadamente da complementaridade entre diferentes tipos de transporte. Acresce que a actividade física, determinante individual da saúde, é condicionada pelas características dos territórios. Diversos estudos têm apontado o aumento dos níveis de actividade física em “comunidades caminháveis” (“walkable communities”), caracterizadas pela concentração e diversidade de oportunidades necessárias à vida quotidiana dos seus habitantes (incluindo espaços para contactos informais como, por exemplo, espaços verdes), pelos elevados níveis de interacção social, pela qualidade do ambiente construído, nomeadamente, ao nível da existência de redes pedonais, limpeza e manutenção dos patrimónios, iluminação, sinalização, estética e segurança (Doyle e outros; Frank e outros, 2006; Stafford e outros, 2007; Santana, Santos e Nogueira, 2009).

Nas áreas de maior centralidade da AML, a emergência do risco deve-se essencialmente aos elevados valores de privação sociomaterial e aos baixos níveis de suporte e coesão social. Áreas de privação, caracterizadas pela vulnerabilidade da sua população, devido ao desemprego, às baixas qualificações e à habitação precária, são o resultado de um conjunto de factores que contribuem para uma desigual e iníqua distribuição de poder e de vantagens. A OMS (2008) refere, concretamente, a conjugação de políticas e programas sociais pobres e de políticas e acordos económicos desajustados e injustos. Por outro lado, vários estudos têm sublinhado a relação entre privação sociomaterial e recursos sociais. Marmot e Wilkinson (2001), Corburn (2004) e Wilkinson (2005), entre outros, referem-se ao impacte negativo na saúde dos factores psicossociais subjacentes à privação relativa e às iniquidades socioeconómicas. Para além das restrições relacionadas com o acesso aos recursos materiais e, genericamente, às oportunidades que possibilitam uma vida saudável, a privação relativa e a iniquidade social reduzem os níveis de capital e de coesão social e fragilizam as relações sociais, aumentando o isolamento social, a falta de controlo, a insegurança, o stress, a ansiedade e a baixa auto-estima, condições que têm sido relacionadas com maus resultados em saúde (física e mental) (Cohen e outros, 2006; Sundquist e Yang, 2007; Yip e outros, 2007). Parece então essencial diminuir as desigualdades socioeconómicas existentes e incrementar a organização social, promovendo níveis de participação e de compromisso. Guerra (2001, 2003) refere que o sentido de pertença a um lugar decorre da sua identidade; a identidade decorre, em parte, da já referida existência de núcleos que estruturam e reforcem o tecido urbano.

Sugere-se que a proximidade, geográfica e social, se constitua como horizonte prioritário de políticas que visem a promoção da saúde. Esta proximidade concretiza-se através de intervenções no uso do solo, densificando, diversificando e aproximando áreas de residência, de trabalho, de compras e de lazer; no desenho urbano, criando lugares em que se possa e queira caminhar – investindo em redes pedonais e ciclovias, em manutenção, limpeza, iluminação, sinalização e estética do espaço público e em segurança; nos espaços colectivos, cuja função de integração e inclusão deve assegurar a questão fulcral da identidade na e da comunidade.

Os factores que determinam a saúde revelam que a promoção da saúde passa por políticas intersectoriais que extravasam o sector da saúde, e que são territorialmente desenhadas e concretizadas; se os territórios são construções humanas, ambientes intencionais, podem então ser transformados de modo a promover a saúde.

Agradecimentos

Esta investigação foi em parte financiada pelo projecto “Planeamento Urbano Saudável” (POCTI/GEO/45730/2002), da Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Bibliografia

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. e 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.

Cohen, D.; Finch, B.; Bower, A. e Sastry, N. (2006) - “Collective efficacy and obesity: the potential influence of social factors on health”, *Social Science & Medicine*, 62, p. 769-778.

Coburn, D. (2004) - “Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities”, *Social Science & Medicine*, 58, p. 41-46.

Cummins, S.; Macintyre, S.; Davidson, S. e 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. e Ellaway, A. (2005) - “Neighbourhood environment and its association with self-rated health: evidence from Scotland & England”, *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 59, p. 207-213.

Cummins, S.; McKay, L. e Macintyre, S. (2005) - “McDonald’s restaurants and neighbourhood deprivation in Scotland and England”, *American Journal of Preventive Medicine* 29, p. 308-310.

Doyle, S.; Kelly-Schawartz, A.; Schollossberg, M. e Stockard, J. (2006) - “Active community environments and health: the relationship of walkable and safe communities to individual health”, *Journal of the American Planning Association*, 1, p.19-31.

Frank, L. D.; Sallis, J. F.; Conway, T. L.; Chapman, J. E.; Saelens, B. E. e Bachman, W. (2006) - “Many pathways from land use of health: associations between neighborhood walkability and active transportation, body mass index, and air quality”, *Journal of the American Planning Association*, 1, 75-87.

