



**Privação socioeconómica  
na Área Metropolitana de  
Lisboa. Análise evolutiva  
da década 2001-2011**

**Autores: H. Nogueira<sup>(a)</sup>, A. Lourenço<sup>(b)</sup>**

<sup>(a)</sup> Departamento de Geografia/Universidade de Coimbra, Coimbra  
helenamarquesnogueira@hotmail.com

<sup>(b)</sup> Onko-Sev (Associação de Amizade e Apoio ao Doente Oncológico  
de Muş)/ KETEM, Muş - Turquia

**Socioeconomic deprivation  
in the Lisbon Metropolitan  
Area. Evolutionary analysis  
for the decade 2001-2011**

### **Resumo:**

A associação entre pobreza, doença e morte é há muito reconhecida. O crescimento económico observado ao longo do século XX teve consequências muito positivas nas condições de vida da população, melhorando também a sua saúde. Todavia, mesmo sob as condições de progresso referidas, a estruturação social da saúde persistiu, traduzindo-se na manutenção e até agravamento das desigualdades sociais em saúde. A crise económica do novo século marca o fim de um ciclo de prosperidade, devendo questionar-se o impacto dos níveis crescentes de desemprego e pobreza, redução de salários e colapso nos apoios sociais, entre outros, na degradação das condições de vida e agravamento das iniquidades sociais (e em saúde).

Para além da pobreza, entendida sobretudo como um atributo individual, a privação socioeconómica, concetualizada como atributo contextual, tem sido exaustivamente associada à saúde. Áreas de privação socioeconómica podem definir-se como espaços de vida de populações empobrecidas. Mas são, mais do que isso, territórios onde escasseiam as oportunidades que permitem melhorar a qualidade de vida, criando e perpetuando iniquidades sociais (e em saúde). Têm, pois, um papel ativo na maximização dos riscos sociais e de saúde, pela amplificação da vulnerabilidade individual decorrente da pobreza.

Este trabalho procura identificar territórios de privação socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa (AML) e conhecer a evolução deste fenómeno entre 2001 e 2011, procedendo à elaboração e aplicação de um indicador compósito

de privação múltipla (IPM) às freguesias da AML. Os resultados sublinham a variação dos níveis de privação socioeconómica no território em estudo, que surge marcado por profundas assimetrias, tanto em 2001 como em 2011. Sublinham ainda a evolução nefasta ocorrida na primeira década deste século, caracterizada por aumento da privação socioeconómica a par da sua concentração espacial. Esta evolução perniciososa, que faz aumentar as desigualdades sociais, lesa sobretudo determinados territórios, identificados neste trabalho. Expectavelmente, terá consequências na saúde das suas populações, consequências estas que serão estudadas num próximo trabalho.

**Palavras-chave:** Palavras-chave: Privação socioeconómica; áreas de privação; Área Metropolitana de Lisboa; Evolução 2001 – 2011.

**Abstract:**

The association between poverty, disease and death has long been recognized. The economic growth observed during the twentieth century had a very positive effect on the population's living conditions, improving their health. However, even under the referred progress conditions, the social structure of health has persisted, resulting in the maintenance and even increasing of the social inequalities in health. The economic crisis of the new century points out the end of a prosperity cycle; increasing levels of unemployment and poverty, reduction of wages, collapse of social assistance, among others, will lead to living conditions decay, worsening social (and health) inequalities.

Besides poverty, mainly understood as an individual attribute, socioeconomic deprivation, conceptualized as a contextual attribute, has been extensively associated with health. Socioeconomic deprived areas can be defined as living spaces of impoverished populations. But, more than this, they are territories which restrict the chances of improving the standard of living, by creating and perpetuating social (and health) inequities. Therefore, these spaces have an active role in maximizing social and health risks because they amplify individual vulnerability due to poverty.

This paper seeks to identify socioeconomic deprivation areas in the Lisbon Metropolitan Area (AML), and its evolution between 2001 and 2011, proceeding with the development and implementation of a composite indicator of multiple deprivation (IPM) to LMA parishes. The results highlight the variation in levels of socioeconomic deprivation in the studied area, which shows deep asymmetries in both 2001 and 2011. They also emphasize the harmful conditions of the first decade of this century, characterized by an increased socioeconomic deprivation along with its spatial concentration. This harmful evolution, which increases social inequalities, is mainly affecting certain areas, identified in this work. Expectedly, it will have implications for their people's health, implications that will be studied in a near work.

**Keywords:** Socioeconomic deprivation; area deprivation; Lisbon Metropolitan Area; 2001-2011 evolution.

## 1. Introdução

Portugal conheceu, ao longo do século XX, um crescimento económico continuado, acompanhado por reconhecidas melhorias nas condições de vida e na saúde das populações. Não obstante este quadro global positivo, verifica-se que as desigualdades em saúde persistem, em parte porque as melhorias continuamente observadas na saúde ocorreram de forma diferenciada para diferentes indivíduos, grupos populacionais e áreas geográficas. A estruturação social da saúde, expressa usualmente sob a designação de “desigualdades sociais em saúde”, e reconhecida desde o século XII (Loslier, 1997), mantém-se uma das questões mais pertinentes da atualidade.

Do conjunto de estruturas sociais capazes de gerar desigualdades em saúde, a estratificação socioeconómica tem sido a mais exaustivamente estudada (Elstad, 2000; Nogueira & Remoaldo, 2013), dada a tendência quase universal de melhoria nos níveis de saúde com o aumento da posição na hierarquia social (Benzeval & Judge, 2001; Smith et al., 2001; McLeonne, 2004). A estratificação social, enquanto mecanismo (des) regulador da distribuição e acumulação de recursos e bens societais, ao longo do tempo, pelos diferentes membros de uma população, pode ser medida pela atividade profissional, nível de instrução, rendimento ou classe social, sendo esta última geralmente definida por um, ou por uma combinação, dos três primeiros indicadores. Independentemente do indicador utilizado, posições desfavoráveis na hierarquia socioeconómica são frequentemente entendidas e resumidas sob os conceitos de “pobreza” e “privação socioeconómica”, não sendo estes necessariamente coincidentes.

### Pobreza e privação socioeconómica

Teoricamente, os conceitos de “pobreza” e “privação socioeconómica” fundamentam-se em duas escolas filosóficas: a teoria Marxista e a teoria Weberiana. A primeira assenta no conflito social existente entre classes exploradas e capitalistas, decorrente de um sistema social baseado na exploração de “muitos” por “poucos” e no qual o indivíduo tem pouca ou nenhuma influência; a segunda considera que a sociedade é estratificada de diferentes modos, gerando grupos de indivíduos que partilham a mesma posição e as mesmas oportunidades de vida, reconhecendo-se a capacidade individual de modificar as circunstâncias de vida (Jhund, 2010). Pobreza e privação socioeconómica são, pois, conceitos próximos, que partilham a base teórica, mas diferem frequentemente no nível a que são observados e operacionalizados.

A pobreza, definida a nível individual, pode ser entendida de forma absoluta como insatisfação das necessidades básicas do indivíduo (Capucha, 2001). Com a melhoria global das condições de vida, o conceito relativizou-se, sendo progressivamente entendido como distância a padrões de vida considerados como minimamente dignos em cada sociedade (Capucha, 2001). Resulta, então, da comparação entre a situação do indivíduo e a experienciada pela sociedade no seu conjunto, considerando-se pobre aquele que não consegue alcançar, na totalidade ou de modo suficiente, as condições de vida (...) que lhe permitiriam desempenhar os papéis, participar nas interações e adotar os comportamentos usuais e esperados em virtude da sua participação na sociedade (Townsend, 1993). Absoluta ou relativa, a pobreza entende-se sobretudo como um atributo individual, que se concretiza sempre na escassez de recursos e oportunidades sociais, económicas e culturais que são considerados pela maioria da população como “normais”, ou até essenciais, para usufruir de uma boa qualidade de vida (Carstairs & Morris, 1991).

A análise da pobreza e a avaliação dos seus impactes não consegue dar conta dos efeitos contextuais que a pobreza e o ambiente têm sobre os indivíduos. Daí que um conjunto numeroso e crescente de estudos faça referência à privação socioeconómica, um conceito composto e complexo, ancorado mas não redutível à simples pobreza, e potencialmente mensurável através de medidas agregadas de pobreza - indicadores de área criados a partir de dados individuais, muitas vezes provenientes dos Censos. A privação socioeconómica, mais do que a pobreza, tem sido amplamente estudada e usada pela comunidade científica, em estudos que procuram associar as condições de vida e de saúde (Stafford & Marmot, 2003; McLeonne, 2004; Nogueira, 2007; Saint-Jacques et al., 2014).

Áreas de privação são espaços de vida de populações carenciadas e empobrecidas. Mas mais do que isso, são também espaços onde escasseiam as oportunidades que permitem melhorar a qualidade de vida, deste

modo criando e perpetuando iniquidades sociais e em saúde (Nogueira, 2007). Estas áreas caracterizam-se por *clusters* de fatores de risco (Kaplan, 1996), frequentemente integrados em círculos viciosos de empobrecimento e declínio dos lugares. Estes círculos, baseados em mecanismos de acumulação e retroação, são marcados por movimentos de migração seletiva (saída de indivíduos de elevado estatuto socioeconómico e entrada de indivíduos carenciados), concretizando-se na degradação do ambiente físico (habitações, espaços públicos), diminuição do investimento em atividades comerciais e serviços, com consequente diminuição da disponibilidade de infraestruturas e equipamentos, crescente desorganização social e crescente insegurança (Van Lenthe et al., 2005; Nogueira, 2008, 2009). A desigualdade na distribuição espacial de oportunidades necessárias ao desenvolvimento de vidas saudáveis promove e sustenta as iniquidades em saúde (Freudenberg, 2013).

Este trabalho, desenvolvido para a Área Metropolitana de Lisboa (AML), procura identificar áreas de privação socioeconómica neste território. Dada a evolução socioeconómica ocorrida nos últimos anos, marcada pela crise económica e consequente aumento do desemprego, redução de salários, cortes na despesa pública e, globalmente, degradação das condições de vida da população, avalia-se a privação socioeconómica em 2001 e 2011. O objetivo deste trabalho – conhecer situações de privação socioeconómica e sua evolução entre 2001 e 2011 – sendo um fim em si mesmo, é também um passo fundamental no estudo das conexões que se estabelecem entre territórios e saúde. Este estudo assume-se, assim, como uma abordagem prévia e fundamental ao conhecimento das desigualdades em saúde e sua evolução no território metropolitano em questão.

## 2. Dados e métodos

Este estudo abrange a AML ao nível da freguesia ( $n= 207$ ). A operacionalização da privação socioeconómica tem suscitado inúmeras investigações, concretizando-se na construção de indicadores compostos de privação múltipla, justificados pelo pressuposto que a privação dos lugares, sendo abrangente e multidimensional, não pode ser avaliada por recurso a uma variável única. Exemplos destes indicadores são os bem conhecidos índices de Townsend, Carstairs e Jarman (Pringle et al., 2000). Na sequência de trabalhos previamente desenvolvidos nesta temática (Nogueira, 2007), construiu-se um indicador de privação múltipla (IPM) para cada um dos anos em análise, recorrendo a dados censitários. Para a sua construção, selecionaram-se três variáveis, que se supõem representativas de diferentes facetas da privação – taxa de desemprego, percentagem de trabalhadores com ocupação não qualificada e proporção de alojamentos sobrelotados. Estas variáveis foram normalizadas<sup>1</sup>, adicionadas e ponderadas<sup>2</sup>, constituindo um indicador composto de privação múltipla, semelhante aos já referidos índices de Carstairs ou de Townsend (McLeone, 2004)<sup>3</sup>.

Para os anos em análise (2001 e 2011), hierarquizaram-se as freguesias da AML pelo valor do IPM calculado. Posteriormente, efetuaram-se agrupamentos das freguesias – quintis – utilizando o número de freguesias. Obtiveram-se cinco grupos contendo cada um, aproximadamente, o mesmo número de freguesias (três grupos com 41 freguesias e dois grupos com 42). Estes agrupamentos foram utilizados para avaliar a evolução da população residente nas áreas de maior privação entre 2001 e 2011. A variabilidade entre quintis foi comparada por intermédio de uma análise ANOVA e a variabilidade testada com o teste U de Mann-Whitney (Nogueira, 2010).

Os dados utilizados foram recolhidos do INE e a análise foi efetuada com o auxílio do Excel e do SPSS.19.0. Os mapas foram elaborados com o ArcMap 10.

1 A normalização de uma variável consiste num procedimento estatístico usualmente referido como o método do “Z-score”, cujo objetivo é a obtenção de uma nova distribuição de média 0 (zero) e variância 1 (um). Segundo McLeone (2004), este procedimento permite, por um lado, transformar as variáveis originais num outro conjunto de variáveis normalizadas, expressas na mesma unidade, o desvio-padrão, o que possibilita a sua adição; por outro lado, sendo a variância unitária, a normalização controla a influência que a heterogeneidade inerente à distribuição da variável poderia ter no indicador composto resultante.

2 A ponderação consistiu somente na divisão pelo número de variáveis utilizadas, neste caso três.

3 Refira-se que um indicador semelhante tinha sido já elaborado e aplicado nesta área (Nogueira, 2009). No entanto, o indicador agora desenvolvido difere nas variáveis incorporadas, o que pode justificar-se pela necessidade de conseguir um indicador adaptado aos dois períodos em estudo. De facto, o indicador previamente construído englobava a variável “população residente em alojamentos não clássicos”, que entre 2001 e 2011 perdeu significado na AML, com a demolição dos “bairros de lata”, pelo que houve necessidade de adaptar o indicador, passando este a integrar a população residente em alojamentos sobrelotados.

