

Percepção das Desigualdades na Saúde e no Ambiente

Lucidéia Lima

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:
Prof^ª. Doutora Maria Luísa Lima
ISCTE-IUL

Setembro, 2010

RESUMO

Pessoas de diferentes grupos socioeconómicos experimentam diferenças no nível da saúde e do ambiente como resultado do seu *status* socioeconómico. Mais ainda, a literatura revela que apesar de pessoas de classe socioeconómica mais desfavorecida possuírem condições de saúde mais precárias e serem as maiores vítimas de condições de degradação ambiental, não percebem esta realidade. Neste sentido, este estudo pretende analisar até que ponto as pessoas têm consciência desta relação entre a estrutura de classes sociais e as desigualdades na saúde e no ambiente. Pretende-se deste modo replicar o estudo realizado por Macintyre, McKay e Ellaway (2004) sobre desigualdades na saúde, que mostrou que as pessoas de classes mais baixas são as que têm menos consciência destas desigualdades. Este estudo procurou ainda alargar o estudo da percepção das desigualdades às questões ambientais. Ambiciona-se também identificar algumas implicações que estas percepções podem ter na prática (e.g., levantamento e divulgação de dados sobre desigualdade na saúde e no ambiente). A investigação teve por base um questionário realizado por Lima (2006) adaptado do estudo de Macintyre et al. (2004) sobre desigualdade na saúde, sendo acrescentadas algumas questões relacionadas ao ambiente. O questionário foi respondido por 307 participantes da cidade do Porto. Ao contrário do que era esperado, as pessoas não perceberam as desigualdades existentes na saúde e no ambiente entre as diferentes classes socioeconómicas.

Palavras-Chave: saúde, ambiente, desigualdade, percepção

ABSTRACT

People from different socioeconomic groups experience differences in the level of health and environment as a result of their socioeconomic status. Moreover, the literature has shown that although people from lower socioeconomic class have poorer health status and been the biggest victims of environmental degradation conditions, they do not perceive this reality. Thus, this paper intends to analyse people's awareness of the relationship between the social class structure and the inequalities of health and environment. Also, it tries to replicate the study conducted by Macintyre, McKay and Ellaway (2004) about health inequalities which has shown that people from lower social classes are less aware of this problem. This research has tried to widen the study of the inequalities perception regarding environmental issues. Moreover, it wants to identify some implications that those perceptions may have in practice (e.g., gather and publish data about health and environmental inequality). The research has been based on a questionnaire formulated by Lima (2006) adapted to Macintyre et al. (2004) study on inequality in health, and added some questions about environment. The questionnaire has been answered by 307 volunteers from Porto. Differently from what was expected, people have not noticed the health and environmental inequalities between different socioeconomic classes. There has been an association between social class and environmental inequality only for the Air Pollution variable.

Key words: health, environmental, inequality, perception

AGRADECIMENTOS

Levei algum tempo para escrever os agradecimentos dessa tese. Trabalho difícil este de descrever sentimentos em palavras. Não tem uma equação, tabela ou gráfico para ajudar...

Assim começo a encarar essa tarefa agradecendo primeiramente a Deus, fonte de toda sabedoria, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

À minha orientadora, Prof^a. Doutora Maria Luísa Lima, pelo apoio, a partilha do saber, as valiosas contribuições para o trabalho e principalmente a confiança em mim depositada. Acima de tudo, obrigada por estimular-me na continuação e concretização deste trabalho.

Os meus pais, Graça e Lima, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em minha capacidade e me acharam A MELHOR de todas, mesmo não sendo. Isso só me fortaleceu e me fez tentar, não ser A MELHOR, mas a fazer o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

Às minhas irmãs, meus genros, sobrinhos e meus sogros. Dificilmente se explica uma dedicatória ou agradecimento à família em poucas linhas, pelo que me vou limitar fazê-lo. Todos certamente sabem o que penso deles.

Agradeço a minha saudosa irmã Cláudia que, apesar de ter falecido no decorrer deste trabalho, continua presente nas nossas lembranças pelo seu exemplo e perseverança, pelo seu constante apoio, e principalmente pelo seu amor incondicional.

Às minhas queridas amigas de mestrado, Ana, Carla, Inês, Isabel, Michele, Rita, Sandra e Virginie, pelos momentos divididos juntos e pelo apoio de sempre. Aos poucos nos tornamos mais que amigas, quase irmãs. Obrigada por dividir comigo minhas angústias e alegrias. Foi muito bom contar convosco.

À tão doce Sandra, que merece um “muito obrigado” à parte porque, além ser uma grande amiga, ajudou-me a sobreviver a algumas dificuldades encontradas no meio do caminho. Ela sabe muito bem a que me refiro e sabe o quanto sua ajuda foi importante na concretização deste trabalho.

Não poderia deixar de referir meus queridos amigos Ana Vidinha, Ana Mascarenhas, Dani, Fabíola, Paulo, Tati, por só quererem o meu bem e me valorizarem tanto como pessoa. Obrigada pela amizade!

Ao meu filho, Tomás, por ser a razão de minha constante luta em me tornar uma pessoa melhor a cada dia, para justificar a honra que me foi dada por Deus em ser sua mãe.

No final agradeço à pessoa sem a qual eu não estaria, certamente, a apresentar este estudo. Agradeço a paciência e compreensão, o apoio constante, a motivação, a partilha, os conselhos e a sua presença nos tempos mais complicados. Obrigada por ser tão importante na minha vida, por estar sempre ao meu lado, fazendo-me acreditar que posso mais que imagino. Devido o seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor este trabalho pôde ser concretizado. Para além de agradecer, dedico-lhe esta dissertação que tem tanto dele. Ao Peter Pitrez, por tudo.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. Desigualdade na saúde.....	3
1.1.1. O quadro português	6
1.1.2. Equidade na saúde	7
1.2. (in) Justiça ambiental/Desigualdade ambiental	8
1.2.1. Princípios da Justiça Ambiental	9
1.2.2. Definição de Justiça Ambiental.....	10
1.2.3. Justiça Ambiental em Portugal	12
1.3. Estudos Realizados – Percepção de Desigualdades na saúde.....	14
1.4. Investigação Actual.....	16
1.4.1. Objectivos do Estudo.....	16
2. MÉTODO	18
2.1. Participantes.....	18
2.2. Instrumento	21
2.2.1. Variável Independente: Classe Social	21
2.2.2. Variáveis Dependentes: Percepção de desigualdade na saúde e Percepção de desigualdade no ambiente.....	23
2.3. Procedimento	23
3. RESULTADOS	24
3.1. Diferença de Classe na percepção de desigualdade na saúde.....	26
3.2. Diferenças de classes na percepção de desigualdade no ambiente	30
3.3. Discussão/Conclusão	31
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
5. Anexos	40

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1. Gráfico de distribuição de participantes por região	18
Figura 2. Gráfico de distribuição dos participantes por grau de escolaridade.....	19
Figura 3 Gráfico de distribuição dos participantes por ocupação	19
Figura 4 Gráfico de distribuição dos participantes por classe social.....	21
Quadro 1. Percepção de desigualdade na saúde	23
Quadro 2. Tabela comparativa do estudo anterior e estudo actual	24
Quadro 3. Percepção de desigualdade no ambiente	25
Quadro 4. Diferenças de Classe na percepção de desigualdade na saúde	28
Quadro 5. Diferenças de Classe na percepção de desigualdade no ambiente	30

INTRODUÇÃO

Podemos dizer que as desigualdades na saúde e no ambiente são problemas que estão inseridos no contexto das desigualdades sociais. O acompanhamento das desigualdades socioeconómicas em saúde e no ambiente tem sido considerado um componente importante a ser estudado devido às evidências da forte ligação entre as condições de saúde e do ambiente e o nível socioeconómico. A literatura revela que não é de hoje que esta temática tem sido foco de discussão por parte dos profissionais de diferentes áreas. Porém, falar sobre as desigualdades existentes nestes contextos não é um tema que tem sido muito explorado pela comunidade científica.

Neste sentido, lançamos aqui um olhar sobre a percepção que as pessoas têm sobre as desigualdades na saúde e no ambiente, procurando reflectir sobre este tema que é de extrema relevância para a comunidade científica, face ao seu carácter inovador. Quando nos referimos que tal tema tem carácter inovador, queremos nos remeter ao facto de ainda não ter sido estudado em Portugal a percepção da equidade em saúde e da (in) justiça ambiental. Além de discutir brevemente as noções de desigualdades sociais na saúde, equidade na saúde, e justiça ambiental, o presente estudo tem como ponto de partida uma investigação realizada por Macintyre, McKay e Ellaway (2004) em Glasgow, Escócia, que estudou a percepção que pessoas de classes socioeconómicas diferenciadas tinham acerca da sua saúde. No entanto, achou-se relevante acrescentar também ao presente estudo, a percepção que estas diferentes classes socioeconómicas têm acerca da (in) justiça ambiental, visto este caso ainda não ter sido analisado empiricamente. Desta forma, para se fazer uma replicação do estudo de Macintyre et al. (2004), tendo como factor diferencial questões ambientais, foram utilizados dados referentes ao Painel de Atitudes Face à LIPOR – Serviço Intermunicipalizado de Gestão de Resíduos do Grande Porto.

A presente investigação procura então analisar a percepção que as pessoas têm acerca da relação entre a estrutura de classes sociais e as desigualdades na saúde e no ambiente. Sustenta-se como hipótese central que as desigualdades inscritas na ordem social têm ligação com a equidade na saúde e com a injustiça ambiental.

A presente investigação foi conduzida a partir de um questionário conceptualmente similar ao realizado por Macintyre et al. (2004) em seu estudo sobre percepção de

desigualdade na saúde. Foram utilizados dados do questionário que Lima (2006) incluiu em uma das aplicações do Painel de Atitudes face à LIPOR II.

Para uma melhor compreensão da investigação realizada, é fulcral compreendermos os seguintes termos conceptuais: Desigualdades sociais na saúde, Equidade na saúde e Justiça Ambiental o que implica que desde já sejam definidos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Desigualdade na saúde

Apesar de termos assistido uma melhoria relativamente significativa das condições materiais da população durante o século XX, e conseqüentemente uma melhoria do índice de saúde, infelizmente persistem ainda as desigualdades neste campo, que nos levam a acreditar que o direito à saúde está reservado às camadas da população economicamente mais favorecidas.

Segundo Mackenbach e Knust (1997), evidências históricas sugerem que as desigualdades socioeconómicas em saúde não são um fenómeno recente, mas só relativamente há pouco tempo, durante o século XIX, e com base na estatística de mortalidade, é que as desigualdades socioeconómicas foram “descobertas”. Tais “descobertas” foram possíveis devido a disponibilidade de dados estatísticos da população nacional, que permitia o cálculo, por exemplo, das taxas de mortalidade por ocupação ou por município.

A classe socioeconómica tem sido associada à saúde desde há muitos anos. Recentemente temos observado um interesse renovado e um crescimento da bibliografia que trata sobre o tema das desigualdades socioeconómicas presentes na área de saúde. Como pode ser observado em Noronha e Andrade (in press, p.11): “Inicialmente, este tema se constituía em uma extensão dos modelos empíricos desenvolvidos por autores preocupados em mensurar a desigualdade de renda. A estreita relação entre renda e saúde, associada à importância que a saúde vem ocupando no plano das políticas públicas, tem tornado necessário o desenvolvimento de trabalhos que busquem identificar e mensurar a desigualdade em saúde entre os países e ao longo do tempo. Como o estado de saúde dos indivíduos depende de uma conjugação de diferentes factores (comportamentais, exógenos aos indivíduos, sócio económicos) grande parte da literatura empírica desta área procura mensurar a desigualdade através de estudos que privilegiam a comparação entre economias diferenciadas ou ao longo do tempo a fim de tentar controlar estes três componentes.”

A definição de (des)igualdade na saúde está intrinsecamente ligado à ideia de direito à saúde: o facto de haver violação a este direito leva à desigualdade na saúde. Segundo a perspectiva de Wilkinson (1996 citado por Cabral, Silva & Mendes, 2002), o direito à saúde está relacionado à tentativa do Governo de tentar diminuir ou colmatar as eventuais distâncias que possam existir entre os grupos económica e socialmente privilegiados, que apresentam melhores resultados quanto aos indicadores de mortalidade e morbidade, e os menos favorecidos. Desta forma, para que exista uma igualdade na saúde, era de se esperar que a sociedade oferecesse as mesmas condições de saúde para os diferentes grupos.

Já segundo Mackenbach et al. (1997), as desigualdades em saúde definem-se pela prevalência ou incidência dos problemas de saúde entre os indivíduos do mais alto e mais baixo status socioeconómico. Neste sentido, podemos observar que as investigações em saúde demonstram que os piores índices de saúde encontram-se entre os grupos populacionais mais vulneráveis localizados na base da pirâmide social, que são detentores por exemplo, de uma nutrição pobre, abastecimento de água insalubre, e outros factores que influenciam directamente a saúde.

Conforme Cabral *et al.* (2002) nos ensinam, o tema das desigualdades sociais perante a saúde preocupou o governo da Inglaterra na segunda metade da década de 70, antes da chegada de Margareth Thatcher ao poder. Desta forma, para estudar tal fenómeno, foi criado em 1977 o *Working Group on Inequalities in Health*, com intuito de identificar relações entre classe social e a saúde, com vista à formulação de recomendações para o futuro. Tal estudo resultou na publicação do Relatório Black¹, que foi o marco de praticamente todos os debates sobre desigualdade perante a saúde pela Europa fora nas duas décadas seguintes.

Foi a partir da publicação do “Relatório Black” em 1980, onde foram verificadas grandes diferenças sociais no estado de saúde da população britânica, e estudos posteriores em vários países que mostraram uma forte ligação entre as condições de

¹ O relatório Black surge na sequência de um estudo, encomendado pelo governo britânico a um grupo de trabalho, que pretendia investigar as relações entre as classes sociais e as desigualdades na saúde. Esta investigação centrou a sua análise na relação entre os indicadores socioocupacionais e a mortalidade (Towsend & Davidson, 1990). A mortalidade tem sido, desde o século XIX, o indicador mais usado quando se pretende caracterizar diferenças entre populações ou entre subgrupos populacionais (Cabral, 2002; Macintyre, 1994).

saúde e o nível socioeconómico, que o acompanhamento das desigualdades socioeconómicas em saúde tem sido considerado um componente importante a ser estudado.

O relatório Black, de 1980, completado pelo estudo de Whitehead, de 1987, marcou a discussão em torno das desigualdades perante a saúde até à actualidade. O indicador de saúde em que esta desigualdade apresenta é a mortalidade infantil, cujos valores continuam a representar uma boa aproximação, por um lado, do desenvolvimento global dos países e, por outro, das desigualdades presentes em cada país. Dados do relatório Black também mostraram que para grande parte das causas de morte, quanto mais elevada a classe social menor a mortalidade no grupo de indivíduos entre 15 e 64 anos.

O Relatório Black foi colocado em acção para compreender o paradoxo da continuidade (e em alguns casos do aumento) das desigualdades sociais na saúde entre a população do Reino Unido apesar dos mais de 30 anos do Serviço Nacional de Saúde (NHS) no qual o serviço de saúde era acessível a todos. O relatório produziu 37 recomendações para o governo planejar amplamente a melhoria das condições materiais do grupo mais pobre e reorientar o serviço de saúde e o serviço social pessoal como maneira de diminuir as desigualdades. Dezoito anos depois, surgiu em contraste ao Relatório Black, o Relatório Acheson, que apresentou uma estrutura conceptualmente semelhante ao apresentado no Relatório Black, porém com apresentação de 39 recomendações para diminuição das desigualdades, nas quais sintetizam-se as que mais se relacionam com o presente estudo:

- Todas as políticas que possam ter impacto sobre a saúde devem ser avaliadas em termos de seus impactos sobre as desigualdades em saúde;
- Deve ser dada alta prioridade para a saúde das famílias com filhos;
- Novas medidas devem ser tomadas para reduzir as desigualdades de renda e melhorar o padrão de vida das famílias pobres.

Macintyre (1999 cit. por Oliver & Exworthy, 2003) identificou que o relatório Acheson influenciou a política da época por se harmonizar com a direcção da política na altura. Podemos dizer que de maneira geral, os Relatórios Black e Acheson são um símbolo em termos práticos uma vez que suas recomendações continuam a ser implementadas.

De maneira geral, as evidências apontam para um forte gradiente social no âmbito da saúde da população, invariavelmente desfavorável para os grupos

socioeconomicamente menos privilegiados (Adler, Boyce, Chesney, Folkman & Syme, 1993). Diante de tal evidência, tem-se discutido sobre a redução das desigualdades na saúde. Desigualdades estas, que têm como principal argumento para sua redução, o princípio da equidade.

1.1.1. O quadro português

Como lembram Cabral et al.(2002), a sociologia da saúde elegeu como prioridade nos anos 70, o estudo das desigualdades sociais perante a morte e a doença. Sendo assim, na segunda metade do século XX, foram divulgados alguns dados interessantes sobre os progressos das sociedades da área geo-cultural em que Portugal se integra, em relação a quatro dimensões, relacionadas de forma mais ou menos directa, com a saúde e a doença.

Desta forma, as quatro dimensões apresentadas pelos autores dizem respeito à dimensão geográfica, política, médica e sócio-cultural.

No que diz respeito à dimensão geográfica, segundo Cabral et al. (2002), houve, no século XX, uma descida da mortalidade infantil e maior controlo das doenças infecciosas, que eram responsáveis pelas altas taxas de mortalidade infantil nos séculos precedentes.

Na dimensão política, foi só a partir da segunda metade do século XX que se institucionalizou um compromisso político de promoção do bem-estar da população, tendo a saúde começado a fazer parte das prioridades dos governos das democracias liberais.

Já na dimensão médica, os progressos verificados nos campos da medicina e dos cuidados de saúde, contribuíram a partir da segunda metade do século XX para a queda das taxas de mortalidade e para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Por fim, na dimensão sócio-cultural, verificou-se tanto ao nível das condições materiais de vida, como das condições culturais, a progressos extremamente consideráveis, que tiveram consequências evidentes ao nível da prevenção da doença e da valorização da saúde.

Diante de tais informações, podemos notar que houve uma melhoria significativa das condições de saúde da população a partir do século XX, mas esta melhoria atingiu ou atinge todas as classes sociais de maneira igualitária? Infelizmente a resposta a esta

pergunta é não. Wilkinson (1996), Kochanek et al. (1994), Leclerc *et al.* (2000) e Rodriguez e Miguel (1990) (citado por Cabral, Silva e Mendes, 2000) sustentam que nos últimos 20 anos, as desigualdades entre os grupos que ocupam a topo e a base da estrutura social terão crescido.

Num estudo feito por Santos (1987 cit. por Pereira, Giralde & Campos, 1991), sobre desigualdades sociais perante a morte e a doença em Portugal, observando mortalidade, morbidades e usos diferenciais de serviços por classes sociais ocupacionais e grupos etários não conseguiu atingir conclusões muito esclarecedoras, continuando estas a serem precárias.

Um estudo um pouco mais revelador, foi o feito por Godinho e Lucas (1987 cit. por Pereira et al., 1991), onde eles estudaram diferenças na doença e na morte entre sexos, tendo os autores concluído que pelo paradoxo de, sendo as mulheres mais doentes que os homens, estes últimos morrem mais cedo.

Cabe aqui dizer então, que existem ainda poucos estudos que expliquem as desigualdades na saúde em Portugal, principalmente as desigualdades ligadas às questões socioeconómicas.

1.1.2. Equidade na saúde

Conforme foi concebido por Alleyne (2000) e Whitehead (1991) a equidade na saúde refere-se ao combate das diferenças na saúde que são consideradas desnecessárias e evitáveis, além de serem consideradas injustas. Partindo deste princípio, idealmente todos deveriam ter uma oportunidade justa de alcançar seu pleno potencial de saúde.

Assim sendo, a questão central a ser tratada pelas políticas que almejam equidade em saúde, é a redução ou eliminação das diferenças que advêm de factores considerados evitáveis e injustos, criando, desse modo, igual oportunidade em saúde e reduzindo as diferenças injustas tanto quanto possíveis.

Whitehead (1991 cit. por Viana, Fausto & Lima, 2003, p.59) distingue alguns critérios que classificam as desigualdades em saúde, diferenciando as injustas, das que não expressam injustiças, porque não dependem de intervenção ou não apresentam relação causal com as diferenças de classe. Entre os critérios mencionados pela autora, são destacados os que ela considera mais consensuais na literatura:

- a) o que não define as desigualdades como injustas:
- variações biológicas naturais;
 - comportamentos perigosos que são escolhas dos indivíduos;
- b) o que define as desigualdades como injustas:
- comportamentos perigosos nos quais os indivíduos têm pouca escolha em relação ao modo de vida;
 - condições de vida definidas por factores socioeconómicos;
 - condições de trabalho – exposição a factores de risco;
 - inadequado acesso aos serviços de saúde ou a outros serviços públicos essenciais.

Starfield (2001) analisa o conceito apontado por Whitehead e propõe a seguinte definição para equidade em saúde: “Equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estejam presentes os mais necessitados (equidade vertical).”

De acordo com Chetre (2000), o conceito de equidade sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas necessidades de saúde e que o nível de saúde observado entre pessoas diferentes não deve ser influenciado por factores além do seu controlo. Desta forma, a iniquidade surge quando diferentes grupos, definidos por suas características sociais e demográficas, como por exemplo, renda ou etnia, têm acesso diferenciado a serviços de saúde.

Podemos dizer que a saúde é um aspecto essencial do desenvolvimento humano e que esta é importante para aumentar a possibilidade que um ser humano tem de prosperar e desfrutar de uma vida melhor, sendo assim, é moralmente correcto buscar igualdade na saúde, na medida do possível.

1.2.(in) Justiça ambiental/Desigualdade ambiental

A Justiça Ambiental é um tema recente que tem-se consolidado ao longo das últimas décadas. Lima (2008) esclarece que a existência de diferença na qualidade

ambiental entre pessoas de classe socioeconómica distintas é realçada. Sendo assim, compreender como a justiça se apresenta face às questões ambientais, nomeadamente em relação aos conflitos gerados em razão da utilização dos recursos e seu reflexo na sociedade, parece-nos ser um ponto importante.

Os movimentos de Justiça Ambiental são protestos contra os prejuízos ambientais causados por instalações e medidas políticas que, sob o amparo do desenvolvimento, acarretam a degradação ambiental, atingindo especialmente os excluídos. Falar um pouco sobre o histórico do tema auxilia a perceber como o movimento que em princípio tinha um carácter social transformou-se, integrando em seus princípios fundamentos de cunho ambiental.

Na década de 60, surge nos EUA, entre vários movimentos sociais, o conceito de Justiça Ambiental, que manifestava uma clara indignação por parte das populações de baixos rendimentos e, principalmente afro descendentes, com a desigual parcela de riscos ambientais a que estavam sujeitos. Entretanto foi na década de 80 que as lutas pelos direitos civis se fortaleceram, evocando um conjunto de princípios que assegurassem que nenhum grupo de pessoas, seja, grupos étnicos, raciais ou de classe, suportassem uma parcela desproporcional de degradação do espaço colectivo (Acselrad, 2004).

A aprovação dos princípios de Justiça Ambiental ocorreu durante a Cúpula dos Povos de Cor pela Justiça Ambiental, nos EUA, onde esta temática foi nacionalmente estruturada.

EUA, Brasil, Chile e Uruguai, reuniram-se em Setembro de 2001, no Colóquio Internacional sobre Justiça Ambiental, Trabalho e Cidadania², para discutir, entre outros temas, a concentração de poder na apropriação de recursos ambientais como revelação da principal causa a que os movimentos sociais chamam Injustiça Ambiental. O Colóquio resultou num conjunto de princípios e práticas que serviram como orientação para os movimentos de Justiça Ambiental.

1.2.1. Princípios da Justiça Ambiental

² O Colóquio ocorreu na cidade de Niterói, no Rio de Janeiro

Os 17 princípios de Justiça Ambiental (Anexo I) surgiram durante a Cúpula dos Povos de Cor, que ocorreu nos EUA em 1991. Tais princípios serviram de fundamentação para vários movimentos sociais de defesa dos direitos civis tanto a nível nacional, como a nível internacional, internacionalizando a temática em países que identificaram na sociedade questões de Justiça Ambiental.

No seguimento dos acontecimentos que ajudaram a consolidar a temática e divulgar sua importância no alcance dos direitos civis, a reunião entre Brasil, EUA, Chile e Uruguai, de 24 a 27 de Setembro de 2001, na cidade de Niterói, no Rio de Janeiro, resultou num conjunto de 4 princípios e práticas que pudessem ter o poder de orientar as acções dos movimentos sociais que defendem a Justiça Ambiental. Tais princípios encontram-se referidos abaixo³:

1. Assegurar que nenhum grupo social, seja ele étnico, racial ou de classe, suporte uma parcela desproporcional das consequências ambientais negativas de operações económicas, de decisões de políticas e de programas federais, estaduais, locais, assim como da ausência ou omissão de tais políticas;
2. Assegurar acesso justo e equitativo, directo e indirecto, aos recursos ambientais do país;
3. Assegurar amplo acesso às informações relevantes sobre o uso dos recursos ambientais e a destinação de rejeitos e localização de fontes de riscos ambientais, bem como processos democráticos e participativos na definição de políticas, planos, programas e projectos que lhes dizem respeito.
4. Favorecer a constituição de sujeitos colectivos de direitos, movimentos sociais e organizações populares para serem protagonistas na construção de modelos alternativos de desenvolvimento, que assegurem a democratização do acesso aos recursos ambientais e a sustentabilidade do seu uso.

Os princípios elaborados em 2001, no Brasil, apresentam na sua essência uma elaboração mais condensada dos 17 princípios elaborados em 1991, nos EUA.

1.2.2. Definição de Justiça Ambiental

³ Mais informações em http://www.justicaambiental.org.br/_justicaambiental/pagina.php?id=229

Segundo Bullard (cit. por Acselrad, 2004, p.9), Justiça Ambiental é “a busca do tratamento justo e do envolvimento significativo de todas as pessoas, independentemente de sua raça, cor, origem ou renda no que diz respeito à elaboração, desenvolvimento, implementação e reforço de políticas, leis e regulações ambientais”. Neste sentido, Acselrad (2004, p.10) denomina por Injustiça Ambiental: “A condição de existência colectiva própria a sociedades desiguais onde operam mecanismos sociopolíticos que destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento a grupos sociais de trabalhadores, populações de baixo rendimento, segmentos raciais discriminados, parcelas marginalizadas e mais vulneráveis da cidadania.”

Enquanto movimento originário de lutas por direitos civis, a Justiça Ambiental evoluiu com uma relação muito estreita com a Justiça Social. Na verdade, podemos dizer que a Justiça Ambiental é uma vertente da Justiça Social. Quando são acrescentados requisitos de carácter ambiental às questões de Justiça Social, passamos a ter questões de Justiça Ambiental. Costa e Braga (2002) esclarecem que, de forma geral, pode-se falar em desigualdade ambiental como uma das expressões visíveis da desigualdade social, ou seja, os segmentos mais pobres e com menor capacidade de se fazerem ouvir estão mais expostos a riscos ambientais de toda ordem, nos seus locais de moradia e de trabalho, bem como na localização de suas moradias na estrutura altamente diferenciada do espaço urbano.

Será que existe um padrão de classe na distribuição de questões relacionadas ao ambiente? Alguns indícios mostram-nos que aterros sanitários, incineradoras, aeroportos, complexos industriais de produtos tóxicos, actividades geradoras de ruídos e outras actividades de risco, comumente localizam-se em lugares onde residem pessoas com baixos rendimentos.

A prática ambiental urbana ganha contornos de grande complexidade numa realidade heterogénea, na qual as cidades convivem ao mesmo tempo com problemas típicos da pobreza – baixo índice de recolha de lixo e tratamentos de esgotos, maior exposição à poluição do ar, falta de água, entre outros – e problemas relacionados com altos padrões de vida e consumo – entre os quais, engarrafamentos e poluição atmosférica por veículos, crescimento do volume de resíduos sólidos, ou padrões construtivos intensivos no uso de energia.

Desta forma, Costa e Braga (2002, p. 6) destacam que: “A forma pela qual os recursos são utilizados obedece à lógica de valorização do capital no espaço urbano e

reflecte-se directamente sobre a qualidade de vida das populações e do espaço urbano em questão, reproduzindo desigualdades, conflitos e contradições. Nas políticas urbanas recentes, por exemplo, em situações onde o balanço entre o uso público e privado pende para o lado privado e a lógica de mercado exerce sua hegemonia sem ser submetida ao controle público, ocorre um agravamento da desigualdade na provisão de moradias e na distribuição sócio-espacial de equipamentos e serviços urbanos. Nesse caso, a exclusão de grande parte da população do acesso à moradia se consolida e com ela o fenómeno da ilegalidade urbana; o acesso a serviços urbanos e sociais básicos como saneamento e saúde torna-se cada vez mais segregado; também os espaços de convivência e urbanidade se vêem reduzidos e tendem à total substituição por espaços privatizados de interacção aos quais grande parcela da população não possui acesso.”

Assim sendo, é importante notar que estas questões, vistas sob a perspectiva da justiça ambiental, trata-se do reconhecimento de injustiça, que necessita de uma política que procure elementos de minimização e de reparação, a fim de conseguir uma equidade na qualidade de vida das populações afectadas.

1.2.3. Justiça Ambiental em Portugal

O tema Justiça Ambiental consolidou-se nos EUA, mas internacionalizou-se particularmente em países cujo contexto histórico revela desigualdades sociais. Entretanto, a noção de Justiça Ambiental, ou melhor, de Injustiça Ambiental já se encontrava presente, embora subjacente, na motivação das lutas sociais por justiça em diversos países.

Segundo Lima (2008), “apesar de não haver estudos recentes que ilustrem exaustivamente as situações de injustiça ambiental em Portugal, ela existe, é forte e é antiga”.

Segundo Acselrad (2004), “(...) ainda que sem tal nomeação, a noção de injustiça ambiental esteve subjacente no que alguns chamam de quadro analítico submerso, de inúmeras lutas sociais por justiça.” (p.25) As expressões “quadro analítico submerso”, bem como “agenda submersa”, foram utilizadas para evidenciar a existência da Justiça Ambiental, mas numa agenda oculta ou ignorada. Entretanto, como o vocábulo submerso pode remeter-nos a uma interpretação pejorativa, fazendo parecer que a

Justiça Ambiental se encontra numa agenda escondida, como se não quisesse aparecer, faremos uso da expressão agenda emergente, para referir o facto da Justiça Ambiental em Portugal ainda se encontrar numa fase em que surge, embora não seja explícita.

Um dos exemplos de Justiça Ambiental em Portugal, que discute a chamada transição justa e fundamentada na luta contra a poluição desigual, que tende a penalizar as populações de países menos industrializados para onde as multinacionais tenderiam a transferir as suas instalações, é o Movimento para a Reforma das Agências de Crédito à Exportação (ECA⁴), que em Portugal, é representado por ONGs reconhecidas e com forte papel na formação da opinião dos cidadãos portugueses. Os movimentos para a Reforma das Agências de Crédito à Exportação – ECA, actualmente militantes em vários países da Europa, não mencionam declaradamente os movimentos por Justiça Ambiental, mas acabam por confirmar os ensinamentos de Acselrad (2004) que afirma “A Justiça Ambiental procurou internacionalizar-se para construir uma residência global às dimensões mundiais da reestruturação espacial da poluição”.

Também no campo literário, o “quadro analítico submerso” é facilmente reconhecido nos trabalhos científicos que abordam a temática, principalmente relacionada a construção de aterros sanitários e incineradoras em Portugal (Fernandes, 2006; Marques, Martinho & Vasconcelos, 2004; Nunes, Matias & Costa, 2004; Rodrigues, 2000). A produção científica portuguesa que investiga esta temática tem, cada vez mais, focado exemplos de movimentos por justiça Ambiental, questionando a segurança pública e qualidade de vida dos moradores vizinhos a este tipo de construção. Entretanto, a produção literária neste sentido ainda é pouco expressiva.

Outro exemplo dos movimentos por Justiça Ambiental em Portugal é a Coordenadora Nacional Contra os Tóxicos, criada em 1998⁵, sendo um dos seus objectivos a luta contra a instalação de incineradoras de resíduos industriais tóxicos e perigosos, em defesa da saúde e do ambiente. Este movimento acaba por questionar o uso do solo e a gestão das zonas urbanas, ao combater a criação de instalações com potencial risco à saúde e ao ambiente nas proximidades da população.

Cabe aqui justificar a afirmação que identifica a Justiça Ambiental em Portugal em uma agenda emergente. Para tentar explicar esta evidência, recorreremos à analogia ao

⁴ Mais informações em <http://www.eca-watch.org/multilang/portuguese/ecaflyer-potuguese.pdf>

⁵ Mais informações em <http://www.ieeta.pt/~mos/cnct/>

procedimento de Pierre Bourdieu (s.d., cit. por Acselrad, 2004), que faz uma caracterização das condições da existência teórica e prática dos grupos sociais, denominando-os de momento objectivista e subjectivista de análise. Conforme aponta Pierre Bourdieu (s.d., cit. por Acselrad, 2004), o momento objectivista paira no plano da distribuição objectiva dos efeitos ambientais das práticas sociais; esta distribuição exprime a diferença de poder sobre os recursos ambientais entre os distintos grupos sociais. O momento subjectivista, por sua vez, encontra-se no plano discursivo onde vigoram distintos esquemas de representação do mundo, do ambiente, da justiça, entre outros; neste plano, questiona-se a legitimidade do modo de distribuição do poder sobre os recursos ambientais.

Neste sentido, Acselrad, (2004, p.33) esclarece o que aconteceu com o movimento de Justiça Ambiental inicialmente nos EUA:” Os dados da desigualdade de poder no espaço social, tal como denunciado pelos actores sociais, já existiam, mas foi a luta social que lhes deu visibilidade e contestou sua legitimidade, como toda produção simbólica pré-figurativa, as denúncias fizeram ver o que estava não-percebido.”

1.3. Estudos Realizados – Percepção de Desigualdades na saúde

O fenómeno das desigualdades na saúde tem elevado impacto na sociedade, pelas suas consequências. Estudos têm procurado explicar à sociedade quais são os processos que estão subjacentes a estes fenómenos.

Neste sentido, Macintyre et al. (2004) realizaram um importante estudo em Glasgow, Escócia, para analisar a percepção que pessoas residentes em duas áreas socialmente contrastantes da cidade tinham acerca das desigualdades na saúde.

A investigação tinha, portanto, como objectivo quantificar diferenças na percepção de desigualdades na saúde, em classes ou áreas socioeconomicamente distintas, investigando os processos sociais que produzem ou mantêm a imagem social na saúde.

A amostra atingida foi de 658 pessoas, residentes em duas áreas socialmente contrastantes da cidade de Glasgow. Participaram no estudo, 355 indivíduos residentes a noroeste (local mais favorecido e com melhor índice de saúde) e 303 residentes a sudeste da cidade (local menos favorecido e com pior índice de saúde).

Em termos de idade, os participantes estavam distribuídos em três grupos com média de 25, 45 e 65 anos respectivamente.

A percepção foi observada por intermédio de um questionário e utilizando uma abordagem quantitativa multivariada. Os inquiridos foram questionados sobre quem eles achavam que eram mais afectados por alguns problemas (Acidentes de automóvel, Cancro, Ataque do coração, Doença mental, Viver mais tempo, Ser saudável e Acidentes de trabalho): Pessoas ricas, pessoas pobres ou ambos são atingidos igualmente?

As autoras utilizaram como variável dependente a percepção de equidade na saúde representada pela percepção de diferenças sociais na incidência de acidentes, cancro, ser saudável, ataque do coração, viver mais tempo e doença mental e como variáveis independentes o sexo, a faixa etária e a classe social.

Macintyre et al. (2004) verificaram que no geral, grande parte dos inquiridos achavam que para a maioria das condições apresentadas, tanto os ricos quanto os pobres experimentavam tais condições. Os resultados do estudo de Macintyre et al. (2004) mostraram que não há evidências de que as pessoas de classe socioeconómica mais baixa estivessem mais dispostas em concordar com as declarações de que eles têm pior saúde do que os de classe socioeconómica mais alta. Macintyre et al. (2004) confirmaram, portanto, observações anteriores que afirmavam que aqueles em maior risco de problemas de saúde podem ser menos propensos a reconhecer o gradiente social na saúde.

As autoras ainda encontraram como resultados do estudo, os seguintes pontos:

- *Grande parte dos inquiridos afirmaram que para a maioria das condições apresentadas, tanto os ricos quanto os pobres têm a mesma probabilidade de serem afectados por eles.*
- *Pessoas de classe social mais baixa ou de vizinhança pobre são menos propensas a acreditar que a sua saúde e qualidade de vida são piores do que pessoas de classe social mais favorecidas.*
- *As mulheres são menos propensas a aceitar que os pobres têm pior saúde.*
- *O grupo com idade em torno dos 45 anos, são mais susceptíveis a aceitar que os pobres têm pior saúde.*

1.4. Investigação Actual

Entre vários estudos que existem na área das desigualdades na saúde e no ambiente, no que toca à percepção destas desigualdades, pouco ainda se explorou sobre estas questões nomeadamente em Portugal. Especificamente, qual a percepção que as pessoas de classes socioeconomicamente distintas têm acerca das desigualdades na saúde e no ambiente.

Na tentativa de prosseguir o estudo de Macintyre et al. (2004), a presente investigação pretende replicar tal estudo na cidade do Porto, acrescentando-se indicadores ambientais, sugeridos por Lima (2006), procurando contribuir para identificar algumas implicações/impactos que estas percepções têm na prática. Por outras palavras, podemos planear futuramente medidas e campanhas de promoção de saúde ou de consciência ambiental, para que tenham impacto sobre certos comportamentos da população. Este estudo é importante também para alertar algumas entidades públicas sobre a necessidade e a importância de maiores levantamentos de dados sobre as desigualdades socioeconómicas a nível da saúde e do ambiente.

1.4.1. Objectivos do Estudo

Os objectivos do estudo são:

1. Conhecer qual a percepção que as pessoas de classe socioeconómica diferenciada têm acerca das desigualdades em saúde e ambiente.
2. Estender o estudo de Macintyre et al. (2004) às questões ambientais;
3. Identificar algumas implicações/impactos que estas percepções têm na prática (isso é importante para poder chamar atenção em como essas implicações podem influenciar em acções futuras, como por exemplo na Educação Ambiental ou em programas públicos de saúde)

Deste modo, espera-se verificar as seguintes hipóteses:

H1: A percepção de igualdade na saúde é dependente da Classe social. Pessoas pertencentes à classe socioeconómica mais baixa não percebem a sua saúde como sendo pior do que os de classe socioeconómica mais alta.

H2: Pessoas de classe socioeconómica mais baixa não percebem o seu ambiente como sendo pior do que os de classe socioeconómica mais elevada, enquanto pessoas de classe socioeconómica mais elevada percebem seu ambiente como sendo melhor do que aquelas de classe socioeconómica mais baixa.

2. MÉTODO

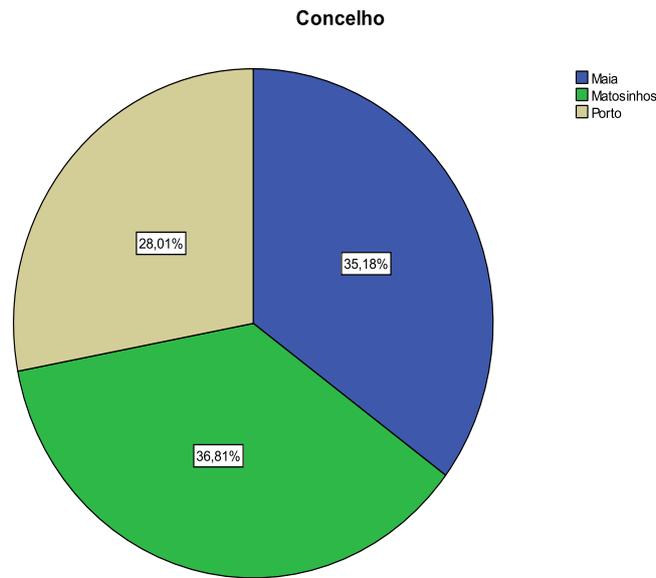
2.1. Participantes

Esta investigação utilizou dados do Painel de Atitude Face à LIPOR II⁶, um estudo realizado em 2006 pelo TNS Euroteste para o CIS – Centro de Investigação e de Intervenção Social do ISCTE que tinha como objectivo principal monitorizar os impactos psicossociais da Incineradora LIPOR II, como por exemplo, quais os principais problemas e mudanças ao nível da qualidade de vida que a construção da incineradora poderia ter acarretado para os residentes da zona.

Foi prevista uma amostra de 300 entrevistas, porém obteve-se uma amostra de 307 (Anexo II). A faixa etária dos inquiridos variava entre os 18 e os 94 anos, sendo 55.04 anos a média de idades da amostra. Da amostra em análise, pôde-se notar que a grande maioria dos entrevistados era casado (69,4%), seguido pelos solteiros (14,7%), viúvos (12,7%) e divorciados (3,3%). Entre os participantes 154 eram mulheres (50,2%) e 153 eram homens (49,8%). A maioria dos entrevistados era residente do Concelho de Matosinhos (36.8%), seguido por moradores no Concelho da Maia (35.2%) e Porto (28%). No gráfico 1 pode-se ver a distribuição dos indivíduos por cada região.

⁶ LIPOR – Serviço Intermunicipalizado de Gestão de Resíduos do Grande Porto

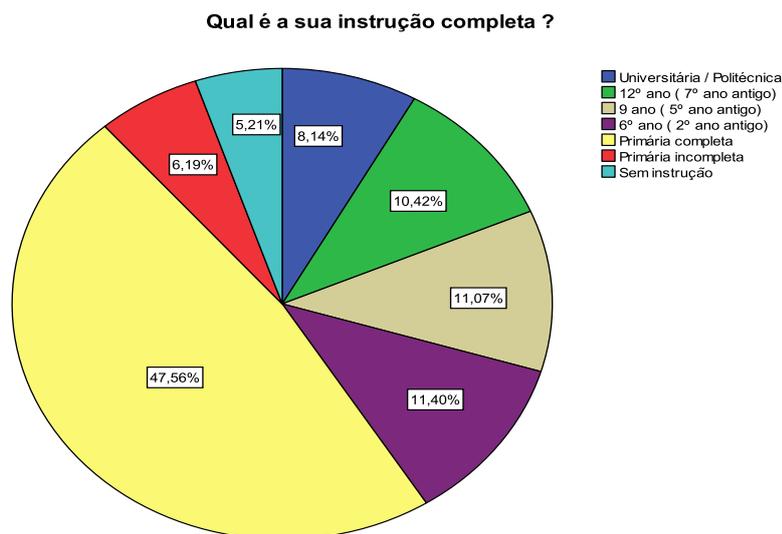
Gráfico 1. Distribuição dos participantes por região



No que concerne ao volume de rendimento mensal dos participantes, este variava de 350 euros até aos 2000 euros, sendo que a média se encontrou mais próxima entre os 601 e 750 euros, porém a grande maioria dos entrevistados possuíam rendimento mensal na faixa dos 351 e 600 euros (15.6%). Importante dizer que dos 307 entrevistados, 139 pessoas (45.3%) se recusaram a declarar seu rendimento mensal. Verificou-se que a maioria dos inquiridos (56%) não tinham filhos a viver no lar e que 49,8% dos entrevistados possuíam casa própria, 39,4% residiam em casa alugada e 10,7% em casa de familiares.

Em relação ao grau de escolaridade dos participantes pode-se ver de seguida (Gráfico 2) a forma como os entrevistados estão distribuídos, sendo que a maior parte tinha como grau de instrução a primária completa (47.5%), seguido por 11.4% com o 6º ano, 11.07% com o 9º ano, 10.4% possuía o 12º ano, 8.1% possuía a Universitária/Politécnica, 6.2% a primária incompleta e 5.2% não tinha nenhum grau de instrução.

Gráfico 2. Percentagem dos participantes por grau de escolaridade



Dos 307 entrevistados, 42.3% eram reformados, 12.1% eram operários, 11.7% empregado, 8.5% doméstica, 7.2% desempregado, 6.5% pertencia ao quadro médio, 5.5% era trabalhador não especializado, 4.2% era do quadro superior, 1.6% estudante e 0.3% tinha outra ocupação não activa. O gráfico 3 mostra a forma como os participantes estão distribuídos de acordo com a sua ocupação.

Gráfico 3. Distribuição dos participantes por ocupação



2.2. Instrumento

Para o presente estudo utilizou-se uma abordagem do questionário (Anexo III) conceptualmente similar ao realizado por Macintyre et al. (2004), no que se refere às questões de saúde, onde os inquiridos foram questionados sobre quem eles achavam que eram mais afectados por alguns problemas (Acidentes de automóvel, Cancro, Ataque do coração, Doença mental, Viver mais tempo, Ser saudável e Acidentes de trabalho): Pessoas ricas, pessoas pobres ou ambos são atingidos igualmente? No entanto com intuito de alargar tal estudo, Lima (2006) adaptou o mesmo, acrescentando questões ambientais para avaliar percepções acerca desta natureza e incluiu tal pergunta ao questionário que foi utilizado em uma das aplicações do Painel de Atitude Face à LIPOR II. Sendo assim, a pergunta incluía, além dos pontos utilizados por Macintyre et al. (2004), novos pontos, nomeadamente: Stress, Ser feliz, Ter filhos, Desemprego, Poluição do ar, Falta de água, Ruído, Engarrafamentos e Tremores de Terra.

O questionário permitiu recolher informação sobre variáveis de caracterização da amostra, nomeadamente: Sexo, Idade, Escolaridade, Estado Civil, Ocupação, Volume de Rendimento Mensal, Localidade em que reside, entre outras.

Como o objectivo geral do estudo é verificar se a classe social influencia na percepção que as pessoas têm acerca da equidade na saúde e no ambiente, é importante salientar como as variáveis utilizadas na pesquisa serão identificadas.

2.2.1. Variável Independente: Classe Social

De acordo com Morrinson e Bennett (2006) uma forma de definir a classe social é simplesmente identificar o rendimento das pessoas. Como muitas pessoas são relutantes em divulgar os seus rendimentos, como foi observado neste estudo, outras medidas também são utilizadas. Uma das medidas mais frequentemente utilizadas para esta medição é o tipo de trabalho que o indivíduo possui. Isso não fornece medidas precisas de riqueza, mas é geralmente reconhecido como um representante razoável da mesma. Outra medida utilizada é a escolaridade (Morrinson & Bennet, 2006), que também nos pode dar indícios da classe social a que o individuo pertence.

Sendo assim, a variável independente (classe social) foi codificada e definida da seguinte maneira:

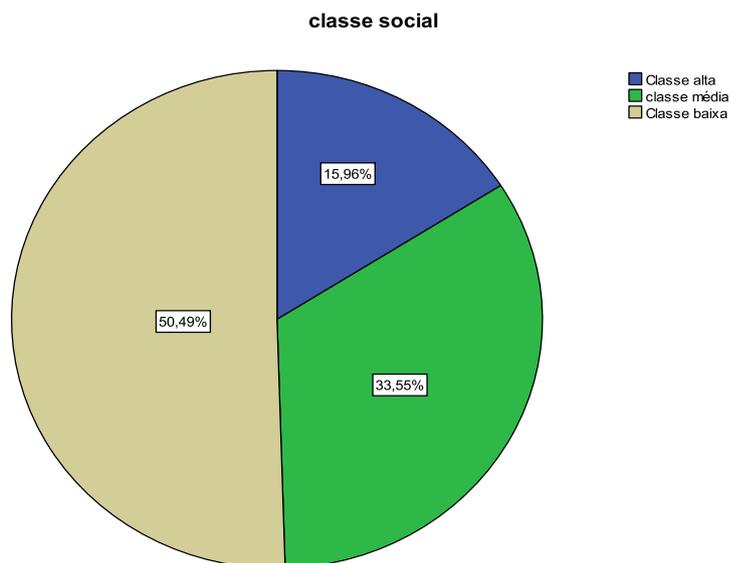
Classe 1 (Classe Alta) – Se os inquiridos fossem do Quadro superior ou médio, ou se fossem Reformado/Pensionista, Doméstica, Estudante, Desempregado ou Outro não activo e possuísem a escolaridade Universitária/Politécnica ou o 12º ano.

Classe 2 (Classe Média) – Se os inquiridos fossem Empregados ou Operários, ou se fossem Reformado/Pensionista, Doméstica, Estudante, Desempregado ou Outro não activo e possuísem o 9º ano ou o 6º ano de escolaridade.

Classe 3 (Classe Baixa) – Se os inquiridos fossem Trabalhadores não especializados ou se fossem Reformado/Pensionista, Doméstica, Estudante, Desempregado ou Outro não activo e possuísem a primária completa, a primária incompleta ou não tivessem instrução alguma.

Como se pode verificar pelo gráfico 4, os indivíduos foram agrupados em três grupos distintos sendo que o grupo com maior percentagem de indivíduos é o de Classe Baixa (50.49%), seguido pelos de Classe Média (33.55%) e os de Classe Alta (15.96%).

Gráfico 4. Distribuição dos participantes por classe social



2.2.2. Variáveis Dependentes: Percepção de desigualdade na saúde e Percepção de desigualdade no ambiente

A variável percepção de desigualdade na saúde é medida através dos seguintes indicadores: Acidentes de automóvel, Cancro, Ataque do coração, Doença mental, Viver mais tempo, Ser saudável, Acidentes de trabalho, Stress.

Já, a variável percepção de desigualdade no ambiente, é medida através dos seguintes indicadores: Poluição do ar, Falta de água, Ruído, Engarrafamentos e Tremores de terra

A percepção de desigualdade na saúde e no ambiente foram avaliadas numa escala ordinal de 3 pontos: 1 - Provavelmente afecta/acontece mais a pessoas ricas; 2 – Afecta/acontece igualmente a pessoas ricas e pobres; 3 – Provavelmente afecta/acontece mais a pessoas pobres.

