

A CIDADE COMO LUGAR – OU O LUGAR DA CIDADE – NO BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO

Paula Santana, Helena Nogueira, Rita Santos

Resumo

O início do Século XXI é, simultaneamente, o início de um novo milénio e o início de uma nova era no estudo das dinâmicas e impactos socioambientais da urbanização, nomeadamente na saúde – o papel do contexto, entendido nos seus aspectos geográficos, sociais e culturais. A inovação desta abordagem – porque ela não se limita a replicar as anteriores – está na ênfase dirigida aos aspectos sociais (apoio social e redes: capital social e coesão social) e seu impacto na saúde, principalmente nas grandes áreas urbanas. Uma melhor compreensão das causas das variações (geográficas) na morbilidade e na mortalidade é um elemento crucial na preparação de políticas específicas que permitam modificar os seus condicionalismos, sendo essencial, nesta matéria, distinguir entre as explicações dos padrões espaciais de resultados em saúde baseadas no contexto (importância do Lugar) e as que decorrem da composição das populações. Tal consideração tem implicações evidentes e significativas na adequação e eficácia de programas, medidas ou acções que concretizem políticas (intersectoriais), vocacionadas para populações-alvo determinadas.

Tendo em conta os pressupostos, pretende-se observar a relação entre os níveis de privação do espaço social e material (contexto) e a saúde (estado de saúde autoavaliado) da população residente na Área Metropolitana de Lisboa (AML). Ou seja, medir impactos da urbanização (aspectos socioambientais) na saúde da população metropolitana.

Foram analisados 5.004 residentes (Inquérito Nacional de Saúde, 1998/1999), em 143 freguesias da AML, utilizando a autoavaliação do estado de saúde e outras variáveis individuais, como o sexo, a idade e a ocupação. Para conhecer as características sociais da área – contexto – foram avaliados indicadores relativos ao capital social e à coesão social (equipamentos de apoio social, como creches, ATL's, lares de idosos; associações recreativas; tiragem dos jornais locais, abstenção nos actos eleitorais, entre outros).

Alguns resultados evidenciam variações significativas no estado de saúde autoavaliado: áreas de maior privação sociomaterial estão associadas a uma autoavaliação mais negativa do estado de saúde, sugerindo que existe uma relação forte entre o capital social, a coesão social e a saúde da população da área Metropolitana de Lisboa.

PALAVRAS-CHAVE: Redes Sociais, Capital Social, Associativismo, Saúde Urbana; Planeamento; Sustentabilidade; Variações em saúde; Oportunidades.

INTRODUÇÃO

Preocupadas com as causas de uma saúde débil e desigual ressurgem, no início do Século XXI, as influências estruturalistas e ambientais na compreensão da saúde e dos comportamentos relativos à saúde, substituindo as explicações unilaterais baseadas exclusivamente nos comportamentos individuais e respectivas doenças. Esta conclusão vem dar força a uma “nova era” na investigação em saúde, anunciada como o retomar da importância do lugar no estudo causativo das doenças (Macintyre e outros, 2002; Tunstall e outros, 2004). É, numa espécie de regresso às origens, o retomar de algumas práticas iniciadas por Hipócrates e recuperadas no século XIX e princípio do século XX pela emergente epidemiologia associada às graves questões de saúde pública de então (Santana, 2001; 2005).

A inovação desta abordagem – porque ela não se limita a replicar as anteriores – está na ênfase dirigida aos aspectos sociais (apoio social e redes: capital social e coesão social) e seu impacto na saúde, principalmente nas grandes áreas urbanas (Kawachi e outros, 1997; Cummins e outros, 2005). Uma melhor compreensão das causas das variações (geográficas) na morbidade e na mortalidade é um elemento crucial na preparação de políticas específicas que permitam modificar os seus condicionalismos, sendo essencial, nesta matéria, distinguir entre as explicações dos padrões espaciais de resultados em saúde baseadas no contexto e as que decorrem da composição das populações. Tal consideração tem implicações evidentes e significativas na adequação e eficácia de programas, medidas ou acções que concretizem políticas (intersectoriais), vocacionadas para determinadas populações-alvo (Santana, 2005).

Partindo da hipótese que o lugar onde as pessoas vivem e trabalham influencia e é influenciado pela saúde da população, este estudo tem como objectivo conhecer o contributo de alguns factores (individuais e contextuais) na saúde da população. Ou seja, pretende-se observar a relação entre os níveis de privação do espaço social e material (contexto) e a saúde (estado de saúde autoavaliado) da população residente na Área Metropolitana de Lisboa (AML), medindo impactos da urbanização (aspectos socioambientais) na saúde urbana. Tendo em conta este objectivo o texto divide-se em quatro partes: 1. aspectos teóricos da relação entre contexto e saúde; 2. aspectos metodológicos da investigação efectuada; 3. principais resultados dos modelos estatísticos aplicados; 4. discussão dos resultados e comparação com outros recolhidos noutros contextos sociais, económicos e políticos.