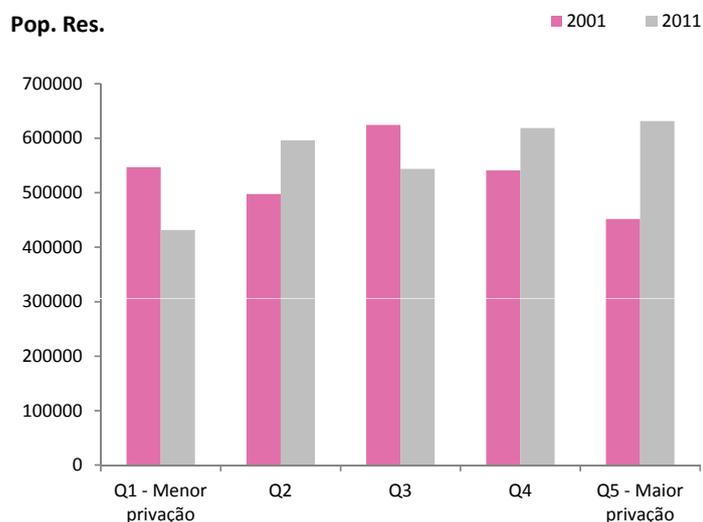
### 3. Resultados

A figura 1 apresenta a população residente por quintil de privação socioeconómica em 2001 e 2011.

Através da análise da figura 1, verifica-se que em 2001 era o quintil mediano o que englobava as freguesias com mais população residente (23,5% do total da AML), seguindo-se o primeiro quintil, de menor privação. A situação altera-se em 2011, com os quintis superiores, de maior privação, a englobarem as freguesias com mais população. A figura revela alterações da privação socioeconómica entre 2001 e 2011, materializadas no aumento considerável de população a viver em situações de maior precariedade, a par de uma diminuição da população sob condições de maior prosperidade. Em 2001, 546855 habitantes da AML residiam em áreas consideradas mais prósperas, de menor privação, enquanto 451921 residiam em áreas pertencentes ao quintil de maior privação, valores estes que correspondiam, respetivamente, a 20,5% e a 17,0% do total da população residente naquele território. Em 2011, a população residente nas áreas mais prósperas diminuiu para 431715 habitantes, enquanto o número de habitantes nas áreas de maior privação aumentava para 631520, correspondendo, respetivamente, a 15,3% e 22,4% da população residente – contabiliza-se um aumento populacional de 179599 habitantes nas áreas mais vulneráveis e uma diminuição de 115140 habitantes nas de maior prosperidade entre 2001 e 2011.

Figura 1

Evolução da população residente nos quintis de áreas privação, 2001 e 2011



Fonte: INE, I.P, Censos 2001 e 2011 (cálculos das autoras)

A cartografia do IPM em 2001 (figura 2) revela um aumento tendencial da privação socioeconómica de oeste para este. Em 2011, o padrão geográfico não apresenta grande alteração, mas a privação socioeconómica agrava-se na margem Norte (mais freguesias nessa margem com valores nos dois quintis de maior privação (figura 3)).

Figura 2

Indicador de Privação Múltipla nas freguesias da AML, 2001

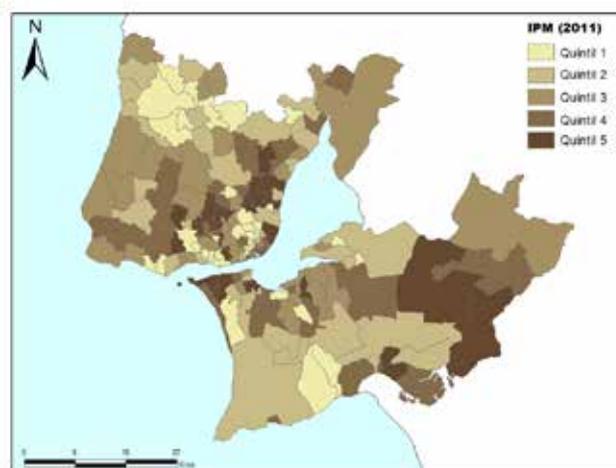
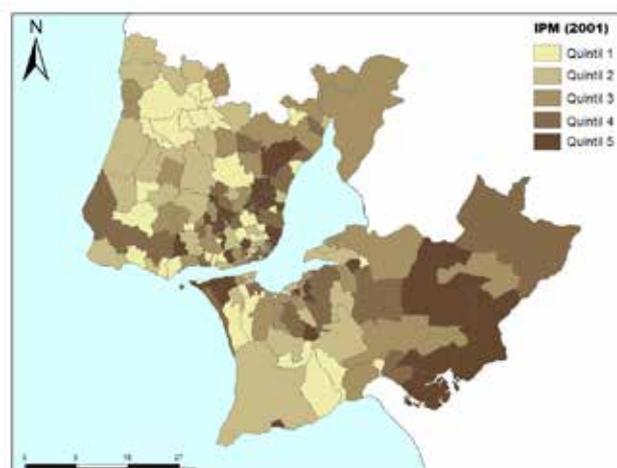


