Artigo submetido a 25 de Maio 2022; versão final aceite a 15 de Dezembro 2022
Paper submitted on May 25, 2022; final version accepted on December 15, 2022
DOI: https://doi.org/10.59072/rper.vi67.539

Contributos para o Estudo dos Determinantes Sociais de Saúde na Área Metropolitana de Lisboa

Contributions to the Study of the Social Determinants of Health in the Lisbon Metropolitan Area

Ana Paula Gato
ana.gato@ess.ips.pt
Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, NURSE'IN-UIESI, Setúbal, Portugal;
Universidade de Évora, CIDEHUS - Centro de Investigação e Desenvolvimento em Ciências Humanas e Sociais

Sandrina Berthault Moreira
sandrina.moreira@esce.ips.pt
Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Ciências Empresariais, Centro de Investigação em Ciências Empresariais, Setúbal, Portugal;
BRU-IUL - Business Research Unit

José Rebelo dos Santos
jose.rebelo@esce.ips.pt
Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Ciências Empresariais, Centro de Investigação em Ciências Empresariais, Setúbal, Portugal;
Universidade de Évora, CIDEHUS - Centro de Investigação e Desenvolvimento em Ciências Humanas e Sociais

Edgar Canais
edgar.canais@ess.ips.pt
Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, NURSE'IN-UIESI, Setúbal, Portugal

Andreia Ferreri Cerqueira
andreia.cerqueira@ess.ips.pt
Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, NURSE'IN-UIESI, Setúbal, Portugal

Vítor Barbosa
vitor.barbosa@esce.ips.pt
Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Ciências Empresariais, Setúbal, Portugal

Resumo

A saúde é determinada por um conjunto multifacetado de fatores, nem sempre fáceis de selecionar e analisar, mas cujo estudo é essencial para a adoção de respostas adequadas, duradouras e promotoras de comunidades mais justas e saudáveis. O presente artigo visa estudar os determinantes sociais de saúde na Área Metropolitana de Lisboa (AML), especificamente: pobreza/privação material; habitação; acesso à saúde; trabalho; e educação. A pesquisa e análise documental focada nos determinantes em estudo foi suportada por diferentes fontes oficiais nacionais e regionais.

O estudo dos determinantes na AML evidenciou tendências positivas e negativas. É a região do país com menor risco de pobreza/privação material; tem os trabalhadores mais qualificados e apresenta os níveis de escolaridade mais altos. Em contraposição, os indicadores de privação habitacional são os mais elevados; apresenta indicadores preocupantes ao nível do abandono escolar precoce nas mulheres e insuficiência no acesso aos cuidados de saúde primários, nomeadamente ao médico de família. Torna-se, assim, crucial investir em medidas promotoras do acesso a cuidados de saúde primários na AML e em políticas públicas que promovam o acesso à educação, previnam o abandono escolar e proporcionem o acesso a habitação condigna, pressupondo-se uma abordagem de proximidade, integrada, multidisciplinar e intersectorial.

Palavras-Chave: Saúde; Determinantes sociais de saúde; Desigualdades sociais de saúde; Indicadores socioeconómicos; Área Metropolitana de Lisboa

Códigos JEL: I1 – Health, R1 – General Regional Economics

Abstract

Health is determined by a multifaceted set of factors, which are not always easy to select and analyse, but whose study is essential for the adoption of adequate and long-lasting responses conducive to more equitable and healthy communities. This paper aims to study the social determinants of health in the AML, specifically: poverty / material deprivation; housing; access to health; employment; education. Research and documentary analysis focused on the determinants under study was supported by different official sources, on a national and regional basis.

The study of the determinants in the AML revealed positive and negative trends. It is the Portuguese region with the lowest risk of poverty / material deprivation; it has the most qualified workers and has the highest educational levels. In contrast, housing deprivation indicators are the highest; it presents worrying indicators in terms of early school leaving for women and insufficient access to primary health care, namely to the family doctor. Therefore, investment in measures that promote access to primary health care in the AML is crucial as well as public policies that promote access to education, prevent school dropout and provide access to decent housing, considering a closeness, integrated, multidisciplinary and intersectoral approach.

Keywords: Health; Social determinants of health; Social health inequalities; Socioeconomic indicators; Lisbon Metropolitan Area

JEL Classification Codes: I1 – Health, R1 – General Regional Economics

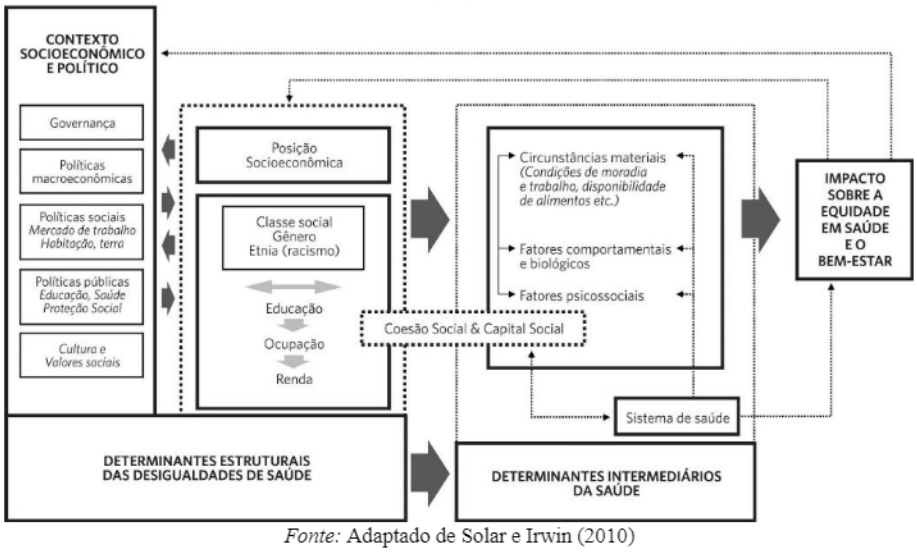
1. INTRODUÇÃO

A saúde enquanto estado de completo bem-estar físico, mental e social é determinada por um conjunto multivariado de fatores de natureza biológica, comportamental e socioeconómica. Os determinantes sociais de saúde são fatores que influenciam os resultados de saúde; as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, assim como o conjunto mais

amplo de forças e sistemas que moldam as condições de vida diariamente (OMS, 2021). As iniquidades em saúde derivam e contribuem para outras iniquidades. São inúmeros os fatores sociais com impacto profundo na saúde das populações. Incluem a educação, a situação económica, o emprego e as condições de trabalho, a habitação, o meio ambiente e a existência de sistemas de saúde que assegurem a todos o acesso aos cuidados necessários (OMS, 2021). Podem ser mais relevantes do que os próprios cuidados de saúde ou as escolhas de estilo de vida, sendo responsáveis por 30 a 55% dos resultados de saúde (OMS, 2021). Embora complexos e multifacetados, nem sempre fáceis de selecionar, analisar e compartilhar, o seu estudo é fulcral no fortalecimento e na disseminação de boas práticas para a construção de um mundo mais justo e saudável para todos (OMS, 2021, OMS, 2019).

Vários modelos têm sido desenvolvidos sobre os determinantes em saúde (Canadian Council on Social Determinants of Health [CCSDH], 2015; Lucyk & McLaren, 2017), com contributos provenientes de vários domínios científicos (genética, economia, psicologia, antropologia, entre outros; Evans et al, 1994). Um dos mais referenciados é proposto por Dahlgren e Whitehead (2006), onde a saúde surge como um elemento num sistema complexo, sendo resultado de um conjunto de sistemas, organizados em diferentes camadas, de acordo com a sua abrangência, onde se incluem as condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais, as condições de vida e trabalho, as redes sociais e comunitárias, os estilos de vida do indivíduo e as suas características biológicas. Em 2011, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o modelo concetual dos determinantes de saúde proposto por Solar e Irwin (2010).

Figura 1 - Determinantes do estado de saúde da população: modelo concetual de Solar e Irwin (2010)



Fonte: Adaptado de Solar e Irwin (2010)

O modelo (Figura 1) apresenta uma divisão dos determinantes sociais de saúde em determinantes estruturais, que incluem o rendimento, a educação, o trabalho, o género, a etnia, determinantes que implicam uma diferenciação nas condições de saúde mediante o lugar de cada indivíduo na hierarquia social, e os determinantes intermédios de saúde, que incluem não só aspetos relacionados com as condições de vida, nomeadamente habitação e trabalho como os estilos de vida e o acesso a cuidados de saúde. A visibilidade e dimensão das causas estruturais no modelo representam a importância que lhe é atribuída enquanto fonte principal de desigualdades em saúde e nas condições de vida dos indivíduos, embora esteja claramente visível a relação entre determinantes estruturais, intermédios e resultados de saúde. No modelo, a interligação entre os determinantes estruturais e intermédios é assegurada por setas, enquanto a coesão social e o capital social intercetam ambos.

Procurando responder às preocupações crescentes com o agravamento das desigualdades e ciente da sua evidente influência sobre a saúde, a OMS criou, em 2005, a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde (CDSS), que no seu primeiro relatório, considerou como essenciais para a saúde da população mundial a melhoria das condições de vida quotidiana, a luta contra a distribuição desigual de poder e de recursos, assim como a necessidade premente de medir e avaliar de forma contínua quer os determinantes sociais de saúde, quer as ações implementadas no sentido de os resolver ou minimizar (CCSDH, 2010). Pese embora não isenta de críticas (e.g. Garbois et al, 2017),

a abordagem dos determinantes de saúde tem sido considerada como estruturante nas políticas de saúde, nomeadamente nos processos de planeamento em saúde e nos estudos em torno das ligações entre desigualdades sociais e saúde, colocando desafios éticos quanto às escolhas nas políticas de saúde (Weinstock, 2018). Ainda em 2019, a OMS destacava a necessidade de se continuar a trabalhar no sentido de melhorar a situação dos vários países em indicadores relacionados com os determinantes sociais de saúde, com vista à consecução dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS; OMS, 2019; OMS, 2019b).

