


Resiliência urbana e serviços sociais de interesse geral: quem perde acessibilidade aos sistemas de saúde durante as crises?

Urban resilience and social services of general interest: who loses accessibility to health systems during crisis?

Carlos Gonçalves

 <https://orcid.org/0000-0002-8571-1287>

E-mail: carlosgoncalves@ua.pt

Universidade de Aveiro. Unidade de Investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas. Aveiro, Portugal.

Resumo

Os Serviços de Interesse Geral (SeIG) operacionalizam um tipo de modelo de sociedade, posicionando-se entre as leis de mercado e os mecanismos que atenuam as suas falhas. O planejamento dos Serviços Sociais de Interesse Geral (SeSIG) assume um papel relevante para a (sobre)vivência digna de todos os cidadãos, conferindo-lhes pertença e cidadania através de princípios de acessibilidade e coesão territorial. A primeira parte deste artigo posiciona-se na discussão do conceito de SeIG atendendo às especificidades dos modelos sociais a que respondem e às lógicas de acessibilidade a serviços de saúde que preconizam. Na segunda parte, apresentam-se resultados de trabalho de campo demonstrativos de tipos de constrangimentos na acessibilidade a estes serviços, atendendo ao contexto de crise pós-2008 num sistema urbano de Portugal. A terceira seção cumpre o propósito de discutir os resultados e de apontar linhas conclusivas de resposta à questão inicial. Apesar da ambição inerente aos objetivos dos SeIG, os resultados obtidos no caso estudado atestam que estes propósitos não se concretizaram. Os níveis de acessibilidade à saúde degradaram-se. **Palavras-chave:** Serviços Sociais de Interesse Geral; Crise, Acesso à Saúde; Resiliência Social.

Correspondência

Universidade de Aveiro. Campus universitário de Santiago. Aveiro, Portugal. CEP 3810-193.

Abstract

Services of General Interest (SGI) relate to specific societal models, mediating market laws and mechanisms that mitigate their failures. Social Services of General Interest planning plays a relevant role in ensuring quality of life for all citizens, giving them a sense of belonging and citizenship using principles of accessibility and territorial cohesion. The first part of this article focuses on the discussion of the concept of SGI, considering the specificities of the social models they respond to and the logics of accessibility to health services they advocate. In the second part, we present fieldwork results demonstrating types of constraints on accessibility to these services, considering the post-2008 crisis in an urban system in Portugal. The third section fulfills the purpose of discussing the results and pointing out conclusive lines of answer to the initial question. Despite the ambition inherent in the objectives of the SGI, the results prove that these goals were set aside during the crisis. The accessibility to health services decreased, excluding the most vulnerable communities and families.

Keywords: Social Services of General Interest; Crisis; Access to Health Systems; Social Resilience.

Introdução

Nesta seção, desenvolve-se a ideia de que os sistemas de SeSIG e, em específico, os referentes às redes de cuidados de saúde, têm relação estreita com a resiliência das comunidades e dos territórios que se organizam a partir delas.

Tomando o 11 de setembro de 2001 como evento simbólico de viragem, os anos que se seguiram foram marcados por mudanças na construção teórica e empírica sobre o que determina o progresso das sociedades. Uma parte do esforço de investigação orientou-se para perceber o que conduz as comunidades a situações de crise, reconhecendo a vulnerabilidade dos modelos de desenvolvimento assentes no pressuposto do crescimento continuado. Essa dúvida metódica deu lugar à ciência da vulnerabilidade (Cutter, 2003).

Neste contexto multiplicaram-se as formas de investigar as causas das crises sucessivas que marcam a realidade contemporânea global. Estudam-se as assimetrias dos impactos das crises recorrendo aos racional dos sistemas adaptativos complexos, sublinhando-se neste, a influência da governança (Bristow; Healy, 2015). Ou, formulam-se referenciais demonstrativos do efeito global-sistêmico-sincronizado entre a sua origem e o contágio a todos os setores da sociedade, da economia e do ambiente, o que marca a extensão da crise pós-2008 (Homer-Dixon et al., 2015).

Essa preocupação ganhou ainda mais centralidade depois da crise de 2008, multiplicando-se as análises sobre a configuração das estruturas econômicas em diferentes contextos e a sua expressão no número de empregos que criam ou que destroem pós-crise (Doran; Fingleton, 2016; Fratesi; Rodríguez-Pose, 2016). Aumentaram os trabalhos dedicados ao contexto das regiões europeias (Kitsos; Bishop, 2018; Martin et al., 2016), alguns centraram-se em países e regiões específicas: Grécia (Giannakis; Bruggeman, 2015), Itália (Faggian et al., 2018; Salvati; Carlucci; Venanzoni, 2017) e Espanha (Angulo; Mur; Trivez, 2018). Em outro plano, surgiram estudos sobre as disparidades dos efeitos, considerando a importância das cidades. (Capello; Caragliu; Fratesi, 2015; Martin; Gardiner; Tyler, 2014; Piñeira-Mantiñán; Durán-Villa; Taboada-Failde, 2018; Urbact, 2010)

A crise pós-2008 produziu mais impactos (particularmente no contexto europeu) do que

qualquer outra crise que tenha ocorrido depois da Segunda Guerra Mundial (Cairó-i-Céspedes; Castells-Quintana, 2016; Capello; Caragliu, 2016; Cuadrado-Roura; Martin; Rodríguez-Pose, 2016; Fratesi; Rodríguez-Pose, 2016; Nyström, 2018). O quadro de crise vivido na Europa pós-2008, com grande repercussão em países mais vulneráveis como Portugal, conduziu a um processo de concentração do investimento nas áreas mais dinâmicas, aumentando as disparidades por efeitos de dupla exclusão. Também, geraram exclusão face a regiões mais dinâmicas, considerando a escala global e reforçaram as disparidades à escala local. Ou seja, os territórios mais expostos a disrupções ficaram duplamente mais vulneráveis (Gonçalves, 2014).

A estratégia mais eficiente para aumentar a resiliência dos territórios conferiu importância às políticas de coesão, isso por serem reforçadoras das especificidades territoriais em oposição a estratégias reativas e estandardizadas (Capello; Caragliu, 2016). Nesse contexto, importa equacionar as noções de crise e de resiliência, assim como conferir importância às redes de SeSIG (onde se enquadra o papel dos sistemas de cuidados de saúde) no reforço da capacidade de resiliência das comunidades expostas a disrupções de origem ambiental, socioeconômica ou político-social.

É sobre esses serviços que os grupos, sobretudo os mais desfavorecidos, criam, mantêm ou reforçam a capacidade de resiliência visível no modo como evitam, geram ou respondem a contextos adversos. Em contextos de catástrofe, crise, choque, tensão ou estresse, a importância dos SeSIG é ainda mais relevante para evitar a exclusão dos grupos mais vulneráveis, garantindo-lhes condições mínimas de sobrevivência.