1. ASPECTOS TEÓRICOS DA RELAÇÃO ENTRE CONTEXTO E SAÚDE

O LUGAR E O BEM-ESTAR/SAÚDE DA POPULAÇÃO

Numa breve incursão ao passado da geografia médica, verificam-se na sua origem ligações muito estreitas às “topografias médicas”. Foram os médicos quem primeiro reconheceu as relações existentes entre as características físicas (clima, topografia, redes hidrográficas, etc.) dos lugares (cidades ou regiões) e as doenças, sendo o seu principal objectivo a formulação de hipóteses a ser desenvolvidas pela Saúde Pública. Durante várias décadas, tanto os geógrafos como os médicos usavam o espaço geográfico no âmbito da distribuição da informação, de forma simplista (Jones e Moon, 1987). Alguns geógrafos, na década de 80, (destaque para os trabalhos de Eyles, 1986; Jones e Moon 1987; Curtis e Mohan, 1989), considerando a inter-relação entre as características dos lugares e os resultados em saúde, concluíram que a saúde (ou a doença) é, em parte, resultado da natureza e/ou do impacto dos lugares, o que evidenciou o papel do ambiente físico e social na saúde humana. Por outro lado, reconheceu-se também a relação entre o gradiente na saúde e as condições sociais dos indivíduos, concluindo-se que os mais desfavorecidos, económica e socialmente, morrem mais cedo ou têm estados percebidos de saúde mais baixos (Duncan e outros, 1993; Duncan, 1996). Em síntese, pode dizer-se que as diferenças geográficas foram usadas para ajudar a desenvolver explicações de resultados em saúde, mas essas diferenças ainda não tinham feito parte da explicação.

Assim, depois de uma fase em que a preocupação principal é a localização e a correlação espacial com os factores ou determinantes da saúde, segue-se uma outra fase em que o geógrafo privilegia as representações que cada um faz da doença, dos riscos de doença e, também, as características do território/lugar. Consequentemente, passa a ser dada particular atenção ao efeito do contexto nos resultados em saúde, em interacção e, por vezes, sobreposição, ao efeito dos factores individuais. Vários autores, aplicando um novo tipo de análise estatística apropriada a esta problemática - *multilevel models* - concluem pela existência de uma relação estreita entre os resultados em saúde e a privação/oportunidade de acesso a bens e serviços, atribuindo especial importância ao papel que o território (espaço geográfico e social) tem como mediador dessa mesma relação (Duncan e outros, 1993; Gould e Jones, 1995; Duncan e outros, 1996,1997). A estrutura do território tem consequências directas na saúde: Subramanian e outros (2000), à semelhança de outros autores (Yen e Kaplan, 1999; Diez-Roux e outros 2000; Diez-Roux, e outros 2001), num estudo realizado nos Estados Unidos com a utilização da ferramenta *multilevel*, concluíram que os factores de nível individual (baixo rendimento, raça negra, fumadores) estavam fortemente associados com percepções de saúde fraca. No entanto, também verificaram a existência de variações significativas entre os locais (Estados), concluindo que estas eram

significativas e permaneciam, mesmo depois de terem sido controladas as características individuais. Ou seja, a probabilidade de ter percebido níveis diferentes de estados de saúde varia consideravelmente quando se altera ou se modifica a situação relativamente ao capital social: baixo capital social equivale a maus estados de saúde.

Os geógrafos, como foi referido anteriormente, têm tido um contributo importante na reflexão das causas que contribuem para as variações em saúde e no desenvolvimento metodológico do seu estudo; no entanto o seu maior contributo tem sido de forma indirecta, ou seja apoiando outros especialistas que teorizam e fazem ciência no início do século XXI, com destaque para Yen e Kaplan (1999), Lochner e outros (1999), Diez-Roux e outros (2000), Benzeval e Judge (2001), Macintyre e Ellaway (2000) e Stafford e outros (2005). Estes autores contribuíram decisivamente para que fosse dada especial atenção à verificação de associações entre as áreas desfavorecidas e: 1. os resultados em saúde (incidência, prevalência e mortalidade por doenças coronárias e doenças mentais); 2. os riscos biológicos (o peso à nascença; a obesidade e a tensão arterial); 3. os comportamentos de risco (consumo de tabaco, inactividade física e dieta). A maior parte destes estudos concluem que os efeitos da privação das áreas de residência nos resultados em saúde são independentes da posição socioeconómica dos indivíduos. Inclui-se o papel da coesão social, desorganização social, capital social, eficácia colectiva, ou seja, a capacidade diferencial das comunidades para concretizar valores comuns aos residentes.

No entanto, a forma como o lugar pode interagir com a saúde está subteorizada, no sentido de que as diferentes partes do corpo da teoria não estão ainda bem integradas, e algumas das partes estão relativamente pouco desenvolvidas. A questão que se coloca aos investigadores, e no caso concreto da Geografia, é a de clarificar quais são, de entre as condições físicas e sociais do local onde os indivíduos passam a maior parte do seu tempo, as que são responsáveis pelos resultados em saúde. Sally Macintyre (1997) anuncia as que considera mais relevantes: 1 características físicas do ambiente partilhadas por todos os residentes; 2. oferta (disponibilidade) de ambiente saudável em casa, nos locais de trabalho e de recreio; 3. serviços privados e públicos oferecidos para assegurar as necessidades de bem-estar do dia a dia; 4. aspectos socioculturais em geral; 5. reputação da área. Ao longo dos últimos anos, Macintyre e o grupo de Glasgow têm vindo a aprofundar a base conceptual e metodológica de suporte a esta teoria (Macintyre e Ellaway, 1998, 2000 a, b; Macintyre e outros, 2002; Cummins e outros, 2004, 2005; Stafford e outros, 2005).

A investigação que se segue tem em conta os indivíduos, não isoladamente e dependentes apenas das suas características individuais, mas integrados em grupos ou contextos (materiais e psicossociais) que, por sua vez, não são estáticos, ou seja, são sujeitos a interacções de vários factores e em várias escalas de análise.