A investigação em torno dos determinantes sociais de saúde tem demonstrado que as condições de saúde não são iguais para todos, estão socialmente padronizadas e esse caráter desigual resulta da forma como organizamos as nossas sociedades (Bax, 2016). A consciência de que a redução das desigualdades melhora a saúde e de que uma boa saúde contribui para a redução da pobreza, para a produtividade e para o reforço do bem-estar de famílias e das comunidades (OMS, 2010a), tem incentivado os estados europeus a criarem programas e projetos de saúde em todas as políticas, partindo algumas vezes de iniciativas da OMS. São exemplo os projetos "Cidades saudáveis", de que resultou em Portugal a criação em 1998 da "Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis", em que participam 17 municípios da Área Metropolitana de Lisboa (AML), ou as "Escolas Promotoras de Saúde" em que participam a maior parte das escolas portuguesas.

O presente artigo pretende estudar os determinantes sociais de saúde na AML, procurando responder à seguinte questão de partida "Quais os contributos do estudo dos determinantes sociais de saúde na AML, com destaque para as seguintes dimensões de análise: pobreza/privação material; habitação; acesso à saúde; trabalho e educação?". Selecionou-se a AML por ser a área metropolitana mais populosa do país, pela sua localização central, estratégica e fundamental, integrando a capital do país.

Quanto à relevância do estudo das dimensões em análise, diversos estudos internacionais apresentam uma forte evidência que a educação e a qualidade de cuidados de saúde na infância têm impacto positivo no desenvolvimento das crianças, reduzem as desigualdades em saúde e são determinantes chave na morbilidade e mortalidade infantil (Sauders et al, 2017). Quanto ao acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente aos cuidados de saúde primários tornam-se cruciais quando está demonstrado que taxas reduzidas de hospitalização evitáveis são demonstrativas da eficácia dos serviços de cuidados de saúde primários, aspeto aliás destacado pela OCDE no seu estudo sobre o Perfil de Saúde de Portugal, em 2019 (OECD, 2019). Também o trabalho é destacado, pela Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2019), como um determinante essencial de saúde quer pela sua influência positiva sobre a atividade física, os padrões de sono e prevenção de abuso de substâncias, quer pelas repercussões negativas dos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Já quanto à pobreza e à habitação, sabe-se que a pobreza tem impacto negativo no desenvolvimento infantil, na morbilidade por doenças infeciosas, no estado de nutrição, sendo que o acesso à habitação e a sua qualidade se tornam determinantes para o bem-estar e a saúde, nomeadamente relacionados com a sobrelotação e as deficitárias condições habitacionais (OMS, 2019c).

2. METODOLOGIA

Procurando responder ao objetivo traçado, procedeu-se a uma abordagem exploratória qualitativa assente em pesquisa bibliográfica e documental sobre o tema e seu respetivo estudo, tendo-se como foco os diferentes determinantes enunciados. A recolha de dados quantitativos para a região em estudo partiu de fontes secundárias e teve como principal fonte de informação o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento das Famílias (ICOR) de 2018 e de 2019 (com dados do ano anterior ao ano do inquérito). Complementarmente, utilizou-se o mesmo inquérito, mas para os anos de 2016 e 2017. Este inquérito é realizado anualmente pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) desde 2004, com desagregação ao nível NUTS II a partir de 2018, para assim se obter a informação necessária para a compilação de estatísticas sobre rendimento, condições de vida e exclusão social na União Europeia (UE), sob a coordenação do EUROSTAT, a fonte principal de dados estatísticos

da UE[1]. O ICOR permite, entre outros fins, a análise da ligação entre a pobreza e exclusão social e a atividade económica, emprego, tipologia sociofamiliar, educação, saúde e habitação (INE, 2019b). A amostragem é por agregado doméstico privado (ADP)[2] e indivíduo, com representatividade regional ao nível NUTS II, abrangendo, em 2018, 19.320 alojamentos (3.360 dos quais pertencentes à AML) (INE, 2019b). Foram ainda utilizados dados do Inquérito ao Emprego, também da responsabilidade do INE e relativos a 2018 e 2019, além de dados de uma outra fonte secundária – o Ministério da Saúde (2019), bem como da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Por outro lado, de realçar também a deliberada opção metodológica de não considerar neste estudo dados mais recentes, designadamente do ano 2020. De facto, com a crise pandémica por COVID 19, vivida desde março de 2020, a perda de rendimentos tornou-se uma realidade na sociedade portuguesa, e não afeta todos os grupos por igual (Silva et al, 2020), sendo potencialmente mais atingidos aqueles que mantinham níveis de vulnerabilidade à pobreza ou à exclusão social ainda demasiadamente elevados (EAPN Portugal, 2020). Por outro lado, esse contexto pandémico também conduziu ao desemprego e ao recurso a apoios sociais por parte de muitas famílias, além do impacto na saúde mental, na violência doméstica, no sucesso escolar e em muitas outras áreas que se constituem como determinantes da saúde. De referir ainda que o atual contexto da pandemia COVID 19 trouxe consigo outras consequências, nomeadamente em termos de saúde, quer pelas elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, quer pelo questionamento em relação aos serviços de saúde e suas capacidades e pela consciência aguda das vulnerabilidades sociais de muitos portugueses, nomeadamente dos mais idosos e isolados.

Conclui-se a presente secção, apresentando uma breve caracterização da região em análise, com recurso aos dados de 2019 (INE, 2021a).

A Área Metropolitana de Lisboa (AML) abrange 18 concelhos (nove dos quais a norte do Tejo e outros nove a sul): Alcochete, Almada, Amadora, Barreiro, Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Moita, Montijo, Odivelas, Oeiras, Palmela, Seixal, Sesimbra, Setúbal, Sintra e Vila Franca de Xira; e ocupa uma área de 3.015 quilómetros quadrados, em que coexistem o rural e o urbano.

A população residente em 31 de dezembro de 2019 era de 2.863.272, sendo 1.337.420 homens e 1.525.852 mulheres (46,7% e 53,3%, respetivamente). A taxa de natalidade é de 10,4 ‰, bastante acima do valor de Portugal que é de 8,4 ‰ e a taxa de mortalidade é de 9,9 ‰ contra 10,9 ‰ em Portugal.

A AML integra 59 hospitais, dos quais 31 são privados, contando com 3,8 camas por mil habitantes contra 3,4 em Portugal. Na AML há 780 farmácias. O número de enfermeiros por mil habitantes é de 7,1 contra 7,4 em Portugal. Em relação ao número de médicos é de 6,6 na AML contra 5,4 em Portugal. Quanto a consultas por mil habitantes correspondem a 12,7 contra 11,2 em Portugal.

A população ativa é de 1.433.000, dos quais 1.331.200 indivíduos estão empregados e 101.800 desempregados, sendo a taxa de desemprego de 7,1% face a 6,5% em Portugal. Por sua vez, o rendimento bruto declarado em 2018 corresponde a um valor médio de 11.688€ por habitante quando em Portugal este foi de 9.280€.

Entre outros dados a destacar, refira-se, por último, em termos de literacia digital, o facto de 85,7% dos residentes utilizarem a Internet para uma média nacional de 75,3%, aliado a uma utilização de comércio eletrónico de 35,1% contra 28,2% a nível nacional e a utilização de serviços avançados de 82,8% contra 72,3% a nível nacional, pelo que indiciam uma literacia digital substancialmente maior quando se compara a AML com o todo nacional.

[1] No quadro da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS II), as sete regiões portuguesas compreendem: Norte; Centro; AML; Alentejo; Algarve; Região Autónoma dos Açores; e Região Autónoma da Madeira. A base de dados europeia intitula-se European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Antecederam os ICOR e EU-SILC, entre 1994 e 2001, o Painel Europeu de Agregados Domésticos Privados (PEADP) e o European Community Household Panel (ECHP), respetivamente.

[2] Por ADP, entende-se o "conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e cujas despesas fundamentais ou básicas (alimentação, alojamento) são suportadas conjuntamente, independentemente da existência ou não de laços de parentesco; ou a pessoa que ocupa integralmente um alojamento ou que, partilhando-o com outros, não satisfaz a condição anterior" (INE, 2019b, p. 96).

3. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NA AML

Tendo em consideração que são diversificados os determinantes de saúde, como aliás ficou já patente, e que num estudo desta dimensão seria tarefa hercúlea contemplar todos eles, abordam-se os determinantes de saúde, cuja relevância já foi apontada e para os quais se encontraram maior volume de informação, nomeadamente a nível regional.

3.1 Pobreza/privação material

Não é fácil explicitar em que consiste a pobreza. "O conceito de pobreza exige, de facto, uma abordagem própria, envolvendo múltiplas dimensões de condições de vida que captem as diversas privações de bem-estar que se vivem na sociedade, conforme critérios normativos explícitos de avaliação" (Pereirinha e Pereira, 2019, p. 5). Pobreza pode associar-se a privação e numa perspetiva sociológica remete para a privação absoluta e para a privação relativa, sendo que a incapacidade para satisfazer um conjunto de necessidades básicas ou mínimas, constitui a prova de pobreza (Sen, 1992).

