

MODELOS DE AMPLIFICAÇÃO DE RISCOS EM SAÚDE – PRIVAÇÃO SOCIOECONÓMICA E CARÊNCIA DE RECURSOS LOCAIS EM TERRITÓRIOS URBANOS

H. G. Nogueira

RESUMO

Segundo o modelo de “amplificação da privação”, pessoas pobres residem em áreas mais carenciadas de recursos necessários à vida quotidiana; ao modelo de pobreza individual sobrepõe-se um modelo de privação ambiental que o amplifica, contribuindo para deteriorar a saúde da população. Todavia, investigações recentes têm questionado este modelo, sugerindo que áreas mais pobres não são necessariamente mais carenciadas em recursos promotores da saúde. Este estudo apresenta a disponibilidade de 58 recursos locais na Área Metropolitana de Lisboa (AML), avaliando-se a sua distribuição e densidade em cinco grupos de freguesias, caracterizados por diferentes níveis de privação socioeconómica. 67% dos recursos analisados são mais escassos em áreas de maior privação, verificando-se forte associação entre privação e carência de recursos. Conclui-se que na AML, a carência de recursos locais e a privação socioeconómica modelam, de forma cumulativa e sinérgica, ambientes de risco potencialmente nefastos para a saúde.

1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas têm conhecido uma situação paradoxal em relação à saúde, marcada por duas tendências díspares: melhoria dos níveis de saúde das populações, aumento das variações em saúde. Assim, e por exemplo, o aumento da esperança de vida surge em paralelo às variações dramáticas deste indicador, quer entre países (superiores a 30 anos), quer entre grupos e regiões do mesmo país (WHO, 2008). Esta evolução discrepante revela que a saúde apresenta um marcado gradiente social, mesmo nos países mais desenvolvidos: diminui o estatuto socioeconómico, piora a saúde.

A nível ecológico, verifica-se que áreas de maior privação apresentam níveis mais elevados de doença e morte prematura, efeito que resulta, em parte, da agregação das características dos indivíduos residentes nessas áreas (efeito composicional). No entanto, as diferenças de saúde entre populações parecem resultar não apenas das diferenças de nível individual, mas também de diferenças no ambiente quotidiano. Investigações realizadas nesta temática concluem que as populações residentes em áreas mais pobres apresentam pior estado de saúde (Macintyre, McKay & Ellaway, 2005). Este padrão verifica-se mesmo depois de controlada a variabilidade de nível individual, não podendo, pois, as diferenças ser atribuídas exclusivamente a um efeito composicional. Indivíduos mais pobres vivem em áreas mais carenciadas em recursos necessários ao desenvolvimento de uma vida quotidiana saudável; ao modelo de pobreza individual sobrepõe-se um modelo de privação ambiental que o amplifica, contribuindo para deteriorar ainda mais os (já frágeis) níveis de saúde.

No seu relatório de 2008, a Comissão da OMS para as Determinantes Sociais da Saúde atribuiu os baixos níveis de saúde das populações mais pobres, e as crescentes iniquidades em saúde, a um “ambiente tóxico” (WHO, 2008). Este ambiente emerge em espaços marcados pelo declínio socioeconómico que, frequentemente, inicia uma cadeia de acontecimentos que concorrem para a degradação das condições de vida das populações. Trata-se de um círculo vicioso, cujo primeiro sinal é a ocorrência de migrações selectivas (Norman, Boyle, & Rees 2005) – o empobrecimento da área é acompanhado pela saída da população de maior capacidade económica, que vai sendo substituída por indivíduos mais carenciados. O círculo de declínio é despoletado: a opção dos novos residentes resulta dos seus constrangimentos económicos e é frequente que estes encarem a sua residência naquele lugar como transitória; acresce que os recursos financeiros de que dispõem para a manutenção das suas residências são limitados. Estes factores contribuem para que se verifique uma certa degradação das habitações e dos espaços públicos; o investimento em novos comércios e serviços diminui e é possível o encerramento de alguns dos existentes; aumenta a violência e a insegurança da área (aumenta a ocorrência de crimes e de comportamentos anti-sociais e a insegurança geral); verifica-se diminuição das interações e contactos sociais e da participação comunitária (Wilkinson, 2005). Deste processo de degradação social e estrutural emergem territórios de risco, onde a escassez de recursos se sobrepõe à vulnerabilidade individual, intensificando-a. Esta interacção entre distintos níveis de desvantagem é usualmente designada como “modelo de amplificação da privação” (Macintyre, 2007). Mas será mesmo, e sempre, assim?

