

ATAS DO
III SEMINÁRIO
VULNERABILIDADES SOCIAIS E SAÚDE
(I SEMINÁRIO INTERNACIONAL)

“EPIDEMIAS: UMA ANÁLISE INTERDISCIPLINAR”

*Campus do IPS,
Setúbal*

11, 12 e 13 de março de 2021

<http://www.seminariovss.ips.pt>

**Atas do III Seminário
Vulnerabilidades Sociais e Saúde
(I Seminário Internacional)**

“Epidemias: uma análise interdisciplinar”

Editores:

Ana Paula Gato (ESS/IPS)

Andreia Ferreri Cerqueira (ESS/IPS)

Edgar Canais (ESS/IPS)

José Rebelo (ESCE/IPS)

Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)

Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Instituto Politécnico de Setúbal

Apoio financeiro do CIDEHUS (UIDB/00057/2020)



O presente volume integra textos referentes a comunicações realizadas no âmbito do III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde - “Epidemias: uma análise interdisciplinar”, realizado nos dias 11, 12 e 13 de março de 2021, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Título: Atas do III Seminário Vulnerabilidades Sociais e Saúde (I Seminário Internacional) -
“Epidemias: uma análise interdisciplinar”

Editores:

Ana Paula Gato (ESS/IPS)

Andreia Ferreri Cerqueira (ESS/IPS)

Edgar Canais (ESS/IPS)

José Rebelo (ESCE/IPS)

Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)

Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Primeira edição, em formato eletrónico, dezembro de 2021

ISBN: 978-989-53236-4-7

Editora: Instituto Politécnico de Setúbal

Comissão Científica

Ana Paula Gato, ESS-IPS; CIDEHUS-UÉ
André Silva, CITCEM-UPorto
Andreia Ferreri Cerqueira, ESS-IPS; NURSE'IN
Ángelo Soares, U. Québec, Canada
António Manuel Marques, ESS-IPS; CIAS
Áurea Andrade, CHUC
Boguslaw Sardinha, ESCE-IPS; CICE
Edgar Canais, ESS-IPS; NURSE'IN
Fernando Mendes, ESTES-IPCoimbra; EAPBS, Belgium
Filipe Ribeiro, UÉvora; CIDEHUS-UÉ
Hermínia Vilar, UÉvora; CIDEHUS-UÉ
Joana Castro e Costa, LFI, Nova SBE
José Martinez Riera, UAlicante, Espanha
José Rebelo dos Santos, ESCE-IPS; CICE; CIDEHUS-UÉ
Júlia Pescarini, LSHTM, United Kingdom
Kutasi Gábor, UPS, Hungary
Laurinda Abreu, UÉvora; CIDEHUS-UÉ
Lucilia Nunes, ESS-IPS; NURSE'IN
Maria Carmelita Yazbek, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Maria Filomena Mendes, CIDEHUS-UÉ, HES Évora
Renato Carmo, ISCTE-IUL; CIES-IUL; Observatório das Desigualdades
Ricardo Mexia, INSA; ANMSP
Sandrina B. Moreira, ESCE-IPS; CICE e BRU-IUL
Vítor Barbosa, ESCE-IPS

Comissão de Honra

Presidente do IPS - Pedro Dominginhos
Diretora do CIDEHUS - Hermínia Vilar
Professor Catedrático Jubilado da ENSP/UNL - Constantino Sakellarides

Comissão Organizadora

Ana Paula Gato (ESS/IPS)
Andreia Ferreri Cerqueira (ESS/IPS)
Edgar Canais (ESS/IPS)
José Rebelo (ESCE/IPS)
Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)
Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Índice

Índice.....	iv
Editorial.....	1
Parte I – PERSPETIVAS DA HISTÓRIA.....	2
Sete séculos curtos: revisitar a Peste Negra no tempo da Covid 19	3
Parte II - DESAFIOS PARA A SAÚDE	13
Os pobres e a pandemia em Portugal.....	14
Impacto do rendimento na saúde – Evidência para Portugal.....	26
O impacto psicossocial do isolamento em doentes internados com Covid-19: Uma scoping review.....	36
O consultório na rua no contexto pandêmico da COVID19: uma experiência Brasileira	49
Cuidar da grávida com diabetes em contexto de pandemia COVID-19	57
Teleconsulta. Quais os desafios na vigilância do doente diabético?	70
Violência contra a mulher por parceiro íntimo no contexto da pandemia da COVID-19	82
Motivações que levaram mulheres em situação de violência por parceiro íntimo a registrar mais de um Boletim de Ocorrência em uma Delegacia de Defesa da Mulher no interior do Brasil.....	95
Pandemia COVID-19: Desafios para uma parentalidade positiva.....	105
<i>Burnout</i> nos enfermeiros durante a pandemia COVID-19: Revisão sistemática da literatura	116
Estratégias do Enfermeiro gestor em tempo de COVID-19	130
Enfermagem nos cuidados de saúde primários em tempos de pandemia: Uma perspectiva operacional da vacinação COVID 19	141
O uso da oxigenoterapia nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória aguda secundária à covid 19: uma <i>scoping review</i>	152
A ilusão dos números e os equívocos: Covid19 - análise de infetados e óbitos por regiões de Portugal entre 1 de novembro 2020 e 28 de fevereiro 2021	163

Parte III - IMPACTOS SOCIOECONÓMICOS	173
Da crise pandémica à crise económica e social	174
Entre a saúde e a economia em contexto epidémico Onde pára a economia da saúde?	189
Vulnerabilidade de pessoas em situação de rua em meio a pandemia da Covid-19 no Brasil: um estudo teórico reflexivo	200
Racismo estrutural como determinante social no processo saúde e doença na pandemia de COVID-19.....	206
A contínua reforma trabalhista e seus efeitos sobre o trabalho no Brasil	214
Impactos da pandemia na inserção dos jovens no mercado de trabalho no Brasil: Um horizonte de trabalho precário, plataformização e desigualdade	230
COVID-19 e vulnerabilidade: Uma análise a partir do Município de Aveiro	245
Pandemia Covid-19: impactos socioprofissionais do trabalho remoto.....	257
O ensino remoto emergencial e o aprendizado na pandemia da covid-19 em uma instituição de ensino superior na área da saúde	272
Transformação Digital da sociedade: uma análise do impacto da pandemia de Covid-19 ...	288
Configurações e (In)conciliações trabalho-família em contexto de pandemia Covid-19.....	297
Emprego e desemprego em Portugal em tempos de pandemia.....	318
Economic and social impacts of COVID-19 crisis in Tunisia.....	328
EU market economies and the first wave of Covid-19	339
Socio-Economic situation during pandemic: Role of government in Pakistan	368
Parte IV - RESPOSTAS DE APOIO SOCIAL.....	376
Problemas e necessidades das instituições sociais em tempo de COVID-19	377
Contributos da formação para minimizar o impacto da COVID-19 nas instituições particulares de solidariedade social	400

Impacto do rendimento na saúde – Evidência para Portugal

Sandrina B. Moreira,
Instituto Politécnico de Setúbal (CICE, ESCE/IPS) e BRU-IUL (Business Research Unit),
sandrina.moreira@esce.ips.pt

Resumo

A pandemia da COVID-19 tem um impacto desigual na saúde e bem-estar das sociedades. Restam poucas dúvidas de que os impactos são maiores nas populações mais vulneráveis, que vivem em países com maiores dificuldades de combate à pandemia ou estão em situação de pobreza e/ou privação material e vulnerabilidade social. É neste cenário que se insere o presente artigo, no qual procuramos sistematizar a importância da dimensão rendimento para o estado de saúde das pessoas, enquadrada num modelo conceptual de determinantes de saúde sustentado numa perspetiva sistémica. Portugal é um estudo de caso interessante neste âmbito, uma vez que tem registado uma melhoria notável em indicadores do estado de saúde da população nas últimas décadas, sendo, por exemplo, um dos países do mundo que apresenta menor mortalidade infantil e, ao mesmo tempo, o seu rendimento real per capita mais que duplicou desde 1970 até aos dias de hoje. Os poucos estudos realizados sobre os determinantes sociais de saúde em Portugal evidenciam essa associação positiva entre rendimento e saúde, ainda que desigual entre a sociedade portuguesa, com os portugueses em estratos económicos mais baixos a registarem maior probabilidade de pobreza em saúde.

Palavras chave: Rendimento, Desigualdade, Saúde, Bem-Estar, Determinantes, Portugal

Abstract

The COVID-19 pandemic has an unequal impact on both the health and welfare of societies. There remains few doubts that the impacts are larger on more vulnerable populations, either those who live in countries with greater difficulties in fighting the pandemic or are facing a poverty and/or material privation situation and social vulnerability. Taking into account that scenario, the present paper discusses the importance of the income dimension to the health state of the individuals, considering a conceptual model of health determinants that follows a systemic perspective. Portugal is an interesting case study on the matter, given its record of a remarkable improvement in health indicators on the last decades (for instance, Portugal is among the world countries with lower infant mortality rates), while, at the same time, its real income per capita has more than doubled since 1970. The few studies conducted on the social determinants of health in Portugal show a positive association between income and health, even though unequal among the Portuguese society, with Portuguese in lower economic positions having a greater probability of poverty in health.

Keywords: Income, Inequality, Health, Welfare, Determinants, Portugal

Introdução

Uma das definições mais vulgarizadas de saúde é o conceito de saúde promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) que consta, por exemplo, na sua Constituição em 1948: um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1948). Trata-se de uma conceção holística de saúde e que assume um carácter positivo, marcando, assim, rutura com o modelo biomédico tradicional que descreve a saúde em termos negativos como ausência de doença ou incapacidade. Contudo, como nota Horn (1993), esta definição é questionável, dado que “*passes the burden of description on the subjective notion of well-being*” (Horn, 1993, p. 154). Os termos

qualidade de vida, saúde e bem-estar surgem, assim, como conceitos inter-relacionados, com o bem-estar a ser uma parte integrante da definição de saúde e esta, por sua vez, um dos domínios fundamentais da qualidade de vida.

Partindo desta visão abrangente sobre saúde, para a sua promoção torna-se necessário enquadrá-la e perspectivá-la como multidimensional, encontrando-se, por sua vez, associada a um conjunto de fatores de natureza biológica, comportamental e socioeconómica. Existe uma vasta literatura sobre os determinantes da saúde com contributos provenientes de vários domínios científicos, desde a genética à economia, psicologia e antropologia (Evans et al., 1994). Os fatores que determinam o estado de saúde das populações, para além de múltiplos e complexos, estão interligados de forma intrincada.

Vários modelos têm sido desenvolvidos sobre os determinantes em saúde. Um dos mais referenciados é proposto por Dahlgren e Whitehead (2006), onde a saúde surge como um elemento num sistema complexo, sendo resultado de um conjunto de sistemas complexos, organizados em diferentes camadas, de acordo com a sua abrangência, onde se incluem as condições socioeconómicas, culturais, e ambientais gerais, as condições de vida e trabalho, as redes sociais e comunitárias, os estilos de vida do indivíduo e as suas características biológicas (Figura 1).

Figura 1: Determinantes do estado de saúde da população



Fonte: Adaptado de WHO (2012).

Tal como é possível observar na Figura 1, é na camada das condições de vida e de trabalho que se destaca a influência das condições materiais e sociais em que as pessoas vivem e

trabalham para a saúde dos indivíduos e famílias, bem como da sociedade como um todo. Este conjunto abrangente de condicionantes com impacto na saúde é designado pela OMS como determinantes sociais de saúde e definidos no seu website como sendo “*the circumstances in which people are born, grow up, live, work and age, and the systems put in place to deal with illness*” (WHO, 2021).

Apresentada a sistematização dos determinantes em saúde, enquanto fatores com influência no estado de saúde do indivíduo, avançamos com um breve *survey* sobre o nível de rendimento e o seu impacto no estado de saúde da população, realçando os principais contributos teóricos e empíricos sobre o tema. A secção subsequente remete para os poucos estudos com evidência sobre os determinantes de saúde em Portugal, destacando os resultados sobre a relação entre a dimensão rendimento e o nível de saúde. A última secção apresenta algumas observações conclusivas e de implicações de política face às considerações feitas no decorrer do artigo.

Relação entre o rendimento e a saúde

A Economia da Saúde é vista, em geral, como um ramo aplicado da análise económica (Barros, 2013) e os determinantes da saúde como um dos grandes temas incluídos nesta vertente especializada da literatura económica (Culyer e Newhouse, 2000). Neste contexto, a análise dos determinantes da saúde (de cariz multidisciplinar) é feita com recurso ao instrumental microeconómico tradicional – produção de saúde, procura de saúde, procura de cuidados médicos (ou de saúde). Por esta via, se compreende o papel de variáveis como a idade, a educação, ou o rendimento na produção de saúde, através da procura de saúde (Folland et al., 2007). Além disso, os cuidados médicos são apenas um dos aspetos (ainda que imprescindível) que influenciam o nível global de saúde, já que a procura de cuidados de saúde é uma procura derivada (decorrendo da procura de saúde) (Culyer, 1991).

O rendimento figura entre os determinantes mais importantes da saúde e que mais relações diretas tem com o foro económico (Miguel e Bugalho, 2002). A fundamentação teórica do tema cabe, essencialmente, a Grossman (1972a, 1972b, 2000), que considera que o rendimento (salários, no modelo de Grossman) é uma das variáveis suscetíveis de influenciarem a procura de saúde e de cuidados de saúde. A par do modelo de referência de Grossman, pouco existe na literatura da Economia da Saúde para nos elucidar sobre os determinantes da saúde, em geral, e o papel do rendimento, em particular (Lorgelly e Lindley, 2008).

Aspectos importantes da procura de saúde introduzidos por Grossman, e que ainda hoje perduram, são os seguintes:

(i) os indivíduos produzem saúde, através do uso de tempo dedicado a essa produção e da aquisição de cuidados médicos, pelo que a procura destes cuidados é derivada dessa procura de saúde;

(ii) a saúde é um stock de capital, semelhante a outras formas de capital humano como a educação, que se deprecia ao longo do tempo e que pode ser aumentado através de investimento;

(iii) os indivíduos procuram saúde por duas razões: como um bem de consumo, porque lhes dá satisfação (pessoas mais saudáveis sentem-se melhores); como um bem de investimento, porque lhes aumenta o tempo disponível de dedicação ao trabalho (aumentando, assim, o seu rendimento potencial) (Folland et al., 2007).

À luz destas considerações (entre outras), Grossman (2000) desenvolveu o modelo de investimento em saúde que determina o ponto ótimo de produção / procura de saúde, além de permitir identificar o efeito do salário (entre outros fatores) na procura de saúde. Sendo a saúde um bem de capital, a sua eficiência marginal (EMC), ou seja, a taxa de retorno prevista para unidades adicionais de investimento em saúde, traduz-se numa curva com inclinação negativa, na medida em que a produção de saúde está sujeita à lei dos rendimentos decrescentes. Quando a EMC iguala o custo marginal do capital determina-se o ponto ótimo de investimento nesse capital (neste caso, saúde). Uma subida no salário leva a um aumento do stock de saúde (*ceteris paribus*), pois aumenta o retorno dos dias saudáveis – o que se traduz numa deslocação para cima e para a direita da curva de EMC. Assim, espera-se uma relação positiva entre rendimento (salários) e saúde (stock).

Em termos sintéticos, de acordo com Grossman (1972a, 1972b, 2000), o rendimento produz efeitos na saúde, sendo avançadas as seguintes hipóteses: (i) a saúde é um bem normal, no sentido em que a elasticidade-rendimento é positiva (embora menor do que um); (ii) a procura de cuidados médicos decorre da procura de saúde e, como tal, também de fatores que influenciam a saúde e o seu valor para o indivíduo, como é o caso do nível de rendimento. Em ambos os casos, espera-se, portanto, que mais rendimento induza um maior nível de saúde (também pela maior utilização de cuidados de saúde). Além disso, é expectável que a contribuição do rendimento para a melhoria do estado de saúde seja menor para maiores

níveis de rendimento, devido à presença de rendimentos marginais decrescentes na produção de saúde.

Durante as últimas quatro décadas, surgiu uma vasta literatura empírica relativa a esta temática. A análise empírica produzida dá, no essencial, indicações claras sobre o impacto do rendimento na saúde, que podem ser sumariadas no conjunto de afirmações que, seguidamente, se apresentam:

“Researchers have noted a positive correlation between income and health (see Feinstein, 1993 and Adler et al., 1993, for reviews of this literature) which exists for psychological as well as physical health (Kessler and Cleary, 1980) (...)” (Ettner, 1996, pp. 67-8).

“Both at macro and micro level it has been a general finding that the relation is curvilinear. Both for individuals and nations, an income increase has a larger health impact the poorer you are in the first place. There seem, in other words, to be diminishing marginal returns” (Fritzell et al., 2004, p.7).

“It is widely accepted that at the individual level, higher incomes—and other markers of socioeconomic circumstances—are associated with better health (Lynch and Kaplan 2000). This relationship is found for many but not all disease and morbidity outcomes and across many but not all places and over many but not all time periods. While the consistency of this association is important and is emphasized by most researchers (Adler et al. 1994), (...) