



**SOCIEDADE
CRISE E RECONFIGURAÇÕES**

VII CONGRESSO PORTUGUES DE SOCIOLOGIA

19 a 22 Junho 2012

Universidade do Porto - Faculdade de Letras - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

ÁREA TEMÁTICA: Pobreza, Exclusão Social e Políticas Sociais

MEDINDO POBREZA, RIQUEZA E DESIGUALDADE EM SAÚDE

CRESPO, Nuno

Doutor em Economia

ISCTE-IUL e BRU-IUL

Instituto Universitário de Lisboa

nuno.crespo@iscte.pt

SIMÕES, Nádia

Doutor em Economia

ISCTE-IUL e BRU-IUL

Instituto Universitário de Lisboa

nadia.simoese@iscte.pt

MOREIRA, Sandrina B.

Doutor em Economia

ESCE-IPS, Instituto Politécnico de Setúbal; BRU-IUL, Instituto Universitário de Lisboa,

sandrina.moreira@esce.ips.pt

Resumo

A quantificação da desigualdade, da pobreza e, mais recentemente, da riqueza tem o seu espaço próprio na literatura económica. A aplicação de medidas tradicionais no contexto de avaliação da distribuição do rendimento pode ser desenvolvida com vantagem no contexto da avaliação empírica da saúde. A nossa principal contribuição para a literatura está na utilização desse tipo de medidas com base num índice de saúde susceptível de captar a multidimensionalidade do fenómeno. Ilustramos a aplicação das medidas de pobreza, riqueza e desigualdade em saúde ao caso português, usando dados do último Inquérito Nacional de Saúde (INS).

Abstract

The quantification of inequality, poverty and more recently wealth is well established in the economic literature. We can extend the application of usual income distribution measures to the empirical evaluation of health. Our main contribution to the literature is on employing such kind of measures with a health index capable of capturing the multidimensionality of the phenomenon. We illustrate the measuring of poverty, richness, and inequality in health to the Portuguese case using the last available National Health Survey (NHS).

Palavras-chave: saúde; desigualdade; pobreza; riqueza; medição; indicadores.

Keywords: health; inequality; poverty; richness; measurement; indicators.

PAP0085

1. Introdução

A análise da desigualdade e da pobreza – tradicional no contexto de avaliação da distribuição do rendimento – pode ser alargada a outras dimensões de fenómenos de natureza mais abrangente como o desenvolvimento ou a competitividade de países/regiões e a qualidade de vida ou o bem-estar das populações. Enquadra-se neste âmbito, por um lado, a literatura que tem procurado explorar, de forma individual, cada uma dessas dimensões adicionais e, por outro, a vertente que se tem centrado na leitura multidimensional da pobreza e da desigualdade (ou seja, a vertente que tem analisado, conjuntamente, a dimensão rendimento e cada uma das outras dimensões específicas).

No presente artigo, seguimos a primeira destas vias de análise, centrando o nosso foco na dimensão saúde. Adicionalmente, agregamos à avaliação da desigualdade e da pobreza a leitura da riqueza em saúde, alargando, desta forma, a abrangência do conceito. A quantificação da saúde pelos três ângulos de análise (pobreza, riqueza e desigualdade) justifica-se pela melhor compreensão do fenómeno individualmente considerado ou integrado como uma das componentes de fenómenos complexos e multidimensionais.

Apesar de relativamente escassos, é possível identificar na literatura especializada, contributos no sentido da mensuração da pobreza e da desigualdade em saúde. Todavia, esses trabalhos utilizam como variável de referência uma variável simples de saúde, como seja o peso ou o índice de massa corporal.¹ A principal limitação desse procedimento reside no facto de essas variáveis não captarem cabalmente a multidimensionalidade que caracteriza os estados de saúde.

Assim, uma forma de conseguir superar essa limitação consiste na utilização dos designados inquéritos multi-critério para mensuração de estados de saúde. A principal dificuldade a este respeito – razão que justifica a sua não aplicação nos estudos já produzidos – prende-se, porém, com o facto de os inquéritos de saúde realizados a uma amostra representativa de uma dada população não incluírem a informação necessária relativamente às questões constantes de um inquérito multi-critério validado na literatura. Neste artigo procuramos contornar essa limitação utilizando um indicador multidimensional de saúde no cálculo de medidas de desigualdade, pobreza e riqueza em saúde.

O artigo encontra-se estruturado da seguinte forma. Na secção 2, reunimos os aspectos metodológicos centrais que são usualmente aplicáveis na medição dos fenómenos da saúde e da distribuição do rendimento, servindo, assim, como função de enquadramento para a análise da pobreza, riqueza e desigualdade em saúde que empreendemos na secção 3. A secção 4 apresenta algumas observações conclusivas.