2.3. Procedimento

A recolha de dados foi realizada pela empresa de estudos de mercado TNS, através de entrevistas directas e pessoais, realizadas nas suas casas, tendo sido aplicado um questionário semi-estruturado.

Durante as entrevistas, o entrevistador da TNS Euroteste identificava-se e introduzia o estudo, em que era referido o objectivo geral do estudo, a importância de participarem e a confidencialidade dos dados recolhidos.

O estudo foi realizado entre os dias 10 e 28 de Julho de 2006, sendo que colaboraram na recolha de informação 29 entrevistadores.

Entre todas as entrevistas realizadas, foram anuladas 20 por inconsistência ao nível de preenchimento.

3. RESULTADOS

O objectivo da presente investigação foi clarificar a percepção que pessoas de diferentes classes sociais têm acerca da desigualdade na saúde e no ambiente.

Primeiramente, iremos analisar o que cada variável isoladamente nos diz. Na Tabela 1 são apresentados as percentagens de incidência de cada uma delas. Verifica-se que as respostas mais comuns foram que pessoas ricas e pobres são igualmente propensas a ter acidentes de automóvel, cancro, stress, ataque do coração, doença mental, viver mais tempo e ser saudável e que os mais pobres são mais propensos a terem acidentes de trabalho. Nota-se que este último indicador, foi o único que se diferenciou das restantes quanto à resposta dada à pergunta.

No entanto, se formos comparar somente a probabilidade encontrada entre ricos e pobres de serem afectados pelos indicadores já mencionadas, podemos notar que as pessoas acreditam que os ricos não têm nenhuma probabilidade de serem atingidas pelo cancro (0.0%) e muito pouca probabilidade de serem atingidas pela doença mental (1.6%). Por outro lado, na opinião dos inqueridos os ricos são mais atingidos pelo ataque do coração, pelos acidentes de automóveis e pelo stress e são mais saudáveis e vivem mais tempo.

Tabela 1: Percepção de desigualdade na saúde

	Ricos		Igualmente		Pobres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cancro	0	0.0	301	98.0	6	2.0	307	100.0
Doença Mental	5	1.6	296	96.4	6	2.0	307	100.0
Ataque de coração	18	5.9	278	90.6	11	3.6	307	100.0
Ser saudável	26	8.5	277	90.2	4	1.3	307	100.0
Acidentes de Automóvel	29	9.4	266	86.6	12	3.9	307	100.0
Stress	32	10.4	249	81.1	26	8.5	307	100.0
Viver mais tempo	54	17.6	231	75.2	22	7.2	307	100.0
Acidentes de trabalho	2	0.7	150	48.9	155	50.5	307	100.0

Com o intuito de comparar os resultados encontrados por Macintyre et al. (2004) e os resultados encontrados neste estudo, desenhou-se a Tabela 2 utilizando apenas a 2ª escala ordinal (Afecta/acontece igualmente a pessoas ricas e pobres), uma vez que o nosso estudo obteve um maior número de respostas dentro desta escala.

É importante notar que o resultado do estudo feito por Macintyre et al. (2004) é bem diferente dos resultados encontrados no estudo actual. No estudo feito pela autora, os inqueridos responderam que apenas o Cancro e a Doença Mental atingem igualmente pessoas ricas e pobres, mesmo assim, com um percentual razoavelmente mais baixo do que o encontrado no estudo actual. No que se refere aos restantes indicadores, nota-se que há uma discrepância muito grande do estudo actual para o estudo de Macintyre et al. (2004) quanto à resposta “Afecta/acontece igualmente a pessoas ricas ou pobres”. No estudo actual, a percentagem da resposta é muito mais elevada do que no estudo feito anteriormente.

Tabela 2: Tabela Comparativa Estudo anterior e Estudo actual

	Macintyre et al. (2004)			Estudo Actual		
	% Ricos	% Igual	% Pobres	% Ricos	% Igual	% Pobres
Cancro	1.3	79.7	19.0	0.0	98.0	2.0
Doença Mental	6.4	63.9	29.7	1.6	96.4	2.0
Ataque do coração	6.6	48.8	44.5	5.9	90.6	3.6
Ser saudável	53.6	42.4	4.0	8.5	90.2	1.3
Acidentes de Automóveis ⁷	2.9	54.1	43.0	9.4	86.6	3.9
Acidentes de Trabalho ⁰⁰⁰	2.9	54.1	43.0	0.7	48.9	50.5
Viver mais tempo	67.6	30.5	1.9	17.6	75.2	7.2

⁷ No estudo actual resolveu-se diferenciar os tipos de Acidentes (Acidentes de Automóveis e Acidentes de Trabalho), diferentemente do que aconteceu no estudo de Macintyre et al. (2004), na qual utilizou apenas “Acidentes” como variável.

Já na Tabela 3, pretendeu-se avaliar o que cada variável relacionada à percepção da justiça no ambiente nos mostrava. Observou-se que a maioria das pessoas percepcionou que a poluição do ar, a falta de água, o ruído e os engarrafamentos atingiam igualmente a pobres e ricos. É importante notar que todos os inquiridos (100% da amostra) responderam que os tremores de terra atingiam a todas as pessoas igualmente.

Tabela 3: Percepção de desigualdade no ambiente

	Ricos		Igualmente		Pobres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tremores de terra	0	0.0	307	100.0	0	0.0	307	100.0
Poluição do ar	2	0.7	290	94.5	15	4.9	307	100.0
Engarrafamentos	33	10.7	264	86.0	10	3.3	307	100.0
Ruído	1	0.3	258	84.0	48	15.6	307	100.0
Falta de água	0	0.0	240	78.2	67	21.8	307	100.0

Atendendo a que o objectivo da presente investigação era clarificar a percepção que pessoas de diferentes classes sociais tinham acerca da equidade na saúde e da justiça ambiental, optou-se por desenhar duas tabelas descritivas semelhante à que foi esboçada por Macintyre et al. (2004) em seu estudo, uma vez que considerou-se que deste modo estaria a avaliar mais fidedignamente o contexto pretendido. Acrescentou-se então a estas tabelas a variável “classe social”. Desta forma, para investigar se existe correlação entre a classe social dos inquiridos e a sua percepção relativamente aos acontecimentos em estudo aplicou-se o teste do qui-quadrado feito a partir do método Monte Carlo (Tabela 4).

3.1. . Diferença de Classe na percepção de desigualdade na saúde

Analisando a relação entre a classe social e a percepção de desigualdade na saúde, nota-se que as respostas mais comuns foram que pessoas ricas e pobres eram igualmente propensas a ter acidentes de automóveis, cancro, stress, ataque do coração, doença mental, viver mais tempo e ser saudável. Apenas no requisito “Acidentes de Trabalho” que houve um diferencial quanto às respostas, sendo que os inquiridos

pertencentes à classe alta (55.1%) e à classe baixa (53.5%) responderam que os pobres eram mais propensos a sofrerem acidentes de trabalho e as pessoas pertencentes à classe média (55.3%) acharam que tanto os pobres quanto os ricos eram igualmente propensos a sofrerem acidentes de trabalho. Estes resultados foram um pouco diferentes do que Macintyre et al. (2004) (Anexo IV) encontrou no seu estudo, onde no geral as pessoas ricas e pobres eram igualmente propensas a ter acidentes, cancro, ataque do coração, e doença mental, e que os ricos eram mais propensos a ser mais saudável e viver mais tempo.

Após esta avaliação mais descritiva dos dados, é importante olhar para cada uma das variáveis separadamente para perceber se estas têm ou não relação com a variável classe social. Desta forma, para investigar se esta relação existe, aplicou-se o teste do qui-quadrado.

É de se referir que em qualquer projecto de pesquisa é importante definir o nível de significância ao se aplicar os testes estatísticos. Desta forma, para o actual estudo foi escolhido como nível de significância $\alpha=0,05$, ou seja, foi estabelecido $p \leq 0,05$ para parâmetro como tomada de decisões nas análises estatísticas apresentadas na presente pesquisa.

Dito isto, podemos perceber na Tabela 4 que no que se refere à variável “Cancro” ($p=0.653$), verifica-se que não há relação de dependência entre esta e a da classe social, uma vez que o $p > 0.05$. Diferentemente do que Macintyre et al. (2004) encontrou no seu estudo, onde a variável “Cancro” obteve um *p value* igual a 0.05, aproximando-se do valor esperado do nível de significância. Ou seja, no estudo anterior, pôde-se observar uma pequena relação entre cancro e classe social.

Já no que se refere à variável “Doença Mental”, tanto no estudo actual, como no estudo anterior, não obteve-se um valor significativo no teste realizado. Dito de outra maneira, a Doença Mental não é percebida como dependente da Classe Social a que a pessoa pertence.

Partindo para a variável “Ataque do Coração”, mais uma vez o estudo actual e o anterior partilham do mesmo resultado relativamente ao teste do qui-quadrado. Isto quer dizer nos dois estudos, notou-se que as pessoas não percebem aquela variável como dependente da Classe social do indivíduo.

Analisando agora a variável “Ser Saudável”, nota-se que no estudo actual o *p value* do teste do qui-quadrado não foi significativo ($p=0.131$). Ao contrário do que

encontraram Macintyre et.al. (2004), onde esta variável obteve um $p < 0.05$, demonstrando no seu estudo que as pessoas percebem o “Ser saudável” como algo que depende da classe social.

Como foi referido anteriormente, optamos por redefinir a variável “Acidente” em “Acidentes de Carro” e “Acidentes de Trabalho” para termos uma ideia mais específica da percepção sobre aquela variável. Porém, tanto no estudo anterior, como no estudo actual, estas variáveis não obtiveram p value significativos. Isto quer dizer que em nenhum estudo os inquiridos perceberam estas variáveis como sendo influenciadas pela classe social.

Uma variável que foi incluída no estudo actual e que não fazia parte do estudo anterior foi a variável “Stress”. Ao olharmos para esta variável, podemos notar que semelhantemente ao que tem acontecido com as variáveis restantes, obtivemos um p value > 0.05 , indicando mais uma vez que esta variável não é percebida como sendo influenciada pela classe social.

Por fim, a variável “Viver mais tempo” obteve no estudo de Macintyre et al. (2004), um $p < 0.05$, identificando assim a dependência entre esta variável e a classe social. Desta forma, no estudo feito anteriormente os inquiridos perceberam a relação entre viver mais tempo e a classe social, diferentemente do que foi encontrado no estudo actual onde esta variável não obteve um p value significativo ($p = 0.3$). Assim, mais uma vez encontramos resultados diferentes do que era esperado.

Em suma, constata-se na Tabela 4 que não houve correlação significativa para nenhum dos acontecimentos relacionados à percepção de equidade na saúde, uma vez que p value dos mesmos é superior a 0.05.

Percepção das Desigualdades na Saúde e no Ambiente

Tabela 4: Diferenças de Classe na percepção de desigualdade na saúde

Pessoas ricas ou pessoas pobres têm maior probabilidade de experimentarem as seguintes experiências									
		Provavelmente afecta/acontece mais a pessoas ricas		Afecta/acontece igualmente a pessoas ricas ou pobres		Provavelmente afecta/acontece mais a pessoas pobres		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Cancro	Classe Alta	0	0.0	48	98.0	1	2.0	49	100.0
	Classe Média	0	0.0	100	97.1	3	2.9	103	100.0
	Classe Baixa	0	0.0	153	98.7	2	1.3	155	100.0
	Total	0	0.0	301	98.0	6	2.0	307	100.0
	Chi ² =0.852, g.l.=2, p=0.653 ^a								
Doença Mental	Classe Alta	1	2.0	47	95.9	1	2.0	49	100.0
	Classe Média	1	1.0	98	95.1	4	3.9	103	100.0
	Classe Baixa	3	1.9	151	97.4	1	0.6	155	100.0
	Total	5	1.6	296	96.4	6	2.0	307	100.0
	Chi ² =3.772, g.l.=4, p=0.438 ^b								
Ataque de coração	Classe Alta	4	8.2	44	89.8	1	2.0	49	100.0
	Classe Média	7	6.8	93	90.3	3	2.9	103	100.0
	Classe Baixa	7	4.5	141	91.0	7	4.5	155	100.0
	Total	18	5.9	278	90.6	11	3.6	307	100.0
	Chi ² =1.913, g.l.=4, p=0.752 ^a								
Ser saudável	Classe Alta	6	12.2	43	87.8	0	0.0	49	100.0
	Classe Média	3	29.0	98	95.1	2	1.9	103	100.0
	Classe Baixa	17	11.0	136	87.7	2	1.3	155	100.0
	Total	26	8.5	277	90.2	4	1.3	307	100.0
	Chi ² =7.099, g.l.=4, p=0.131 ^c								
Acidentes de Automóvel	Classe Alta	4	8.2	41	83.7	4	8.2	49	100.0
	Classe Média	10	9.7	89	86.4	4	3.9	103	100.0
	Classe Baixa	15	9.7	136	87.7	4	2.6	155	100.0
	Total	29	9.4	266	86.6	12	3.9	307	100.0
	Chi ² =3.143, g.l.=4, p=0.534 ^a								
Stress	Classe Alta	5	10.2	37	75.5	7	14.3	49	100.0
	Classe Média	12	11.7	85	82.5	6	5.8	103	100.0
	Classe Baixa	15	9.7	127	81.9	13	8.4	155	100.0
	Total	32	10.4	249	81.1	26	8.5	301	100.0
	Chi ² =3.271, g.l.=4, p=0.514								
Viver mais tempo	Classe Alta	8	16.3	38	77.6	3	6.1	49	100.0
	Classe Média	12	11.7	82	79.6	9	8.7	103	100.0
	Classe Baixa	34	21.9	111	71.6	10	6.5	155	100.0
	Total	54	17.6	231	75.2	22	7.2	307	100.0
	Chi ² =4.882, g.l.=4, p=0.3								
Acidentes de trabalho	Classe Alta	0	0.0	22	44.9	27	55.1	49	100.0
	Classe Média	1	1.0	57	55.3	45	43.7	103	100.0
	Classe Baixa	1	0.6	71	45.8	83	53.5	155	100.0
	Total	2	0.7	150	48.9	155	50.5	307	100.0
	Chi ² =3.256, g.l.=4, p=0.516 ^a								

^a 3 células têm contagem esperada inferior a 5

^b 6 células têm contagem esperada inferior a 5

^c 4 células têm contagem esperada inferior a 5

3.2. Diferenças de classes na percepção de desigualdade no ambiente

No que diz respeito à estatística descritiva para classe social e percepção de desigualdade no ambiente (Tabela 5), observou-se que no geral as respostas foram que pessoas pobres e ricas são igualmente propensas a experimentar todas as condições apresentadas, nomeadamente: poluição do ar, falta de água, ruído, engarrafamentos e tremores de terra. Pode-se perceber que os pobres são mais vistos como mais propensos do que as pessoas ricas a experimentar poluição do ar, falta de água e ruído. Interessante notar que 100% da amostra concordou que tanto, pessoas ricas como pobres são igualmente propensas a experimentar tremores de terra.

Da mesma forma que foi feita com as variáveis relacionadas à percepção na saúde, é essencial olharmos também para cada uma das variáveis relacionadas à percepção de justiça ambiental separadamente para percebermos se estas têm ou não relação com a variável classe social.

Sendo assim, vamos começar por analisar a variável “Tremores de Terra”. Constata-se que esta variável foi a única que obteve um $p\text{ value}=1$, dando assim evidências de que para a amostra estudada não existe qualquer relação entre tremor de terra e classe social.

Já a variável “Poluição do Ar” obteve um $p\text{ value}$ bastante significativo ($p=0.007$), dando indícios de que esta variável tem relação com a variável classe social. Isto quer dizer que os ricos tendem a achar que a poluição do ar afecta mais aos pobres (8.2%) do que os restantes grupos (1.9% e 5.8% respectivamente). Sendo assim, este é o único resultado que vai de encontro às hipóteses apresentadas e aos resultados encontrados anteriormente.

No que se refere à variável “Engarrafamentos”, nota-se que não foi encontrada relação desta com classe social uma vez que o $p>0.05$. Deste modo, as pessoas não percebem o engarrafamento como tendo dependência da classe social.

Pela Tabela 5 averigua-se que no que diz respeito à variável “Ruído”, mais uma vez, não foi encontrada relação desta com a classe social. O resultado obtido no teste do qui-quadrado aponta um $p\text{ value} =0.556$, que remete a acreditar que os inquiridos não percebem que o ruído tem relação com a classe social.

O mesmo raciocínio realizado para analisar as variáveis descritas anteriormente foi utilizado para analisar a última variável, “Falta de Água”. E novamente foi encontrado um resultado similar ao visto pela maioria das variáveis previamente estudadas, ou seja, as pessoas tendem a achar que a falta de água não tem relação com a classe social.

Tabela 5: Diferenças de Classe na percepção de desigualdade no ambiente

Pessoas ricas ou pessoas pobres têm maior probabilidade de experimentarem as seguintes experiências									
		Provavelmente afecta/acontece mais a pessoas ricas		Afecta/acontece igualmente a pessoas ricas ou pobres		Provavelmente afecta/acontece mais a pessoas pobres		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Tremores de Terra	Classe Alta	0	0.0	49	100	0	0.0	49	100
	Classe Média	0	0.0	103	100	0	0.0	103	100
	Classe Baixa	0	0.0	155	100	0	0.0	155	100
	Total	0	0.0	307	100	0	0.0	307	100
p=1									
Poluição do Ar	Classe Alta	2	4.1	43	87.8	4	8.2	49	100.0
	Classe Média	0	0.0	101	98.1	2	1.9	103	100.0
	Classe Baixa	0	0.0	146	94.2	9	5.8	155	100.0
	Total	2	0.7	290	94.5	15	4.9	307	100.0
Chi ² =14.079, g.l.=4, p=0.007 ^c									
Engarrafamentos	Classe Alta	5	10.2	42	85.7	2	4.1	49	100.0
	Classe Média	7	6.8	93	90.3	3	2.9	103	100.0
	Classe Baixa	21	13.5	129	83.2	5	3.2	155	100.0
	Total	33	10.7	264	86.0	10	3.3	307	100.0
Chi ² =3.141, g.l.=4, p=0.535									
Ruído	Classe Alta	0	0.0	38	77.6	11	22.4	49	100.0
	Classe Média	0	0.0	88	85.4	15	14.6	103	100.0
	Classe Baixa	1	0.6	132	85.2	22	14.2	155	100.0
	Total	1	0.3	258	84.0	48	15.6	307	100.0
Chi ² =3.010, g.l.=4, p=0.556 ^a									
Falta de Água	Classe Alta	0	0.0	37	75.5	12	24.5	49	100.0
	Classe Média	0	0.0	86	83.5	17	16.5	103	100.0
	Classe Baixa	0	0.0	117	75.5	38	24.5	155	100.0
	Total	0	0.0	240	78.2	67	21.8	307	100.0
Chi ² =2.571, g.l.=2, p=0.277									

^a 3 células têm contagem esperada inferior a 5

^b 6 células têm contagem esperada inferior a 5

^c 4 células têm contagem esperada inferior a 5

3.3. Discussão/Conclusão

Ambicionando contribuir para esclarecer a percepção que pessoas de diferentes classes sociais têm sobre a desigualdade na saúde e no ambiente, surgiu o presente

estudo que foi adaptado do estudo de Macintyre et al. (2004). Após a definição dos objectivos da actual investigação, a análise de dados permitiu-nos comparar os resultados encontrados por Macintyre et al. (2004) com os resultados obtidos, identificando as suas diferenças; assim como conhecendo se uma parte da população portuguesa percepção as diferenças existentes na saúde e no ambiente de indivíduos de diferentes classes sociais. Esta informação poderá despertar as autoridades competentes para a necessidade de uma tomada de iniciativa no sentido de levantamento e divulgação de dados sobre as diferenças existentes na saúde e no ambiente das diferentes classes sociais da população portuguesa.

O modelo da causalidade social, sugere que baixo status socioeconómico “causa” os problemas na saúde, ou seja, ocupar um grupo socioeconómico mais baixo influencia negativamente a saúde dos indivíduos (Bennett & Morrison, 2006). Apesar de tais evidências, a análise da informação recolhida no nosso estudo permite-nos observar, que no que diz respeito à saúde, os inquiridos acham que entre os indicadores de saúde apresentados no estudo (Acidentes de automóvel, Cancro, Ataque do coração, Doença mental, Viver mais tempo, Ser saudável, Acidentes de trabalho, Stress), apenas os acidentes de trabalho atingem pessoas de classe socioeconómica mais baixa, enquanto que os indicadores restantes atingem igualmente os ricos e pobres. Não tendo sido percebido nenhum dos indicadores como atingindo mais a classe alta.

Segundo Acheson (1998 cit. por Bennett & Morrison, 2006), pessoas de grupo socioeconómico mais baixo são mais susceptíveis de serem expostos a trabalhos em cenários perigosos (e.g., construção civil) e a terem mais acidentes do que aqueles que pertencem a grupos socioeconomicamente mais elevado durante sua vida activa. Desta forma, os resultados obtidos nesta investigação vão de encontro ao que a literatura nos diz.

Após fazermos uma análise mais “superficial” dos resultados, optamos por incluir a variável “Classe Social” para vermos se encontrávamos diferenças nos resultados. Contudo, os resultados continuaram a apontar para uma não percepção das desigualdades na saúde de classes sociais distintas. Mais uma vez, estes resultados divergiram dos resultados encontrados em estudos semelhantes (e.g., Macintyre et al., 2004). No estudo de Macintyre et al. (2004), foi descoberto que pessoas de classe socioeconómica mais baixa não percebem a sua saúde como sendo pior do que as de classe socioeconómica mais elevada, no entanto pessoas de classe socioeconómica

mais elevada percebem sua saúde como sendo melhor do que aquelas de classe socioeconómica mais baixa. Popay et al. (2003 cit. por Macintyre et al., 2004), no seu estudo sobre desigualdade na saúde entre diferentes zonas, concluiu que pessoas residentes em áreas mais ricas eram menos prováveis de contestar a existência das desigualdades na saúde, enquanto pessoas de áreas mais pobres eram mais propensas de contestar a sugestão do que aqueles que residiam em áreas mais pobres no geral, eram mais propensas a adoeçerem do que os ricos.

Os resultados encontrados no estudo actual vão, em parte, de encontro com o que Macintyre, McKay e Ellaway (2005 cit. por Lima, 2006) descobriram num estudo sobre desigualdades na saúde. Os autores mostraram que apesar de ser consensual que os ricos vivem mais tempo e que os pobres têm mais doenças e acidentes, pessoas que vivem em comunidades mais desfavorecidas tendem a minimizar as desigualdades ao nível da saúde. Portanto, percebemos no nosso estudo esta minimização por parte de pessoas de classe social mais baixa, mas há também uma minimização por parte da classe social mais alta, uma vez que esta última também não percebe as diferenças existentes na saúde.

No que diz respeito aos resultados encontrados sobre a equidade no ambiente, deduzimos também que não houve percepção da desigualdade existente neste âmbito. Num primeiro momento, foi observado que no geral as pessoas viam que tanto pessoas pobres quanto ricas eram igualmente propensas a experimentarem todas as condições ambientais apresentadas (poluição do ar, falta de água, ruído, engarrafamentos e tremores de terra). O que nos chamou atenção foi que para a condição “Tremores de Terra”, 100% dos inquiridos concordaram que tanto ricos quanto pobres experimentavam igualmente esta situação. No entanto sabemos que isto não vem de encontro ao que os estudos demonstram. Lima (2006) afirma que comunidades mais desfavorecidas são normalmente vítimas de maiores injustiças ambientais

Das condições apresentadas na avaliação dos resultados sobre percepção de equidade no ambiente, a condição “Poluição do Ar” foi a única que obteve um *p value* significativo ($p=0.007$), levando a acreditar que esta variável foi a única percebida como tendo relação com a classe social dos indivíduos. Este resultado é condicente com o que Lima (2006) nos ensina, quando menciona que estudos demonstram que em zonas mais pobres há maior probabilidade de exposição a níveis elevados de poluição do ar comparativamente a zonas mais ricas.

O estudo sobre a percepção de desigualdade na saúde e no ambiente teve, desde o início desta investigação, um papel central. Procurou-se fazer em princípio uma replicação do estudo de Macintyre et al. (2004) porém acrescentaram-se alguns dados relacionados ao ambiente e fez-se uma comparação para a comprovação ou não de resultados semelhantes. Como foi revelado anteriormente, os resultados não foram de encontro ao que estudos anteriores mostraram.

Talvez, os resultados encontrados na investigação actual sejam divergentes dos resultados encontrados em estudos anteriores, por haver em Portugal uma falta de divulgação sobre dados que remetam às desigualdades na saúde e no ambiente relacionados à questão socioeconómica. Durante este estudo, não foi encontrado, por exemplo, dados que remetessem à taxa de mortalidade infantil de diferentes classes sociais. Encontramos apenas dados que mostram a taxa de mortalidade infantil, por região⁸. Desta forma, podemos inferir que a população no geral tendeu a atenuar a consciência das desigualdades na saúde e no ambiente.

É importante também dizer que os resultados devem ser interpretados com precaução, pois levantam algumas questões sobretudo do foro metodológico que condicionam a sua interpretação.