CARACTERÍSTICAS SOCIOMATERIAIS DO LUGAR E A SAÚDE

Macintyre e outros (2002) apresentam os factores contextuais, designando-os como factores de oportunidades, pertencentes ao *funcionamento colectivo da comunidade*. Englobam determinantes da saúde como o capital social e as redes sociais, a reputação dos lugares, a mobilidade selectiva e várias infra-estruturas locais, materiais e sociais. Outros autores sublinham o efeito na saúde do capital e da coesão social (Kawachi e outros, 1997; Stafford e outros, 2001; Cohen e outros, 2003; Cummins e outros, 2005), das oportunidades e facilidades existentes a nível local (Raphael e outros, 2001; Cummins e outros, 2004, 2005) ou dos níveis de desigualdade dos rendimentos de cada sociedade (Lopez , 2004; Hou e Myles, 2005). Para além destes efeitos, há ainda a considerar a existência de efeitos indirectos, mais subtis, de que é exemplo o efeito de percepção das iniquidades que, fragilizando o capital social, diminui também os níveis de saúde (Kawachi e outros, 1997; Lynch e outros, 2000 a).

O capital social pode ser definido 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 (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. O capital social deve então ser entendido como um recurso comunitário produzido pela interacção dos indivíduos em redes de diferentes tipos. Alguns autores distinguem diferentes formas de capital social, ou diferentes elementos do capital social. Baum e Ziersch (2003), por exemplo, referem-se a elementos cognitivos e estruturais do capital social. Segundo os autores, as formas estruturais do capital social relacionam-se com as estruturas sociais, de que são exemplo a intensidade das redes sociais e a quantidade de associações de diferentes tipos, enquanto as formas cognitivas se relacionam com elementos mais subjectivos, de que são exemplo a confiança e as normas de reciprocidade.

Putman (1993; 1995) desenvolveu trabalhos sobre o capital social, investigando 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. 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. Incrementar as possibilidades de uma vida comunitária rica, promovendo a equidade e a construção de capital social pode melhorar os níveis de saúde, individuais e colectivos. Antes dele, outros (Bourdieu, 1986; Coleman, 1988) tinham já definido capital social, não esquecendo, os trabalhos de Durkheim, Simmel, Marx e Weber.

O capital e a coesão social são afectados pela existência de actividades comuns e de locais de encontro que promovam a identidade de indivíduos e comunidades (Thomas, 2002). Locais apropriados ao convívio social e à prática de actividades físicas ligeiras que, por sua vez, intensificam as interacções sociais, promovem encontros informais entre os indivíduos (Barton e Tsourou, 2000), com efeitos positivos no capital social. Refira-se que Thomson e outros (2003), num estudo desenvolvido em Glasgow, concluem que a disponibilidade e utilização das piscinas influencia positivamente a saúde da população, mais pelo efeito do convívio e da interacção social que a frequência da piscina proporciona, do que pelo aumento da actividade física. Ou seja, muitas das infra-estruturas locais englobadas nos chamados factores de oportunidade têm uma influência indirecta na saúde, *via* capital e coesão social. Por outro lado, o ambiente sociomaterial pode promover (ou não) a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. 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. Características relacionadas com a qualidade, (in)segurança e localização de vias pedestres e para ciclistas 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, factores que influenciam a saúde (Lawlor e outros, 2003; Van Lenthe e outros, 2005). Segundo Lawson (2001), se os lugares influenciam os comportamentos individuais, eles são também, simultaneamente, uma extensão desses próprios comportamentos. Ross (2000) refere a existência de efeitos de contágio em certos comportamentos, nomeadamente em alguns tipos de actividade física, como andar a pé e de bicicleta.

AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM OS FACTORES COMPOSICIONAIS E DE CONTEXTO

Dos inúmeros estudos que utilizam como variável de resultado a autoavaliação do estado de saúde, apenas se encontraram dois que utilizaram as cinco categorias usualmente definidas nos inquéritos (Kawachi e outros, 1999; Barros, 2003; e Hou e Myles, 2005). Noutros estudos (Kelleher e outros, 2003; Cummins e outros, 2004, 2005; Lopez, 2004; Wilson e outros, 2004; Ferrie e outros, 2005; Veenstra, 2005) as cinco categorias foram colapsadas em duas, uma correspondendo aos estados de saúde considerados como bom e muito bom, e outra englobando os estados de saúde considerados “abaixo de bom”, o que, no caso do Inquérito Nacional de Saúde corresponde às categorias de razoável, mau e muito mau. Lopez (2004), refere que colapsar as diferentes respostas em duas categorias dicotómicas permite avaliar melhor o efeito de diferentes factores no risco de avaliar negativamente a

saúde. Todavia, considera-se que ter em conta as cinco categorias ordenadas é contemplar e discriminar um maior nível de informação existente.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

FONTES E DADOS

Foram utilizados dados recolhidos no Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1998/99. Este inquérito utilizou uma amostra probabilística areolar e multietápica, construída a partir do recenseamento de 1991 e constituída por 1143 secções estatísticas (INS, 1998/99). No âmbito do referido inquérito foram realizadas 9.846 entrevistas na Área Metropolitana de Lisboa. Excluindo da análise os inquéritos com respostas omissas relativas à autoavaliação do estado de saúde, permaneceram 5004 entrevistas (apenas foram consideradas as respostas dadas pelo próprio) distribuídas em 143 das 216 freguesias pertencentes à AML. Deste, foi possível utilizar 4.999, dada a impossibilidade de qualificar 5 indivíduos em termos de ocupação funcional.

As variáveis individuais recolhidas no INS e utilizadas neste estudo foram: sexo, idade, ocupação e autoavaliação do estado de saúde. Estas variáveis foram agrupadas num número apropriado de categorias (tabela 1).