2. Enquadramento metodológico

2.1 Saúde – medidas de output e as fontes dos dados

Os indicadores com maior tradição na quantificação do nível médio de saúde da população são indicadores baseados na mortalidade ou, nos termos de Folland *et al.* (2007), “*inverse measures of health*”. Nesse âmbito, a esperança de vida à nascença, a taxa bruta de mortalidade e a taxa de mortalidade infantil são as medidas mais frequentemente utilizadas para a medição do fenómeno. Os dados de mortalidade necessários para o seu cálculo derivam, grosso modo, de sistemas de registo contínuo de estatísticas vitais. Contudo, por tais indicadores se referirem, essencialmente, a morbilidades que já se traduziram em mortalidade, desconsideram doenças que não são causas de morte e outros estados inferiores à saúde plena que resultam em incapacidade. Nessa medida, os indicadores tradicionais de output são, habitualmente, complementados por medidas relacionadas com morbilidade e incapacidade ou, preferencialmente, medidas sumárias de saúde da população (SMPH).

As SMPH são medidas agregadas de mortalidade e de resultados de saúde não-fatais, combinando informação sobre a sobrevivência da população com informação sobre as condições de saúde dessa população (Field e Gold, 1998). Globalmente, elas medem o número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver e o seu estado de saúde durante esses anos e, nessa medida, incorporam noções de esperança de vida (longevidade) e qualidade de vida relacionada com a saúde. Entre várias outras iniciativas do género,

Disability-Adjusted Life Years (DALY), *Disability-Free Life Expectancy (DFLE)* / *Healthy Life Years (HLY)* e *Health-Adjusted Life Expectancy (HALE)* / *Healthly Life Expectancy (HLE)* são as SMPH mais difundidas na literatura.

As medidas sumárias de saúde requerem dois tipos de dados – dados sobre mortalidade e dados sobre morbidade. Os *health surveys* são a fonte privilegiada para dados sobre morbidade (e conceitos relacionados) e deles se extraem quatro principais categorias de medidas (Murray *et al.* 2002): (i) medidas específicas sobre doenças; (ii) medidas gerais de saúde auto-reportadas; (iii) medidas específicas de saúde auto-reportadas; (iv) medidas sobre a capacidade de desempenho de actividades da vida diária (ADL) e actividades instrumentais da vida diária (IADL). Contudo, a medição dos resultados de saúde não-fatais é especialmente dificultada por três razões essenciais (van der Maas, 2003): (i) existe uma variedade infinita de definições e medições de tais resultados; (ii) cada indivíduo na população experiencia vários eventos de saúde não-fatais ao longo do seu ciclo de vida; (iii) existem vários diferentes modos de agregar essa informação. Em contrapartida, a mortalidade é (relativamente) fácil de medir, uma vez que todos os indivíduos da população experienciam este evento uma única vez e as estatísticas envolvidas também são relativamente lineares.

Por outro lado, no cálculo das SMPH, os diferentes estados de saúde inferiores à saúde plena precisam, por sua vez, de ser ponderados pela severidade da doença ou problema de saúde que lhe está associado. Nesse âmbito, as dificuldades estão, essencialmente, na quantificação dessas questões. Grosso modo, a literatura apresenta dois tipos de *inputs* essenciais para a medição de estados de saúde (Iburg e Kamper-Jørgensen, 2002): por um lado, *surveys instruments* como o EuroQol (EQ-5D), o SF-36 ou o *Health Utilities Index (HUI)* para a descrição de estados de saúde numa base multi-atributo; por outro, *valuation instruments* como o *Visual Analogue Scale (VAS)*, o *Standard Gamble (SG)* ou o *Time Trade-Off (TTO)* para a ponderação dos estados de doença ou problema de saúde.

2.2. Distribuição do rendimento – opções metodológicas e indicadores

A medição da desigualdade na distribuição do rendimento e da pobreza monetária tem o seu espaço bem consolidado na literatura económica.² Mais recentemente, emergiu o interesse em estudar a parte superior da distribuição do rendimento, analisando a riqueza (e.g. Piketty, 2005; Atkinson e Piketty, 2010).

A análise empírica da desigualdade, da pobreza e da riqueza (em termos de rendimento) implica a realização de algumas opções metodológicas prévias bem como a escolha do(s) indicador(es) para mensurar os fenómenos. Nesta secção, abordamos as utilizações mais instituídas, naturalmente, condicionadas por juízos de valor.

A nível metodológico, a preferência da literatura recai na consideração de uma distribuição individual do rendimento por adulto equivalente. Esse rendimento ajustado à dimensão e composição do agregado representa um refinamento do rendimento *per capita*, na medida em que não ignora a existência de economias de escala geradas pela partilha de habitação e de despesas. No caso específico da análise da pobreza e da riqueza, é ainda necessário definir a linha de pobreza/riqueza para demarcar a população pobre/rica da população não pobre/rica. Considerando o caso mais comum de definição de uma linha de pobreza relativa, o limiar de pobreza é definido com referência ao padrão de vida existente na sociedade. Assim, a linha de pobreza corresponde a uma dada percentagem da média ou da mediana da distribuição do rendimento, com 60% do rendimento mediano a ser uma opção recorrente.

No que respeita aos vários indicadores disponíveis para a quantificação dos fenómenos da desigualdade, da pobreza e da riqueza, começamos pelos indicadores de desigualdade, organizando-os em quatro grupos principais: (i) *income share* ratios; (ii) coeficiente de Gini; (iii) índices de Atkinson; (iv) medidas de entropia generalizada. Os dois primeiros gozam, neste contexto, de grande popularidade. Assim, os rácios entre os extremos da distribuição, estabelecendo a comparação do rendimento dos x% mais ricos com o rendimento dos x% mais pobres, são especialmente apelativos como indicador preliminar, dada a enorme facilidade de cálculo e de interpretação. Valores frequentes para x são 5%, 10% e 20%. Por outro lado, o bem-conhecido

coeficiente de Gini, o qual varia entre 0 (igualdade total) e 1 (desigualdade máxima), deduz-se com facilidade da curva de Lorenz e é, portanto, extremamente útil para transmitir uma impressão rápida da desigualdade ao longo de toda a distribuição de rendimentos.

Quanto à medição da pobreza, a sua avaliação empírica compreende, desejavelmente, a quantificação da incidência, da intensidade e da severidade da pobreza. Essas diferentes dimensões do fenómeno podem ser captadas de forma desagregada ou através de indicadores compósitos como sejam as medidas de Foster-Greer-Thorbecke (FGT). A taxa de pobreza mede a proporção dos indivíduos classificados como pobres no total da população e, nessa medida, retrata a incidência ou amplitude da pobreza. O hiato de rendimento corresponde ao desvio médio relativo de rendimento da população pobre, fornecendo informação sobre a intensidade ou profundidade da pobreza. A terceira medida clássica de pobreza, a qual procura atender à severidade da pobreza na perspectiva de desigualdade de rendimentos entre os pobres, é o coeficiente de Gini aplicado, especificamente, aos rendimentos da população pobre.

Finalmente, a linha de investigação mais recente da avaliação da riqueza concentra-se, essencialmente, na parcela de rendimento dos x% mais ricos ou em medidas de contagem desse grupo de rendimento. Um primeiro contributo para uma classe de medidas de riqueza análogas às medidas de pobreza encontra-se em Peichl *et al.* (2010).

3. Pobreza, riqueza e desigualdade em saúde – uma aplicação empírica a Portugal

3.1 Questões metodológicas

A avaliação da pobreza, riqueza e desigualdade em saúde realizada neste artigo é ilustrada com base em evidência referente a Portugal, proveniente do Quarto INS realizado pelo INE em parceria com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), referente a 2005/2006 (último ano disponível). O INS contém um muito extenso leque de informação sobre múltiplas dimensões da saúde da população, incluindo informações gerais de saúde, incapacidade temporária, incapacidade de longa duração, doenças crónicas, cuidados de saúde, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de medicamentos, saúde oral, consumo de tabaco, consumo de alimentos e bebidas, saúde reprodutiva e planeamento familiar, actividade física, saúde mental, cuidados preventivos, entre outras áreas.

Tomando esse inquérito como suporte, a opção metodológica prosseguida consistiu na “simulação” do EQ-5D. Efectivamente, mediante a selecção de um conjunto de questões específicas do INS, é possível obter informação que muito se assemelha à que seria obtida por preenchimento directo do EQ-5D. Podemos, assim, considerar que estamos a quantificar a resposta que os indivíduos constantes do INS (e com a informação nele constante) muito provavelmente dariam às questões do EQ-5D.

O EQ-5D permite determinar o estado de saúde dos inquiridos relativamente a cinco dimensões – mobilidade, cuidados pessoais, actividades habituais, dor e mal-estar e ansiedade e depressão – através de três respostas genéricas pré-definidas, tal como apresentado na Tabela 1.³

Tabela 1: As dimensões do EQ-5D

Dimensão	Possibilidades de Resposta
Mobilidade	1- Não tenho problemas em andar 2- Tenho alguns problemas em andar 3- Tenho de estar na cama
Cuidados Pessoais	1- Não tenho problemas em cuidar de mim 2- Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me 3- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a
Actividades Usuais	1- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais

	2- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais 3- Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais
Dor/Mal-estar	1- Não tenho dores ou mal-estar 2- Tenho dores ou mal-estar moderados 3- Tenho dores ou mal-estar extremos
Ansiedade/Depressão	1- Não estou ansioso/a ou deprimido/a 2- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a 3- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

As possibilidades de resposta correspondem, como se constata, a graus crescentes de dificuldade: sem problemas, com alguns problemas, com muitos problemas. À primeira resposta corresponde o código ou nível 1, à segunda 2, à terceira 3. A conjugação das respostas permite obter um código geral de estado de saúde composto por 5 dígitos. A cada um destes códigos corresponde um valor de estado de saúde. Assim, à situação correspondente a saúde perfeita corresponde o código 11111.

Tendo por base os coeficientes EQ-5D obtidos, o passo seguinte consiste no cálculo do índice de saúde. Essa etapa é realizada mediante o recurso a uma escala de classificação construída, a partir da metodologia *Time Trade-Off* (TTO), por Dolan *et al.* (1995) e Kind *et al.* (1999). Ao valor de saúde perfeita são subtraídos coeficientes padrão para cada resposta diferente de 1 em cada dimensão e ainda dois valores constantes – um para todas as situações em que, pelo menos, uma das respostas é diferente de 1 e outro para estados de saúde em que existe, pelo menos, uma resposta 3.⁴ A escala de pontuação consta da Tabela 2.

Tabela 2: Os coeficientes do EQ-5D

Dimensão (EQ-5D)	Coeficientes	
	Nível 2	Nível 3
Mobilidade	0,069	0,314
Cuidados Pessoais	0,104	0,214
Actividades Habituais	0,036	0,094
Dor/Mal-estar	0,123	0,386
Ansiedade/ Depressão	0,071	0,236
Constante	0,081	
Nível 3	0,269	

Fonte: Adaptado de Kind *et al.* (1999).

A questão crucial que se coloca prende-se, portanto, com a conversão da informação constante do INS numa das respostas possíveis em cada uma das dimensões do EQ-5D.

Apesar de as questões seleccionadas retratarem de forma bastante aproximada as questões enunciadas no EQ-5D, a complexidade do INS torna a conversão dessa informação especialmente difícil, porque dependente de cada situação específica. Tendo em vista ilustrar o procedimento adoptado, apresentamos em Anexo os fluxogramas seguidos para proceder a essa classificação. Nesses esquemas gráficos, apresentamos ainda, como complemento de informação, a intensidade de cada um dos fluxos.

3.2 Resultados

Após a obtenção, para cada um dos 6.339 indivíduos considerados, do índice de saúde, a etapa final da análise consiste na sua classificação enquanto pobre, rico ou estando numa situação intermédia em termos de nível de saúde.

Para esse fim, o elemento crucial consiste na definição da linha de pobreza (ou seja, a linha que estabelece a demarcação entre pobres e não pobres) e da linha de riqueza (a qual separa os indivíduos ricos daqueles que o não são).

Seguindo um procedimento comumente aplicado na análise da distribuição do rendimento, adoptamos uma linha de pobreza definida ao nível de 60% do nível de saúde mediano. Por sua vez, a severidade da pobreza é calculada através de duas formas alternativas: por um lado, mediante a obtenção de um indicador de desigualdade (no caso vertente, o coeficiente de Gini) aplicado exclusivamente à população pobre, no pressuposto de que uma maior desigualdade reflectirá uma maior severidade da pobreza; por outro, recorrendo à definição de uma linha de pobreza severa, por definição fixada a um nível inferior à linha de pobreza. Neste segundo caso, definimos esse limiar ao nível de 60% da linha de pobreza, ou seja, 36% do nível mediano de saúde. No que respeita à medição da riqueza e, em particular, à definição da linha de riqueza e da linha de riqueza severa, é adoptado um procedimento totalmente análogo (embora, naturalmente, simétrico).

A Tabela 3 apresenta os resultados da aplicação de medidas de pobreza (nas três dimensões usuais do fenómeno: incidência, intensidade e severidade), riqueza (nas mesmas três dimensões) e desigualdade em saúde.

Tabela 3: Indicadores de pobreza, riqueza e desigualdade em saúde para Portugal

Indicador	Valor
Desigualdade	
Gini	0,1395
S90 / S10	2,601
Pobreza	
Incidência	11,64%
Intensidade	0,1398
Severidade – incidência	1,94%
Severidade – intensidade	0,089
Severidade – Gini	0,1293
Riqueza	
Incidência	22,64%
Intensidade	0,0756
Severidade – incidência	22,27%
Severidade – intensidade	0,046
Severidade – Gini	0,0012

Fonte: Cálculos próprios com base nos micro-dados do INSA/INE (2005), Quarto Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006.

Começando pela leitura dos valores obtidos por Portugal em termos de desigualdade, verificamos que a distribuição individual do nível de saúde da população total apresenta um grau de desigualdade de 0,1395,

perante um indicador de desigualdade que pode assumir valores entre zero (quando todos os indivíduos apresentam igual nível de saúde) e um (correspondendo a uma situação de desigualdade total em saúde). Em complemento, o valor do rácio entre os decis extremos revela que os 10% mais ricos em saúde apresentam um nível médio de saúde 2,6 vezes superior aos 10% mais pobres em saúde.

No que respeita à distribuição dos indivíduos em função da sua situação em termos de nível de saúde, podemos concluir que 11,64% são pobres em saúde e apenas uma pequena fracção são pobres severos (1,94% da população total). Em contrapartida, 22,64% são ricos em saúde, sendo na sua quase totalidade ricos severos (correspondente a 22,27% da população total). Assim, mais de metade dos indivíduos (65,73%) são classificados como estando numa situação intermédia em termos de nível de saúde.

A análise da intensidade da pobreza em saúde permite constatar que o desvio médio do nível de saúde dos indivíduos pobres face à linha de pobreza é de 0,1398, assumindo como zero o desvio dos não pobres em saúde. A intensidade média da pobreza severa em saúde é, naturalmente, menor, sendo, neste caso, calculada tomando por suporte a linha de pobreza severa (0,089). No caso da avaliação da riqueza, em média, um indivíduo classificado como rico em saúde apresenta um nível de saúde que excede em 0,0756 o nível correspondente à linha de riqueza. Por sua vez, o diferencial necessário para “reduzir” o estado de saúde dos ricos severos para o equivalente à linha de riqueza extrema é de 0,046. Nessa situação, tais indivíduos deixariam de ser extremamente ricos em saúde, embora continuando ricos em saúde.

Finalmente, utilizando a outra forma de mensurar a severidade da pobreza ou riqueza em saúde verifica-se que o grau de desigualdade em saúde existente entre a população pobre ou rica é de 0,1293 e 0,0012, respectivamente. Destaca-se, portanto, um nível expressivo de desigualdade entre os pobres, reflexo de severidade da pobreza.

4. Considerações finais

No quadro da monitorização da evolução do nível de saúde das populações e compreensão das diferenças existentes são necessárias duas principais categorias complementares de indicadores: por um lado, indicadores de mortalidade e de morbilidade ou, de forma mais imediata e, conseqüentemente, mais agregada, SMPH, captando o nível médio de saúde da população; por outro, medidas que permitem atentar na dispersão dos níveis de saúde dos indivíduos em torno desse valor médio, quantificando os níveis de pobreza, riqueza e desigualdade em saúde. O principal contributo do presente artigo foi a proposta de uma nova abordagem de medição de indicadores do segundo tipo.

Essa proposta envolveu duas etapas fundamentais: em primeiro lugar, o cálculo de um índice de saúde, aplicando ao caso português a metodologia utilizada pelo EuroQol na determinação dos estados de saúde em termos de mobilidade, cuidados pessoais, actividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão, com base nos micro-dados do INS; em segundo lugar, a utilização desse índice de saúde na aplicação de medidas de desigualdade e de pobreza disponíveis na literatura da distribuição do rendimento para um contexto de avaliação empírica da saúde, além da adaptação dos indicadores utilizados na análise da pobreza em saúde para a medição das correspondentes dimensões da riqueza em saúde (incidência, intensidade e severidade).

A ilustração desta abordagem considerando Portugal como estudo de caso permitiu obter um conjunto de resultados interessantes, dos quais se salientam agora alguns dos resultados mais expressivos. Por um lado, a existência de um nível significativo de desigualdade em saúde na sociedade, com um coeficiente de Gini de 0,1395. Por outro, a identificação dos pobres e ricos em saúde, correspondentes a 11,64% e 22,64% da população total, respectivamente.

Em termos metodológicos, o principal desafio que decorre da nova abordagem para a medição da pobreza, riqueza e desigualdade em saúde passa por testar a robustez dos resultados com base em linhas de pobreza/riqueza alternativas. A averiguação da sensibilidade desses resultados é especialmente relevante face a valores alternativos àqueles que foram assumidos para a demarcação das várias classes de indivíduos em termos de nível de saúde que foram analisadas, ou seja, entre pobres, pobres severos, ricos e ricos severos. É igualmente importante a consideração de uma linha de pobreza absoluta baseada na noção de subsistência

ou, de modo mais abrangente, na abordagem das necessidades básicas e comparação dos resultados obtidos para as várias medidas estudadas ao nível da pobreza em saúde. Seria ainda interessante perspectivar linhas de pobreza (absoluta/relativa) para diferentes grupos populacionais de modo a analisar duas categorias de pobreza – a pobreza geral e a pobreza específica (dentro do segmento populacional).

Uma última recomendação que decorre desta análise da pobreza, riqueza e desigualdade em saúde consiste na possível extensão deste tipo de abordagem metodológica a outras dimensões do desenvolvimento dos países ou do bem-estar das suas populações como sejam a educação e a qualidade do emprego, pese embora as dificuldades acrescidas respeitante à primeira das etapas acima referidas.

Agradecimentos

FCT/Fundação para a Ciência e Tecnologia – PROTEC; UNIDE/BRU (PEst-OE/EGE/UI0315/2011)

Referências bibliográficas

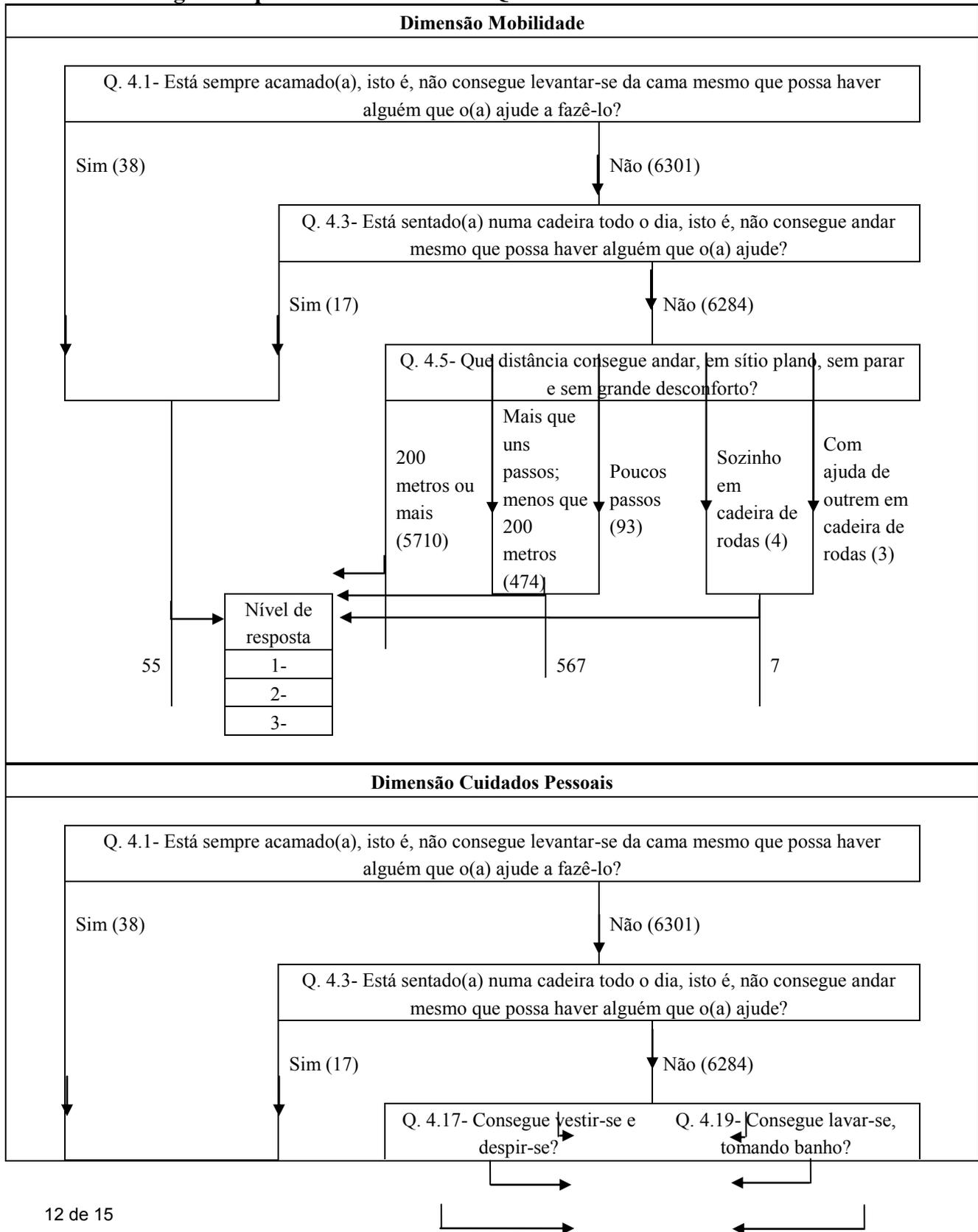
- Atkinson, A. e Piketty, T. (2010). *Top Incomes: A Global Perspective*, Oxford University Press.
- Cheung, K., Oemar, M., Oppe, M. e Rabin, R. (2010). *User Guide: Basic Information on How to Use EQ-5D*, Version 3.0, EuroQol Group.
- Dolan, P., Jones-Lee, M. e Loomes, G. (1995). Risk-risk versus Standard Gamble Procedures for Measuring Health State Utilities, *Applied Economics*, 27, 1103-11.
- Ferreira, L. N. (2002). *Utilidades, QALYs e Medição da Qualidade de Vida*, Documento de Trabalho No. 1/2002, APES, Universidade do Algarve.
- Field, M. J. e Gold, M. R. (1998). *Summarizing Population Health*, Washington D.C.: Institute of Medicine.
- Folland, S., Goodman, A. e Stano, M. (2007). *Economics of Health and Health Care*, 5ª edição, New Jersey: Prentice-Hall.
- Haughton, J. and S. Khandker (2009). *Handbook on Poverty and Inequality*, Washington: World Bank Publications.
- Heshmati, A. (2007). *Global Trends in Income Inequality*, New York: Nova Science Publishers.
- Iburg, K. M. e Kamper-Jørgensen, F. (2002). Summary Measures of Population Health: An Overview, *Danish Medical Bulletin*, 49 (3), 256-9.
- Kamanou, G. (2005). *Handbook on Poverty Statistics: Concepts, Methods and Policy Use*, New York: United Nations Statistics Division.
- Kind, P., Hardman, G. e Macran, S. (1999). *UK Population Norms for EQ-5D*, Discussion Paper No. 172, Centre for Health Economics, University of York.
- Murray, C. J., Salomon, J. A., Mathers, C. D. e Lopez, A. D. (2002). *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*, Geneva: World Health Organization.
- Peichl, A., T. Schaefer and C. Scheicher (2010). Measuring Richness and Poverty: A Micro Data Application to Europe and Germany, *Review of Income and Wealth*, 56 (3), 597-619.
- Piketty, T. (2005). Top Income Shares in the Long Run: An Overview, *Journal of the European Economic Association*, 3 (2-3), 382-92.
- Ramachandran, M., Kumar, K. S. e Viswanathan, B. (2006). *Health Poverty and Vulnerability: An Empirical Analysis of Women in Uttar Pradesh, India*, Working Paper No. 12, Madras School of Economics.
- Sahn, D. E. e Younger, S. D. (2006). Changes in Inequality and Poverty in Latin America: Looking Beyond Income to Health and Education, *Journal of Applied Economics*, IX (2), 215-33.

Salverda, W., B. Nolan and T. Smeeding (2009). *The Oxford Handbook of Economic Inequality*, Oxford University Press.

van der Maas, P. J. (2003). How Summary Measures of Population Health are Affecting Health Agendas, *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (5), 314.