A investigação realizada nesta temática tem obtido resultados contraditórios. Assim, confirmando a hipótese da “amplificação da privação”, alguns estudos concluem que os lugares de vida das pessoas mais pobres são caracterizados pela escassez de recursos e de oportunidades ao desenvolvimento de vidas saudáveis – incluindo infra-estruturas desportivas e de lazer (Swinburn et al., 2004; Powell et al., 2006; Taylor et al., 2006); disponibilidade de serviços variados e bens essenciais na proximidade, a distâncias possíveis de percorrer a pé (Stafford et al., 2007; Santana et al., 2009), baixos níveis de capital social (Nogueira, 2009) e níveis elevados de desordem social (Stafford et al., 2007) e de insegurança (Swinburn et al., 2004); simultaneamente, apresentam elevada concentração de restaurantes de “fast food” (Morland et al., 2002; Cummins et al., 2005) e de lojas de conveniência (Zenk & Powell, 2008), uns e outros proporcionando produtos alimentares de baixa qualidade. Estas características dos lugares afectam a saúde, directa e indirectamente – condicionando a qualidade da dieta e as oportunidades de realizar actividade física, restringindo as possibilidades de desenvolver interações e contactos sociais; aumentando a insegurança percebida e modelando percepções negativas do lugar de residência. Segundo Brunner e Marmot (2006), estas variáveis comportamentais e psicossociais conduzem a respostas patofisiológicas (endócrinas, metabólicas e hormonais), com consequências no bem-estar, na morbidade e na mortalidade dos indivíduos.

Todavia, e em oposição, estudos realizados na Europa, Canadá, Austrália e Nova Zelândia têm concluído pela ausência de evidências relacionando a escassez de oportunidades locais às áreas de maior privação. Macintyre et al. (2008), avaliando a distribuição de 42 recursos e facilidades em Glasgow, não encontram qualquer evidência que corrobore a hipótese do modelo de amplificação da privação. Segundo os autores:

“Our findings (...) do not support a model of deprivation amplification, by which areas with poorer people are consistently poorly served by public and private facilities.” (p. 911)

Dos 42 recursos observados, 12 revelaram maior disponibilidade nas áreas de maior privação, tendo os autores sugerido que a análise da distribuição de recursos em função da privação das áreas deve ser abordada segundo perspectivas mais matizadas e diferenciadas.

Na Nova Zelândia, Pearce et al. (2006) sugerem a existência de uma associação negativa entre privação e acesso a 16 recursos comunitários, verificando-se melhor acesso nas áreas de maior privação. Investigações realizadas no Reino Unido concluem que a distribuição de parques infantis favorece as áreas de maior privação (Ellaway et al., 2007) e que os restaurantes de “fast food” não se localizam preferencialmente nos lugares mais pobres (Macintyre et al., 2005). Na Austrália, Timperio et al. (2008) sugerem que a disponibilidade de espaços abertos apropriados a actividades recreativas não varia em função da privação da área; Winkler et al. (2006), na Austrália, e Latham e Moffat (2007), no Canadá, referem que a disponibilidade e o preço de comida saudável variam em função do tipo de loja considerado, mas não em função da privação dos lugares.

1.1 Objectivos

Pretende-se analisar a distribuição de um conjunto diversificado de recursos locais na Área Metropolitana de Lisboa (AML), ao nível das suas freguesias (n=216), verificando-se até que ponto esta distribuição reforça o estatuto socioeconómico dos lugares, corroborando a hipótese da amplificação da privação ou se, em oposição, tende a beneficiar as áreas mais pobres, ou a não revelar qualquer padrão em função da privação.