Tabela 1 – descrição da amostra

Variável	% de casos
Sexo	
Masculino	38.33%
Feminino	61.67%
Grupo de Idade	
15 a 24 anos	8.32%
25 a 34 anos	11.94%
35 a 44 anos	15.28%
45 a 54 anos	18.88%
55 a 64 anos	18.64%
65 a 74 anos	16.76%
75 anos ou mais	10.16%
Ocupação	
Trabalhadores Não Manuais	42.93%
Trabalhadores Manuais	57.07%
Autoavaliação do estado de saúde	
Muito Mau	5.36%
Mau	15.04%
Razoável	42.71%
Bom	32.47%
Muito Bom	4.42%

Para avaliar o contexto, nas vertentes do capital e da coesão social utilizaram-se medidas elaboradas a partir de procedimentos estatísticos multivariados: a. Três medidas que se supõe reflectirem o capital e a coesão social, nomeadamente nas vertentes da 1. Coesão social e clima político, 2. Participação política e 3. Participação cívica e inserção na comunidade; b. Medidas de infra-estruturas locais, sociais e materiais, relacionadas com o capital social (*scores* de equipamentos de apoio à família, desporto, lazer, educação, serviços de saúde, crime, emprego, acessibilidade e disponibilidade de transporte); c. A tipologia urbana das áreas analisadas.

O conjunto de infra-estruturas sociais e materiais do ambiente local relacionadas com o capital social, especificados nas alíneas a) e b), foi designado por *dimensões*. Às dimensões foi atribuído um número alargado de variáveis, tendo sido recolhidas, organizadas e trabalhadas cerca de 168 variáveis desagregadas ao nível dos concelhos e das freguesias da AML.

O INE forneceu a informação utilizada no cálculo de algumas das variáveis englobadas nas dimensões capital social, transportes (acessibilidade e disponibilidade), saúde, lazer, desporto, emprego e educação (Censos 2001; CESAP, 2002; Anuários Estatísticos); na dimensão do apoio à família utilizou-se informação fornecida pelo Centro Distrital de Segurança Social de Lisboa (2005); nas variáveis relacionadas com o crime utilizou-se informação disponibilizada pelo Ministério da Administração Pública - Gabinete Coordenador de Segurança (2005); nas variáveis relacionadas com a participação e clima político recorreu-se ao Ministério da Justiça (2005); as variáveis relacionadas com a disponibilidade de transporte foram disponibilizadas pelo Instituto de Seguros de Portugal (2003); a dimensão da educação foi completada com dados do Ministério da Educação (GIASE, 2004).

MÉTODOS

Análise em Componentes Principais

A grande quantidade de informação inicialmente presente nas dimensões do ambiente social e material local tornou evidente a necessidade de a reduzir, recorrendo a metodologias de redução dos dados. Utilizou-se a Análise em Componentes Principais (ACP), do software Statistica 5.0, processo que permitiu reduzir a informação a 13 novas variáveis, designadas por factores ou componentes principais¹. O objectivo foi a obtenção de factores que representassem convenientemente as dimensões contextuais pré-definidas. Assim, numa primeira fase, rejeitaram-se todos os factores considerados irrelevantes

¹ Os factores são designados no texto por *scores*

segundo o critério de Kaiser (valor próprio <1). Os factores, e as variáveis neles definidas, foram modificados sistematicamente, de modo a obter, em cada dimensão, um componente forte e inequívoco, de estrutura unidimensional, formado pelas variáveis mais ajustadas a cada dimensão. Obtiveram-se 13 factores, nos 9 domínios ambientais definidos, permanecendo em análise 53 variáveis.

A tabela 2 descreve as 9 dimensões e os 13 factores obtidos por intermédio da ACP, usualmente designados por *scores*, e duas medidas de consistência interna: o *coeficiente de Cronbach-alpha* e o *alpha* estandardizado. Estes coeficientes variam entre 0 e 1, com os valores mais altos a indicarem maior consistência interna.

Os elevados valores dos *coeficientes alpha* comprovam a consistência interna dos factores, a sua unidimensionalidade e a sua capacidade de medir as dimensões ambientais latentes. Por outro lado, as correlações entre os *scores* factoriais variam entre 0.03 e 0.73 (resultados não mostrados), mas são, regra geral, baixas, com valores estatisticamente aceitáveis, que não colocam problemas de multicolinearidade.

Tabela 2 – Características dos *scores* resultantes da ACP

Dimensão	Coeficiente de Cronbach Alpha / Alpha Estandarizado	Variáveis constituintes de cada Componente
Crime	0,6104 / 0,92	Crimes contra as pessoas/1000 habitantes Crimes contra o património/1000 habitantes Crimes contra a vida em sociedade/1000 habitantes Crimes contra o estado/1000 habitantes Crimes previstos em legislação penal avulsa/1000 habitantes Furto em veículos/1000 habitantes
Desporto	0,6746 / 0,731	Número de piscinas cobertas Número de pavilhões desportivos Número de ginásios Número de campos golfe, ténis e centros de equitação N. de pistas de atletismo, circuitos de manutenção e ringues de patinagem/skate
Lazer & Recreação	0,701 / 0,796	Número de salas de espectáculos e conferências/1000 habitantes Número de ecrãs de cinema/1000 habitantes Número de museus/1000 habitantes
Emprego	0,617 / 0,758	Taxa de desemprego Percentagem de população com 15 e mais anos que procura emprego há 12 ou + meses Percentagem da população com 15 ou mais anos, com subsídio de desemprego Percentagem da população, com 15 ou mais anos, com Rendimento Mínimo Garantido

Transportes e Acessibilidades	0,72 / 0,977	Veículos ligeiros de passageiros vendidos em 2001 Táxis /1000 habitantes Ambulâncias ligeiras Imposto Municipal sobre veículos em 2001/1000 habitantes
	0,552 / 0,549	Distância à sede do concelho em transporte colectivo Distância à sede do distrito em transporte colectivo Pop. empregada/estudante (%) que utiliza o transporte privado no trajecto para o local de trabalho ou estudo
Saúde	0,752 / 0,864	Laboratórios de análises clínicas Farmácias Laboratórios de radiologia Centros de ecografia Centros de TAC
	0,552 / 0,549	Clin Gerais, Especialistas e Méd de Med. Geral e Fam / 1000 hab Médicos de Saúde Pública nos CSP / 10000 habitantes Enfermeiros nos CSP/ 1000 habitantes
Educação	0,846/ 0,928	Escolas do ensino pré escolar público e privado Escolas do 1º ciclo do ensino básico público e privado Escolas do 2º ciclo do ensino básico público e privado Escolas do 3º ciclo do ensino básico público e privado Escolas do ensino secundário público e privado
Participação na Comunidade	0,55 / 0,69	População sem religião (%) Votos na CDU (%) autárquicas 01 (freguesias) Votos na CDU (%) legislativas 02 (freguesias)
	0,80 / 0,85	Abstenção Autárquicas 2001 (juntas de freguesia) (%) Abstenção Legislativas 2002 (%) Abstenção Legislativas 2005 (%)
	0,0003 / 0,507	Clubes recreativos/Associações desportivas Número de jornais locais Tiragem anual dos jornais locais / habitante

Modelos *Probit* e *Logit* Ordenados

Como referido anteriormente a variável relativa à autoavaliação do estado de saúde é uma variável categórica, especificada em 5 categorias: muito mau, mau, razoável, bom e muito bom. Para analisar a influência das características individuais e sociomateriais na autoavaliação do estado de saúde, foram utilizados o modelo *Probit* ordenado e o modelo *Logit* ordenado², do software SPSS 13. Seguindo Long (1997) a opção entre um modelo *Probit* e um modelo *Logit* é uma mera questão de conveniência; assim, estimaram-se ambos os modelos, que indicaram os mesmos resultados, com a diferença que o modelo *Logit* ordenado possibilitou a obtenção das probabilidades relativas (“odds ratios”), precisamente uma das interpretações a que se pretendia chegar.

² O leitor interessado poderá consultar mais detalhes sobre os modelos *probit* ordenado e *logit* ordenado em Long (1997), por exemplo.

3. RESULTADOS

Os resultados das estimações através dos modelos *logit* e *probit* ordenado, apresentados na tabela 3, revelam a influência das características individuais e contextuais na autoavaliação da saúde da população residente na AML. Considerou-se, ao nível individual, o efeito do género, da idade e da ocupação, distinguindo-se, neste caso, ocupações manuais de ocupações não manuais. O teste de qui-quadrado de Pearson aponta para a existência de diferenças significativas ($p < 0.001$) na autoavaliação do estado de saúde em função das características individuais analisadas.

À semelhança de outras investigações (Barros, 2003; Wilson e outros, 2004; Stafford e outros, 2005), indivíduos do sexo feminino reportam pior estado de saúde autoavaliada, sendo a probabilidade de reportar um pior estado de saúde 2 vezes maior para as mulheres.

Relativamente à idade, verifica-se que a autoavaliação do estado de saúde vai piorando à medida que esta aumenta; a probabilidade de reportar um pior estado de saúde aumenta em 80% para um aumento de 10 anos de idade.

Quanto à ocupação, a sua influência segue o padrão esperado, com os trabalhadores manuais a reportarem um pior estado de saúde: o facto de se pertencer à categoria dos trabalhadores manuais aumenta em 2,6 vezes a probabilidade de reportar um estado de saúde mais negativo.

Para além das características individuais anteriormente referidas, considerou-se a influência das determinantes contextuais anteriormente apresentadas, designadas por *scores*. No entanto, a influência de alguns *scores* não se revelou estatisticamente significativa, tendo estes sido retirados do modelo. Isto sucedeu, nomeadamente, com os *scores* de disponibilidade de transporte, lazer, emprego, desporto e apoio à família, e ainda com a tipologia urbana das áreas. Revelaram significância estatística, e permaneceram em análise, 8 dos 13 *scores* inicialmente considerados.

Pretendendo-se interpretar variações na probabilidade de reportar um estado de saúde pior ou melhor em resultado de variações nas determinantes contextuais (*scores*), utilizou-se o desvio-padrão como medida de variação dos *scores*.

Assim, o facto de residir em áreas com maior disponibilidade de serviços de saúde privada apresenta uma influência positiva na autoavaliação do estado de saúde; indivíduos residentes em áreas com maior disponibilidade de serviços de saúde privada apresentam uma probabilidade acrescida em 13% de reportar um melhor estado de saúde ($p < 0.05$).

Influência significativa ($p < 0.05$) revela também o *score* de acessibilidade (dimensão dos transportes). Quanto maior a distância/tempo à sede de concelho e/ou de distrito e maior a utilização de transporte privado, pior o estado de saúde da população; os residentes nas

freguesias de acessibilidade mais reduzida apresentam uma probabilidade acrescida de 14% em reportar um estado de saúde pior.

A dimensão do capital social deu origem a 3 *scores* que revelaram uma influência significativa no estado de saúde ($p < 0.05$).

O *score* da coesão social, avaliada pelo clima político e religiosidade, influencia significativamente a autoavaliação do estado de saúde: os residentes em freguesias com maior percentagem de população sem religião e maior votação à esquerda (CDU) têm uma probabilidade acrescida em 12% de reportarem um estado de saúde pior. Ou seja, a maior coesão social reflecte-se em melhores estados de saúde.