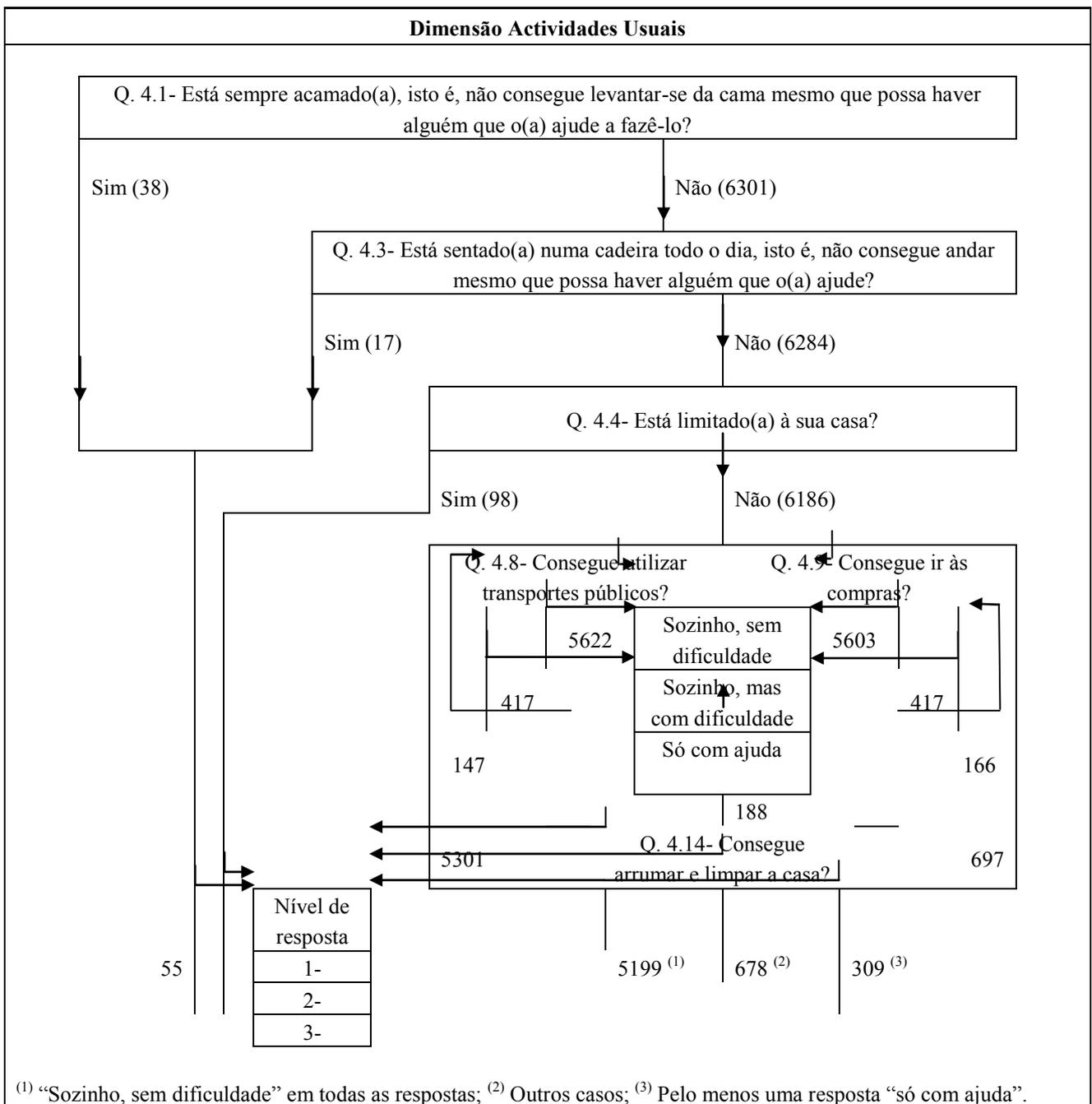
Wolff, E. (2009). *Poverty and Income Distribution*, 2ª edição, Malden and Oxford: Wiley-Blackwell.

ANEXO: Fluxogramas para as dimensões do EQ-5D



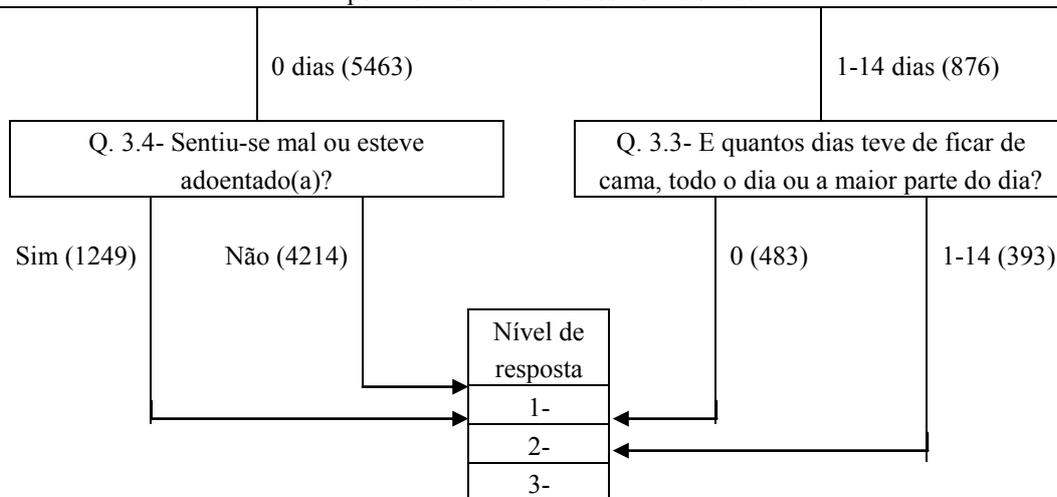
55	<table border="1"> <tr><th>Nível de resposta</th></tr> <tr><td>1-</td></tr> <tr><td>2-</td></tr> <tr><td>3-</td></tr> </table>	Nível de resposta	1-	2-	3-	49	5676	Sozinho, sem dificuldade	5661	135
		Nível de resposta								
		1-								
2-										
3-										
559	Sozinho, mas com dificuldade	488								
5544 ⁽¹⁾	Só com ajuda	144 ⁽³⁾								
					596 ⁽²⁾					