Figura 3

Indicador de Privação Múltipla nas freguesias da AML, 2011



Fonte: INE, I.P, Censos 2001 e 2011 (cálculos das autoras)

Numa análise mais detalhada, destacam-se em 2001 manchas de máxima privação em freguesias de grandes quantitativos populacionais e elevadas densidades demográficas, que podem ser consideradas de grande centralidade metropolitana; estas localizam-se nos municípios de Lisboa, Amadora e Loures, a norte, surgindo a sul em freguesias de Almada, Setúbal e Barreiro. Observa-se, ainda na margem Sul, uma extensa mancha de máxima privação, englobando freguesias de Palmela, com prolongamentos para Setúbal e Montijo, neste último município com valores de privação mais moderados. Contudo, refira-se que esta mancha cartográfica deve ser interpretada com alguma cautela, pois, eventualmente, pode constituir um “outlier” visual, dada a baixa densidade populacional de algumas das freguesias englobadas. Os valores mais baixos de privação socioeconómica surgem em áreas de menor centralidade: no Noroeste da AML, sobretudo em Mafra; a Sul, com menor expressividade, nos municípios de Sesimbra e Seixal.

Em 2011, observa-se uma diminuição do número de freguesias com valores de privação máxima na margem Sul, mais evidente nos municípios de Setúbal e Barreiro, aumentando as situações de maior precariedade a Norte, particularmente em Sintra e Loures. Em Lisboa, Amadora, Loures e Almada permanecem várias freguesias com valores de máxima privação, observando-se uma situação que se poderá designar de “pivação de longa duração”. A importante mancha de menor privação localizada no município de Mafra continua a destacar-se, embora tenha perdido alguma relevância. Cascais, Mafra, Alcochete e Seixal sobressaem enquanto municípios sem situações de máxima privação (freguesias no quintil superior) no período em análise.

O quadro 1 apresenta um resumo da informação trabalhada para os anos em análise.

Freguesias e populações mais carenciadas nos concelhos da AML												
Municípios	Nº freguesias	Pop Residente (total)		Nº de freg. máxima privação (Q5)		Nº freg. max privação em 2001 e 2011	Pop. Res. nas freguesias de máxima privação (Q5)		Pop. Res. nas freguesias de máxima privação (Q5) (% conc)		Pop. Res. nas freguesias de máxima privação (Q5) (% AML)	
		2001	2011	2001	2011		2001	2011	2001	2011	2001	2011
Cascais	6	170 683	206 479	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lisboa	53	564 657	547 733	12	11	9	114 448	96 607	20,3	17,6	4,3	3,4
Loures	18	199 059	205 054	7	8	7	66 013	83 808	33,2	40,9	2,5	3,0
Mafra	17	54 358	76 685	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oeiras	9	162 128	172 120	1	1	1	13 724	15 157	8,5	8,8	0,5	0,5
Sintra	17	363 749	377 835	1	4	1	9 865	139 563	2,7	36,9	0,4	4,9
V.F.Xira	11	122 908	136 886	1	0	0	15 471	0	12,6	0	0,6	0,0
Amadora	11	175 872	175 136	6	7	6	91 936	115 360	52,3	65,9	3,5	4,1
Odivelas	7	133 847	144 549	2	3	2	30 269	41 914	22,6	29	1,1	1,5
Alcochete	3	13 010	17 569	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Almada	11	160 825	174 030	2	3	2	25 273	47 138	15,7	27,1	0,9	1,7
Barreiro	8	79 012	78 764	2	0	0	22 098	0	28	0	0,8	0,0
Moita	6	67 449	66 029	2	2	2	36 072	30 949	53,5	46,9	1,4	1,1
Montijo	8	39 168	51 222	1	0	0	3 536	0	9	0	0,1	0
Palmela	5	53 353	62 831	2	2	2	7 890	8 482	14,8	13,5	0,3	0,3
Seixal	6	150 271	158 269	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sesimbra	3	37 567	49 500	1	0	0	5 793	0	15,4	0	0,2	0
Setúbal	8	113 934	121 185	2	1	0	9 533	52 542	8,4	43,4	0,4	1,9
<b>Total da AML</b>	<b>207</b>	<b>2 661 850</b>	<b>2 821 876</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>32</b>	<b>451 921</b>	<b>631 520</b>			<b>17,0</b>	<b>22,4</b>