2 DADOS E MÉTODOS

Este estudo foca a distribuição de 58 recursos locais na AML, entre 2001 e 2005, avaliando a sua disponibilidade em função da privação da área. A escolha dos recursos observados foi efectuada atendendo à sua importância para o desenvolvimento de vidas saudáveis. Numa primeira fase identificaram-se oito domínios, ou dimensões, que constituem o ambiente local e que estão relacionadas com as necessidades humanas (Cummins et al., 2005) – lojas de alimentação, equipamentos escolares/educativos, equipamentos de apoio à família, serviços de saúde, equipamentos de suporte à actividade física, equipamentos recreativos, transporte público e outros recursos locais (não englobados nas dimensões anteriores); posteriormente, estas dimensões foram operacionalizadas por 58 variáveis – 58 recursos existentes (ou não) nas áreas consideradas, tidos como importantes para o desenvolvimento de uma vida saudável.

Os dados necessários ao estudo foram recolhidos em diferentes fontes: Instituto Nacional de Estatística (INE), autarquias, agências e instituições públicas e privadas (por exemplo, Ministério da Administração Interna, Ministério da Educação; Segurança Social de Lisboa e Setúbal), associações comerciais, Páginas Amarelas e Telelista Digital, entre outras. Refira-se que os dados recolhidos nem sempre se encontravam espacialmente referenciados, tendo-se efectuado uma prévia geocodificação de alguns destes dados, a fim de os tornar adequados a uma análise ecológica.

O estudo foi realizado para as freguesias da AML, território constituído por 216 freguesias e mais de 2,5 milhões de habitantes (com uma média de 12 420 habitantes por freguesia). Com base na bibliografia, construiu-se um indicador de privação sociomaterial múltipla (IPM), seleccionando três variáveis censitárias relacionadas com a ocupação e as condições de vida (Carstairs e Morris, 1991): taxa de desemprego; percentagem de população no grupo profissional dos trabalhadores não qualificados (grupo 9); percentagem de população residente em alojamentos não clássicos (como barracas, alojamentos móveis, alojamentos rudimentares de madeira e alojamentos improvisados). A partir das variáveis anteriores, recorreu-se a um processo estatístico de normalização pelo método do “Z-score”, seguido da soma e média das variáveis normalizadas. Este procedimento permite controlar a relativa contribuição de cada variável no “score”, evitando que variáveis de maior variância, fruto de distribuições mais heterogéneas, possam ter uma maior influência no indicador resultante, devido unicamente às suas distribuições espaciais (McLeone, 2004). Posteriormente, hierarquizaram-se as freguesias da AML de acordo com o seu valor de IPM, agrupando-as em quintis; o quintil 1 é constituído pelas freguesias de menor privação, enquanto o quintil 5 é formado pelas áreas de maior privação. Os quintis 1 a 4 contêm 43 freguesias, o quintil 5 contém 44.

Como foi referido, os 58 recursos analisados englobam-se em oito dimensões do ambiente local – lojas de alimentação, equipamentos escolares/educativos, equipamentos de apoio à família, serviços de saúde, equipamentos de suporte à actividade física, equipamentos recreativos, transporte público e outros recursos locais (tabela 1). Dos recursos analisados, 52 são equipamentos ou oportunidades com existência física nos locais, variando o seu número entre 2 (para o Apoio Domiciliário privado) até 2070 (para as mercearias) (tabela 1). Para este conjunto de recursos utilizaram-se três medidas de disponibilidade e distribuição em função da privação:

- i. Percentagem de recursos em cada quintil;
- ii. Número médio de recursos por 1000 (ou 10 000) habitantes (densidade do recurso);
- iii. Percentagem de freguesias com, pelo menos, um dos recursos considerados.

Para além destes recursos, recolheram-se seis variáveis relacionadas com a disponibilidade de transporte público: duas são relativas ao número médio de dias por semana com transporte público regional; as restantes quatro são percentagens de indivíduos e lugares sem acesso a transporte regional. A densidade de recursos por 1000 ou 10 000 habitantes foi calculada com base na população à data do Censo de 2001. Para alguns recursos, utilizou-se a população total; para outros, apenas subgrupos da população (por exemplo, para os equipamentos escolares consideraram-se apenas os utilizadores de cada tipo de equipamento, tendo a densidade sido calculada para grupos de idade específicos). A variabilidade da densidade entre quintis de privação foi comparada por intermédio de uma análise ANOVA, usando o SPSS 16.; as diferenças entre quintis extremos foram testadas com o teste U de Mann-Whitney.

3 RESULTADOS

Dos 58 recursos locais analisados, 33 relativos a equipamentos, infra-estruturas e oportunidades revelaram menor disponibilidade no quintil de maior privação (quintil 5). As seis variáveis da dimensão do transporte público, avaliando a disponibilidade e acessibilidade a este transporte, assinalaram também a maior fragilidade deste quintil. Apenas dois dos recursos observados revelaram maior densidade nas áreas de maior

privação. A tabela 1 apresenta as dimensões ambientais e os recursos locais considerados, assinalando, a *bold*, os recursos que revelaram menor disponibilidade nas áreas de maior privação.

Tabela 1 Dimensões ambientais e recursos locais observados

Desporto	Educação	Apoio à família
Piscina pública coberta* (85) Pavilhão desportivo público* (177) Ginásio privado* (330) Golfe/ténis/equitação* (268) Circuito de manutenção (33) Ringue de patinagem/skate (88) Ciclovía (34) Parque e jardim público (458) Parque infantil (677)	Pré-escolar públ. (437) Pré-escolar priv.* (588) Básico (1º Ciclo) públ. (743) Básico (1º Ciclo) priv. (248) Básico (2º Ciclo) públ. (156) Básico (2º Ciclo) priv. (102) Básico (3º Ciclo) públ. (232) Básico (3º Ciclo) priv. (82) Secundário públ.* (113) Secundário priv.* (53)	Creche pública (350) Creche privada* (137) ATL público (370) ATL privado (53) Centro de dia público (254) Centro de dia privado (7) Lar de idosos público (150) Lar de idosos privado (97) Apoio domiciliário públ. (235) Apoio domiciliário priv. (2)
Serviços de saúde preventivos	Cultura e Lazer	Alimentação
Posto de enfermagem (272) Farmácia (779) Lab. análises clínicas (494) Lab. Raios X* (159) Centro de ecografia* (169) Centros de TAC (56) Clínica dentária* (371) Óptica (406)	Biblioteca (139) Museu (112) Cinema (129) Sala de espectáculo (253)	Frutaria (280) Peixaria (421) mercearia (2070) Supermercado* (1452)
Outros recursos locais	Transporte público	
Agência bancária* (1122) Multibanco * (1061) Bombeiros (85) Estação/posto de correio (416) Loja de desporto (457) Livraria (206) Centro commercial (267)	Transporte rodoviário regional (dias/semana)* Transporte ferroviário regional (dias/semana) Localidade sem transporte rodoviário regional* Localidade sem transporte ferroviário regional* População sem transporte rodoviário regional População sem transporte ferroviário regional*	
Indica-se, entre parêntesis, o número total de recursos observados na área em estudo; <i>a bold</i> , os recursos que revelaram menor disponibilidade nas áreas de maior privação; com um asterisco, aqueles cuja variação da disponibilidade revelou significância estatística ($p < 0.05$).		

Na dimensão das lojas de produtos alimentares não se observa um padrão claro de amplificação da privação e apenas os supermercados revelam menor disponibilidade (com

significância estatística) nas áreas de maior privação. Em oposição, verifica-se maior densidade de frutarias e mercearias no quintil de maior privação. No entanto, é também aí que se regista menor percentagem de freguesias que possuem, pelo menos, uma mercearia, o que pode ser indicativo de uma maior fragilidade nestas áreas (maior número de freguesias sem mercearia).

Considerando a dimensão dos equipamentos escolares, a análise da densidade de equipamentos (efectuada para grupos etários específicos) revela que áreas de maior privação se caracterizam pela menor densidade de escolas privadas do ensino pré-escolar (com significância estatística), 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico (EB), escolas públicas do 2º Ciclo do EB e escolas públicas e privadas do Ensino Secundário (também com significância estatística). A escassez de quase todos os equipamentos, públicos e privados, nas áreas de maior privação, revela a ausência (pelo menos aparente) de mecanismos compensatórios ou de substituição na distribuição de recursos públicos *versus* privados.

Na dimensão dos serviços de apoio à família, regista-se menor densidade (calculada para grupos etários específicos) de serviços privados nas áreas de maior privação: creches, *ateliers* de tempos livres (ATL's), centros de dia e lares de idosos, com diferenças significativas para a distribuição das creches. Em oposição, os serviços públicos tendem a compensar esta escassez, revelando maior densidade nas áreas mais pobres. Refira-se ainda que o indicador da percentagem de freguesias que possui pelo menos um dos equipamentos segue, tendencialmente, idêntico padrão de assimetria entre recursos públicos e privados.

Os serviços de saúde preventivos revelam sempre menor densidade no quintil de maior privação, com significância estatística para laboratórios de RX, centros de ecografia e clínicas dentárias. Acresce que a percentagem de freguesias que possui, pelo menos, um dos recursos considerados segue o mesmo padrão, revelando valores mais baixos no quintil de maior privação (apenas as farmácias e os laboratórios de análises clínicas revelam uma distribuição não conforme a esta tendência).

Várias infra-estruturas e equipamentos de actividade física, nomeadamente, piscinas públicas cobertas, pavilhões desportivos, ginásios e campos de golfe/ténis/centros de equitação, apresentam menor densidade no quintil de maior privação (quase sempre com significância estatística). Por outro lado, embora a densidade de circuitos de manutenção, ringues de patinagem/skate, ciclovias, parques/jardins públicos e parques infantis não apresente um padrão espacial claro, a percentagem de freguesias que possui, pelo menos, um destes equipamentos é sempre menor no quintil de maior privação.

Considerando os equipamentos de lazer e recreação, e apesar de não se observarem diferenças significativas entre os quintis, verifica-se menor densidade de museus, cinemas e salas de espectáculo em áreas de maior privação. Acresce que é também este quintil que regista a menor percentagem de freguesias que possuem, pelo menos, um dos equipamentos em análise.

A maioria dos restantes recursos locais considerados – agência bancária, multibanco, estação/posto de correio, loja de desporto, livraria e centro comercial – revelaram menor disponibilidade no quintil de maior privação, desvantagem que é corroborada pela análise da percentagem de freguesias que possui, pelo menos, um dos recursos considerados.

A análise da dimensão do transporte público assinala maior fragilidade nas áreas mais pobres: o número médio de dias por semana com transporte regional (ferro e rodoviário) é

menor nas áreas de maior privação, sendo a diferença significativa para o transporte rodoviário; é também aí que se verifica maior percentagem de freguesias sem transporte regional, ferro e rodoviário, bem como maior percentagem de população sem acesso aos transportes considerados.

Em síntese, para 39 dos 58 recursos analisados (67,3%), evidencia-se menor densidade no quintil de maior privação (tabela 1). Apenas dois recursos (3,4%) apresentam um padrão oposto, revelando maior densidade nas áreas mais pobres: mercearias e ATL's públicos. Para os restantes 17 recursos (29,3%) a análise efectuada não foi conclusiva, uma vez que não se identificaram padrões espaciais da densidade de recursos, sugestivos de uma variação em função da privação.

4 DISCUSSÃO

O estudo empírico da disponibilidade de recursos na AML sugeriu a emergência de territórios de amplificação do risco, confirmando a hipótese inicialmente colocada: pessoas de baixo estatuto socioeconómico, para além da sua pobreza individual, lidam diariamente com a escassez de recursos necessários ao desenvolvimento de uma vida saudável. Dos recursos analisados, poucos fogem ao padrão apontado e apenas dois (3,4%) mostraram maior disponibilidade nas áreas mais pobres. Escolas, equipamentos de apoio familiar e social (particularmente privados), serviços de saúde preventiva, equipamentos e infra-estruturas de suporte à actividade física, à cultura e ao lazer, vários recursos locais e a acessibilidade ao transporte público revelaram, regra geral, menor densidade no quintil 5, de maior privação. Estes resultados são preocupantes, sobretudo quando interpretados no contexto português.