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.XXXPP

Jaffe, D.; Eisenbach, Z.; Neumark, Y. e Manor, O. (2005) - “Individual, household and neighborhood socioeconomic status and mortality: a study of absolute and relative deprivation”, *Social Science & Medicine*, 60, p. 989-997.

Long, J.S. (1997) - “Regression models for categorical and limited dependent variables”. Thousand Oaks, SAGE Publications.

Macintyre, S.; Ellaway, A. e Cummins, S. (2002) - “Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?”, *Social Science & Medicine*, 55, p. 125-139.

Macintyre, S.; Macdonald, L. e Ellaway, A. (2008) - “Do poorer people have poorer access to local resources and facilities? The distribution of local resources by area deprivation in Glasgow, Scotland”, *Social Science & Medicine*, 67, p. 900-914.

Macintyre, S.; McKay, L. e 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", *Social Science & Medicine*, 60, p. 313-317.

Marmot, M. e 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. (2004) - "Tackling health inequalities since the Acheson Inquiry", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 262-263.

McCulloch, A. (2003) - "An examination of social capital and social disorganisation in neighbourhoods in the British Household Panel Study", *Social Science & Medicine*, 56, p. 1425-1438.

Morland, K.; Wing, S.; Diez-Roux, A. e Poole, C. (2002) - "Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food service places", *American Journal of Preventive Medicine*, 22, p. 23-29.

Nogueira, H. (2007) - "Territórios de Privação Múltipla na Área Metropolitana de Lisboa". In: P. Santana, P. (coord.), *A Cidade e a Saúde*. Coimbra, Edições Almedina, p. 133-141.

Nogueira, H. (2008a) - "Os Lugares e a Saúde. Investigação em Geografia da Saúde". Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.

Nogueira, H. (2008b) - "Vulnerabilidades do ambiente local - impactes no estado de saúde auto-avaliado da população residente na Área Metropolitana de Lisboa", *Revista de Estudos Demográficos*, 43, p. 5-18.

Nogueira, H. (2009a) - "Local environment as a context of vulnerability or opportunity: assessing health inequalities in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal". In: C. Mager (coord.), *Développement territorial: jeux d'échelles & enjeux méthodologiques*. Lausanne, Universidade de Lausanne, p. 157-164.

Norman, P.; Boyle, P. e Rees, P. (2005) - "Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis", *Social Science & Medicine*, 60, p. 2755-2771.

Organização Mundial da Saúde (2008) - "Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health". Geneva, World Health Organization.

Parkes, A., Kearns, A. (2006) - "The multi-dimensional neighbourhood and health: a cross-sectional analysis of the Scottish Household Survey, 2001", *Health & Place*, 112, p.1-18.

Powell, L.; Slater, S.; Chapoupka, F. e Harper, D. (2006) - "Availability of physical activity-related facilities and neighbourhood demographic and socioeconomic characteristics: a national study", *American Journal of Public Health*, 96, p. 1676-1680.

Roos, L.; Magoon, J.; Gupta, S.; Chateau, D. e Veugelers, P. (2004) - "Socioeconomic determinants of mortality in two Canadian provinces: multilevel modelling and neighborhood context", *Social Science & Medicine*, 59, p. 1435-1447.

Salgueiro, T.B. (2001) - "Lisboa. Periferia e Centralidades". Oeiras, Celta

Santana, P.; Santos, R. e Nogueira, H. (2009) - "The link between local environment and obesity: a multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal", *Social Science & Medicine*, 68, p. 601-609.

Stafford, M.; Cummins, S.; Macintyre, S.; Ellaway, A. e Marmot, M. (2005) - "Gender differences in the association between health and neighbourhood environment", *Social Science & Medicine*, 60, p. 1681-1692.

Stafford, M.; Cummins, S.; Ellaway, A.; Sacker, A.; Wiggins, R. e Macintyre, S. (2007) - "Pathways to obesity: identifying local, modifiable determinants of physical activity and diet", *Social Science & Medicine*, 65, p.1882-1897.

Sundquist, K. e Yang, M. (2007) - "Linking social capital and self-rated health: a multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden", *Health & Place*, 13, p.324-334.

Sundquist, K.; Malmstrom, M. e 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.

Van Lenthe, F.; Brug, J. e Mackenbach, J. (2005) - "Neighbourhood inequalities in physical inactivity: the role of neighbourhood attractiveness, proximity to local facilities and safety in the Netherlands", *Social Science & Medicine*, 60, p. 763-775.

Wilkinson, R. (2005) - "Social corrosion, inequality and health". In: A. Giddens e P. Diamond (eds.), *The New Egalitarianism*. - Cambridge, Polity Press, p. 183-199.

Wilson, K.; Elliot, S.; Law, M.; Eyles, J.; Jerret, M. e Keller-Olaman, S. (2004) - "Linking perceptions of neighbourhood to health in Hamilton, Canadá", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 192-198.

Yip, W., Subramanian, S.V., Mitchell, A., Lee, D., Wang, J. e Kawachi, I. (2007) - "Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China", *Social Science & Medicine*, 64, p. 35-49.