Fonte: INE, I.P., Censos 2001 e 2011 (cálculos das autoras)

Atendendo ao número de freguesias que, em cada concelho, apresenta valores do IPM no quintil superior, a tabela permite ressaltar os municípios de Lisboa, Loures e Amadora, pelo elevado número de freguesias distinguidas com valores elevados de privação, tanto em 2001 (12, 7 e 6, respetivamente), como em 2011 (11, 8, 7, respetivamente). Todavia, no decurso da década, a situação agrava-se em Loures e Amadora, melhorando em Lisboa. Sintra revela uma situação preocupante de aumento do número de freguesias com máxima privação (de uma em 2001, para quatro em 2011).

Dada a variação da população nas freguesias, efetuou-se uma análise atendendo à população residente nas freguesias englobadas no quintil de máxima privação e respetiva percentagem em relação ao total do concelho e da AML. A análise da população concelhia residente em áreas de grande privação enquanto percentagem

do total do município evidencia os elevados e crescentes valores de população residente em condições de grande vulnerabilidade na Amadora (52,3% e 65,9% da população concelhia em situação de grande privação, respetivamente em 2001 e 2011) e em Loures (33,2% da população em 2001 e 40,9% da população em 2011 em áreas de grande privação). O município da Moita emerge como área de grande vulnerabilidade, observando-se situações de grande privação em duas das suas seis freguesias, que englobam 53,5% (2001) e 46,9% (2011) do total da população do município. Esta situação não tinha sobressaído na anterior análise cartográfica (figuras 2 e 3), dado o diminuto impacte visual da mancha espacial correspondente. Setúbal, onde o mapa tinha sublinhado diminuição do número de freguesias pertencentes ao quintil de máxima privação, vê afinal aumentar de forma dramática a população em áreas de maior privação, de 8,4% em 2001 para 43,4% da população concelhia em 2011. Em Sintra, aumenta de um para quatro o número de freguesias com valores máximos de privação, concretizando-se este alargamento geográfico num aumento de 2,7% para 36,9% da população do município sob condições de grande vulnerabilidade. Odivelas e Almada revelam aumento de uma freguesia com valores de grande privação (duas freguesias em 2001 e três em 2011), acompanhado de um acréscimo considerável da percentagem de população em situações de maior vulnerabilidade, sobretudo em Almada (15,7% em 2001 e 27,1% em 2011). Em Oeiras e Palmela, a privação socioeconómica mantém-se estável entre 2001 e 2011 (uma freguesia em Oeiras e duas em Palmela), quer em 2001, quer em 2011. Nos municípios do Montijo, Vila Franca de Xira, Sesimbra e Barreiro observa-se uma melhoria da situação no decurso da década (de forma crescente pela ordem indicada), deixando de apresentar situações de grande privação em 2011. Cascais, Mafra, Alcochete e Seixal, como já referido, não apresentam freguesias no quintil de máxima privação.

Observando a percentagem de população residente nas freguesias de maior privação em relação ao total da população da AML, destacam-se três situações distintas: os elevados e crescentes valores da população em situação de grande vulnerabilidade na Amadora (3,5% e 4,1% da população da AML, respetivamente em 2001 e 2011) e em Loures (2,5% em 2001 e 3% em 2011); os elevados mas decrescentes valores da população nestas condições do município de Lisboa (correspondendo a 4,3% e 3,4% do total da população da AML, respetivamente em 2001 e 2011); as situações de “nova” precariedade, mais preocupantes em Sintra (aumenta de 0,4% em 2001 para 4,9% em 2011 a população do concelho em situação de grande privação face ao total da AML) e ainda Setúbal, embora de forma muito menos expressiva (0,4% em 2001 para 1,9% em 2011).

#### 4. Discussão

A análise cartográfica da privação socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa revela *hotspots* de privação localizados sobretudo em Lisboa, Loures, Amadora, Almada, Setúbal e Barreiro, em 2001; Lisboa, Loures, Amadora, Sintra e Almada, em 2011. Os mapas sublinham ainda uma extensa área de máxima privação em Palmela; todavia, neste caso, é maior a impressão visual causada pela mancha dos mapas do que a importância da privação retratada, dado que se trata de uma área com baixa densidade populacional. Um fenómeno inverso ocorre no concelho da Moita, onde uma fraca impressão visual contrasta com elevados valores de população residente. Mafra, Sesimbra, Seixal, Alcochete e Cascais revelam-se áreas de menor precariedade, tanto em 2001 como em 2011.