Ainda antes do recente agravamento das condições económicas internacionais, um em cada cinco portugueses vivia em situação de pobreza, ou seja, 20% da população do país era considerada pobre (cerca de 2 milhões de habitantes). É provável que esta situação tenha piorado no último ano, face ao agravamento da crise económica e financeira internacional e de alguns países em particular, entre os quais o nosso. Portugal é não apenas um dos países mais pobres da UE, como é também aquele que apresenta maiores desigualdades sociais em alguns resultados em saúde. Num estudo realizado em 19 países europeus, verificou-se que Portugal registava a maior variação no estado de saúde auto-avaliado entre grupos populacionais caracterizados por diferentes níveis de educação (EUROTHINE, 2007). Esta iníqua situação tem sido explicada por factores sociais: o fraco desenvolvimento social e económico, os baixos níveis de educação, particularmente para as mulheres, a desigual distribuição da educação e dos recursos educativos (EUROTHINE, 2007). Nogueira (2009), estudando o impacto no estado de saúde auto-avaliado de um conjunto alargado de factores individuais e contextuais, concluiu que a educação, avaliada pela escolaridade, era aquele que mais contribuía para o estado de saúde individual.

Todavia, de acordo com este estudo, a dimensão da educação surge como particularmente vulnerável, uma vez que se verificou, de forma quase sistemática, menor densidade de equipamentos escolares nas áreas de maior privação. É nestas áreas que a densidade de escolas privadas, de todos os ciclos analisados, é menor; acresce que a densidade de escolas públicas não compensa esta escassez (a densidade destas escolas não apresenta qualquer padrão espacial em função da privação). Por outro lado, deve ponderar-se a questão do abandono escolar, cujas taxas são muito elevadas em Portugal, sendo provável que este fenómeno se intensifique em populações e áreas mais pobres. Estes aspectos –

desigual densidade de equipamentos escolares, abandono escolar e o papel da educação na saúde – em conjunto, poderão contribuir para perpetuar o padrão das desigualdades educativas e das desigualdades em saúde, tão vincado no nosso país. Assim, a melhoria da *performance* educativa deve ser encarada como um passo fundamental, quer para melhorar a saúde dos mais desfavorecidos, quer para diminuir as desigualdades em saúde, e uma das formas de a alcançar é através de uma distribuição de recursos mais equitativa.

Os resultados desta análise sublinharam também a menor densidade de equipamentos de suporte à actividade física e de transporte público nas áreas mais pobres. Portugal enfrenta um problema sério de excesso de peso e obesidade – em 2006, um em cada dois adultos tinha excesso de peso ou era obeso. Obesidade e excesso de peso associam-se estreitamente à estrutura social e ao estatuto socioeconómico, penalizando pessoas com menor nível de instrução e áreas mais pobres. Por outro lado, a prática de exercício físico aumenta com o acréscimo da disponibilidade de equipamentos desportivos e com determinadas características do ambiente construído e social que, em conjunto, formam aquilo que se designa na literatura por “comunidade caminhável (“walkable neighbourhood”). Uso do solo, desenho urbano e organização social são algumas dessas características, tendo alguns estudos comprovado a relação entre a densidade de lojas alimentares e de outro tipo de comércio e serviços necessário à vida quotidiana (serviços de saúde, correios, etc.), coesão social, transporte público, segurança e os níveis de actividade física da população (Giles-Corti e Donovan, 2002; Santana et al., 2009). Para além dos equipamentos desportivos e do transporte público, vários dos recursos usualmente implicados nos baixos níveis de actividade física da população revelaram também maior escassez nas áreas mais pobres.

Somente a dimensão dos equipamentos de apoio à família mostrou uma distribuição mais favorável, uma vez que a escassez de recursos privados parece compensada por uma relativa abundância de recursos públicos, sobretudo quando se consideram os cuidados prestados à criança. No entanto, este “mecanismo compensatório” não pode ser generalizado às restantes dimensões.

4.1 Limitações do estudo

Uma das limitações deste estudo relaciona-se com o impacte na saúde dos recursos e das oportunidades locais. De facto, embora exista algum consenso, e evidências, acerca da influência de alguns recursos na saúde (por exemplo, o impacte negativo na dieta de certo tipo de lojas de produtos alimentares, caracterizadas por disponibilizarem alimentos pouco saudáveis) (Morland, Diez Roux & Wing, 2006; Larson, Story & Nelson, 2009), para muitos dos recursos essa influência permanece uma mera suposição, derivada do senso comum e carecendo de verificação empírica. A proximidade de recursos não tem necessariamente de ser saudável ou não e alguns autores têm até sugerido a emergência de um quadro mais diferenciado e matizado. Como referem Macintyre et al. (2008), “*it is possible that some resources may be both health promoting and health damaging, or health promoting for some residents and health damaging for others*” (p. 913).