Contudo, considerando, por exemplo, Pereira (2010) ou Rodrigues (2018), a análise da pobreza pode ser feita a partir de outras abordagens, designadamente, a subsistência, a privação relativa, a privação de capacidades e a perceção social de necessidades. No primeiro caso, o conceito remete para a insuficiência de rendimentos dos agregados familiares para ter acesso ao mínimo indispensável à sua sobrevivência. A privação relativa, por sua vez, está associada à insuficiência de recursos para assegurar as condições de vida que são comuns / aprovadas nas sociedades a que pertencem. Quanto à privação de capacidades básicas, a mesma está associada à incapacidade para a realização de algo básico ou elementar por insuficiência de meios (rendimentos) e não por escolha. Finalmente, a pobreza com base na perceção social de necessidades reside na insatisfação forçada de necessidades sociais percebidas ou definidas.

Embora cada uma das abordagens acima referidas possua diferentes significados há uma característica comum identificável: a associação da pobreza a algum grau de incapacidade de satisfazer determinadas necessidades ou de deter um determinado nível de vida por insuficiência de recursos económicos, levando a algum tipo de privação não voluntária. Estas conceções estão, portanto, associadas quer a escassez de recursos quer a necessidades e podem ser analisadas numa perspetiva relativa ou absoluta (Pereira, 2010).

A maior parte dos países de nível reduzido de desenvolvimento avaliam a pobreza a partir das medidas de pobreza absoluta. A pobreza absoluta ou extrema designa uma situação em que as pessoas não veem satisfeitas as necessidades básicas à sua sobrevivência (EAPN, 2021). O Banco Mundial considera que os indivíduos cujos rendimentos per capita sejam inferiores a 1,90 dólares americanos por dia se encontram em situação de pobreza extrema (Banco Mundial, 2021).

Em Portugal e na UE, a avaliação da pobreza predominantemente utiliza uma medida monetária de pobreza relativa, sendo considerados pobres aqueles cujo rendimento seja inferior a 60% do rendimento mediano equivalente[3] (Pereira, 2010). Será com base neste conceito que será feita a análise.

Esta medida deve, no entanto, ser utilizada com prudência por possibilitar apenas comparar entre países a percentagem de indivíduos que têm rendimentos inferiores ao limiar estipulado para aquele país, não permitindo comparar as necessidades que em cada país podem ser satisfeitas com esse rendimento. Assim, alguém de um estado-membro em que 60% do rendimento mediano equivalente seja bastante elevado pode ser considerado pobre, mesmo podendo fazer face a todas as suas necessidades e, por outro lado, alguém de um outro estado-membro em que 60% do rendimento mediano equivalente seja substancialmente mais baixo pode não conseguir satisfazer todas as suas necessidades e não ser considerado pobre. De qualquer modo, esta forma de avaliar a pobreza permite analisar a evolução do combate à pobreza, à desigualdade e à exclusão social.

Desde 2009 que, para medir o progresso no combate à pobreza e exclusão social na UE, foi adotado, por 27 países, o indicador de privação material. Convencionou-se para efeitos de definição

[3] Por rendimento equivalente, entende-se o "resultado obtido pela divisão do rendimento de cada agregado pela sua dimensão em termos de "adultos equivalentes", utilizando a escala de equivalência modificada da OCDE [peso de 1,0 ao primeiro adulto, 0,5 para cada um dos restantes adultos do agregado e 0,3 para cada jovem com menos de 14 anos de idade]" (INE, 2019b, p. 111).

de privação material que, se do conjunto dos nove itens seguintes, houvesse carência a pelo menos três devido a dificuldades económicas, se poderia referir que o agregado doméstico estaria em situação de privação material, e se a carência fosse em pelo menos quatro itens pelas mesmas razões, estar-se-ia em situação de privação material severa (Guio et al, 2017):

a) capacidade para assegurar o pagamento imediato de uma despesa inesperada e próxima do valor mensal da linha de pobreza (sem recorrer a empréstimo);

b) capacidade para pagar uma semana de férias, por ano, fora de casa, suportando a despesa de alojamento e viagem para todos os membros do agregado;

c) capacidade para pagar atempadamente rendas, prestações de crédito ou despesas correntes da residência principal, ou outras despesas não relacionadas com a residência principal;

d) capacidade para ter uma refeição de carne ou de peixe (ou equivalente vegetariano), pelo menos de 2 em 2 dias;

e) capacidade para manter a casa adequadamente aquecida;

f) capacidade para ter máquina de lavar roupa;

g) capacidade para ter televisão a cores;

h) capacidade para ter telefone fixo ou telemóvel;

i) capacidade para ter automóvel (ligeiro de passageiros ou misto).

A vantagem de se utilizar este indicador reside na objetividade do mesmo, permitindo comparações entre todos os países, independentemente do conceito de pobreza que adotem para analisar as condições de vida das suas populações. Por outro lado, alguns itens têm pertinência em determinados países e não fazem sentido noutros (por exemplo, a capacidade para manter a casa adequadamente aquecida só faz sentido nos países em que tal seja importante, mas em países de temperaturas amenas não é de grande relevância).

A Tabela 1 apresenta os itens de privação material (carências por razões estritamente financeiras) na população residente na AML, em comparação com a média nacional e outras regiões de Portugal continental.

Tabela 1 - Itens de privação material, Portugal, Portugal continental por regiões, 2018, 2019

	Itens de privação material	Portugal	Norte	Centro	AML	Alentejo	Algarve
		%					
2019	Sem capacidade para pagar uma semana de férias por ano, fora de casa	**40**	41,9	41,5	31	43,8	45,6
	Sem capacidade para assegurar o pagamento imediato de uma despesa inesperada sem recorrer a empréstimo	**33**	30,4	30,9	33,1	36,5	39
	Sem capacidade económica para manter a casa adequadamente aquecida	**18,9**	24,4	17,3	14,6	11,6	16,6
	Sem capacidade para pagar atempadamente rendas, prestações de crédito hipotecário ou despesas correntes com a habitação, outras despesas correntes ou créditos	**5,8**	4,5	5,4	7,3	4,1	8,9
	Sem capacidade económica para ter automóvel	**5,3**	6	3,3	5,1	4,9	7,5
	Sem capacidade económica para ter uma refeição de carne ou de peixe (ou equivalente vegetariano), pelo menos de 2 em 2 dias	**2,3**	1,2	2,6	1,6	3	7
	Sem capacidade económica de máquina de lavar roupa	**0,8**	0,8	0,7	0,7	1,1	2,3
	Sem capacidade económica de telefone ou telemóvel	**0,4**	0,3	0,3	0,1	1	0,5
	Sem capacidade económica para ter televisão a cores	**0,2**	0,1	0,3	0,1	0,4	0,7
2018	Sem capacidade para pagar uma semana de férias por ano, fora de casa	**41,3**	42,8	43,1	32,1	47,7	46,6
	Sem capacidade para assegurar o pagamento imediato de uma despesa inesperada sem recorrer a empréstimo	**34,7**	31,7	32,9	34,9	40,2	38,9
	Sem capacidade económica para manter a casa adequadamente aquecida	**19,4**	25,9	17,8	15,2	9,3	13,7
	Sem capacidade para pagar atempadamente rendas, prestações de crédito hipotecário ou despesas correntes com a habitação, outras despesas correntes ou créditos	**6,6**	4,7	5,9	8,9	4,7	9,7
	Sem capacidade económica para ter automóvel	**5,9**	5,8	4,8	6,3	5,1	8,1
	Sem capacidade económica para ter uma refeição de carne ou de peixe (ou equivalente vegetariano), pelo menos de 2 em 2 dias	**2,4**	1,6	2,3	2,3	2,5	3,6
	Sem capacidade económica de máquina de lavar roupa	**0,8**	0,7	1,1	0,2	1,3	1,3
	Sem capacidade económica de telefone ou telemóvel	**0,3**	0,3	0,2	0,1	0,9	0,3
	Sem capacidade económica para ter televisão a cores	**0,2**	0,1	0,4	0,1	0,3	0,6

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), ICOR 2019 e 2018, Obtido de Sistema de Metainformação do INE.

Como se pode observar, cerca de um terço dessa população (33,1%), mostrou-se incapaz de assegurar, ao nível do agregado familiar, o pagamento de uma despesa inesperada de cerca de 501€[4] mensais sem recorrer a empréstimo. Outros itens relevantes de privação, em 2019, foram: ter

[4] O valor referido (501€ mensais) corresponde ao limiar de pobreza apresentado no ICOR de 2019 e que tem como referência os rendimentos de 2018. Trata-se, naturalmente, de um limiar de pobreza relativa, equivalente a 60% do rendimento mediano líquido por adulto equivalente.

aquecimento adequado para a casa (14,6%); ter as contas em dia (7,3%). Globalmente, as percentagens apresentadas na Tabela 1, para o caso AML, estão abaixo da média nacional. Destacam-se pela positiva face às outras regiões consideradas e melhoram de 2018 para 2019.

Por outro lado, considera-se que um indivíduo se encontra em privação material quando, no seu agregado, se verifica pelo menos três das nove dificuldades acima descritas. Essa condição de privação material atingiu, em 2019, cerca de 13 em cada 100 pessoas residentes na AML, sendo de 3,5 a média dos itens em privação dessa população carenciada (INE, 2021b; 2021c). Trata-se de uma das mais baixas taxas de privação material de entre as regiões portuguesas, registando igualmente uma evolução favorável, não apenas em termos temporais (de 15,3% em 2018 para 13,2% em 2019), mas também quando comparada com a média nacional (de 16,6% em 2018 para 15,1% em 2019) (INE, 2019a, 2021b, 2021c).

Em risco de pobreza ou exclusão social estão os indivíduos que residem em agregados, cujo rendimento é insuficiente para prevenir o risco de pobreza, em situação de privação material severa e/ou com intensidade laboral per capita muito reduzida. A Tabela 2 apresenta esses resultados para Portugal e as cinco regiões de Portugal continental.

Tabela 2 - Risco de pobreza ou exclusão social por dimensões, Portugal, Portugal continental por regiões, 2018, 2019

	Portugal	Norte	Centro	AML	Alentejo	Algarve
Período de referência dos dados[3]	2019					
	%					
População residente em risco de pobreza ou exclusão social[1]	**21,6**	23,2	20,4	17,8	22	23,2
Taxa de risco de pobreza (Após transferências sociais)[2]	**17,2**	18,3	17,3	13,3	17,9	18,7
Taxa de privação material severa	**5,6**	6,7	4,1	4,6	4,6	8,1
Intensidade laboral per capita muito reduzida[2]	**6,2**	6,2	5,0	5,7	8,3	6,5
Período de referência dos dados[3]	2018					
	%					
População residente em risco de pobreza ou exclusão social[1]	**21,6**	22,8	23	16,7	21,1	22,9
Taxa de risco de pobreza (Após transferências sociais)[2]	**17,3**	18,6	18,6	12,3	16,9	18,6
Taxa de privação material severa	**6,0**	6,4	4,9	5,8	4,5	6,6
Intensidade laboral per capita muito reduzida[2]	**7,2**	8,0	6,8	5,5	8,3	6,6

(1) População residente em risco de pobreza ou exclusão social: Indivíduos em risco de pobreza e/ou em situação de privação material severa e/ou a viver em agregados com intensidade laboral per capita muito reduzida.

(2) Os dados referentes ao ano n são recolhidos pelo ICOR realizado em n+1. Os valores apresentados correspondem ao ano anterior.

(3) Por convenção, este indicador é referenciado ao ano do inquérito. O indicador População residente em risco de pobreza ou exclusão social combina dois indicadores construídos com base em informação relativa ao ano de referência do rendimento (Taxa de risco de pobreza após transferências sociais e Intensidade laboral per capita muito reduzida) com um indicador com informação relativa ao ano do inquérito (Taxa de privação material severa).

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), ICOR 2019 e 2018, Obtido de Sistema de Metainformação do INE.

Como se pode observar, a AML sobressai como a região portuguesa com menor risco de pobreza ou exclusão social. Considerando o ano de 2019, a conjugação de um ou mais dos fatores de pobreza ou exclusão social considerados (pobreza monetária, privação material severa, ou intensidade laboral muito reduzida) atingiu 17,8% da população residente na AML, equivalente a mais de 500 mil pessoas nessa situação. Quando analisados individualmente, a posição relativa da região mantém igual destaque, com 13,3% dos residentes na AML a serem classificados como pobres (ou seja, com um rendimento do agregado após transferências sociais inferior à linha de pobreza), 4,6% a não conseguirem assegurar, no mínimo, quatro dos itens de privação material (ver Tabela 1) e 5,7% dos que, com idade até aos 59 anos, pertencem a agregados, cujos adultos trabalharam, em média, menos de 20% do tempo de trabalho possível. A comparação dos dados apresentados com os do ano anterior indica, porém, um agravamento do risco de pobreza ou exclusão social na AML (+1,1 pontos percentuais) – em linha com as outras regiões exceto a região Centro – e das diferentes dimensões que compõem este indicador, com exceção do nível de privação material severa (-1,2 pontos percentuais).

3.2 Privação habitacional

Em contraposição com os resultados até agora apresentados para a região em estudo, os indicadores de privação habitacional na AML destacam-se por estarem entre os mais elevados do país (Tabela 3).

Tabela 3 - Indicadores de privação habitacional, Portugal, Portugal continental por regiões, 2018, 2019

	Portugal	Norte	Centro	AML	Alentejo	Algarve
	2019					
	%					
Taxa de sobrelotação da habitação	**9,5**	8,3	5,4	12,9	7,8	17,8
Taxa de privação severa das condições de habitação	**4,1**	3	2,3	6,4	2,3	7,2
Carga mediana das despesas em habitação[1]	**11**	11,3	10,6	10,7	11,2	11,4
Taxa de sobrecarga das despesas em habitação[1]	**5,7**	4,6	4,4	7,7	5,4	8,2
	2018					
	%					
Taxa de sobrelotação da habitação	**9,6**	9,2	4,8	12,9	7,6	16,5
Taxa de privação severa das condições de habitação	**4,1**	3,6	1,7	5,8	3,3	8,1
Carga mediana das despesas em habitação[1]	**11,7**	11,9	11,5	11,3	11,5	13,4
Taxa de sobrecarga das despesas em habitação[1]	**5,7**	5,1	5,4	6,2	5,5	9,2

[1] Os indicadores Carga mediana das despesas em habitação e Taxa de sobrecarga das despesas em habitação comparam informação relativa ao ano do inquérito com o rendimento disponível do ano anterior.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), ICOR 2019 e 2018, Obtido de Sistema de Metainformação do INE.

Os dados disponíveis para 2018 e 2019 indicam que a sobrelotação da habitação[5] afetava cerca de um em cada oito residentes na AML, com apenas a região do Algarve a apresentar resultados ainda piores. Resultados igualmente pouco animadores para estas duas regiões se verificam relativamente à taxa de privação severa das condições da habitação; a mesma correspondia, na região AML, sensivelmente a metade da taxa de sobrelotação da habitação em 2019 (mas agravou-se de 2018 para 2019), atendendo a que as condições de privação habitacional se classificam como severas quando, para além de sobrelotado, o alojamento apresenta um dos seguintes problemas: (i) não existência de banho ou duche, (ii) ausência de sanita com autoclismo no interior do alojamento, (iii) infiltrações ou humidade no teto, paredes, janelas ou soalho; (iv) luz natural insuficiente num dia de sol.

Estes dois indicadores podem juntar-se ao indicador de privação material que tem sido relacionado com riscos para a saúde (incapacidade financeira para manter a casa adequadamente aquecida; ver Tabela 1; Rodrigues et al, 2016) por igual motivo. Já a incapacidade de manter o alojamento aquecido é uma situação penalizadora do bem-estar da população portuguesa com 65 e mais anos. A diferença para a média europeia ao longo dos anos é da ordem de 20 pontos percentuais (Ferrão e Delicado, 2019). Ora, esse facto, é um dos responsáveis pelo agravamento da morbilidade por doenças respiratórias na população idosa.

A qualidade habitacional tem implicações relevantes na saúde, pelo que é crucial: 1) conhecer as condições habitacionais das pessoas e suas famílias; 2) identificar riscos para a saúde relacionados com as condições habitacionais; e 3) agir em conformidade, procurando reduzir esses riscos, melhorando assim a saúde e o bem-estar das populações (OMS, 2018). Sabe-se hoje que melhores condições habitacionais podem salvar vidas, reduzir doenças, promover a qualidade de vida, reduzir a pobreza, ajudar a mitigar as mudanças climáticas e contribuir para a concretização de uma série de Objetivos ODS, como são exemplos os ODS 3 e 11 ("Saúde de qualidade" e "Cidades e comunidades sustentáveis", respetivamente). Neste sentido, a OMS recomenda: 1) a prevenção e/ou redução de grandes aglomerados de pessoas numa só habitação; 2) temperatura e isolamento adequados e capazes de proteger as pessoas dos efeitos adversos do frio e calor extremos; 3) a presença de dispositivos de segurança, como sensores de fumo e monóxido de carbono; e 4) uma acessibilidade adequada, inclusivamente para as pessoas idosas e/ou com incapacidade (OMS, 2018).

A Tabela 3 apresenta ainda dois indicadores que permitem avaliar a importância dos custos relacionados com o acesso e utilização da habitação relativamente ao rendimento disponível dos

[5] O conceito estatístico de espaço de habitação sobrelotado usado no ICOR pressupõe que o número de divisões habitáveis é apenas suficiente quando existe: "uma divisão comum, uma divisão para cada casal, uma divisão para cada adulto, uma divisão para cada duas pessoas do mesmo sexo com idades entre os 12 e os 17 anos, uma divisão para cada pessoa de sexo diferente com idades entre os 12 e os 17 anos, uma divisão para cada duas pessoas com menos de 12 anos" (INE, 2019b, p. 103).

agregados familiares[6]. Como esclarece Azevedo (2020), "o primeiro indicador, a carga mediana das despesas em habitação, corresponde à percentagem exata das despesas em habitação face ao rendimento disponível que divide as famílias portuguesas, num dado período, em duas metades iguais, ou seja, metade das famílias despende de percentagem superior à mediana e a outra metade uma percentagem inferior" (Azevedo, 2020: 50). Na AML, em 2019, a carga mediana das despesas em habitação foi das mais baixas de Portugal continental, de 10,7%, um peso inferior ao registado em 2018 (11,3%). Em contrapartida, as regiões AML e Algarve voltam a apresentar os piores resultados relativamente à taxa de sobrecarga das despesas em habitação, indicativo de maior dificuldade ou mesmo impossibilidade no acesso a outros bens e a muitos serviços, entre eles alguns da área da saúde. Essa sobrecarga terá consequências em aspetos específicos que condicionam a saúde, como, por exemplo, a possibilidade de fazer uma alimentação adequada ou de comprar os medicamentos necessários. Assim, pouco mais de 7% dos indivíduos que viviam em agregados familiares residentes na AML, tinha despesas com habitação a representar mais de 40% do seu rendimento em 2019, valor superior à taxa de sobrecarga das despesas em habitação registada em 2018 (6,2%).