Primeiramente, a *dimensão e heterogeneidade da amostra recolhida*. Pode ser que se tivéssemos aplicado o questionário em várias cidades de Portugal, abrangendo assim uma população maior e mais heterogénea, tivéssemos resultados mais próximo do que era esperado, ou pelo menos mais fidedignos. Podemos levantar por exemplo, a hipótese de que pessoas de diferentes classes sociais residentes na cidade do Porto percepcionem as questões levantadas neste estudo de maneira diferente das pessoas de diferentes classes sociais residentes na área de Lisboa, de Faro, ou de uma outra cidade qualquer em Portugal. Pode ser que ao fazermos um levantamento mais abrangente tivéssemos obtido resultados mais significativos e pudéssemos avançar com análises mais específicas.

⁸ Maiores informações em

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=6262241&PUBLICACOESmodo=2

Outra questão que se pode colocar é porque é que se optou por utilizar apenas um único item para medir a percepção das desigualdades. Algumas das críticas que se podem tecer ao recurso a medidas que se baseiam num único item são (1) a avaliação da consistência interna (até que ponto representa e avalia o constructo que se pretende), (2) limitação de métodos estatísticos que se podem utilizar e (3) até que ponto os resultados obtidos com estas variáveis podem ser generalizáveis (Nagy, 2002). No caso concreto da percepção das desigualdades na saúde e no ambiente não foi possível encontrar muitas evidências de outros estudos que considerem esta variável. Salienta-se porém, como vantagem das medidas com base num único item o facto de serem mais rápidas para responder, facilitando aderência dos participantes ao questionário, e facilitando também o tratamento dos dados (Nagy, 2002).

Embora existam várias limitações inerentes no estudo apresentado, nomeadamente a generalização dos resultados, de certo modo impossibilitada pela dimensão e representatividade da amostra, consideramos fulcral a replicação destes resultados com outras amostras e metodologias distintas.

Depois de no presente estudo se chamar a atenção para a importância da análise da percepção das desigualdades na saúde e no ambiente em diferentes classes sociais, seria interessante explorar uma abordagem qualitativa capaz de conferir as razões para as conclusões paradoxais encontradas no presente estudo.

Em termos de implicações, julgamos que seria importante um maior envolvimento por parte das instituições e do governo em levantar e divulgar dados que permitissem à população ter o conhecimento da sua real situação. Pode ser que desta forma a população passasse a ter maior consciência da realidade que a rodeia, e assim passasse a engajar de forma mais eficaz em programas de intervenção à saúde, em acções de sensibilização para os problemas existentes no contexto da saúde ou em acções de promoção de desenvolvimento de comportamento pró ambiental.

Em suma, o presente estudo não conseguiu atingir os objectivos propostos previamente, porém consentiu avaliar possíveis erros cometidos para que os mesmos não ocorram em estudos posteriores. Salienta-se também que este estudo permitiu-nos perceber que os resultados obtidos podem ser reflexo da falha institucional, uma vez que não há levantamento e divulgação de dados sobre as diferenças existentes na saúde e no ambiente das diversas classes sociais. Desta forma, é mais difícil obter sucesso em programas de prevenção à saúde ou de educação ambiental, pois uma vez que as

peças não percebem as diferenças existentes na saúde e no ambiente, é menos provável que se engajem em campanhas relacionadas a estes temas ou que modifiquem seus comportamentos.

Este estudo serviu também para nos alertar o quanto as pessoas estão absorvas no “seu mundo” e acabam por não estarem atentas ao que se passa em volta delas. Então, como esperar que estas pessoas cobrem seus direitos e cumpram seus deveres se elas não têm consciência da sua própria realidade?

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acsehrad, H. (2004). Justiça Ambiental – ação coletiva e estratégias argumentativas. In H. Acsehrad, S. Herculano, & J. Pádua (Eds.), *Justiça Ambiental e Cidadania* (pp 23-39). Rio de Janeiro: Editora Dumorá.
- Acsehrad, H. (2004). As práticas espaciais e o campo dos conflitos ambientais. In H. Acsehrad, S. Herculano & J. Pádua (Eds.), *Justiça Ambiental e Cidadania* (pp 13-35). Rio de Janeiro. Editora Dumorá.
- Adler, N., Boyce, W. T., Chesney, M. A., Folkman, S., & Syme, S. L. (1993). Socioeconomic differences in health: No easy solution. *The Journal of the American Medical Association*, 269, 3140-3145.
- Alleyne, G. A. O. (2000). Equity and health. *Pan American Journal of Public Health*, 7 (1), 40-47.
- Cabral, M. V., Silva, P. A., & Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, A. C. (1983). *Saúde: o Custo de um Valor sem Preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Chetre (2000). What is equity? In *An area health service taking action to achieve health for all*. Newsletter 1. Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation. The University of New South Wales. School of Public Health & Community Medicine, Austrália.
- Costa, H. S. M & Braga, T. M. (2002). *Entre a Conciliação e o conflito: dilemas para o planejamento e a gestão urbana e ambiental*. X Seminário sobre economia mineira. Diamantina MG, Brasil. Retirado em 10 de Junho de 2006, de http://cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2002/D61.pdf.
- ECA WATCH [International NGO Campaign on Export Credit Agencies] (2001). Retirado em 08 de Novembro de 2008, de <http://www.eca-watch.org/multilang/portuguese/ecaflyer-potuguese.pdf>
- Fernandes, L. (2006). Localização de aterros sanitários: o caso de Sermonde. *Tecnologias do Ambiente*, 74, 30-33.

- GREENACTION. For Health & Environmental Justice. (1998). Retirado em 06 de Novembro de 2008, de <http://www.greenaction.org/hunterspoint/documents/TheStateoftheEnvironment090204Final.pdf>
- Lima, M. L. P (2006). Percepção de riscos e desigualdades sociais. In J. M., Pinto & B, Virgílio (Eds.), *Desigualdades, Desregulação e Riscos nas Sociedades Modernas* (pp. 267-290). Porto: Edições Afrontamento.
- Macintyre, S. (1994). A review of indicators of health used in research on socio-economic differentials in health in Europe". In A, Mielck & M. R., Giraldes (Eds.), *Health Inequalities: Discussion in Western European Countries*. Nova Iorque: Waxmann.
- Macintyre, S. (2003). Evaluating the evidence on measures to reduce inequalities in health. In A, Oliver & M, Exworthy (Eds), *Health Inequalities. Evidence, policy and implementation. Proceedings from a meeting of the health equity network* (pp.23- 27) London: The Nuffield Trust.
- Macintyre, S., McKay, L., & Ellaway, A. (2004). Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood, of inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 60 (2), 313-317.
- Macintyre, S., McIver, S. & Sooman A., (1993). Area, class and health: should we be focusing on people or places? *Journal of Social Policy*, 22, 213-234.
- Manckeback, J. P. & Knust, A. E. (1997). Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*, 44 (6), 757-771.
- Marques, M., Martinho, G., Vasconcelos, L. & Maia, J. (2004, Outubro). O NIMBY como factor de desvirtuamento nos processos tradicionais de localização de aterros. Lisboa: Comunicação apresentada na *8a Conferência Nacional do Ambiente*, CCB-Centro Cultural de Belém, Portugal.
- Morrison, V & Bennett, P. (2006). *An introduction to Health Psychology*. England: Pearson Education Limited.
- Nagy, M. S. (2002). Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 77-86.
- Noronha, K. V. M. S & Andrade, M. V. (in press). *Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro*.

- Nunes, J., Matias, M. & Costa, S. (2004, Setembro). Participação Pública, Controvérsia e Justiça Ambiental: O Caso Do Aterro De Resíduos Sólidos Urbanos Em Taveiro. *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, Coimbra, Portugal.
- Oliver, A. & Exworthy, M. (2003). *Health Inequalities. Evidence, policy and implementation. Proceedings from a meeting of the health equity network*. London: The Nuffield Trust.
- Pereira, J. A., Giraldes, M. R. & Campos, A. C. (1991). *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- Rede Brasileira de Justiça Ambiental. (2001). Retirado em 03 de Novembro de 2008, de http://www.justicaambiental.org.br/_justicaambiental/
- Rodrigues, M. (2000). Ambientalismo em Portugal: actores e recursos no "caso da incineradora de Estarreja", *IV Congresso Português de Sociologia*. Coimbra. Disponível em <http://www.aps.pt/ivcong-actas/Acta045.PDF>. [Consultado em 09/02/2007].
- Starfield, B. (2001). Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*, 13 (3), 545-566.
- Townsend, P., & Davidson, N. (1990). Inequalities in Health: The Black Report. *Journal of Sociology*, 20, 283-285.
- Viana, A.L.A, Fausto, M.C.R & Lima, L.D. (2003). Política de Saúde e Equidade. *São Paulo em Perspectiva*, 17 (1), 58-68.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6 (3), 217-228.

5. Anexos

Anexo I

17 princípios de Justiça Ambiental

Princípios de Justiça Ambiental

Segue abaixo o original em inglês.

Os/as delegados/as da Primeira Cúpula Nacional de Lideranças Ambientalistas de Cor, que ocorreu de 24 a 27 de outubro de 1991 em Washington (EUA), elaboraram e abraçaram 17 princípios de justiça ambiental. Desde então, os princípios serviram como um documento de referência para as bases crescentes do movimento por justiça ambiental.

PREÂMBULO

NÓS, PESSOAS DE COR, reunidas nesta Primeira Cúpula Nacional de Lideranças Ambientalistas de Cor para iniciar a construção de um movimento nacional e internacional de todos os povos de cor para combater a degradação e proteger nossas terras e comunidades, restabelecendo assim nossa interdependência espiritual com a sacralidade da Mãe Terra; em respeito e celebração a cada uma de nossas culturas, linguagens e crenças sobre o mundo natural e os nossos papéis em curar a nós mesmos/as; para assegurar a justiça ambiental; para promover alternativas econômicas que possam contribuir para o desenvolvimento de meios ambientalmente seguros de subsistência; e para garantir a liberdade política, econômica e cultural que foi nos negada ao longo de mais de 500 anos de colonização e opressão, resultando no envenenamento de nossas comunidades e da terra e no genocídio de nossos povos, afirma e adota estes Princípios de Justiça Ambiental:

- 1) a Justiça Ambiental afirma a sacralidade da Mãe Terra, a unidade ecológica e a interdependência entre todas as espécies, e o direito a ser livre da degradação ecológica.
- 2) a Justiça Ambiental requer que as políticas públicas tenham por base respeito e justiça mútuos para todos os povos, libertos de toda forma de discriminação ou preconceito.
- 3) a Justiça Ambiental exige o direito a usos éticos, equilibrados e responsáveis da terra e dos recursos naturais renováveis no interesse de um planeta sustentável para seres humanos e outros entes vivos.
- 4) a Justiça Ambiental clama pela proteção universal frente a testes nucleares, extração, produção e destruição de resíduos tóxicos/perigosos e venenos que ameaçam o direito fundamental ao ar, à terra, à água e ao alimento puros.

- 5) a Justiça Ambiental afirma o direito fundamental à autodeterminação política, econômica, cultural e ambiental de todos os povos.
- 6) a Justiça Ambiental exige o encerramento da produção de todas as toxinas, resíduos perigosos e materiais radioativos, e que todos os produtores contemporâneos e do passado sejam responsabilizados a prestar contas aos povos para desintoxicação, e sobre o conteúdo no momento da produção.
- 7) a Justiça Ambiental exige o direito de participar em grau de igualdade em todos os níveis decisórios, incluindo avaliação, planejamento, implemento, execução e análise de necessidades.
- 8) a Justiça Ambiental afirma o direito de todos/as os/as trabalhadores/as a um ambiente de trabalho seguro e saudável, sem que sejam forçados/as a escolher entre um trabalho de risco e o desemprego. Afirma também o direito daqueles/as que trabalham em casa de estar livres dos perigos ambientais.
- 9) a Justiça Ambiental protege o direito das vítimas de injustiça ambiental de receber compensação e reparação integrais por danos, bem como o direito à qualidade nos serviços de saúde.
- 10) a Justiça Ambiental considera atos governamentais de injustiça ambiental uma violação de lei internacional: da Declaração Universal de Direitos Humanos e da Convenção para a Prevenção e Repressão do Crime de Genocídio das Nações Unidas.
- 11) a Justiça Ambiental visa o reconhecimento de um relacionamento legal e natural especial do governo dos Estados Unidos com os povos nativos através de tratados, acordos, pacotes e convênios afirmando sua soberania e autodeterminação.
- 12) a Justiça Ambiental afirma a necessidade de políticas socioambientais urbanas e rurais para descontaminar e reconstruir nossas cidades e áreas rurais em equilíbrio com a natureza, honrando a integridade cultural de todas as nossas comunidades e provendo acesso justo a todos/as à plena escala dos recursos.
- 13) a Justiça Ambiental clama pelo fortalecimento dos princípios de consentimento informado, e pelo fim dos testes de procedimentos médicos e reprodutivos e de vacinas experimentais em pessoas de cor.
- 14) a Justiça Ambiental se opõe às operações destrutivas das corporações multinacionais.
- 15) a Justiça Ambiental se opõe à ocupação, repressão e exploração militar de territórios, povos e culturas, e de outras formas de vida.

16) a Justiça Ambiental exige uma educação das gerações atuais e futuras com ênfase em questões sociais e ambientais, com base em nossa experiência e em uma apreciação de nossas diversas perspectivas culturais.

17) a Justiça Ambiental requer que nós, como indivíduos, façamos escolhas pessoais e de consumo que impliquem gastar o mínimo possível de recursos da Mãe Terra e produzir o mínimo de lixo possível, e que tomemos a decisão consciente de desafiar e redefinir prioridades em nossos estilos de vida para assegurar a saúde do mundo natural para as gerações atuais e futuras.

Os desdobramentos da Primeira Cúpula Nacional de Lidações Ambientalistas de Cor estão disponíveis na United Church of Christ Commission for Racial Justice, Dr. Suite 1950 de 475 riverside, New York, NY 10115, Estados Unidos da América. Uma outra fonte da informação é o Centro de Recursos da Justiça Ambiental (EJRC) na Universidade de Clark Atlanta.

Fonte: Washington Office of Environmental Justice, citado por Web Resources for Environmental Justice Activists. Disponível online em: <http://www.ejnet.org/ej/principles.html>

Tradução: Sabrina Lopes

Principles of Environmental Justice

Delegates to the First National People of Color Environmental Leadership Summit held on October 24-27, 1991, in Washington DC, drafted and adopted 17 principles of Environmental Justice. Since then, The Principles have served as a defining document for the growing grassroots movement for environmental justice.

PREAMBLE

WE, THE PEOPLE OF COLOR, gathered together at this multinational People of Color Environmental Leadership Summit, to begin to build a national and international movement of all peoples of color to fight the destruction and taking of our lands and communities, do hereby re-establish our spiritual interdependence to the sacredness of our Mother Earth; to respect and celebrate each of our cultures, languages and beliefs about the natural world and our roles in healing ourselves; to insure environmental justice; to promote economic alternatives which would contribute to the development of environmentally safe livelihoods; and, to secure our political, economic and cultural

liberation that has been denied for over 500 years of colonization and oppression, resulting in the poisoning of our communities and land and the genocide of our peoples, do affirm and adopt these Principles of Environmental Justice:

- 1) Environmental Justice affirms the sacredness of Mother Earth, ecological unity and the interdependence of all species, and the right to be free from ecological destruction.
- 2) Environmental Justice demands that public policy be based on mutual respect and justice for all peoples, free from any form of discrimination or bias.
- 3) Environmental Justice mandates the right to ethical, balanced and responsible uses of land and renewable resources in the interest of a sustainable planet for humans and other living things.
- 4) Environmental Justice calls for universal protection from nuclear testing, extraction, production and disposal of toxic/hazardous wastes and poisons and nuclear testing that threaten the fundamental right to clean air, land, water, and food.
- 5) Environmental Justice affirms the fundamental right to political, economic, cultural and environmental self-determination of all peoples.
- 6) Environmental Justice demands the cessation of the production of all toxins, hazardous wastes, and radioactive materials, and that all past and current producers be held strictly accountable to the people for detoxification and the containment at the point of production.
- 7) Environmental Justice demands the right to participate as equal partners at every level of decision-making, including needs assessment, planning, implementation, enforcement and evaluation.
- 8) Environmental Justice affirms the right of all workers to a safe and healthy work environment without being forced to choose between an unsafe livelihood and unemployment. It also affirms the right of those who work at home to be free from environmental hazards.
- 9) Environmental Justice protects the right of victims of environmental injustice to receive full compensation and reparations for damages as well as quality health care.
- 10) Environmental Justice considers governmental acts of environmental injustice a violation of international law, the Universal Declaration On Human Rights, and the United Nations Convention on Genocide.

11) Environmental Justice must recognize a special legal and natural relationship of Native Peoples to the U.S. government through treaties, agreements, compacts, and covenants affirming sovereignty and self-determination.

12) Environmental Justice affirms the need for urban and rural ecological policies to clean up and rebuild our cities and rural areas in balance with nature, honoring the cultural integrity of all our communities, and provided fair access for all to the full range of resources.

13) Environmental Justice calls for the strict enforcement of principles of informed consent, and a halt to the testing of experimental reproductive and medical procedures and vaccinations on people of color.

14) Environmental Justice opposes the destructive operations of multi-national corporations.

15) Environmental Justice opposes military occupation, repression and exploitation of lands, peoples and cultures, and other life forms.

16) Environmental Justice calls for the education of present and future generations which emphasizes social and environmental issues, based on our experience and an appreciation of our diverse cultural perspectives.

17) Environmental Justice requires that we, as individuals, make personal and consumer choices to consume as little of Mother Earth's resources and to produce as little waste as possible; and make the conscious decision to challenge and reprioritize our lifestyles to insure the health of the natural world for present and future generations.

The Proceedings to the First National People of Color Environmental Leadership Summit are available from the United Church of Christ Commission for Racial Justice, 475 Riverside Dr. Suite 1950, New York, NY 10115. Another source of information is the [Environmental Justice Resource Center](#) (EJRC) at Clark Atlanta University.

Source: Washington Office of Environmental Justice

Anexo II

Tabela de distribuição de entrevistas

Foi prevista uma amostra de 300 entrevistas e obteve-se uma amostra de 307 entrevistas com a seguinte distribuição:

Localidade	Amostra Prevista	Amostra Obtida
Sendal	14	12
Crestins	40	38
Minte das Pedras	12	11
Esposade	18	18
Araújo	21	26
Custió	19	20
Maia	45	47
Senhora da Hora	25	29
Santiago de Custóias	20	20
Paranhos	24	21
Ramalde	22	25
Aldoar	18	18
Foz	22	22
Total	300	307

Anexo III
Questionário

Percepção das Desigualdades na Saúde e no Ambiente

P36. Agora vou pedir-lhe a sua opinião sobre a forma como diversos problemas afectam as pessoas em Portugal. Vou-lhe apresentar alguns problemas com que nos debatemos actualmente, e gostava que me dissesse se acha que é um problema que provavelmente afecta mais as pessoas pobres, provavelmente afecta mais as pessoas ricas ou afecta igualmente as pessoas ricas e as pessoas pobres. (MOSTRAR CARTÃO 9).

	Provavelmente afecta/acontece mais a pessoas ricas	Afecta/acontece igualmente a pessoas ricas e pobres	Provavelmente afecta/acontece mais a as pessoas pobres	
Acidentes de automóvel	1	2	3	(13)
Cancro	1	2	3	(14)
Stress	1	2	3	(15)
Ataque de coração	1	2	3	(16)
Doença mental	1	2	3	(17)
Viver mais tempo	1	2	3	(18)
Ser feliz	1	2	3	(19)
Ser saudável	1	2	3	(20)
Ter filhos	1	2	3	(21)
Acidentes de trabalho	1	2	3	(22)
Desemprego	1	2	3	(23)
Poluição do ar	1	2	3	(24)
Falta de água	1	2	3	(25)
Ruído	1	2	3	(26)
Engarrafamentos	1	2	3	(27)
Tremores de terra	1	2	3	(28)

DADOS DEMOGRÁFICOS

D1. Sexo do entrevistado.

	(29)
Masculino	1
Feminino	2

D2. Registrar a idade completa.

(62-63)	

D4. Qual é a sua instrução completa ?

	(30)
Universitária / Politécnica	1
12º ano (7º ano antigo)	2
9 ano (5º ano antigo)	3
6º ano (2º ano antigo)	4
Primária completa	5
Primária incompleta	6
Sem instrução	7

D5. Qual é o seu estado civil ?

	(35)
Casado	1
Solteiro	2
Divorciado	3
Viúvo	4

Percepção das Desigualdades na Saúde e no Ambiente

D6. E qual é a sua ocupação ?

	(36-37)
Quadro superior	01
Quadro médio	02
Empregado	03
Operário	04
Trabalhador não especializado	05
Reformado / Pensionista	06
Doméstica	07
Estudante	08
Desempregado	09
Outra não activo	10

D7. Qual é o volume do rendimento mensal do seu lar ?

	(38)
Até 350 Euros (70 contos)	1
Entre 351 e 600 Euros (70 - 120 contos)	2
Entre 601 e 750 Euros (121 - 150 contos)	3
Entre 751 e 1250 Euros (151 - 250 contos)	4
Entre 1251 e 2000 Euros (251 - 400 contos)	5
Mais de 2000 Euros (400 contos)	6
Recusa	7

D8. Há quantos anos vive nesta localidade?

(39-40)	

D9. Tem filhos a viver no seu lar?

		(43)
	Sim	1
D11	←	Não 2

Percepção das Desigualdades na Saúde e no Ambiente

D10. E os seus filhos têm mais ou menos de 12 anos?

	(44)
Só menores de 12 anos	1
Só maiores de 12 anos	2
Ambos	3

D11. A casa onde vive é sua?

	(45)
Sim	1
Não, é de familiares	2
Não é alugada	3

D12. REGISTAR LOCALIDADE

	(46-47)
Sendal (<i>MOREIRA</i>)	01
Crestins (<i>MOREIRA</i>)	02
Monte das Pedras (<i>MOREIRA</i>)	03
Esposade (<i>CUSTÓIAS</i>)	04
Araújo (<i>LEÇA DO BAILIO</i>)	05
Custió (<i>LEÇA DO BAILIO</i>)	06
Maia (<i>GUEIFÃES</i>)	07
Senhora da Hora (<i>SRª DA HORA</i>)	08
Santiago de Custóias (<i>CUSTÓIAS</i>)	09
Porto (<i>PARANHOS</i>)	10
Porto (<i>RAMALDE</i>)	11
Porto (<i>ALDOAR</i>)	12
Porto (<i>FOZ DO DOURO</i>)	13

Anexo IX

*Tabela de estatística básica descritiva do estudo de
Macintyre et al. (2004)*

Percepção das Desigualdades na Saúde e no Ambiente

Table 1

N(%) reporting that rich or poor people are more likely to have accidents, cancer, fitter, heart disease, live longer, mental illness, by social class

		Are rich or poor people more likely to have the following experiences							
		Rich		Both equally		Poor		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Accidents	I/II/III nm	3	1.4	118	53.9	98	44.7	219	100
	III m	9	3.3	154	56.0	112	40.7	275	100
	IV/V	6	4.6	66	50.4	59	45.0	131	100
	Total	18	2.9	338	54.1	269	43.0	625	100
			Chi ² =4.34, d.f=4, p=0.36 ^a						
Cancer	I/II/III nm	4	1.8	161	73.5	54	24.7	219	100
	III m	2	0.7	225	82.1	47	17.2	274	100
	IV/V	2	1.6	109	85.2	17	13.3	128	100
	Total	8	1.3	495	79.7	118	19.0	621	100
			Chi ² =9.34, d.f=4, p=0.05 ^b						
Fitter	I/II/III nm	135	61.9	76	34.9	7	3.2	218	100
	III m	145	52.5	121	43.8	10	3.6	276	100
	IV/V	54	41.9	67	51.9	8	6.2	129	100
	Total	334	53.6	264	42.4	25	4.0	623	100
			Chi ² =14.01, d.f=4, p<0.05						
Heart disease	I/II/III nm	15	6.8	94	42.7	111	50.5	220	100
	III m	18	6.5	146	52.3	115	41.2	279	100
	IV/V	9	6.7	69	51.5	56	41.8	134	100
	Total	42	6.6	309	48.8	282	44.5	633	100
			Chi ² =5.25, d.f=4, p=0.26						
Live longer	I/II/III nm	168	76.7	49	22.4	2	0.9	219	100
	III m	186	66.9	88	31.7	4	1.4	278	100
	IV/V	72	54.1	55	41.4	6	4.5	133	100
	Total	426	67.6	192	30.5	12	1.9	630	100
			Chi ² =22.47, d.f=4, p<0.05						
Mental illness	I/II/III nm	10	4.6	142	65.1	66	30.3	218	100
	III m	23	8.3	182	65.7	72	26.0	277	100
	IV/V	7	5.3	76	58.0	48	36.6	131	100
	Total	40	6.4	400	63.9	186	29.7	626	100
			Chi ² =7.25, d.f=4, p=0.12						

^a 1 cell has expected count less than 5.

^b 3 cells have expected count less than 5.

Anexo VIII

Curriculum Vitae