Serviços de interesse geral, crise e resiliência social

Na definição de Serviços de Interesse Geral (SeIG) é necessário considerar o que é um “serviço” e a que corresponde o “interesse geral”. O interesse geral consubstancia-se na sujeição, ou não, de determinado serviço a obrigações de serviço público, mesmo que o seu prestador seja uma entidade vinculada às regras do setor privado. Também se podem distinguir os SeIG com a componente econômica de

outros que não estão sujeitos à lógica de mercado. De modo a aprofundar a operacionalização do conceito, surgem diversas subcategorias de que são exemplo os Serviços Sociais de Interesse Geral (SeSIG) direcionados para densificar o modelo social europeu nas suas componentes de coesão social e territorial. Neste caso, consideram-se mais de perto fatores fundamentais de risco e vulnerabilidade relacionados com a inclusão/exclusão social e com a defesa de direitos fundamentais em que se inclui o direito à saúde.

O conceito operacionaliza-se conjugando duas dimensões. Por um lado, respondem a funções de interesse geral e, por outro, a obrigações públicas específicas no que diz respeito à disponibilização de serviços. Para se considerar algo como de interesse geral ou a sujeição a “obrigações de serviço público”, muito contribui o quadro de valores, de regras e de objetivos partilhados por cada comunidade. Está implícito que para os SeIG, sujeitos a condicionamentos de interesse público, existem limiares mínimos de disponibilidade e de acessibilidade territorial e econômica que não podem ser desconsiderados.

De forma a evitar os efeitos da exclusão que tal provocaria, as autoridades públicas são obrigadas a implementar políticas capazes de garantir a manutenção desses limiares. Nesse caso, o fulcro da questão desloca-se para a necessidade de se definir o posicionamento desses limiares mínimos. Os SeIG vinculam as autoridades públicas a critérios de universalidade de acesso, continuidade, segurança e adaptabilidade; qualidade, eficiência e acessibilidade; transparência; proteção dos grupos desfavorecidos, dos utilizadores, dos consumidores e do ambiente, mobilizando a participação dos cidadãos na persecução do interesse público (Espon; Royal Institute of Technology, 2013).

A discussão gerada pela introdução dos SeIG, enquanto dispositivo de mediação entre a concorrência “perfeita” (própria dos mercados liberalizados), e a defesa dos princípios, de universalidade e coesão social, foi no contexto da construção europeia na segunda metade dos anos 1980 quando se começaram a difundir mecanismos de abolição das barreiras ao comércio entre Estados Membros e liberalizaram setores (onde se inclui o da saúde)

até então resguardados dos efeitos da concorrência (Commission of the European Communities, 2003).

Resiliência social manifesta-se na capacidade dos grupos e das comunidades para lidar com tensões e com distúrbios externos resultantes de mudanças sociais políticas ou ambientais desencadeadas por fatores exógenos ou endógenos. Essa ligação obriga que se equacione uma possível correlação entre a dependência de serviços proporcionados por ecossistemas, vulnerabilidade social e interação (potenciando ou minimizando) com o sistema de governança organizado em torno de instituições, regras e normas, aceitas em um determinado território (Adger, 2000). A vulnerabilidade social traduz a exposição das comunidades a crises, manifestando-se em cortes nas suas fontes de rendimentos e no acesso a recursos e serviços essenciais.

As crises interrompem os fluxos de transações, expõem os sistemas socioambientais ao escrutínio de *outsiders*, geram incerteza e ansiedade, interferem na performance das estruturas de comando e de governança, faz perigar a existência do sistema e altera a natureza das sua estrutura de funções (Gonçalves, 2017). Nesse contexto, a acessibilidade aos sistemas de saúde assume um papel determinante na coesão social e, por conseguinte, na resiliência das comunidades quando expostas a disrupções e crises.

Aplicado no contexto social, o racional da resiliência distancia-se da definição mais usual adotada na ecologia que interpretava como resilientes os ecossistemas que se mantinham inalterados em contextos adversos. Existem ligações estreitas entre a resiliência social e a ecológica sobretudo se considerar a realidade das comunidades dependentes de serviços proporcionados por ecossistemas (Adger, 2000).

Crises, iniquidades e acessibilidade à saúde

O conceito de acesso conheceu mutações ao longo do tempo, ajustando-se às necessidades próprias de cada estágio de evolução das sociedades. À medida que essa evolução se consolida, o acesso à saúde tende a aproximar-se dos princípios de justiça social e de equidade (Sanchez; Ciconelli, 2012). A acessibilidade traduz-se em medidas de

proximidade ou de afastamento das comunidades aos sistemas de serviços que garantem esse bem essencial. Por se tratar de um conceito multifacetado, ela compreende a capacidade de pagar (*affordability*), a adequabilidade (dadas as necessidades), a disponibilidade (existência ou inexistência), a proximidade (impedâncias provocadas pela distância) e a qualidade (condições de prestação dos serviços) (Neutens, 2015). As iniquidades por falhas geradas em qualquer uma dessas dimensões provocam dificuldades para assegurar uma vida saudável ou, em muitos casos, para garantir condições de sobrevivência. Em contextos de pobreza (causa ou consequência das crises), o acesso a cuidados de saúde é a fronteira entre vida e morte.

As políticas de SeSIG orientam-se pelo objetivo de criar condição de acesso, potenciadoras de um progresso com coesão social e territorial. A acessibilidade assume dois significados: no primeiro consideram-se as condições (distância/tempo e/ou distância/custo) para chegar (deslocação/viagem) aos locais onde se concentram os serviços. Ou seja, confrontam-se as localizações dos equipamentos (nós da rede de oferta) com a distribuição dos utentes dentro de um espaço determinado (área de influência). O segundo significado é mais abrangente porque capta as condições (financeiras, físicas e cognitivas) para aceder ao serviço. Nesse caso, as relações de distância/tempo e distância/custo não perdem a sua relevância, contudo têm de internalizar o conjunto de dimensões necessárias para formular a oferta e as características dos grupos que devem se beneficiar dos serviços.

Acessibilidade equitativa a serviços de saúde pode ser apenas uma medida de distância quilométrica, de tempo ou de custo de deslocação (Kilinc; Milburn; Heier Stamm, 2017). Todavia, abordagens mais ambiciosas à equidade obrigam a considerar, por exemplo, a capacidade cognitiva para perceber as necessidades ou as formas de como se estrutura a oferta de serviços (Tsou; Hung; Chang, 2005). As disparidades emergem quando a vulnerabilidade socioeconômica de um lugar ou de um grupo específico coloca em risco a saúde a alguns (saúde individual e familiar) ou à generalidade (saúde pública) dos que

a eles pertencem (Malý, 2018). Quando (e/ou onde) as interações entre pobreza, exclusão e iniquidade se capitalizam, as pessoas são afastadas da sua humanidade. Essa condição de humanidade só é plena quando se dispõem de condições para aceder a recursos básicos, tais como: alimentação, água potável, salubridade, abrigo, educação, informação e saúde (Madanipour; Shucksmith; Talbot, 2015). Essas iniquidades são atenuadas, suprimidas ou, pelo contrário, ampliadas de acordo com a forma como as sociedades (e os sistemas políticos que as estruturam) conseguem, ou não, criar sistemas de saúde acessíveis e inclusivos. A competência para estabelecer este contrato social produz efeitos tanto em esperança de vida como em qualidade de vida (Stiglitz, 2014).

