

Helena Guilhermina da Silva Marques Nogueira

Os Lugares e a Saúde



Uma abordagem da Geografia às variações em saúde
na Área Metropolitana de Lisboa



Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

2006

Helena Guilhermina da Silva Marques Nogueira

Os Lugares e a Saúde

Uma abordagem da Geografia às variações em saúde na
Área Metropolitana de Lisboa

*Dissertação de Doutoramento em Letras, área de Geografia, especialidade de Geografia,
apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, sob a orientação da
Professora Doutora Ana Paula Santana Rodrigues*



Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

2006

Fotografias na capa:

1. Bairro de Santa Filomena, Amadora. 2006
2. <http://pt.trekearth.com/gallery/Europe/Portugal/South/Lisboa/Lisboa/photo509160.htm>. Paulo Mendonça, 2006
3. <http://www.lisboacomercial.com/>
4. http://www.cm-lisboa.pt/?id_categoria=77
5. <http://fotos.euroresidentes.com/fotos/Portugal/Lisboa/imagepages/image17.html>

21 de Novembro de 2006

Índice de Conteúdos

Lista de Siglas	7
Agradecimentos	9
Resumo	11
Abstract	15
Résumé	19
Introdução	23
1. Importância do tema: algumas (breves) notas.....	23
2. Justificação do estudo	24
3. Objectivos e questões principais.....	28
4. Estrutura do trabalho.....	29
5. Metodologias e fontes de estudo	30
Primeira Parte: Geografia, Saúde e Urbanização	33
Capítulo I: Os Geógrafos e a Saúde	37
1. O Envolvimento da Geografia na Investigação em Saúde	37
2. A Geografia e a Saúde: novos desafios e novos paradigmas.....	40
2.1. Pluralidade e diversidade	40
2.1.1. Geografia da Saúde tradicional.....	41
2.1.2. Geografia da Saúde contemporânea	42
2.2. Unidade	45
2.3. Interdisciplinaridade	46
3. Síntese	48
Capítulo II: Saúde, Desenvolvimento e Urbanização	49
1. Saúde: o conceito	49
2. Saúde, Progresso e Desenvolvimento.....	51
2.1. A transição epidemiológica.....	53
3. Saúde e Urbanização.....	57
3.1. Condicionantes da saúde urbana	61
3.2. Saúde (d)na cidade.....	65
3.3. Espaços urbanos saudáveis: acção e promoção da saúde.....	67
4. Síntese	70
Segunda Parte: Variações Espaciais em Saúde - causalidade e abordagens	71
Capítulo III: Factores Individuais das Variações em Saúde	75
1. Factores Imutáveis	75
1.1. Idade.....	75

1.2. Género.....	77
2. Factores Mutáveis	79
2.1. Etnia.....	79
2.2. Estatuto socioeconómico.....	82
2.2.1. Rendimento	83
2.2.2. Ocupação.....	84
2.2.3. Instrução.....	85
2.3. Percurso de vida.....	87
3. Síntese	89
Capítulo IV: Factores Ambientais das Variações em Saúde.....	91
1. Ambiente Físico	91
2. Ambiente Socioeconómico.....	95
2.1. Condições sociomateriais: a privação	95
2.2. Os serviços de saúde.....	99
2.3. A desigualdade nos rendimentos e a sua redistribuição	102
3. O Funcionamento Colectivo.....	105
3.1. O capital social.....	106
3.2. As redes sociais.....	109
3.3. A reputação dos lugares e a mobilidade selectiva	112
3.4. Os factores de oportunidade local: recursos necessários ao quotidiano	114
4. Síntese	117
Capítulo V: Explicações e Estratégias de Combate às Variações Espaciais em Saúde.....	119
1. Os Indivíduos e a Composição	120
2. O Contexto: as polaridades composição/contexto e contexto socioeconómico/contexto psico-sócio-cultural	123
3. A Integração	126
4. Políticas de Combate às Variações em Saúde	128
4.1. Do indivíduo ao lugar	129
4.2. Criando lugares saudáveis.....	131
4.2.1. Comportamentos e estilos de vida (nível 1)	134
4.2.2. Influências comunitárias e condições estruturais locais: funcionamento colectivo e condições sociomateriais (nível 2).....	135
4.2.3. Influências ambientais gerais (nível 3)	140
5. Síntese	142
Terceira Parte: Variações em Saúde na Área Metropolitana de Lisboa.....	145
Capítulo VI: Escala, Dados e Métodos	149
1. A Escolha da Escala de Análise	149
1.1. Lugares e comunidades.....	150

2. Fontes	152
2.1. Caracterização dos lugares e privação sociomaterial	153
2.2. O funcionamento colectivo dos lugares	153
2.3. A amostra estudada: o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99	154
3. Dados	155
3.1. A privação sociomaterial dos lugares	155
3.2. O funcionamento colectivo dos lugares – as dimensões do ambiente local	156
3.3. As características da amostra: o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99	160
3.3.1. Resultado em saúde: o estado de saúde auto-avaliado	162
3.3.2. As determinantes individuais da saúde	164
4. Métodos.....	167
4.1. A privação sociomaterial dos lugares – o indicador de privação múltipla	167
4.2. O funcionamento colectivo – as dimensões do ambiente local	171
4.2.1. Organização da informação: construção das bases e geocodificação dos dados	171
4.2.2. Redução da informação: a Análise Factorial em Componentes Principais (ACP)	173
4.2.3. Análise de confiança – o coeficiente de Cronbach Alpha e o Alpha estandardizado	175
4.3. As características da amostra: o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99	176
4.4. Cartografia das variáveis contextuais criadas.....	176
4.5. A relação entre indivíduos, contexto e saúde: modelos de regressão logística ordenada.....	177
4.5.1. A especificação dos modelos	178
4.5.2. A elaboração dos modelos	179
4.5.3. A interpretação dos modelos	180
5. Limitações Impostas ao Estudo.....	183
5.1. A privação sociomaterial dos lugares	183
5.2. O funcionamento colectivo dos lugares – as dimensões do ambiente local	188
5.3. As características da amostra: o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99.....	190
5.4. Os modelos estatísticos utilizados	191
Capítulo VII: A Área Metropolitana de Lisboa - caracterização geohumana e socioeconómica.....	193
1. Estrutura Morfo-funcional	193
2. Dinâmica Demográfica.....	195
2.1. Evolução da população residente e densidade populacional	195
2.2. Estrutura etária	198
2.3. Mobilidade.....	203
3. Dinâmica Socioeconómica	204
3.1. Estrutura profissional	204
3.2. Desemprego.....	207
3.3. Analfabetismo e nível de instrução.....	208
3.4. Poder de compra.....	212
4. Privação Sociomaterial	213

4.1. Geografia da privação múltipla na Área Metropolitana de Lisboa	216
5. Síntese	224
Capítulo VIII: Funcionamento Colectivo - organização social e factores de oportunidade local na Área Metropolitana de Lisboa	227
1. Ambiente Local na AML: caracterização e análise de diferentes dimensões	228
1.1. O ambiente “outdoor”	232
1.2. O ambiente “indoor”	236
1.3. Desporto	242
1.4. Lazer e recreação	245
1.5. Protecção e segurança	248
1.6. (In)segurança rodoviária	251
1.7. Desemprego e condições sociais de trabalho	254
1.8. Transportes e acessibilidades	257
1.9. Educação	263
1.10. Serviços de saúde	266
1.11. Serviços de apoio social e familiar	271
1.12. Acesso a produtos alimentares	274
1.13. Outros recursos locais	278
1.14. Capital social e coesão social	281
2. Dimensões do Ambiente Local: sobreposição ou especificidade	290
3. Síntese	293
Capítulo IX: Indivíduos, Lugares e Saúde na Área Metropolitana de Lisboa - variações no estado de saúde auto-avaliado	295
1. Características da Amostra Estudada: a distribuição dos inquiridos	296
2. Características da Amostra Estudada: os inquiridos	300
3. A Influência dos Lugares na Saúde	302
3.1. Características omissas dos inquiridos no INS	303
3.2. Variáveis introduzidas na análise estatística	304
3.2.1. As determinantes da saúde: as variáveis independentes	304
3.2.2. O resultado em saúde: a variável dependente	306
3.2.3. As estimativas efectuadas	306
3.3. Principais resultados	306
3.3.1. Modelo 1: relação entre dimensões do ambiente sociomaterial local e saúde	307
3.3.2. Modelo 2: relação entre privação sociomaterial e saúde	312
3.3.3. Alterações possíveis na saúde auto-avaliada: previsões baseadas nos modelos	313
3.3.4. A especificidade do género	318
3.4. Discussão dos resultados	322
3.4.1. Determinantes da saúde retidas pelos modelos: efeitos em conformidade com o padrão teórico pré-estabelecido	323

3.4.2. Determinantes da saúde retidas pelos modelos: efeitos (ou intensidades) não conformes com o padrão teórico pré-estabelecido	333
3.4.3. Determinantes da saúde retidas pelos modelos: a especificidade do género	338
3.4.4. Determinantes contextuais da saúde afastadas no decurso da análise estatística	345
4. Síntese	349
Capítulo X: Conclusões/Paradigmas de Intervenção	351
1. Principais Conclusões e Orientações Propostas pelo Estudo Realizado.....	352
1.1. As determinantes da saúde da população residente na AML	352
1.2. A AML, mosaico de factores de risco e protecção da saúde	354
1.3. Saúde na AML: espaços sociais e espaços de recursos	358
1.3.1. Vertente dos recursos e promoção da saúde.....	359
1.3.2. Vertente da acessibilidade e promoção da saúde	361
1.3.3. Vertente da identidade e promoção da saúde.....	363
2. Paradigmas de Intervenção	365
2.1. Ecologia da saúde: uma mudança de perspectiva	365
2.2. Lugares e comunidades saudáveis: a proximidade como horizonte	366
2.3. Um novo paradigma (de planeamento) para o século XXI: a saúde nos (dos) lugares.....	367
2.4. Para uma (nova) geografia de intervenção.....	369
2.5. Linhas de investigação futuras.....	370
Anexo A. Matriz de correlações entre variáveis testadas no cálculo do Indicador de Privação Múltipla .	371
Anexo B. Dimensões do ambiente local - variáveis, fontes e níveis de desagregação	375
Anexo C. Questões do INS 1998/99	387
Anexo D. Características da amostra estudada	393
Anexo E. Variáveis utilizadas na caracterização da AML (freguesias e concelhos)	405
Anexo F. Freguesias da AML hierarquizadas pelo valor do IPM e população residente.....	421
Bibliografia.....	429
Referências Bibliográficas	431
Fontes Estatísticas	476
Endereços www	477
Índice de Quadros	479
Índice de Figuras.....	482

Introdução

1. 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 colectivas, 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 lugar¹ 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 gênese 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.

2. 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

¹ Já no século XVIII se reconhecia que áreas mais salubres eram ocupadas por populações mais ricas e mais saudáveis, enquanto nas menos salubres se encontravam populações mais pobres e mais doentes (Macintyre, 1998).

futuro cenário de vida humana caracterizado pelo binómio, alongamento da esperança de vida/compressão das morbilidades (Fries, 1980)². 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 distantes³. 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 política⁴ 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;

² A evolução da relação, esperança de vida/esperança de vida saudável, tem sido objecto de diferentes cenários. Porém, as mais recentes evidências sugerem a possibilidade de conjugação entre aumento da esperança de vida e diminuição (absoluta e relativa) da morbilidade. A este propósito, refira-se o exemplo do Canadá, onde a utilização dos serviços hospitalares pelos grupos etários mais envelhecidos tem conhecido uma diminuição considerável (em 1985, 47% da população com 85 ou mais anos recebeu internamento hospitalar, contra apenas 32% em 1999) (De Coster, 2003).

³ Refira-se, por exemplo, que a esperança de vida à nascença em 2003 era, em média, de 78 anos para as mulheres dos países desenvolvidos, ficando aquém dos 46 anos para os homens da África Subsariana (OMS, 2003).

⁴ Esta terá tido início nos anos 80, quando foram conhecidos os resultados do “Black Report”, um relatório realizado no Reino Unido, no final da década de 70.

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 saúde⁵ 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

⁵ O mais utilizado tem sido a mortalidade, sobretudo a mortalidade por causas específicas, embora alguns estudos tenham também utilizado a morbilidade e o estado de saúde auto-avaliado.

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; Cummins e outros, 2004, 2005; Wilson e outros, 2004), 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, na medida em que os grandes centros urbanos são actualmente 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 urbanidade⁶, 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.

⁶ No dicionário de língua portuguesa, urbanidade surge como “qualidade do que é urbano”, a par com “cortesia, boa educação, afabilidade, civilidade, delicadeza e polidez”. O termo é frequentemente utilizado para designar áreas de cultura urbana sedimentada.

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.

3. 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. Por outras palavras, pretende-se conhecer o(s) efeito(s) do(s) lugar(es), enquanto contexto físico e social, na saúde individual. Este objectivo, de grande abrangência, será alcançado 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 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.

4. Estrutura do trabalho

O texto agora apresentado estrutura-se em três partes e dez capítulos, intencionalmente organizados de forma a proporcionar uma linha condutora ao trabalho efectuado. A Primeira Parte, formada por dois capítulos, procede a um enquadramento teórico e genérico do estudo. Assim, enquanto o capítulo I pretende situar a investigação no campo científico da Geografia da Saúde, explorando novos desafios e novos paradigmas subjacentes a esta “subdisciplina” geográfica, o capítulo II procura colocar questões mais específicas, relacionadas com a saúde urbana. Neste, analisa-se o conceito de saúde e as suas inter-relações com o desenvolvimento e com a urbanização, objectivando-se a problemática dos espaços urbanos saudáveis.

A Segunda Parte é dedicada à temática das variações em saúde. No capítulo III 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 IV 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 V distingue diferentes abordagens à temática das variações em saúde, apontando linhas e níveis de acção que podem concorrer para uma diminuição das variações em causa.

A Terceira Parte inicia-se com o capítulo VI, que procede à especificação das fontes, dos dados e dos métodos utilizados no decorrer da investigação, referindo-se as suas potencialidades e

também as suas limitações. No capítulo VII 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 da Área Metropolitana de Lisboa, com base num indicador construído, específico e apropriado, verificando-se a existência de profundas assimetrias, que se revelam independentemente da escala utilizada.

O capítulo VIII 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. Na verdade, 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 IX 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. Assim, este capítulo inicia-se por uma caracterização sumária dos indivíduos e das áreas seleccionadas na amostra. Prossegue com a tentativa de modelar a associação existente entre as determinantes e o resultado em saúde, o que foi efectuado por intermédio de modelos de regressão logística ordenada. Apresentam-se então 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.

5. 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 VI.

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 estrangeiros⁷, 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 análise⁸.

Deve ainda realçar-se que, à medida que a investigação decorria, alguns dos seus resultados foram apresentados em congressos, nacionais e estrangeiros⁹ e discutidos com especialistas nesta temática, igualmente nacionais e estrangeiros. Este debate precoce revelou-se crucial, permitindo reflectir criticamente toda a investigação e ir ajustando objectivos e procedimentos¹⁰.

⁷ Refiram-se os contactos estabelecidos com investigadores no âmbito dos cursos integrados nas “Summer schools”, realizadas em Coimbra em 2001 e 2002 pela European Science Foundation: Bem-Shlomo, Theorell, Siegrist, Steptoe, Bartley e Stafford, entre outros. Especial destaque merece também o contacto mantido com Macintyre, Ellaway e Cummins, do Medical Council Research de Glasgow, proporcionado por reuniões científicas decorridas em Lisboa e em Glasgow, Van Lenthe, da Universidade de Roterdão, cujo contacto foi estabelecido também em Lisboa no decurso de uma reunião científica, e Eyles, director do Instituto de Ambiente e Saúde da Universidade de McMaster, Canadá, que se deslocou a Coimbra para realizar uma conferência.

⁸ Optou-se por não se tecer considerações mais detalhadas sobre as fontes e os métodos utilizados, uma vez que estes serão retomados e desenvolvidos no capítulo VI.

⁹ Destaque-se a apresentação de comunicações nos seguintes congressos: 1. Pre-Conference Meeting 30th IGC UK, Emerging Issues in Medical Geography, IGU Commission on Health and Environment, Munique, 2004; 2. VIII Seminário Internazionale di Geografia Medica “Geografia dell’alimentazione”, Università de Roma “La Sapienza”, Roma, 2004; 3. The International Society of Behavioral Nutritional and Physical Activity, Amesterdão, 2005; 4. International Congress on Environmental Planning and Management - Environmental Challenges of Urbanization, Catholic University of Brasília, Brasília, 2005; 5. Congresso Anual do PLURIS 2005 (I Congresso Luso-brasileiro para o Planeamento Urbano, Regional, Integrado e Sustentável), Universidade de São Paulo, S. Carlos, 2005; 6. X Colóquio Ibérico de Geografia - A Geografia Ibérica no Contexto Europeu, Évora, 2005; 7. II Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e I Encontro Luso-brasileiro de Geografia da Saúde, Rio de Janeiro, 2005; 8. The Sustainable City 2006 - Fourth International Conference on Urban Regeneration and Sustainability, Wessex Institute of Technology, Tallinn, 2006; 9. WHO: European Healthy Cities Networks. Annual Business and the Technical Meeting: Local Governments for Health Development, Turku, 2006.

¹⁰ Refira-se ainda que, na redacção do texto, se insistiu em alguns aspectos que fundamentam a concretização dos objectivos da investigação. Este facto contribui para que, em determinados momentos, o texto retome assuntos anteriormente apresentados.