3.3 Acesso aos Cuidados de Saúde Primários - Acesso a Médico de Família

A acessibilidade aos cuidados de saúde é um problema que tem provocado múltiplas discussões, cada vez mais frequentes. Atualmente, o enfoque tem-se dado nas questões das diferenças entre os serviços públicos *versus* serviços privados e nas desigualdades socioeconómicas, geográficas e demográficas, bem como nas estratégias do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 para garantir a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde é um pilar fundamental das políticas de saúde. No entanto, ao contrário do que se poderia pensar, trata-se de um problema complexo, com múltiplos fatores de difícil controlo, os quais condicionam a acessibilidade aos cuidados de saúde.

A Constituição da República Portuguesa refere, no número 1 do seu artigo 64º, que "todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover" (DRE, 1976, artigo 64º). Acrescenta no número 3, alínea a), que "incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação" (DRE, 1976, artigo 64º), além de que, na alínea b), do mesmo número, é dito que deve "garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde" (DRE, 1976, artigo 64º).

Os cuidados de saúde primários (CSP), são desde 1978 (OMS, 1978) considerados o pilar dos sistemas de saúde e, em Portugal, a entrada e contacto preferencial com o Serviço Nacional de Saúde. Os debates políticos, e até académicos, têm-se centrado em torno da acessibilidade ao médico de família e às unidades dos agrupamentos de centros de saúde, como fundamentais para a concretização do direito à saúde de todos os portugueses. Segundo o Relatório da Primavera 2019, os países com um sistema de saúde alicerçado em CSP têm "*menores desigualdades socioeconómicas no estado de saúde auto reportado"* (OPSS, 2019:36), destacando ainda o papel crucial das unidades de saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde para a melhoria de indicadores de saúde, como os internamentos evitáveis ou o controlo de doenças crónicas.

O acesso aos cuidados de saúde depende da oferta e procura, da proximidade, da aceitabilidade, disponibilidade, da condição económica da pessoa e da adequação das respostas às necessidades individuais (Aragón, 2017). O acesso aos cuidados de saúde tem vindo a melhorar, como se pode observar através da evolução percentual da relação entre os utentes com médico de família atribuído e os residentes (Tabela 4), sendo que nos últimos anos ronda os 97% a nível nacional.

Considerando os dados por Administração Regional de Saúde (ARS), este valor apresenta, porém, uma flutuação. Conforme se pode constatar na tabela seguinte (Tabela 4), é na região da AML que existe maior deficit no acesso a médico de família, com um valor percentual de menos 12.8% face à ARS Norte que apresenta o valor mais elevado em Portugal Continental.

[6] Neste âmbito, entenda-se por despesas associadas à habitação os gastos com água, eletricidade, gás ou outros combustíveis, condomínio, saneamento, manutenção e pequenas reparações, bem como as despesas relacionadas com rendas, juros relativos ao crédito à habitação principal e seguros.

Tabela 4 - Evolução percentual de utentes inscritos com médico de família atribuído, Portugal continental por regiões, 2015-2019

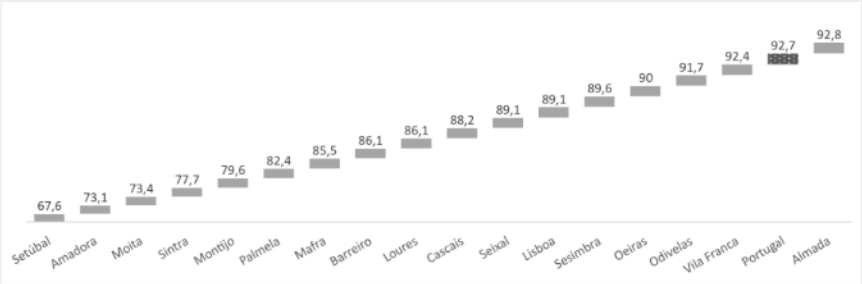
ARS	2015	2016	2017	2018	2019	Var. 2019/2018
	%					
Portugal	89,7	92,1	92,7	93,0	92,7	-0,3
Norte	97,1	98,7	98,2	99,0	98,4	-0,6
Centro	94,4	97,2	97,4	97,1	96,8	-0,3
Lisboa	79,9	83,3	85,4	85,1	85,6	0,5
Alentejo	92,6	96,5	96,4	95,5	93,9	-1,6
Algarve	77,0	84,1	85,5	88,6	86,7	-1,9

Fonte: Ministério da Saúde (2019)

Por outro lado, sabendo que a AML é composta por 18 dos 308 municípios de Portugal, todos, sem exceção, estão incluídos no grupo dos 25% de municípios com valores mais baixos de utentes inscritos com médico de família atribuído. Uma vez que a AML é a segunda maior região de Portugal, em termos populacionais (em 2019, com uma população residente de 2.863 milhões), e sendo a média de 85,6% de utentes inscritos com médico de família atribuído (Tabela 4), pode-se verificar que cerca de meio milhão de pessoas não tem acesso a médico de família.

A Figura 2 esclarece que, em 2019, na AML, apenas o município que apresenta melhor indicador, se encontra acima da média nacional. Em contrapartida, o concelho de Setúbal é o que apresenta o valor mais baixo da AML, sendo ainda o quarto município com o valor mais baixo a nível nacional (67,6%).

Figura 2 - Percentagem de utentes inscritos com médico de família atribuído, AML por municípios, 2019



Fonte: Ministério da Saúde (2019)

Em Portugal são mencionadas como barreiras ao acesso aos cuidados de saúde pelos grupos mais vulneráveis, como as pessoas idosas e/ou os imigrantes, as dificuldades financeiras, a distância e os tempos de espera, ao que não é alheia a problemática da escassez de médicos de família (OECD, 2019). São ainda referidos outros fatores dificultadores do acesso, nomeadamente os obstáculos administrativos, agravados pelas dificuldades de obter, num intervalo de tempo aceitável, o acesso a consultas (Ferrão e Delicado, 2019). Melhorar o acesso aos cuidados de saúde só é possível se todos tiverem acesso a médico de família, uma vez que esta via é das mais significativas para obter os necessários cuidados de saúde.

3.4 Trabalho

O trabalho é um determinante de saúde significativo, quer pelas condições em que este decorre quer pela situação da pessoa perante o trabalho. O mesmo pode ter impacto na saúde dos trabalhadores de forma direta devido a doenças profissionais e acidentes de trabalho, ou indireta pelo desemprego ou baixos rendimentos do trabalho, ou ainda pelo impacto destas situações nas suas famílias. Segundo a OIT (2019), as doenças cardiovasculares, os cancros relacionados com o trabalho e as doenças respiratórias, representam cerca de três quartos das mortes relacionadas com o trabalho, totalizando cerca de 2,4 milhões de mortes a nível mundial, enquanto os acidentes de trabalho mortais representam cerca de um quarto do total das mortes. No seu conjunto, as doenças e acidentes relacionados com o trabalho representam cerca de 5 a 7% da mortalidade mundial (OIT,

2019). Também a OMS não deixa de salientar que a incidência de doenças profissionais afeta 2,7% da população mundial (OMS, 2018).

Mas esta mortalidade "profissional" não está distribuída equitativamente pelas diferentes regiões do mundo, verificando-se que é a Ásia a região mais atingida com dois terços da mortalidade global (OIT, 2019). Verifica-se ainda que os acidentes de trabalho e doenças profissionais têm também maior incidência nos países mais pobres (OMS, 2018). Os riscos do trabalho estão interligados com outros riscos, como os económicos, os individuais e outros que mutuamente se influenciam, dada a ténue "fronteira" entre o trabalho e as restantes dimensões da vida dos indivíduos. Também as situações de desemprego ou de precariedade têm efeitos adversos na saúde (Marmot, 2013; OMS, 2018b; OIT, 2019).

Na ausência de dados desagregados a nível regional, opta-se por apresentar dados nacionais relativamente à população com doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados e à população com limitação na realização de atividades devido a problema de saúde, considerando a relevância destes indicadores para a temática em análise. Assim, pode constatar-se na Tabela 5 que, em Portugal, são os reformados, os desempregados e os inativos, as pessoas com mais doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados.

Tabela 5 - Proporção da população residente com 16 e mais anos com doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados, por grupo etário e condição perante o trabalho, Portugal, 2016-2019

		2016	2017	2018	2019
		%			
Grupo etário	Total	41,4	42,9	41,5	41,2
	16-64 anos	31,5	33,0	31,4	30,7
	65+ anos	72,1	72,5	71,3	71,6
Condição perante o trabalho	Empregados	26,6	28,9	27,3	27,3
	Desempregados	33,6	36,7	37,4	34,3
	Reformados	69,8	71,2	70,3	70,7
	Outros inativos	45,1	43,7	42,8	42,1

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), ICOR 2016-2019, Obtido de Sistema de Metainformação do INE.

Já em relação às pessoas com limitação na realização de atividades devido a problema de saúde, a Tabela 6 revela que, em Portugal, são os desempregados e os reformados que apresentam maior limitação, situação que se agravou desde 2016 nestes dois grupos populacionais.

Tabela 6 - Proporção da população residente com 16 e mais anos com limitação na realização de atividades devido a problema de saúde, por grupo etário e condição perante o trabalho, Portugal, 2016-2019

		2016	2017	2018	2019
		%			
Grupo etário	Total	33	33,3	33,5	33
	16-64 anos	23,1	23,5	23,5	22,6
	65+ anos	63,7	63	63,2	63,3
Condição perante o trabalho	Empregados	18,1	19,5	19,6	18,9
	Desempregados	28,9	29	30,6	31,3
	Reformados	60,8	60,5	61,7	61,8
	Outros inativos	35,6	34,4	34,6	33,9

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), ICOR 2016-2019, Obtido de Sistema de Metainformação do INE.