Apesar de ainda serem escassos os estudos sobre a temática, ao se atentar à crise pandêmica global que marca a contemporaneidade, já é evidente que a dimensão dos seus efeitos na saúde pública não têm paralelo na história moderna. A crise pelo covid-19 expõe padrões de vulnerabilidades visíveis em diferentes escalas. Tal resulta, desde a fase inicial, em distribuição desigual de casos de infecção e da progressão das redes, corredores e bacias de propagação (Castree et al., 2020). Mostra a vulnerabilidade das populações que vivem em bairros informais no Sul do mundo, onde se estima que aproximadamente um bilhão de pessoas viva em condições de grande suscetibilidade a esta infecção por não lhes serem proporcionadas condições para acederem a serviços básicos, tais como água, casas de banho, sistemas de saneamento, recolha de lixo, habitação condigna e cuidados de saúde (Corburn et al., 2020). Essas debilidades realçam a vulnerabilidade de pessoas e comunidades que vivem em cidades, estima-se que a probabilidade de serem infectadas ou de morrerem é quatro vezes superior a das pessoas que não têm deficiências. Isso somado aos efeitos dessa crise pandêmica, relaciona-se com a desconsideração das necessidades destes grupos quanto ao planejamento de políticas de saúde (Pineda; Corburn, 2020). Por outro lado, evidenciam-se as disparidades em saúde provocadas pelas iniquidades decorrentes do desenho dos ambientes urbanos em simbiose com a natureza que permite, para além do mais, manter condições de

afastamento social, significativas para a capacidade de resiliência das comunidades a curto e longo prazo (Samuelsson et al., 2020).

A crise da pandemia amplifica as iniquidades sociais globais, regionais e urbanas de natureza estrutural, ao mesmo tempo que cria novos mecanismos radicais de exclusão indexados a experiências de controle social, e faz emergir a necessidade de implementar um conjunto de regras neo-higienistas inacessíveis aos mais pobres e aos mais vulneráveis (Füller, 2016).

Em Portugal, a crise pós-2008 provocou um corte no financiamento do sistema de saúde nos anos que se seguiram (de 6,8% do PIB em 2009 para 5,9% em 2016), o que incapacitou investimentos em equipamentos e infraestruturas. Essa situação criou barreiras ao acesso a cuidados, além do mais o rendimento disponível das famílias diminuiu. Essa realidade ocorre no final de um período de oito anos (entre 2002 e 2010) em que o investimento privado cresceu 58%, manifestando a face visível da pressão para a financeirização de SeSIG (Nunes; Ferreira; Fernandes, 2019). As tensões provocadas pela austeridade corroeram o direito à saúde, aumentando as iniquidades e os efeitos nocivos nas populações. Decidir entre alteridade e austeridade implica considerar a erosão da resiliência das comunidades, decorrente da falência dos princípios de universalidade, integridade e equidade no acesso à saúde (Schenkman; Bousquat, 2019).

Mesmo que resultem de tensões acumuladas ao longo do tempo, faz parte da natureza das crises o fato de serem inesperadas e de envolverem o futuro numa cortina de incerteza e indefinição. Nas fases de emergência, as autoridades não conseguem implementar sistemas capazes de captar e medir os padrões diferenciados dos impactos que provocam. Essa contingência é ainda maior em regiões e países com menos recursos, onde os aparelhos estatísticos não alcançam este tipo de fenômeno, inviabilizando análises transversais e detalhadas. Por conseguinte, os estudos de caso semelhantes ao apresentado nessa investigação podem ser tomados como formas efetivas de medir os impactos que as crises provocam nos sistemas de saúde e os efeitos sentidos pelas populações.

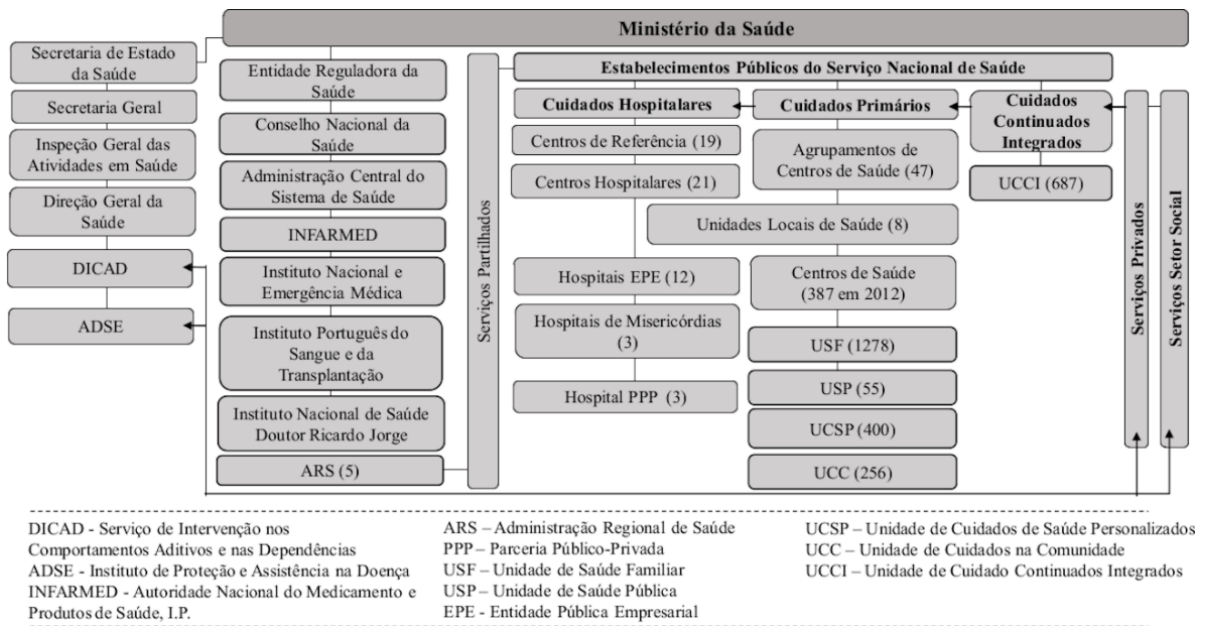
Para avaliar os efeitos da crise no acesso à saúde, estruturou-se o inquérito. A análise da informação recolhida permitiu criar nove indicadores que reproduzem as opções de escolha, a qualidade dos serviços e a capacidade familiar para aceder a este tipo de serviços de interesse geral.

Estrutura do sistema de saúde português: fatores de resiliência

Neste artigo, definem-se os contornos que envolvem e que constroem o acesso à saúde durante os seis anos da fase mais aguda da crise pós-2008 (entre 2008 e 2014) no sistema urbano em Portugal, analisando qual a capacidade (ou ausência) das famílias para aceder a cuidados de saúde e qual a extensão e a natureza das alterações verificadas no período.

Em Portugal, os primeiros centros de saúde foram criados em 1971. Todavia, o Sistema Nacional de Saúde é um projeto implementado após a Revolução de Abril (1974) que instaurou a democracia. Desde então, foi-se consolidando a arquitetura institucional e o desenho de uma rede desagregada em: (1) cuidados hospitalares; (2) cuidados primários e (3) cuidados continuados integrados. Do ponto de vista territorial, essa estrutura comporta estabelecimentos com diferentes áreas de influência, organizando-se em níveis de acessibilidade de acordo com o grau de especialização dos serviços. Existem unidades com raios de influência nacional (caso de alguns centros de referência para cuidados muito diferenciados) e até unidades que prestam cuidados à comunidade diretamente nas suas residências.

Figura 1 – Estrutura do sistema nacional de saúde português



A última década foi marcada por uma revolução na rede de cuidados primários, criando-se unidades de saúde - unidades de saúde familiar, unidades de saúde pública, unidades de cuidados de saúde personalizado, unidades de cuidados na comunidade - a partir da iniciativa das equipas (médicos, enfermeiros e técnicos) que têm contrato com entidades regionais (Administração Regional

de Saúde) e supramunicipais (Agrupamento de Centros de Saúde), assim como pacotes de serviços para listas bem definidas de utentes com proximidade local. Esse modelo é acompanhado por mecanismos de monitorização e de diferenciação do financiamento e da remuneração dos recursos humanos de acordo com metas de ganhos em saúde. Desta forma, implantou-se uma rede densa

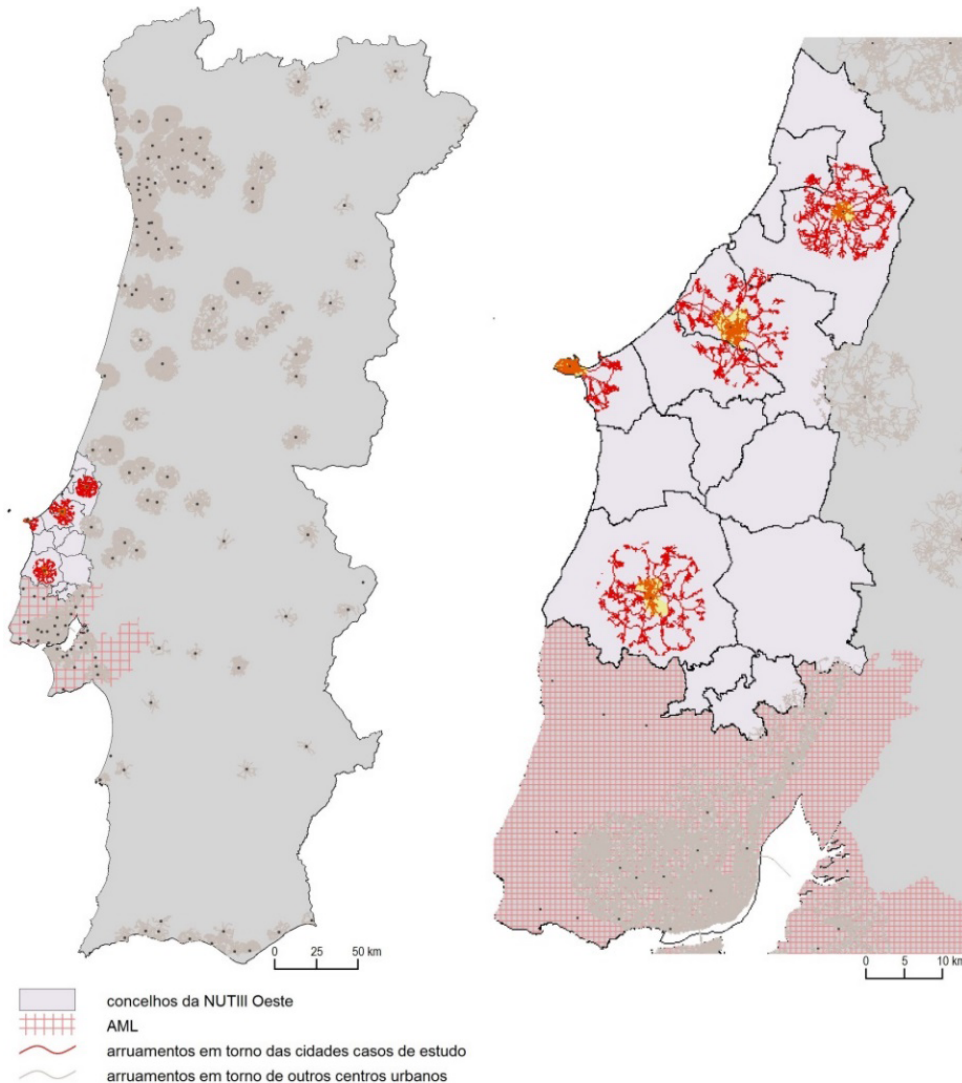
de prestadores de cuidados de saúde com objetivos diferenciados que convergem no propósito de aproximar a saúde das populações (Figura 1). É essa estrutura em consolidação que é chamada para responder ao contexto de crise pós-2008.

Metodologia: trabalho de campo e área de estudo (contexto territorial de crise)

No contexto europeu, os efeitos da crise foram muito diferenciados por via das condições de partida existentes em cada um dos países. Mas também, por causa das decisões políticas tomadas pelas

instituições da União Europeia que penalizaram os países do Sul, entre os quais se inclui Portugal. Esse contexto reforça o interesse em analisar os impactos sociais da crise pós-2008 em Portugal. A análise específica dos bloqueios na acessibilidade a cuidados de saúde assumem relevância porque o país se beneficia de uma rede de cuidados bastante desenvolvida. No período em questão, aumenta esse interesse por ser marcado pela privatização crescente dos serviços, ao mesmo tempo que se consolida a reforma dos cuidados primários, subjugada com o objetivo de densificar a rede para equilibrar a tensão entre acessibilidade e eficiência.

Figura 2 – Enquadramento e localização do sistema urbano objeto de trabalho de campo



O trabalho de campo realizou-se em cidades do Sistema Urbano do Oeste em Portugal (Figura 2), localizado no litoral norte da Área Metropolitana de Lisboa. Viviam nos núcleos urbanos que o configuram, segundo o último registro censitário, 66776 residentes. Entre 2001 e 2011, a população aumentou 5% (3.172 residentes), distribuindo-se esse crescimento da seguinte forma: 1.200 (7,3%) em Torres Vedras, 2.062 (8,1%) em Caldas da Rainha e 750 (12%) em Alcoaça. Peniche perdeu 846 residentes (-5,4%).

Composta por 387 inquéritos validados, a amostra distribuiu-se do seguinte modo pelas quatro cidades: 10,6% realizados em Alcoaça, 40,8% nas Caldas da Rainha, 21,7% em Peniche e 26,9% em Torres Vedras. Realizaram-se 104 inquéritos na cidade de Torres Vedras, 84 em Peniche, 158 nas Caldas da Rainha e 41 em Alcoaça. O trabalho de campo foi realizado entre os dias 4 de abril e 6 de maio de 2014. A coerência entre esta representação e o peso demográfico de cada um dos centros urbanos foram assim respeitados. Os inquéritos foram organizados e aplicados de modo a recolher informação sobre o total dos indivíduos (amostra restrita com 387 famílias) pertencentes aos agregados familiares (amostra alargada com 1028 pessoas). O inquérito destinava-se a avaliar as alterações na acessibilidade à rede de serviços de saúde durante os primeiros seis anos de crise (2008-2014).

Diferentes estruturas urbanas podem ser encontradas nas quatro cidades. Através da densidade demográfica dos respectivos perímetros urbanos, percebe-se a morfologia urbana. Peniche apresenta uma matriz mais compacta refletida numa densidade demográfica de 2133 residentes por km². Caldas da Rainha segue nessa medida de concentração da população com um núcleo central mais consolidado, manifestando uma densidade de 1607 residentes por km². Torres Vedras e Alcoaça apresentam modelos de menor compactação com densidades de 1357 e 1104 residentes por km², respetivamente.

O trabalho de campo orientou-se para a avaliação do impacto da crise e das condições de vulnerabilidade e de resiliência das famílias que residem nos centros urbanos. Para tal finalidade, calculamos uma amostra significativa com base na seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

em que: n=amostra calculada; N=população; Z=variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p=probabilidade real da informação; e, e=ao erro da amostra.

Tendo em conta uma população (neste caso, o total das famílias residentes nas quatro cidades) de 27726 famílias clássicas, calculadas com base na dimensão média, obteve-se a indicação de que, levando em consideração uma margem de erro de 5% e um intervalo de confiança de 95%, a dimensão da amostra corresponderia a 380 inquéritos (Quadro 1).

Procuramos distribuir o trabalho de campo em diferentes dias da semana, incluindo todos os fins de semana do período em causa, para, deste modo, atenuar a possível menor presença de famílias com indivíduos ativos nos locais onde se realizaram os inquéritos. Foram dois os critérios na seleção dos indivíduos a inquirir: o inquirido tinha de ser residente nas respectivas cidades e tinha de ter idade superior a 18 anos. O primeiro critério serve para isolar a informação em torno das famílias que residem nos centros urbanos. O segundo tem em vista aumentar a consistência da informação uma vez que a estrutura do questionário pressupõe que o respondente forneça dados para a totalidade do agregado familiar. Considerando a natureza das questões, exige-se um nível de consciência elevado sobre o quadro de vida das famílias, pelo que se entendeu que deveriam considerar apenas respondentes maiores de idade.

O processo de escolha obedeceu a dois critérios simples: (1) abordar sempre o primeiro transeunte com quem cruzássemos no local escolhido; (2) inquirir (sem exceção) todos os que, cumprindo os pressupostos anteriores, se dispusessem a colaborar com o estudo. Com algumas variações, como os dias da semana e as cidades em causa, a taxa de rejeição foi reduzida e a taxa de abandono dos inquéritos foi praticamente nula (quatro registros).

Quadro 1 – Cálculo da dimensão da amostra e distribuição pelos quatro centros urbanos

Cidades	População residente nas cidades (2011)	Dimensão média das famílias nas freguesias que compõem as cidades (2011)	Famílias residentes nas cidades (2011)	Distribuição da amostra (margem de erro 5%; nível de confiança 95%)	Inquéritos válidos realizados entre 04 de abril e 06 de maio de 2014
Torres Vedras	17667	2,49	7095	97	104
Peniche	14749	2,43	6070	83	84
Caldas da Rainha	27378	2,37	11552	158	158
Alcobaça	6982	2,32	3009	41	41
Total no Sistema Urbano do Oeste	66776		27726	380	387

Procuramos aplicar os inquéritos em áreas das cidades para as quais confluíssem todos os tipos de famílias, pelo que se privilegiaram áreas centrais onde se pudesse encontrar várias funções, nomeadamente comerciais: supermercados, lojas de rua e mercados. Para além da exposição a uma maior diversidade de famílias, incrementamos a aleatoriedade, que certamente seria menor se a opção privilegiasse áreas residenciais, estas mais facilmente segregadoras, afunilando mais os tipos de famílias que nelas residem.

A amostra reparte-se em 47% de homens (48% na Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUT III Oeste) e 53% de mulheres (52% na NUT). Um pouco diferente é a distribuição dos respondentes por gênero, sendo maior a preponderância de mulheres (56%) face aos homens (44%).

Dispondo os entrevistados por grupos etários, constatamos que, na generalidade dos casos, foram aplicados inquéritos a indivíduos de todos os escalões válidos para os nossos critérios. Em sete dos 15 grupos etários, obtiveram-se entre 8 e 12% dos inquéritos realizados, quatro grupos etários encontram-se representados no intervalo de 4 a 8% dos inquéritos e as menores representações (segundo o padrão demográfico dominante) incidem nos grupos posicionados com indivíduos mais novos e mais velhos (15-19, 75-79, 80-84, e 85-89). Com algumas variações, decorrentes da dimensão dos segmentos de amostra, esse quadro geral transpõe-se para a repartição pelos centros urbanos considerados (quanto maior o segmento da amostra, mais próximo do padrão), em que a distribuição dos inquéritos por grupos etários se ajusta à população.

Quadro 2 – Indicadores de efeitos locais da crise

Indicadores (%)	Alcobaça	Caldas da Rainha	Peniche	Torres Vedras	Sistema urbano do Oeste
Indivíduos com profissões (CNP-GC ¹) de 4 a 9 face aos de 1 a 3	238,6	238,6	507,7	151,9	245
Indivíduos com até Ensino Básico 2 ciclo face aos licenciados	158,3	189,5	300	132,9	182,9
Famílias com rendimento mensal per capita inferior a 437,5€	41,5	48,7	57,1	36,5	46,5
Famílias que perderam pelo menos até ¼ dos rendimentos entre 2008 e 2014	68,3	63,3	66,7	66,3	65,4
Desempregados sem subsídio de desemprego	50	24,1	66,7	71,4	40,9
Famílias em que pelo menos 1 elemento passou por situações de desemprego entre 2008 e 2014	48	38,6	42,9	39,8	40,5
Famílias em que pelo menos 1 familiar emigrou entre 2008 e 2014	31,7	25,3	35,7	28,8	29,2

1 Classificação Nacional das Profissões em Portugal por Grandes Grupos

Encarando os valores referentes ao Sistema Urbano do Oeste (SUO), no grupo dos inquiridos, 22% apresentam níveis de escolaridade igual ou inferior a quatro anos de escolaridade, 27,4% têm entre cinco e nove anos de educação escolar, 27% dos entrevistados afirmam ter o ensino secundário completo e 23% refere que possui formação superior. Neste caso, denotamos algum afastamento entre a amostra restrita e a amostra alargada, porquanto o segundo conjunto de dados demonstra que 23,5% detém quatro ou menos anos de escolaridade, 13% completou o 2º ciclo e 18% atingiu o nível do 3º ciclo. Com o ensino secundário, sinalizou-se 21% dos casos e cerca de 20% apresenta-se com formação superior.

Para tal, desagregamos a base de dados permitindo-nos identificar tipos diferentes de núcleos familiares. Registramos cerca de 3% de agregados sem ascendentes, ou mesmo sem parentesco entre os seus elementos, 14% de núcleos unipessoais, 15% que integram a tipologia de monoparentais, 23% que são constituídas por casais sem filhos e 44,7% por casais com filhos.

No interior dessa repartição, constata-se que 55% dos casais com filhos têm apenas um e, se juntarmos os que têm outro elemento na família ou os avós com um neto, percebemos que essa representação sobe para quase 56%. Ainda no interior do grupo dos casais com filhos, os que têm dois representam 32,4%, descendo o valor percentual para 7,5% se apontar para a existência de três filhos. Casais com quatro filhos ocorrem em apenas 1,7% dos casos.

Nas famílias monoparentais, a grande maioria (64,4%) são compostas por mãe/pai e um filho. Essa tipologia atinge a representação de 73% quando se inclui nela um dos pais. Registramos ainda agregados monoparentais com dois e três filhos (representando cerca de 5% cada).

Podemos recorrer a vários indicadores para assinalar a severidade da crise despoletada pelo sistema financeiro com efeitos transferidos para as dívidas soberanas, para a economia, e depois, para as famílias. A contração de 4,1% do PIB da União Europeia, a redução de 20% da produção industrial (em 2009) e os 23% de desemprego jovem em 2013 são alguns elementos demonstrativos do impacto da primeira fase desse período de crise (Milio et al., 2014).

Os efeitos locais da crise pós-2008 na acessibilidade aos cuidados de saúde, apurados

através da informação recolhida no trabalho de campo (Quadro 2), impactam em uma estrutura vulnerável. Essa situação é visível na dimensão econômica (majoritariamente formada por atividades profissionais banais), nos rendimentos familiares (muito baixos) e no capital humano (pouca representatividade dos níveis de formação mais elevados).

Essa estrutura frágil tem de acomodar perdas significativas de rendimentos (60% das famílias perdem até ¼ do seu rendimento mensal), e vulnerabilidade generalizada em situações de desemprego e os consequentes riscos de pobreza e exclusão social (40% dos desempregados não se beneficiaram de subsídio de desemprego). A conjugação dessas fragilidades desencadeou um forte fluxo migratório (em 29% das famílias inquiridas pelo menos um familiar direto tinha emigrado durante os seis anos considerados).

Resultados

Para perceber o nível de dificuldades sentido pelas famílias em aceder aos serviços de saúde, consideram-se primeiramente as modalidades que estavam ao seu alcance. Foi visível a primazia do Serviço Nacional de Saúde (SNS) aparecendo como modalidade mais democrática. As restantes formas de acesso indicadas, tendo menos expressão, devem ser vistas como ampliações da acessibilidade a estes serviços, uma vez que as famílias em que algum ou alguns dos seus elementos se beneficiavam da Assistência na Doença aos Servidores Cívicos do Estado (ADSE), que garante proteção social aos trabalhadores em funções públicas, também recorriam a parte da oferta do SNS ou, as que eram detentoras de seguros de saúde, de igual modo, também recorriam ao serviço.

Quando questionados sobre a qualidade dos serviços que lhes foram prestados na última vez que recorreram a cuidados de saúde, a opinião de que foram bem ou muito bem tratados foi unânime, sendo essa uma dimensão importante no apaziguamento das situações de maior vulnerabilidade sentidas pelas famílias. Note-se que a proporção das famílias satisfeitas, ligeiramente mais elevada nas que se beneficiavam de ADSE (88,4%), mantinha-se significativa quando se considerava apenas as que recorriam exclusivamente ao SNS (81,4%).

Colocando o enfoque nos casos em que os inquiridos revelaram que foram mal ou muito mal tratados na última vez que necessitaram de cuidados. Essa postura (correspondia a 14% dos casos) era mais comum nas cidades de Caldas da Rainha (18,4%) e Alcobaça (15%) do que em Peniche e Torres Vedras (cerca de 11% em ambas). A pressão sobre o hospital regional (na cidade de Caldas da Rainha) tendo aumentado nesse período, justificava, pelo menos em parte, esse resultado. Importa referir o fato de que um número muito reduzido dos que se beneficiavam da ADSE se consideraram insatisfeitos na última vez que recorreram a cuidados de saúde.

Levando em consideração o grupo de inquiridos que identificou debilidades no acesso aos cuidados de saúde, a crítica ao modo e às condições em que foram prestados esses serviços assumiu destaque (referida em 71% dos casos). Situações de falta de atenção dos profissionais de saúde e instalações inadequadas foram os exemplos mais vezes apontados. O tempo de espera foi a segunda razão de descontentamento (29% do total) assinalada. Quanto ao tempo despendido

nas deslocções para aceder a cuidados de saúde, constatou-se que ou não fazia parte das debilidades experienciadas ou então assumia pouca expressão. Nos casos de Torres Vedras e Peniche, esse fator era mais significativo. No primeiro, percebeu-se que em determinadas situações as deslocções tinham como destino os hospitais de referência localizados em Lisboa (66,5km de distância). No segundo, a deslocção à cidade de Caldas da Rainha (30,7km de distância) era muitas vezes necessária para obter cuidados primários e, sobretudo, para aceder cuidados diferenciados.

Amplificando o âmbito dos fatores que constriam (ou não) a acessibilidade aos cuidados de saúde, juntando-lhe os custos com transportes, taxas moderadoras, consultas, custos com diagnóstico e tratamentos (medicamentos e métodos complementares), o panorama alterava-se. Grande parte (77%) das famílias com maiores constrangimentos no acesso à saúde (para as quais é muito difícil fazer face aos custos) tinha rendimentos mensais inferiores a 1000€/mês.

Quadro 3 – Indicadores locais de impacto da crise no acesso à saúde

Indicadores (%)	Alcobaça	Caldas da Rainha	Peniche	Torres Vedras	Sistema urbano do Oeste
Famílias cujo acesso à saúde era feito exclusivamente por via do SNS	73,2	67,1	61,9	47,1	61,2
Famílias que recorrem exclusivamente ao SNS e foram mal ou muito maltratadas, na última vez que recorreu a serviços de saúde	17,9	19,6	8,2	10,4	15
Famílias que consideraram o serviço mau ou muito mau, na última vez que recorreu a cuidados de saúde	15,8	19,1	11,1	10,9	14,8
Famílias que não poderiam ser socorridas por familiares em situações de incapacidade para suprir necessidades básicas (alimentação, habitação e saúde)	48,8	41,8	26,2	36,5	37,7
Famílias em que as despesas com saúde, entre 2008 e 2014, foi muito difícil	10	18,6	23,5	16,5	18,2
População que, em 2008, não recorreu a cuidados e/ou não compraram medicamentos porque não tinham dinheiro suficiente (pelo menos uma debilidade)	17,5	29,7	29,8	16,8	25,1
Famílias que, em 2013, não recorreram a cuidados e não compraram medicamentos porque não tinham dinheiro suficiente (as duas debilidades em conjunto)	9,8	10,8	9,5	4,8	8,8
Famílias que, entre 2008 e 2014, viveram situações de incapacidade para suprir necessidades básicas (alimentação, habitação e saúde)	31,7	42,4	41,7	34,6	39
Famílias que tiveram contato direto (familiares, amigos ou vizinhos) com situações de incapacidade para suprir necessidades básicas (alimentação, habitação e saúde) por causa da crise	22	46,8	46,4	46,2	43,9