A participação política condiciona de forma significativa a autoavaliação do estado de saúde, concluindo-se que em áreas de maior nível de abstenção os indivíduos reportam piores estados de saúde. Assim, viver em locais com fraca participação política aumenta em 22% a probabilidade de reportar um estado de saúde mais negativo.

A participação na comunidade, avaliada pelo número de clubes, jornais e respectiva tiragem, influencia também significativamente a autoavaliação do estado de saúde. De facto, à medida que o valor deste *score* aumenta, significando, neste caso excepcional, diminuição no número de clubes, jornais e tiragem dos jornais, piora o estado de saúde autoavaliado: o aumento de um desvio-padrão no *score*, representando uma diminuição no número de clubes, jornais e tiragem dos jornais, faz-se acompanhar pelo aumento de 11% na probabilidade de reportar um estado de saúde pior. O *score* da participação na comunidade indica, como previsto, que indivíduos residentes em áreas de maior participação e inserção comunitárias apresentam melhores estados de saúde.

Os *scores* das dimensões da educação, crime e recursos humanos dos cuidados de saúde primários revelaram uma influência significativa, mas aparentemente contrária ao esperado:

- O aumento nos *scores* relativos aos equipamentos escolares e aos recursos humanos dos cuidados de saúde primários faz-se acompanhar por piores estados de saúde autoavaliada (o aumento de 1 desvio-padrão do *score* da educação determina um acréscimo de 14% na probabilidade de reportar um estado de saúde pior, enquanto o aumento de 1 desvio-padrão no *score* dos cuidados de saúde primários determina um acréscimo de 14% na probabilidade de reportar um estado de saúde pior).

- Relativamente ao crime, desagregado a uma escala concelhia, verifica-se que o aumento de um desvio-padrão no *score*, significando maior nível de crime, faz-se acompanhar pelo acréscimo de 16% na probabilidade de reportar melhores estados de saúde.

Tabela 3: Modelo *probit* e *logit* ordenado

Variáveis	PROBIT				LOGIT			
	coeficiente	sig.	coeficiente	sig	coeficiente	sig.	coeficiente	Sig
u0=0	-4.287	0.000	-4.218	0.000	-7.613	0.000	-7.525	0.000
u1=1	-3.338	0.000	-3.269	0.000	-5.867	0.000	-5.780	0.000
u2=2	-1.876	0.000	-1.808	0.000	-3.351	0.000	-3.264	0.000
u3=3	-0.215	0.048	-0.147	0.012	-0.310	0.110	-0.244	0.040
Homem[0]/Mulher[1]	-0.367	0.000	-0.368	0.000	-0.666	0.000	-0.668	0.000
Idade	-0.033	0.000	-0.033	0.000	-0.059	0.000	-0.059	0.000
<i>Tipologia</i>	<i>-0.075</i>	<i>0.444</i>			<i>-0.092</i>	<i>0.591</i>		
Trabalhador Não Manual [0] / Trabalhador Manual [1]	-0.538	0.000	-0.539	0.000	-0.944	0.000	-0.944	0.000
<i>Score de Disponibilidade (Transporte)</i>	<i>0.028</i>	<i>0.311</i>			<i>0.043</i>	<i>0.388</i>		
Score de Saúde Privada	0.071	0.000	0.075	0.000	0.111	0.001	0.122	0.000
<i>Score de Lazer</i>	<i>0.000</i>	<i>0.980</i>			<i>0.011</i>	<i>0.707</i>		
<i>Score de Emprego</i>	<i>0.001</i>	<i>0.984</i>			<i>-0.014</i>	<i>0.768</i>		
Score de Educação	-0.043	0.065	-0.041	0.015	-0.075	0.070	-0.069	0.021
<i>Score de Desporto</i>	<i>0.011</i>	<i>0.543</i>			<i>0.009</i>	<i>0.776</i>		
Score de Crime	0.069	0.014	0.08	0.002	0.125	0.011	0.147	0.001
Score de Saúde Publica	-0.068	0.030	-0.068	0.023	-0.134	0.015	-0.133	0.011
Score de Acessibilidade (Transporte)	-0.066	0.003	-0.065	0.003	-0.112	0.004	-0.109	0.004
Score de Participação nas Eleições	-0.111	0.000	-0.114	0.000	-0.184	0.000	-0.196	0.000
Score de Participação na Comunidade	-0.070	0.004	-0.058	0.005	-0.117	0.006	-0.100	0.005
Score de Religião / CDU	-0.064	0.021	-0.067	0.004	-0.097	0.046	-0.109	0.007
<i>Score de Apoio à Família</i>	<i>0.002</i>	<i>0.901</i>			<i>0.010</i>	<i>0.779</i>		

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

O estado de saúde de uma população é reflexo dos factores compositionais (idade, sexo, ocupação/rendimento), condições de vida e de trabalho, acesso/oportunidade 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. À usual distinção entre factores individuais e factores ambientais e à discriminação isolada de cada factor, deve sobrepor-se uma perspectiva integradora, na medida em que, actuando em interacção, as determinantes da saúde formam aquilo que Kaplan (1996) designou como “clusters” de factores de risco. Macintyre e outros (2002) referem que factores individuais e factores ambientais influenciam-se mutuamente e de forma tão imbricada que a sua separação parece ser inútil e mesmo pouco correcta.