A análise efetuada sublinha também o aumento considerável de população a viver nas áreas de maior privação entre 2001 e 2011, acompanhado de diminuição da população nas áreas de maior prosperidade. Sublinha, ainda, uma diminuição (2001-2011) no número de municípios que apresentam freguesias com valores de máxima privação, de 14 em 2001 para 10 em 2011. Pode resumir-se a evolução observada referindo aumento e concentração espacial da privação socioeconómica entre 2001 e 2011.

Com base nas diferentes situações observadas na AML, elaborou-se uma tipologia de áreas de risco em três grandes grupos, identificados por características comuns, mas não homogéneos, que se designaram como “Áreas de Risco Permanente”, “Áreas de Risco Iminente” e “Áreas de Baixo Risco”. Atendendo às principais diferenças encontradas neste grupos, efetuaram-se alguns subconjuntos, de modo a facilitar a compreensão e interpretação do fenómeno em análise.

1. Áreas de risco permanente: As áreas de risco permanente correspondem a municípios com freguesias de grande privação continuada, que se podem caracterizar como sofrendo de uma “privação de longa duração”, observando-se elevados valores de privação em 2001 e 2011. Estas áreas classificam-se em duas categorias: áreas de risco severo e persistente e áreas de risco estável e contido.

1.1. Consideram-se áreas de risco severo e persistente algumas freguesias dos municípios de Lisboa, Amadora, Loures, Odivelas, Almada e Moita. Destes, apenas em Lisboa se regista alguma alteração favorável no número de freguesias com máxima privação de 2001 para 2011; nos restantes, as freguesias de maior privação não só se mantêm, como aumentam em alguns casos. Neste conjunto, as principais diferenças ocorrem na magnitude e evolução da privação socioeconómica entre 2001 e 2011. Amadora, Loures, Odivelas e Almada apresentam valores crescentes de população (em valor absoluto e percentual) sob condições de grande precariedade, revelando agravamento da situação de 2001 para 2011; Lisboa e Moita conhecem um desagravamento da situação, registando diminuição da população (absoluta e relativa) em áreas de privação máxima de 2001 para 2011.

1.2. Áreas de risco estável e contido correspondem a freguesias que apresentam uma privação socioeconómica de longa duração, que se mantém praticamente inalterada no período em análise, mas onde os quantitativos populacionais (absolutos e relativos) afetados pela privação tornam o fenómeno menos preocupante que nos casos anteriores. Oeiras e Palmela englobam-se neste subconjunto, observando-se aí pequenos aumentos de população absoluta nas áreas de máxima privação (não se verificando em Palmela aumento na percentagem de população concelhia nestas áreas).

2. Áreas de risco iminente (severo e explosivo): englobam-se neste conjunto freguesias de Sintra e Setúbal, caracterizadas pelo aumento dramático da privação socioeconómica no período em análise. Emergem, pois, como áreas de recente e grande vulnerabilidade, pelo que as consequências nas condições de vida e de saúde das populações podem ainda não se ter manifestado. Devem constituir-se como espaços de observação e intervenção prioritária, a fim de minimizar os impactes negativos que o aumento da privação poderá acarretar na vida dos seus residentes. Sintra revela uma situação particularmente frágil, dado o “alastramento” espacial da privação entre 2001 e 2011, o que não sucedeu em Setúbal. Acresce que, dada a elevada densidade populacional da área, encontra-se em Sintra 4,9% da população da AML em situação de máxima privação (1,9% em Setúbal).

3. Áreas de baixo risco: As áreas de baixo risco correspondem a municípios cujas freguesias não apresentam valores de privação máxima em 2011, embora em alguns casos se tenham observado freguesias com máxima privação em 2001. Incluem as áreas de baixo risco recente e as áreas de baixo risco permanente.

3.1. Consideram-se áreas de baixo risco recente os municípios de Vila Franca de Xira, Montijo, Sesimbra e Barreiro. Estes caracterizam-se por uma evolução muito positiva ao nível do indicador observado, registando-se a passagem de uma situação de risco moderado em 2001 (uma ou duas freguesias com valor de privação máximo), para baixo risco em 2011. O Barreiro apresenta a evolução mais notória (duas freguesias com privação máxima em 2001, contendo 28% da população concelhia).

3.2. Áreas de baixo risco permanente correspondem a municípios que não apresentam freguesias de máxima privação no período em análise, podendo ser consideradas áreas com características promotoras da qualidade de vida das suas populações. Englobam-se neste conjunto os concelhos de Cascais, Mafra, Alcochete e Seixal.

## 5. Conclusão

A análise da privação socioeconómica na Área Metropolitana de Lisboa, baseada num indicador compósito especificamente desenvolvido para o período em análise, revela um território metropolitano marcado por profundas assimetrias. Áreas de risco permanente e iminente surgem no território metropolitano, criando uma geografia que penaliza alguns municípios. Nestas áreas, e atendendo unicamente aos valores do IPM, é expectável que as questões relacionadas com a qualidade de vida e a saúde da população ganhem relevância. A escassez de oportunidades e os constrangimentos que previsivelmente afetarão o desenrolar da vida

quotidiana dos residentes nestes territórios, poderá resultar na adoção de estilos de vida menos saudáveis e mais stressantes. Algumas freguesias de Loures, Lisboa e Amadora, consideradas como áreas de risco severo e persistente, revelam as situações mais preocupantes. Pressupondo que os impactes da privação socioeconómica sejam diferenciados consoante a duração temporal em que se manifestam, estas serão as áreas de maior vulnerabilidade na AML. Nestes territórios, as questões relacionadas com a saúde e a qualidade de vida ganham uma importância acrescida, pois a todos constrangimentos aí colocados ao desenrolar da vida quotidiana, neles se viverá menos saudavelmente, morrendo-se também prematuramente. Opõem-se os territórios de baixo risco, recente e permanente, que têm conseguido desafiar e responder ao agravamento das condições macroeconómicas, mantendo ou até melhorando a sua estrutura de oportunidades ao longo do tempo, possibilitando assim que a sua população usufrua das condições necessárias ao desenvolvimento de vidas ativas e saudáveis, com consequências no seu estado de saúde. O próximo trabalho a publicar nesta revista tentará esclarecer estas ilações.

## 6. Bibliografia

Benzeval M, Judge K (2001). Income and health: The time dimension. *Social Science & Medicine*, 52, p. 1371-1390.

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

Capucha L (2001). Pobreza e Exclusão Social. Cadernos de Geografia, nº especial, Actas do Terceiro Colóquio de Geografia de Coimbra, p. 173-195.

Elstad J (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. Norwegian Social Research, NOVA, Oslo.

Freudenberg N (2013). Reducing inequalities in child obesity in developed nations: What do we know? What can we do?. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31, p. 115-122.

Jhund P (2010). *Socioeconomic deprivation and cardiovascular disease*. Tese de Doutoramento, Universidade de Glasgow, Glasgow. <http://theses.gla.ac.uk/2213/1/2010jhundphd.pdf>

Loslier L (1997). Contrôle, Ambiocontrôle et Santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 19, p. XXXI-XXXII.

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).

Nogueira H, Remoaldo P (2013). Variações e desigualdades socioterritoriais em saúde". In: Remoaldo P, Nogueira H (coord.), *Desigualdades Socioterritoriais e Comportamentos em Saúde*. Edições Colibri, Coimbra, p. 11-27.

Nogueira H (2010). Deprivation amplification and health promoting resources in the context of a poor country. *Social Science & Medicine*, 70, p. 1391-1395.

Nogueira H (2009). Pessoas pobres, lugares pobres, saúde pobre. Territórios amplificadores do risco na Área Metropolitana de Lisboa. *Revista de Estudos Demográficos*, 45, p. 29-47.

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

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

Pringle D, Cook S, Poole M, Moore A (2000). *Cross-Border Deprivation Analysis. A Summary Guide*. Oak Tree Press, Dublin.

Saint-Jacques N, Dewar R, Cui Y, Parker L, Dummer T (2014). Premature mortality due to social and material deprivation in Nova Scotia, Canada. *International Journal for Equity in Health*, 13, p. 94-106.

Smith G, Whitley E, Dorling D, Gunnell D (2001). Area based measures of social and economic circumstances: cause specific mortality patterns depend on the choice of index. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, p. 149-150.

Stafford M, Marmot M (2003). Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally?. *International Journal of Epidemiology*, 32, p. 357-366.

Townsend P (1993). *The international analysis of poverty*. Harvester Wheatsheaf, Londres.

Van Lenthe F, Brug J, Mackenbach J (2005). Neighbourhood Inequalities in Physical Inactivity: The Role of Neighbourhood Attractiveness, Proximity to Local Facilities and Safety in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 60, p. 763-775.