Considerando a zona geográfica da AML, a Tabela 7 indica que a taxa de emprego em 2018 e 2019 corresponde, aproximadamente, à da média nacional, mas foi mais baixa que a da região Centro ou Algarve; já o desemprego na AML, nos anos 2018 e 2019, superou percentualmente o de qualquer outra região portuguesa e foi mais elevado 0,6 pontos percentuais que a média nacional, aumentando assim a vulnerabilidade destes grupos a problemas de saúde. Em 2019 apenas 30,6% dos desempregados estavam a receber subsídio de desemprego, o que agrava o risco de pobreza deste grupo populacional (EAPN, 2020).

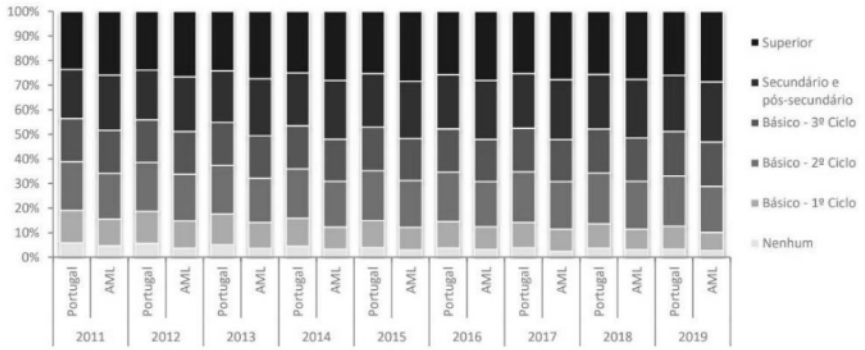
Tabela 7 - Taxas de emprego e desemprego, Portugal, Portugal continental por regiões, 2018-2019

	%			
	2018		2019	
	Taxa de desemprego	Taxa de emprego	Taxa de desemprego	Taxa de emprego
Portugal	7,0	55,0	6,5	55,4
Norte	7,3	54,8	6,7	55,1
Centro	5,6	56,0	4,9	56,3
Área Metropolitana de Lisboa	7,4	54,9	7,1	55,4
Alentejo	7,2	52,0	6,9	52,2
Algarve	6,4	56,2	7,1	56,8

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), Inquérito ao Emprego, Obtido de Sistema de Metainformação do INE.

Quanto à taxa de emprego, a Figura mostra que no período 2011-2019, esta é elevada na população com ensino superior, enquanto a taxa de desemprego neste grupo afeta apenas 4,7% da população ativa, ao contrário do que acontece com a população com menos escolaridade que viu diminuir o emprego.

Figura 3- Taxa de emprego por nível de escolaridade mais elevado completado, Portugal e AML, 2011-2019



Fonte: Bento e Tavares (2020)

A nível nacional, a AML é a região que apresenta a população empregada com mais qualificações, mas o desemprego tem aumentado para a população com menos habilitações e conhecido um aumento superior à média nacional.

3.5 Educação

A educação constitui-se como um dos determinantes de saúde com mais impacto e um dos indicadores mais usados na investigação em saúde. Ela influencia a posição socioeconómica, o emprego e o rendimento. A educação é promotora da mobilidade social e diminui o risco de pobreza, contribui para a diminuição das desigualdades promovendo também a igualdade de género e sociedades mais inclusivas (Lovell e Bibby, 2018). Por outro lado, reflete os recursos familiares materiais e culturais. Sabe-se ainda que o insucesso escolar e a baixa escolaridade são fatores de risco para a saúde e que são os jovens com menor escolaridade que enfrentam maior risco de pobreza e exclusão social (EAPN, 2020). As competências adquiridas através da educação podem influenciar os comportamentos em saúde, a literacia em saúde, a resiliência e a saúde mental (Hagell et al, 2018; Linder et al, 2020).

À semelhança do que se verificou nas Tabelas 5 e 6, recorre-se a dados nacionais relativamente à população com doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados e à população com limitação na realização de atividades devido a problema de saúde. Assim, as Tabelas 8 e 9 permitem-nos perceber que, em Portugal, são as pessoas com menos escolaridade que têm mais doença crónica e limitações.

Tabela 8 - Proporção da população residente com 16 e mais anos com doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados, por grupo etário e nível de escolaridade, Portugal, 2016-2019

		2016	2017	2018	2019
		%			
Grupo etário	Total	41,4	42,9	41,5	41,2
	16-64 anos	31,5	33,0	31,4	30,7
	65+ anos	72,1	72,5	71,3	71,6
Nível de escolaridade completado	Nenhum	75,8	76,1	78,0	78,5
	Ensino básico	46,5	48,0	47,4	48,0
	Ensino Secundário e pós-secundário	26,2	28,5	27,5	26,0
	Ensino superior	27,5	30,1	27,2	26,9

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), ICOR 2016-2019, Obtido de Sistema de Metainformação do INE.

Estes indicadores, em termos de patologias crónicas ou problemas de saúde prolongados, têm conhecido incremento desde 2016 nos níveis de escolaridade inferiores e atingem os seus valores mais significativos nas pessoas sem nenhum nível de escolaridade completado, aumentando de 75,8% em 2016 para 78,5% em 2019, ou em pessoas apenas com o ensino básico, subindo de 46,5% em 2016 para 48% em 2019. O contrário tem acontecido na população com o ensino secundário, com uma ligeira descida de 26,2% em 2016 para 26% em 2019, e com o ensino superior, no qual decresceu de 27,5% para 26,9%. A Tabela 9 reflete a mesma tendência, pois quem tem menor escolaridade tem visto aumentar as suas limitações devido a problemas de saúde desde 2016, ao invés do grupo que possui maior escolaridade, onde essas limitações têm diminuído, apesar de um ligeiro incremento em 2018. A diferença é substancial, pois ultrapassa os 50 pontos percentuais.

Tabela 9 - Proporção da população residente com 16 e mais anos com limitação na realização de atividades devido a problema de saúde, por grupo etário e nível de escolaridade, Portugal, 2016-2019

		2016	2017	2018	2019
		%			
Grupo etário	Total	33	33,3	33,5	33
	16-64 anos	23,1	23,5	23,5	22,6
	65+ anos	63,7	63	63,2	63,3
Nível de escolaridade completado	Nenhum	72,2	72,8	75	77
	Ensino básico	37,9	38,4	39	39,9
	Ensino Secundário e pós-secundário	18,5	18,7	19,2	17,6
	Ensino superior	16,8	18,1	19,1	16,8

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), ICOR 2016-2019, Obtido de Sistema de Metainformação do INE.

Em relação à AML, através da Tabela 10, pode verificar-se que o abandono escolar precoce na região, diminuiu entre 2018 e 2019, acompanhando a tendência geral do país. Apesar disso, o abandono escolar precoce feminino de 2018 para 2019 manteve-se inalterado em 9,3%, suplantando em 1,9 pontos percentuais (pp) a média nacional de 2019 e os valores das outras regiões que diminuíram de forma significativa, nomeadamente a região Norte que apresenta uma diminuição de 3,2 pp neste indicador.

Tabela 10 - Taxa de abandono precoce de educação e formação, total e por sexo, Portugal, Portugal continental por regiões, 2018, 2019

	%					
	2018			2019		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
Portugal	11,8	14,7	8,7	10,6	13,7	7,4
Norte	10,1	12,8	7,3	9,5	14,7	4,1
Centro	10,5	14,2	6,7	7,9	9,6	6,2
Área Metropolitana de Lisboa	11,1	12,9	9,3	10,4	11,6	9,3
Alentejo	14,3	-	-	12,7	-	-
Algarve	20,1	-	-	19,9	-	-

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), Inquérito ao Emprego, Obtido de Sistema de Metainformação do INE.

Apesar do aumento da escolaridade na AML, que faz com que seja a região do país com maior escolaridade (Bento e Tavares, 2020), não deixa de ser considerada como preocupante a manutenção do valor da taxa de abandono escolar precoce nas jovens em 2018 e 2019.

4. SOBRE OS DETERMINANTES DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES

Apesar dos determinantes sociais da saúde estarem interligados e a saúde ter uma causalidade multifatorial, é possível apreciar o papel desempenhado pelos fatores em destaque no presente artigo.

Quer se considere a pobreza (em qualquer das múltiplas abordagens) quer a privação material, o facto é que se tratam de condições de carência económica que nunca podem ser analisadas isoladamente, porque nunca estão sós e remetem para outros fenómenos como o isolamento e a exclusão social. Apesar de não ser possível identificar uma relação direta entre pobreza e/ou privação material e o acesso à saúde, pelo menos aos cuidados disponibilizados pelo Serviço Nacional de Saúde (quase totalmente gratuitos), o facto é que pode dificultar esse acesso. Senão veja-se: (i) obsta no pagamento da deslocação até à unidade de saúde quando esta for distante da morada; (ii) impossibilita ou gera grande dificuldade no acesso a alguns serviços / equipamentos / medicamentos / produtos de baixa comparticipação; (iii) inviabiliza ou coloca obstáculos ao acesso a sistemas privados de saúde e, por essa razão, muitas vezes os pobres têm de se sujeitar a esperar meses ou anos para aceder a consultas de determinadas especialidades ou realizar algumas cirurgias e exames. Nesses casos, as consequências podem ser agravamento de doenças e/ou morte.

Relativamente à ligação entre rendimento ou ausência dele e as situações de saúde/doença/morte, os estudos produzidos têm sido claros na identificação de um ciclo virtuoso/vicioso, no sentido em que se espera que mais/menos rendimento induza um maior/menor nível de saúde (também pela maior/menor utilização de cuidados de saúde) e vice-versa (Woolf et al, 2015; Alen et al, 2017; Ramprasad et al, 2020).