Quase metade (48%) dispunha de menos de 188€ mensais per capita e larga maioria (84%) destas famílias vivia com menos de 250€ mensais per capita. No Quadro 3 relevam os entrevistados pertencentes aos grupos etários acima dos 50 anos (67%), contudo, essas situações registraram-se em todas as classes etárias. A segmentação dessa realidade permitiu constatar que cerca de 16% dos indivíduos com mais de 65 anos denunciava dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Aprofundando a análise, emergiram as situações de maior vulnerabilidade. Para o efeito, questionaram-se as famílias, no sentido de perceber se algum elemento da família inquirida, no decurso do ano de 2008, deixou de recorrer a cuidados de saúde, ou não comprou medicamentos porque não dispunha de dinheiro suficiente para o fazer. A vulnerabilidade neste quadrante da análise assumia a proporção de uma em cada quatro famílias residentes nas cidades pertencentes a este sistema urbano que, no ano de 2008, passou por situações em que não dispunham de dinheiro suficiente para recorrer a pelo menos uma das necessidades: acesso a cuidados de saúde e acesso a medicamentos.

Quais famílias sentiram este tipo de vulnerabilidade? Famílias (66%) cujo rendimento per capita não ultrapassava os 375€/mês (três em cada quatro tinham rendimentos familiares inferiores a 1000€ por mês), 66% tinham dois ou três elementos, casais sem filhos (21%), com um (20%) ou com dois filhos (10%), mas também famílias monoparentais com um filho (13,5%) e unipessoais (11,4%), perfazendo, no seu conjunto, 76% das situações em que se vivenciavam este tipo de carência. Metade dessa realidade afetava famílias em que o inquirido tinha entre 40 e 59 anos. Todavia, 22% tinha mais de 65 anos, 27% estava em situação de desemprego, prevalecendo os casos em que o respondente não recebia subsídio (81% dos inquiridos).

O número de famílias que, por insuficiência económica, não recorreu a cuidados, correspondia a 18% da amostra relativa ao sistema urbano, 16% era a proporção das que não conseguiram comprar medicamentos e em 8,8% dos casos foram sinalizadas as duas situações em simultâneo. Caldas da Rainha e Peniche foram os centros urbanos onde mais vezes se observaram quadros familiares com fragilidades dessa natureza.

Considerações finais

São várias as formas de interpretar os episódios de crise. Em algumas abordagens, é um fenómeno natural que se autocorrige, para tal apenas se deve proceder no sentido de agilizar os mecanismos que bloqueiam o mercado (liberalizar as relações de trabalho, desregular a entrada do mercado livre em setores de produção de bens de interesse geral, logo controlados). Vistas por outras perspectivas, são problemas de incapacidade de liderança e de estabilidade, sendo resolvidas estas debilidades, será possível retomar a trajetória anterior, resgatando a “normalidade”, na soberania, nos padrões de consumo, nos níveis de emprego, no rendimento e no acesso aos serviços de interesse geral.

Prevenir situações de exclusão, assegurar condições mínimas de sobrevivência a todos os cidadãos, independentemente da sua condição social ou da região onde residem, resolver e prevenir as situações de exclusão são missões dos SeSIG e, em particular, dos sistemas de cuidados de saúde, posicionados para além da racionalidade económica e, por isso, vinculados (ou não) a fins lucrativos, colocando ênfase na sua aptidão para capitalizar coesão social e territorial. O contexto de austeridade vivido entre 2008 e 2014 na área de estudo demonstrou que a persecução desses propósitos não resiste a situações de crise.

As impedências que a crise introduziu na acessibilidade aos cuidados de saúde decorrem do nível de esforço elevado imposto a uma boa parte das famílias e, ainda mais, da incidência de bloqueios no acesso, porque há tipos de tratamentos que uma parte dos cidadãos não acede ou porque, em outros casos, se é obrigado a prescindir de cuidados que lhes eram necessários, ou ainda, porque em algumas famílias se conjugam as duas debilidades.

Em suma, o SNS é o principal sistema que garante acesso a cuidados de saúde, apesar de serem evidentes grandes oscilações entre o caso de Torres Vedras (47%), onde existe um hospital privado e Alcobaça (73,2%), uma cidade de menor dimensão e que se encontra mais distante da Área Metropolitana de Lisboa (Quadro 3). Quando consideradas as situações de menor qualidade (percecionada) no atendimento, a diferença entre

o SNS e os prestadores privados era residual. As vulnerabilidades decorriam: do elevado número de famílias para as quais responder aos custos com a saúde era muito difícil; e sobretudo, da representatividade das que, em 2008, não recorreram a cuidados de saúde ou não compraram medicamentos porque não dispunham de recursos suficientes (18% no SUO e quase 30% nas cidades de Caldas da Rainha e Peniche). Acresce ainda a generalização da convivência com situações de incapacidade para suprir necessidades básicas (que incluía o acesso à saúde) no círculo familiar e amigos mais próximos.

Os contextos de crise testam a capacidade que essas redes de serviços manifestam para manter níveis de acessibilidade suficientes para, pelo menos, conter os níveis de exclusão pré-existentes. Em contextos de crise, agudiza-se a exclusão entre as famílias que dispõem de diversidade de modalidades de acesso, associadas aos seus estatutos socioprofissional e socioeconômico, e as que dependem exclusivamente do SNS. Por conseguinte, a crise manifestou-se na erosão da resiliência das comunidades mais distantes dos serviços centralizados, afetou mais as famílias com menores rendimentos e penalizou a população mais idosa. Perderam os mais fracos que estão mais distantes da rede de cuidados diferenciados e os que estão mais vulneráveis porque dispõem de menos recursos.

Referências

ADGER, W. N. Social and ecological resilience: are they related? *Progress in Human Geography*, London, v. 24, n. 3, p. 347-364, 2000.

ANGULO, A. M.; MUR, J.; TRÍVEZ, F. J. Measuring resilience to economic shocks: an application to Spain. *Annals of Regional Science*, Pasadena, v. 60, n. 2, p. 349-373, 2018.

BRISTOW, G.; HEALY, A. Crisis response, choice and resilience: insights from complexity thinking. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, Oxford, v. 8, n. 2, p. 241-256, 2015.

CAIRÓ-I-CÉSPEDES, G.; CASTELLS-QUINTANA, D. Dimensions of the current systemic crisis:

capitalism in short circuit? *Progress in Development Studies*, Thousand Oaks, v. 16, n. 1, p. 1-23, 2016.

CAPELLO, R.; CARAGLIU, A. After crisis scenarios for Europe: alternative evolutions of structural adjustments. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, Oxford, v. 9, n. 1, p. 81-101, 2016.