Uma importante limitação é relativa à avaliação da disponibilidade, uma vez que não se utilizou uma medida detalhada baseada na distância/proximidade, mas apenas medidas da densidade de recursos. No entanto, usando um indicador semelhante, de densidade, e um indicador de proximidade, Macintyre et al. (2008) concluíram que a informação proporcionada por ambos era, *grosso modo*, coincidente. Segundo os autores, “*differences*

are not substantial and do not alter the basic picture that there is not a clear, stepwise, relation between affluence and resources” (p. 912). Assim, e apesar deste estudo se ter baseado apenas em medidas da densidade de recursos, não há motivo para, *a priori*, não acreditar na sua capacidade discriminativa e descritiva do essencial da relação privação/recursos.

Um dos problemas que deve ser ponderado diz respeito à qualidade dos recursos e seu impacte na utilização e na saúde. Por exemplo, concluiu-se que as mercearias apresentavam um padrão oposto à tendência geral, revelando maior densidade nas áreas mais pobres, mas um estudo anterior tinha apontado a existência de uma relação negativa entre densidade de mercearias e dieta saudável na AML (Santana et al., 2009). Apesar da maior disponibilidade nas áreas mais pobres, as mercearias podem não contribuir para a melhoria da saúde, devido ao tipo de produtos que disponibilizam, ou seja, à sua qualidade. A consideração da qualidade, para além de introduzir uma maior complexidade ao quadro traçado, pode também agravar ainda mais algumas das situações diagnosticadas. Neste sentido, refira-se que não são conhecidos estudos sobre a qualidade das escolas públicas *versus* escolas privadas, mas supõe-se que as últimas, muito mais caras, serão melhores (no *ranking* das escolas portuguesas, as 20 primeiras posições são ocupadas por escolas privadas; destas, 13 localizam-se na AML). Assim, a situação das áreas mais pobres no domínio dos equipamentos escolares, já de si gravosa, pode ser ainda pior do que a retratada: não só possuem menos escolas, como possuem escolas de menor qualidade. A par da quantidade, é necessário avaliar de forma detalhada o tipo e a qualidade dos serviços e recursos disponíveis.

Por último, refira-se que a utilização e o impacte dos recursos ultrapassam a mera questão da sua disponibilidade, devendo ser considerada a possibilidade de ocorrência de outras situações: um indivíduo pode recorrer a recursos localizados fora da sua área de residência; a proximidade do recurso pode ter impactes diferenciados em diferentes indivíduos – é provável que a proximidade seja determinante da procura e do uso para grupos de menor mobilidade, tornando-se irrelevante para os grupos de maior mobilidade; a localização dos recursos pode não obedecer a uma lógica de procura local, respondendo a uma procura mais alargada – o que se relaciona quer com a área de influência do recurso considerado, quer com a sua população-alvo, que pode ser aquela que frequenta o local, sem nele residir (Macintyre et al., 2005).

5 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo parecem ser consistentes com a hipótese da amplificação da privação, sugerindo que na AML, a escassez de equipamentos e serviços locais reforça o estatuto socioeconómico e a vulnerabilidade individual. Na AML, pessoas mais vulneráveis residem em áreas onde falham as oportunidades necessárias ao desenvolvimento de uma vida saudável: enfrentam quotidianamente a carência de serviços, a falta de equipamentos, a escassez do transporte público e essas restrições modelam territórios de risco, potencialmente prejudiciais à saúde. Deve ainda considerar-se que o impacte na saúde da restrição de recursos opera não apenas por via directa, mas também de forma indirecta, diminuindo, por exemplo, as oportunidades de interacção e de contactos sociais, com efeito nos níveis de coesão, confiança e suporte social.

A questão da distribuição de recursos deve ser equacionada em todas as políticas, de forma a diminuir o fosso que existe entre ricos e pobres e entre aqueles que podem residir numa

área adequada e aqueles que, não podendo escolher, se vêem “encapsulados” em territórios pobres e desqualificados. A redução das desigualdades requer uma governança orientada para a equidade e para isso é fundamental implementar medidas coerentes em todos os níveis (local, regional, nacional) e em todos os sectores (incluindo transporte, saúde, educação, habitação, segurança social), tanto para promover o investimento privado, como para compensar a falta desse mesmo investimento. As medidas a implementar exigem um financiamento adequado, o que pode representar um grande desafio aos poderes políticos, particularmente num contexto de crise económica. Mas é difícil vislumbrar outro caminho para a construção de ambientes mais saudáveis.

6 REFERÊNCIAS

Carstairs, V. e Morris, R. (1991) **Deprivation and Health in Scotland**, Aberdeen University Press, Aberdeen.

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

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, 249-260.

Ellaway, A., Kirk, A., Macintyre, S. E Mutrie, N. (2007) Nowhere to play? The relationship between the location of outdoor play areas and deprivation in Glasgow, **Health & Place**, 13, 557-561.

EUROTHINE (2007) **Tackling health inequalities in Europe: An integrating approach**, Erasmus MC, Rotterdam.

Giles-Corti, B. e Donovan, R. J. (2002) The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity, **Social Science & Medicine**, 54, 1793-1812.

Latham, J. E Moffat, T. (2007) Determinants of variation in food cost and availability in two socioeconomically contrasting neighbourhoods of Hamilton, Ontario, Canada, **Health & Place**, 13, 273-287.

Larson, N., Story, M. E Nelson, M. (2009) Neighborhood environments. Disparities in access to healthy foods in the U.S, **American Journal of Preventive Medicine**, 36, 74-81.

Macintyre, S. (2007) Deprivation amplification revisited; or, is it always true that poorer places have poorer access to resources for healthy diets and physical activity? **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, 4, 32, doi: 10.1186/1479-5868-4-3232.

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, 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.

Macintyre, S., McKay, L., Cummins, S. E Burns, C. (2005) Out-of-home food outlets and area deprivation: case study in Glasgow, Scotland, **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, 2, 16.doi:10.1186/1479-5868-2-16.

McLeone, P. (2004) *Carstairs Scores for Scottish Postcode Sectors from the 2001 Census*. MRC Social & Public Health Sciences Unit, University of Glasgow, Glasgow (texto policopiado).

Morland, K., Diez-Roux, A. e Wing, S. (2006) Supermarkets, other food stores, and obesity: the atherosclerosis risk in communities study, **American Journal of Preventive Medicine**, 30, 333-339.

Nogueira, H. (2009) Healthy communities: The challenge of social capital in the Lisbon Metropolitan Area, **Health & Place**, 15, 133-139.

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

Pearce, J., Witten, K., Hiscock, R. e Blakley, T. (2006) Are socially disadvantage neighbourhoods deprived of health-related community resources? **International Journal of Epidemiology**, 36, 348-355.

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 (9), 1676-1680.

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, 601-609.

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, 1882-1897.

Swinburn, B., Caterson, I., Seidall, J. E James, W. (2004) Diet, nutrition and prevention of excess weight gain and obesity, **Public Health Nutrition**, 7, 123-146.

Taylor,WC., Poston, C., Jones, L., e Kraft, MK. (2006) Environmental Justice: Obesity, physical activity and healthy eating, **Journal of Physical Activity and Health**, 3, S30.S54.

Timperio, A., Salmon, K., Roberts, R. e Crawford, D. (2008) Is availability of public open space equitable across areas? **Health & Place**, 13, 335-340.



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, 763-775.

World Health Organization (2008) **Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health**, World Health Organization, Geneva.

Wilkinson, R. (2005) Social corrosion, inequality and health, in: A. Giddens, e P. Diamond, P. (eds), **The New Egalitarianism**, Polity Press, Cambridge.

Winkler, E., Turrell, G. e Patterson, C. (2006) Does living in a disadvantage area entail limited opportunities to purchase fresh fruit and vegetables in terms of price, availability, and variety? Findings from the Brisbane Food Study, **Health & Place**, 12, 741-748.

Zenk, S. e Powell, L. (2008) US secondary schools and food outlets, **Health & Place**, 14, 336-346.