Em Portugal, existe pouca investigação publicada sobre a temática, mas os resultados de alguns dos estudos identificados corroboram com as outras investigações. Assim, por exemplo, na revisão sistemática da literatura sobre as desigualdades sociais de saúde, Conceição (2019) identifica três estudos que mostram a relevância do determinante rendimento (ou carência dele), independentemente da variável usada para medir o estado de saúde de um indivíduo: "associação clara entre baixos rendimentos e taxas de mortalidade infantil mais elevadas" (Pereira, 1998, citado por Conceição, 2019: 108); "os grupos com maiores rendimentos referiam o melhor estado [percecionado] de saúde" (Veiga, 2005, citado por Conceição, 2019: 106); "quanto mais perto do fundo da escala social, maior era a probabilidade de se ter um AVC [Acidente Vascular Cerebral]" (Ribeiro et al, 2013, citado por Conceição, 2019: 108).

É na AML que se encontra o menor risco de pobreza ou exclusão social em Portugal. Como assinala a filial portuguesa da Rede Europeia Anti-Pobreza, a esse facto não será alheio a existência de um rendimento mais elevado nessa região e, consequentemente, uma taxa de risco de pobreza consideravelmente mais baixa do que a média nacional (de 13,3% na AML para 17,2% em Portugal, segundo os dados do ICOR de 2019) (Tabela 2; EAPN Portugal, 2020).

A habitação é mais do que simplesmente um abrigo, constituindo-se como um determinante social com impactos comprovados na saúde das pessoas/famílias. Sabemos hoje, por exemplo, que há uma relação causal entre o número de mortes excessivo no inverno por doenças do aparelho circulatório e os índices de privação sociomaterial e habitacional ao nível dos municípios em Portugal e que no seu nível mais alto de privação, as condições habitacionais têm uma associação mais forte que as condições sociomateriais (Almendra et al, 2017). A região AML é a região do país com indicadores mais elevados no que se refere à privação habitacional.

Para além dos fatores óbvios de relação entre a habitação e a saúde, como a humidade e/ou o frio sobre os quais se explanou neste artigo, torna-se crucial o estudo de relações causais mais profundas e detalhadas, com vista a uma intervenção pública adequada aos problemas atuais. Rolfe et al (2020) apontam, no seu estudo, pelo menos três fatores habitacionais que condicionam a saúde, embora com variação considerável entre diferentes grupos. Estes autores estabelecem relações entre uma experiência positiva habitacional, moldada pela: 1) qualidade de relação com o provedor de habitação; 2) qualidade habitacional percecionada de acordo com as experiências anteriores e expetativas atuais; e 3) qualidade do meio envolvente e apoio social.

Quanto ao acesso aos cuidados de saúde, trata-se, como se viu, de uma condição necessária para ter saúde, o qual deve ser assegurado pelo Estado, uma vez que "todos têm direito à proteção da saúde" (DRE, 1976, artº 64, nº 1), além do "acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica" (DRE, 1976, artº 64, nº3, al. a). Na AML, embora nos últimos anos exista uma

melhoria no acesso a médico de família, verifica-se que as políticas públicas que deviam promover esse acesso não têm produzido os resultados desejados (OPSS, 2015).

Já em relação ao trabalho, este pode ter uma influência positiva em aspetos como a alimentação, a atividade física, os padrões de sono e a saúde mental (OIT, 2019; OMS, 2018), além de que a escassa participação no mercado de trabalho aumenta o risco de exclusão social (OIT, 2019). A tipologia de ocupação profissional acarreta riscos específicos para a saúde e contribui de modo significativo para a posição socioeconómica, sendo preditiva de desigualdades em termos de mortalidade e morbilidade, assim como da posição socioeconómica futura dos filhos (OMS, 2010b), como se verifica em Portugal. O tipo de ocupação profissional está relacionado com a saúde também pelo facto de incluir a possibilidade de os trabalhadores poderem obter maiores recursos materiais, melhorando o acesso à educação, à saúde, à alimentação e a melhor habitação (OIT, 2019; OMS, 2018).

Em Portugal constata-se que os indivíduos desempregados e inativos são os que mais doença e incapacidades acumulam. Na AML, o desemprego é mais elevado que a média nacional, trazendo preocupações acrescidas quanto ao impacto na saúde destas pessoas (OIT, 2019; OMS, 2018; Conceição, 2019). Acresce que, na AML, os trabalhadores têm mais qualificações que a média nacional, sendo neste grupo dos mais qualificados que se regista o menor desemprego, o que vem claramente confirmar o impacto da educação nas oportunidades de emprego (OIT, 2019).

Existem evidências claras de que melhores níveis educacionais têm repercussões em melhores níveis de saúde e de que esta afeta de forma significativa o sucesso escolar (Hagell et al, 2018), verificando-se também evidência da associação entre níveis de educação e patologias cardiovasculares (Xiuyun et al, 2020). A educação é um dos mais significativos determinantes de saúde; além de influenciar o bem-estar de crianças e adolescentes e a esperança de vida (OECD, 2019), contribui para a literacia em saúde, influencia as oportunidades de emprego e as condições de trabalho, além do impacto na redução da pobreza.

Vários estudos têm demonstrado que a conclusão do ensino secundário está associada a estilos de vida saudáveis (Hagell et al, 2018). Já o estudo de Lawrence (2017) identifica comportamentos menos saudáveis em jovens com menor escolaridade e, em contrapartida, melhores níveis de saúde em jovens adultos que concluíram, pelo menos, o ensino secundário. São também os grupos mais pobres e com menor escolaridade que apresentam mais problemas de saúde mental (Linder et al, 2020). Por outro lado, a OMS (2017) sustenta que, em 2016, foram as mães com mais baixos níveis educacionais que menos vacinaram as suas crianças, e Suhrcke e Nieves (2011) referem a associação entre menor escolaridade e a obesidade e excesso de peso.

Na AML, embora tenha descido a taxa de abandono escolar precoce em termos gerais, e apresentado valores inferiores aos nacionais, verifica-se que a taxa de abandono escolar feminino, ao contrário do que sucede a nível nacional, se manteve inalterada nestes dois anos, além de que é superior à nacional. Sabendo-se que o abandono escolar contribui para outras vulnerabilidades como a exclusão social, o desemprego, a pobreza e problemas de saúde, e que são os migrantes ou seus descendentes e os residentes em zonas rurais que mais precocemente abandonam a escola (Comissão Europeia, 2021), importa que se implementem políticas regionais com vista a permitir que os jovens, principalmente as jovens, possam terminar o seu percurso escolar.

5. CONCLUSÃO

A análise dos determinantes sociais de saúde na AML evidenciou tendências positivas e negativas. De facto, os indicadores apresentados permitem claramente dizer que a AML apresenta o menor risco de pobreza ou exclusão social do país, tem os trabalhadores mais qualificados e apresenta os níveis de escolaridade mais altos.

De entre as tendências negativas destacam-se os indicadores mais elevados no que se refere à privação habitacional, o agravamento do risco de pobreza, os valores elevados de abandono escolar precoce nas mulheres e as insuficiências no acesso aos cuidados de saúde primários, nomeadamente ao médico de família.

A perda de rendimentos acaba por ter repercussões a nível de privação material, impossibilitando ou dificultando o acesso a muitos bens / serviços, entre eles alguns da área da saúde. O indicador de privação material tem como base 9 itens indiciadores dessa privação, como foi referido anteriormente. De qualquer forma, desde 2017, passou a ser utilizado o indicador de privação

material e social que enriquece a informação sobre privação, alargando-a com dados sobre a possibilidade de acesso ao social, numa perspetiva que contribui para "medir" os meios que possibilitam o acesso à integração plena na sociedade.

Apresenta-se, assim, como relevante a (re)formulação de políticas públicas direcionadas para a redução da pobreza e exclusão social, na certeza de que também contribuirão para o combate às desigualdades em saúde. São necessárias políticas que assegurem o acesso à habitação, que privilegiem o apoio aos mais vulneráveis, que reduzam a pobreza de todos, mas especialmente das famílias, das crianças e dos idosos, que promovam o trabalho digno, o acesso à educação e a um ambiente saudável. Estas medidas estão aliás dentro das previstas como promotoras de saúde e bem-estar dos indivíduos e comunidades, quer pelo Plano Nacional de Saúde, quer pelos documentos internacionais sobre políticas de saúde (como é o caso dos Relatórios Mundiais de Saúde da OMS, dos Relatórios sobre os ODS da Organização das Nações Unidas, entre outros).

O facto da intervenção em saúde exigir abordagens multissectoriais impõe a necessidade de políticas públicas coordenadas entre os vários setores de governação, que atendam aos múltiplos determinantes de saúde e que construam, com uma perspetiva integradora, respostas às necessidades das pessoas no sentido de uma vida mais saudável e feliz.

Considera-se imperioso o investimento nos cuidados de saúde primários, nomeadamente aproveitando as competências dos vários atores envolvidos e promovendo as atividades preventivas. De relevar também a necessidade de eficaz articulação e interoperabilidade, nomeadamente em termos de sistemas de informação, entre os vários níveis de cuidados de saúde. Por outro lado, a construção de parcerias intersectoriais permitirá atender e reduzir as necessidades dos mais vulneráveis, pelo que se consideram de toda a pertinência. Tem-se também como positivas as reformas e as alterações nos sistemas de governação que estejam centradas nos cidadãos a quem se destinam e que os mesmos sejam ouvidos para a sua construção.