⁽¹⁾ “Sozinho, sem dificuldade” em todas as respostas; ⁽²⁾ Outros casos; ⁽³⁾ Pelo menos uma resposta “só com ajuda”.



Dimensão Dor/Mal-Estar

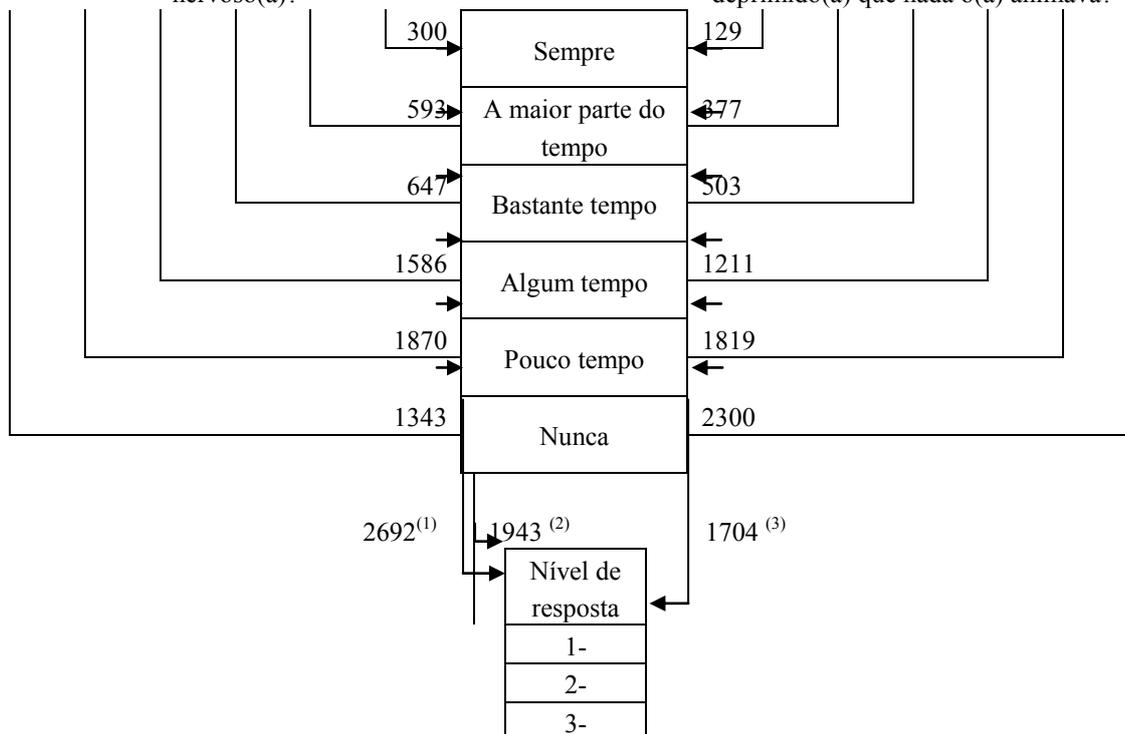
Q. 3.1- Nas últimas duas semanas, quantos dias deixou de fazer alguma das coisas que habitualmente faz por motivos relacionados com a saúde?



Dimensão Ansiedade/Depressão

Q. 15.1- Nas últimas 4 semanas, quanto tempo se sentiu muito nervoso(a)?

Q. 15.2- Nas últimas 4 semanas, quanto tempo se sentiu tão deprimido(a) que nada o(a) animava?



(1) Outros casos; (2) Duas respostas “nunca” ou uma “nunca” e outra “pouco tempo”; (3) Pelo menos uma resposta “bastante tempo” ou mais.

¹ Veja-se, por exemplo, Ramachandran *et al.* (2006). Alternativamente, por exemplo, Sahn e Younger (2006) recorrem à altura das crianças.

² Vários livros recentes apresentam o estado da arte sobre a distribuição do rendimento, a desigualdade e a pobreza – Kamanou (2005), Heshmati (2007), Haughton and Khandker (2009), Salverda *et al.* (2009) e Wolff (2009).

³ Sobre este assunto, veja-se, por exemplo, Ferreira (2002).

⁴ Para uma apresentação mais detalhada da metodologia aplicada, veja-se Cheung *et al.* (2010).