Este estudo indica claramente variações na autoavaliação do estado de saúde, entre géneros, idades, estatuto socioeconómico e, fundamentalmente, entre pessoas que vivem em áreas com oferta/oportunidades diferentes. Verifica-se que, à semelhança de outros estudos (Cummins e outros, 2004, 2005; Stafford e outros, 2005) as dimensões do contexto - LUGAR onde as pessoas passam a maior parte das suas vidas - têm impacte positivo (ou negativo) sobre a saúde autoavaliada pela população metropolitana de Lisboa. Os resultados apontam claramente para associações fortes e significativas entre privação sociomaterial e autoavaliação mais negativa do estado de saúde, sugerindo que existe uma relação entre o capital social, a coesão social e a saúde da população da área Metropolitana de Lisboa.

No estudo que agora se termina, destaca-se o papel do capital social, mas também a condicionante da acessibilidade na AML a transportes públicos, isto é, à dispersão urbana e a sua implicação na obrigatoriedade de uso de transporte privado (principalmente o automóvel).

Foi dada ênfase aos efeitos resultantes do contexto onde os indivíduos vivem e actuam, enquanto causa de importância crescente, em busca de respostas para questões que cada dia se colocam com maior acuidade relativamente às diferenças de saúde entre as pessoas. Assim, como vários estudos já tinham concluído, também na AML o efeito da privação das áreas de residência no estado de saúde dos indivíduos não se restringe unicamente a um efeito composicional da posição socioeconómica individual, sendo de salientar o papel do capital social e da coesão social, da acessibilidade a transportes e da disponibilidade de serviços privados de saúde. Estas determinantes contextuais apresentam um efeito estatisticamente significativo e positivo, concluindo-se que o seu aumento e a sua maior disponibilidade resultam numa avaliação mais positiva do estado de saúde.

A questão que fica é esta: na AML a desigual distribuição espacial da autoavaliação do estado de saúde é devida à composição da população residente e às especificidades do local, com destaque para os efeitos do capital social, à semelhança do anteriormente demonstrado por outros autores (Kawachi e outros, 1997; Cummins e outros) e, nesse sentido, o LUGAR merece ter atenção política e intervenções/acções políticas mais adequada.

Durante várias décadas a investigação dos aspectos que relacionavam o ambiente local (sociais e físicos) com a saúde da população não tiveram grande desenvolvimento, salvo algumas exceções, entre as quais se destacam os exemplos de Knox (1979), Le Grand (1985). No início do século XXI, o papel do LUGAR na saúde da população, reforça a relevância do Geógrafo e ressuscita, em parte, a figura dos investigadores de saúde pública do século XIX. Esta é também uma das razões da necessidade do crescimento de um corpo de geógrafos que, aplicando conhecimentos da Geografia, investigue na área da Geografia da Saúde. Por outro lado, um dos grandes desafios que se colocam hoje à Europa, e que percorre todos os níveis desde a política local à internacional, é a de tentar melhorar as circunstâncias em que vive a população (principalmente a que está concentrada em grandes cidades) a qual vive, no presente, um grande sentimento de insegurança porque temem um futuro de desemprego, privação e pobreza, solidão, violência e doença. Essa é, aliás, uma preocupação da OMS, desde 1986, orientando as suas políticas (Goldstein, 1992).

AGRADECIMENTO:

A investigação deste artigo foi suportada pela bolsa POCTI/GEO/45730/2002 da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) “Planeamento Urbano Saudável. Desenvolvimento e aplicação de um modelo ao caso da Amadora”.

REFERÊNCIAS:

- Barros (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.
- Barton e Tsourou (2000) - *Healthy Urban Planning. A WHO Guide to Planning for People*. Londres, OMS, Spon Press.
- Baum e Ziersch (2003) - “Social Capital”, *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 57, p. 320-323.
- Benzeval, M., Judge, K. (2001) – “Income and health: the time dimension”. in: *Soc. Sci. Med.*, 52, pp. 1371-1390.
- Benzeval, M., Judge, K. (1998) - “Poverty and Health”, *Health Variations Newsletter*, January , ESRC Economic & Social Research Council, 1, p. 12-13.
- Bourdieu, P. (1986) – “The forms of capital” in : Richardson J.G., ed. *The handbook of theory and research for the sociology of education*. New York: Greenwood Press, p.241-258.
- Brimblecombe, Dorling e Shaw, (1999) - “Where the Poor Die in a Rich City: The Case of Oxford”, *Health & Place*, 5, p. 287-300.
- Cohen e outros (2003) - “Why Is Poverty Unhealthy? Social and Physical Mediators”, *Soc. Sci. Med.*, 57, p. 1631-1641.
- Coleman, J. S. (1988) – Social capital in the creation of human capital.” *American Journal of Sociology*, (suppl) p. S95-120.
- Cummins e outros (2004) - “Neighbourhood Environment and Its Association with Self-Rated Health: Evidence from Scotland & England”, *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, p.1-8
- Cummins e outros (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.
- Curtis, S., Mohan, J. (1989) – “The Geography of ill health and health care”, in: Jim Lewis and Alan Townsend (eds.) *North – South Divide. Regional Change in Britain in the 1980s*, Londres, Paul Chapman Ltd.

Diez-Roux e outros (2000) - "A Multilevel Analysis of Income Inequality and Cardiovascular Disease Risk Factors", *Soc. Sci. Med.*, 50,p. 373-687.

Diez-Roux e outros (2001)- "Neighborhood of Residence and Incidence of Coronary Disease", *N. Eng. J. Med.*, 345, p. 99-136.

Duncan e outros (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. (1997) – "Context, composition and heterogeneity: Using multilevel models in health research", in: *Social Science and Medicine*, 46, pp. 97-117.

Duncan, C. e outros (1999) - "Smoking and Deprivation: Are There Neighbourhood Effects?", *Soc. Sci. Med.*, 48, p. 497-505.