Face às atuais circunstâncias ambientais, sociais e de saúde há que investir na capacitação das pessoas, na sua participação efetiva nas escolhas, nos valores e na ampliação das liberdades, que permitam um desenvolvimento humano harmonioso. Devemos ser capazes de responder aos reptos de um tempo complexo.

A abordagem que feita neste estudo está necessariamente incompleta, dada a vastidão do que poderia ser tratado neste campo, mas permite um olhar sobre o que já se conseguiu alcançar e do muito que ainda falta fazer para que os determinantes de saúde possam ter impactos mais positivos na AML.

Por outro lado, destaca-se também como principal limitação do presente estudo o uso de estatística descritiva, com as consequentes insuficiências da mesma, nomeadamente na correlação entre indicadores de saúde e seus determinantes na AML.

Os desafios para os próximos anos pressupõem a ação intersectorial em proximidade nos espaços concretos da vida das pessoas. Se a atual pandemia aumentou desigualdades, também nos colocou desafios quanto ao futuro, nomeadamente em termos de escolhas sobre o tipo de sociedades que desejamos. Revela-se, assim, como importante pista de investigação futura o estudo comparado entre a situação apresentada até 2019 e a situação pós-pandemia COVID 19.

BIBLIOGRAFIA

Allen, L., Williams, J., Townsend, N., Mikkelsen, B., Roberts, N., Foster, C., Wickramasinghe, K. (2017). Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Global Health*, *5*(3), pp. e277-e289.

Almendra, R., Santana, P., Vasconcelos, J. (2017). Evidence of social deprivation on the spatial patterns of excess winter mortality. *Int J Public Health*, 62, pp. 849-856.

Aragón, M., Chalkley, M., Goddard, M. (2017). Defining and measuring unmet need to guide healthcare funding: identifying and filling the gaps. York: Centre for Health Economics, University of York. Disponível em: https://eprints.whiterose.ac.uk/135415/1/CHERP141_need_healthcare_funding.pdf

Azevedo, A. B. (2020). *Como vivem os portugueses – população e famílias, alojamentos e habitação*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Banco Mundial (2021). Understanding poverty. Disponível em https://www.worldbank.org/en/understanding-poverty

Bax, A. (2016). Moving upstream: Understanding the wider determinants of health. The Health Foundation "A Healthier Life For All: The Case For Cross-Government Action".

Bento, N., Tavares, H. (2020). *Relatório de contexto de monitorização AML 2014-2019*. Lisboa: Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo.

CCSDH - Canadian Council on Social Determinants of Health (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*. Lisboa: Organização Mundial de Saúde.

CCSDH - Canadian Council on Social Determinants of Health (2015). *A Review of Frameworks on the Determinants of Health*. Canadian Council on Social Determinants of Health.

Comissão Europeia (2021). Políticas no domínio do ensino e da formação em matéria de abandono escolar precoce. Disponível em: https://ec.europa.eu/education/policy/school/early-schoolleavers_pt

Conceição, S. L. L. (2019). Investigação sobre Desigualdades Sociais de Saúde em Portugal: Breve Panorama a partir de uma Revisão da Literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 89, pp. 97-113.

Dahlgren G., Whitehead, M. (2006). *European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up*. part 2, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

DRE – Diário da República Eletrónico (1976). Lei n.º 86/1976. Disponível em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/337/202006090926/127994/diploma/indice

EAPN (2021). O que é a pobreza? Disponível em https://www.eapn.pt/o-que-e-a-pobreza

EAPN Portugal (2020). *Pobreza e Exclusão Social em Portugal – Relatório 2020*. Observatório Nacional Luta Contra a Pobreza.

Evans, R. G., Barer, M. L., Marmor, T. R. (1994). *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. Aldine de Gruyter.

Ferrão, J, Delicado, A. (2019). *Portugal Social em Mudança Objetivos do Desenvolvimento Sustentável*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Garbois, J. A., Sodré, F., Dalbello-Araujo, M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate*, 41, pp. 63-76.

Guio, A.-C., Gordon, D., Najera, H., Pomati, M. (2017). Revising the EU material deprivation variables. EUROSTAT.Hagell, A., Shah, R., Viner, R., Hargreaves, D., Varnes L., Heys, M. (2018). The social determinants of young people's health: Identifying the key issues and assessing how young people are doing in the 2010s. Health Foundation Working Paper. London: Health Foundation.

INE (2021a). *Área Metropolitana de Lisboa em Números – 2019*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE (2021b). Indicador 13758 - Taxa de privação material (%) por Local de residência (NUTS - 2013); 2019. Obtido de Sistema de Metainformação do INE. Disponível em https://smi.ine.pt/

INE (2021c). Indicador 9628 - Intensidade da privação material (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); 2019. Obtido de Sistema de Metainformação do INE. Disponível em https://smi.ine.pt/

INE (2019a). *Anuário Estatístico da Área Metropolitana de Lisboa – 2018*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE (2019b). *Inquérito às condições de vida e rendimento*. Documento Metodológico Versão 3.7. Instituto Nacional de Estatística.

Lawrence, E. M. (2017). Why Do College Graduates Behave More Healthfully than Those Who Are Less Educated? *Journal of health and social behavior*, 58 (3), pp. 291-306.

Linder, A., Spika, D., Gerdtham, U. G., Fritzell, S., & Heckley, G. (2020). Education, immigration and rising mental health inequality in Sweden. Social Science & Medicine, 264, 113265.

Lovell, N., Bibby, J. (2018). *What makes us healthy? An introduction to the social determinants of health*. London: Health Foundation.

Lucyk, K., McLaren, L. (2017). Taking stock of the social determinants of health: A scoping review. *PLoS ONE*, 12(5), e0177306.

Marmot, M., UCL Institute of Health Equity (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*, 2014 update. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.

Ministério da Saúde (2019). *Relatório Anual Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2019*.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2019*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, https://doi.org/10.1787/75b2eac0-pt.

OIT (2019). *Segurança e saúde no centro e futuro do trabalho*. Genebra: OIT.

OMS. (1978). Declaration of alma-ata (No. WHO/EURO: 1978-3938-43697-61471). World Health Organization. Regional Office for Europe.

OMS (2021). Social determinants of health. Disponível em https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

OMS (2019). Une collaboration renforcée pour une meilleure santé: plan d'action Mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous. Renforcer la collaboration entre les organisations multilatérales pour accélérer les progrès des pays en vue d'atteindre les cibles des objectifs de développement durables liées à la santé. Genève: OMS.

OMS Regional Office for Europe (2019b). *Evidence and resources to act on health inequities, social determinants and meet the SDGs*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

OMS (2019c). Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development. Genebra.

OMS (2018). *WHO Housing and Health Guidelines*. Organização Mundial de Saúde.

OMS (2018b). *Preventing disease through a healthier and safer workplace*. Geneva: World Health Organization.

OMS (2017). *Reducing health inequities through intersectoral action on the social determinants of health*. Victoria Falls: WHO Regional Office for Africa.

OMS (2010a). *Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar*. Adelaide: OMS. OMS (2010b). A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization. Disponível em https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489

OPSS (2015). Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015. Disponível em https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2015/

OPSS (2019). Saúde um Direito Humano. Relatório de Primavera 2019. Disponível em https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2019/

Rodrigues, F. M. C. (2018). Cáritas de Setúbal: contributos para a cidadania [Dissertação de mestrado, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. Disponível em http://hdl.handle.net/10071/18400

Pereira, E. F. (2010). Observar a pobreza em Portugal: uma leitura crítica das principais abordagens à operacionalização do conceito de pobreza, *Fórum Sociológico*, Série II, 20/2010, pp. 57-66.

Pereirinha, J. A., Pereira, E. (2019). Défice Social e Pobreza Relativa: uma análise da adequação do bem-estar e da segurança económica em Portugal, DT/WP nº 65, Lisboa ISEG.

Ramprasad, A., Qureshi, F., Jones, B. J. L. (2020). Contributions to Health Disparities Observed in the COVID19 Pandemic. *Journal of the National Medical Association*, *112*(5), S13.

Rodrigues, C.F., Figueiras, R., Junqueira, V. (2016). *Desigualdade do rendimento e pobreza em Portugal: As consequências sociais do programa de ajustamento*. Lisboa: FFMS.

Rolfe, S., Garnham, L., Godwin, J., Anderson, I., Seaman, P., Donaldson, C. (2020). Housing as a social determinant of health and wellbeing: developing an empirically-informed realist theoretical framework. *BMC Public Health*, 20(1138).

Sauders, M.; Barr, B.; McHale, P.; Hamelmann. C. (2017). Key policies for addressing the social determinants of health and health inequities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Synthesis Report 52).

Sen, A. (1992). Sobre conceptos y medidas de pobreza in Comercio Exterior, 42(4), pp. 310-322. Disponível em http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/257/2/RCE2.pdf

Silva, P. A., Carmo, R. M., Cantante, F., Cruz, C., Estêvão, P., Manso, L., Pereira, T. S. (2020). Trabalho e desigualdades no Grande Confinamento. *Estudos CoLABOR*, N.º 2/2020.

Solar, O., Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO.

Suhrcke, M., Nieves, C.P. (2011). *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*.. World Health Organization.Regional Office for Europe.

Weinstock, D. (2018). Les déterminants sociaux de la santé: Un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé. *Éthique publique*, 20(2).

Woolf, S.H., Aron, L.Y., Dubay, L., Simon, S.M., Zimmerman, E., Luk, K. H. (2015). *Are income and wealth linked to health and longevity?* Washington, DC: Urban Institute.

Xiuyun W, Qian W, Minjun X, Weidong L, Lizhen L. (2020) Education and stroke: evidence from epidemiology and Mendelian randomization study. Sci Rep. 2020 Dec 3;10(1):21208.