CAPELLO, R.; CARAGLIU, A.; FRATESI, U. Spatial heterogeneity in the costs of the economic crisis in Europe: are cities sources of regional resilience? *Journal of Economic Geography*, Oxford, v. 15, n. 5, p. 951-972, 2015.

CASTREE, N. et al. Boundless contamination and progress in geography. *Progress in Human Geography*, London, v. 44, n. 3, p. 411-414, 2020.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. *Green paper on services of general interest*. Brussels, 2003.

CORBURN, J. et al. Slum health: arresting covid-19 and improving well-being in urban informal settlements. *Journal of Urban Health*, New York, v. 97, n. 3, p. 348-357, 2020.

CUADRADO-ROURA, J. R.; MARTIN, R.; RODRÍGUEZ-POSE, A. The economic crisis in Europe: urban and regional consequences. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, Oxford, v. 9, n. 1, p. 3-11, 2016.

CUTTER, S. L. The vulnerability of science and the science of vulnerability. *Annals of the Association of American Geographers*, Washington, DC, v. 93, n. 1, p. 1-12, 2003.

DORAN, J.; FINGLETON, B. Employment resilience in Europe and the 2008 economic crisis: insights from micro-level data. *Regional Studies*, Abingdon, v. 50, n. 4, p. 644-656, 2016.

ESPON - EUROPEAN OBSERVATION NETWORK FOR TERRITORIAL DEVELOPMENT AND COHESION; ROYAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY. *SeGI Indicators and perspectives for services of general interest in territorial cohesion and development*. Luxembourg, 2013. v. 16. Disponível em: <<https://bit.ly/3vpZrUb>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

- FAGGIAN, A. et al. Regional economic resilience: the experience of the Italian local labor systems. *Annals of Regional Science*, Pasadena, v. 60, n. 2, p. 393-410, 2018.
- FRATESI, U.; RODRÍGUEZ-POSE, A. The crisis and regional employment in Europe: what role for sheltered economies? *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, Oxford, v. 9, n. 1, p. 33-57, 2016.
- FÜLLER, H. Pandemic cities: biopolitical effects of changing infection control in post-SARS Hong Kong. *Geographical Journal*, London, v. 182, n. 4, p. 342-352, 2016.
- GIANNAKIS, E.; BRUGGEMAN, A. Economic crisis and regional resilience: evidence from Greece. *Papers in Regional Science*, Açores, v. 96, n. 3, p. 451-476, 2015.
- GONÇALVES, C. *Resiliência, sustentabilidade e qualidade de vida em sistemas urbanos: efeitos da crise (pós-2008) em Portugal e no Sistema Urbano do Oeste*. 2014. Tese (Doutorado em Geografia - Planeamento Regional e Urbano) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2014.
- GONÇALVES, C. A natureza das crises nos sistemas socioeconómicos capitalistas. *GeoUSP: Espaço e Tempo*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 755-770, 2017.
- HOMER-DIXON, T. et al. Synchronous failure: the emerging causal architecture of global crisis. *Ecology and Society*, Wolfville, v. 20, n. 3, art. 6, 2015.
- KILINC, M. S.; MILBURN, A. B.; HEIER STAMM, J. L. Measuring potential spatial accessibility of home healthcare services. *Socio-Economic Planning Sciences*, New York, v. 59, n. C, p. 13-25, 2017.
- KITSOS, A.; BISHOP, P. Economic resilience in Great Britain: the crisis impact and its determining factors for local authority districts. *Annals of Regional Science*, Pasadena, v. 60, n. 2, p. 329-347, 2018.
- MADANIPOUR, A.; SHUCKSMITH, M.; TALBOT, H. Concepts of poverty and social exclusion in Europe. *Local Economy Policy Unit*, Thousand Oaks, v. 30, n. 7, p. 721-741, 2015.
- MALÝ, J. Questioning territorial cohesion: (un) equal access to services of general interest. *Papers in Regional Science*, Açores, v. 97, n. 2, p. 323-343, 2018.
- MARTIN, R.; GARDINER, B.; TYLER, P. *The evolving economic performance of UK cities: city growth patterns 1981-2011*. Cambridge: Government Office for Science, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3rDisjz>>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- MARTIN, R. et al. How regions react to recessions: resilience and the role of economic structure. *Regional Studies*, Brighton, v. 50, n. 4, p. 561-585, 2016.
- MILIO, S. et al. *Impact of the economic crisis on social, economic and territorial cohesion of the European Union*. Brussels: European Parliament, 2014. v. 1.
- NEUTENS, T. Accessibility, equity and health care: review and research directions for transport geographers. *Journal of Transport Geography*, Oxford, v. 43, p. 14-27, 2015.
- NUNES, A. M.; FERREIRA, D. C.; FERNANDES, A. C. Financial crisis in Portugal: effects in the health care sector. *International Journal of Health Services*, Los Angeles, v. 49, n. 2, p. 237-259, 2019.
- NYSTRÖM, K. Regional resilience to displacements. *Regional Studies*, Brighton, v. 52, n. 1, p. 4-22, 2018.
- PINEDA, V. S.; CORBURN, J. Disability, urban health equity, and the coronavirus pandemic: promoting cities for all. *Journal of Urban Health*, New York, v. 97, n. 3, p. 336-341, 2020.
- PIÑEIRA-MANTIÑÁN, M.; DURÁN-VILLA, F. R.; TABOADA-FAILDE, J. Urban vulnerability in Spanish medium-sized cities during the post-crisis period (2009-2016): the cases of A Coruña and Vigo (Spain). *Urban Science*, Basel, v. 2, n. 2, p. 37, 2018.
- SALVATI, L.; CARLUCCI, M.; VENANZONI, G. Recession, resilience, local labour markets: wealthier is better? *Letters in Spatial and Resource Sciences*, Gewerbestr., v. 10, n. 2, p. 177-204, 2017.
- SAMUELSSON, K. et al. Urban nature as a source of resilience during social distancing amidst

the coronavirus pandemic. *Stockholm Resilience Centre*, Stockholm, abr. 2020.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Pan-Americana de Saúde Pública*, Washington, DC, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SCHENKMAN, S.; BOUSQUAT, A. E. M. Alterity or austerity: a review on the value of health equity in times of international economic crises. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4459-4473, 2019.

STIGLITZ, J. E. The price of inequality: how today's divided society endangers our future. *Pontifical Academy of Social Sciences*, Vatican, n. 19, p. 1-21, 2014.

TSOU, K. W.; HUNG, Y. T.; CHANG, Y. L. An accessibility-based integrated measure of relative spatial equity in urban public facilities. *Cities*, London, v. 22, n. 6, p. 424-435, 2005.

URBACT - EUROPEAN PROGRAMME FOR SUSTAINABLE URBAN DEVELOPMENT. *Urbact cities facing the crisis: impact and responses*. Saint-Denis La Plaine: European Regional Development Fund, European Union, nov. 2010.

Recebido: 11/09/2020

Aprovado: 14/10/2020