Duncan, C., Jones, K. e Moon, G. (1996) - "Health-Related Behaviour in Context: A Multilevel Modelling Approach, ", *Soc. Sci. Med.*, 42, p. 817-830.

Eyles, J. (1986) - *Sense of Place*, Silverbrook, Warringtony

Ferrie e outros (2005) - "Self-Reported Job Insecurity and Health in the Whitehall II Study: Potential Explanations of the Relationship", *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 1593-1602.

Gatrell, A. (1998) - "Structure of geographical and social space and their consequences for human health", in: *Geografiska Annaler*, 79 (3), 141-154.

Goldstein, G. (1992) - "Foreword", in: JOHN ASHTON (ed.), *Healthy Cities*, Filadélfia, Milton Keynes, Open Inversity Press

Gould, M.; Jones, K., (1996) – "Analysing perceived limiting long-term illness using U.K. Census microdata", *Social Science and Medicine*, 42, 6, pp. 857-869.

Hou e Myles (2005) – "Neighbourhood Inequality, Neighbourhood Affluence and Population Healyh", *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 1557-1569.

Jones e Moon (1987) - *Health, Disease and Society: An Introduction to Medical Geography*. Londres, Routledge & Kegan Paul Ltd.

Kaplan (1996) - "People and Places: Contrasting Perspectives on the Association between Social Class and Health", *International Journal of Health Services*, 26, p. 507-519.

Kawachi e outros (1997)- "Social Capital, Income Inequality and Mortality", *American Journal of Public Health*, 87, p. 1491-1498.

Kawachi, I., Kennedy, B., Wilkinson, R. (eds.) (1999) - *Income inequality and health, The Society and Population Health Reader*, Nova Iorque, The New Press.

Kelleher e outros (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.

Knox (1979) - "Medical Deprivation, Area Deprivation and Public Policy", *Soc. Sci. Med.*, 31, p. 101-114.

Lawor e outros (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 Bryan (2001) – *The Language of space* Architectural Press Oxford.

Le Grand, J. (1985) – "Inequalities in Health: The Human Capital Approach", Lisboa, in: V Jorn. Economia da Saúde.

Lochner e outros (1999), - "Social capital: A Guide to Its Measurement", *Health & Place*, 5, p. 259-270.

Lopez (2004) - "Income Inequality and Self-Rated Health in US Metropolitan Area: A Multi-Level Analysis", *Soc. Sci. Med.*, 59, p. 2409-2419.

Lynch e outros, (2000) a) - "Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions", *B. M. J.*, 320, p. 1200-1204.

Macintyre (1997) - "The Black Report and Beyond What Are the Issues?", *Soc. Sci. Med.*, 44, p. 723-745.

Macintyre e Ellaway (1998) - "Social and Local Variations in the Use of Urban Neighbourhoods: A Case Study in Glasgow", *Health & Place*, 4, 91-94.

Macintyre e Ellaway (2000) a) - "Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment". In: L. F. BERKMAN e I. KAWACHI (eds.), *Social Epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, p. 332-348.

Macintyre e Ellaway (2000) b) -"Neighbourhood Cohesion and Health in Socially Contrasting Neighbourhoods: Implications for the Social Exclusion and Public Health Agendas", *Health Bulletin*, 60, p. 450-456.

Macintyre e outros (2002) - "Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, Operationalise and Measure Them?" *Soc. Sci. Med.*, 55,p. 125-139.

Santana (2005) - *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento*. Almedina, Coimbra.

Putnam, R.D. (1993) - *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*, Princeton, University Press

Putnam, R.D. (1995) - "Bowling alone: america's declining social capital." *Journal of Democracy*, p. 65-78.

Raphael e outros (2001) - "Making the Links Between Community Structure and Individual Well-Being: Community Quality of Life in Riverdale, Toronto, Canada", *Health & Place*, 7, 179-196.

- Rose (2000) - "How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians", *Soc. Sci. Med.*, 51, p. 1421-1435.
- Ross (2000) - "Walking, Exercising and Smoking: Does Neighbourhood Matter?", *Soc. Sci. Med.*, 51, p. 265-274.
- Santana (2001) - *Variações em Saúde. Lugar ao Lugar*, (Lição apresentada a provas de agregação), FLUC, Coimbra.
- Stafford e outros (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 e outros (2005) - "Gender Differences in the Association between Health and Neighbourhood Environment", *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 1681-1692.
- Subramanian, S.V., Kawachi, I., Kennedy, B. (2000) - "Does context matter? A multilevel analysis of self rated health in the US", in: Harvard School of Public Health, (documento apresentado), IX International Symposium in Medical Geography, Montreal, Julho, 2000
- Thomas, (2002) - "Architecture and Urban Environment. A Vision for the New Age". Oxford, Architectural Press.
- Thomson e outros (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.
- Tunstall e outros (2004) - "Places and Health", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 6-10.
- Van Lenthe e outros (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.
- Veenstra e Lomas (1999) - "Home Is Where the Governing Is: Social Capital and Regional Health Governance", *Health & Place*, 5, 1-12.
- Veenstra (2005) - "Location, Location, Location: Contextual and Compositional Health Effects of Social Capital in British Columbia, Canada", *Soc. Sci. Med.*, 60, p. 2059-2071.
- Wilson e outros (2004) - "Linking Perceptions of Neighbourhood to Health in Hamilton, Canadá", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 192-198.
- Yen e Kaplan (1999) - "Neighborhood Social Environment and Risk of Death: Multilevel Evidence from the Alameda County Study", *Am. J. Epidemiol.*, 149, p. 898-907.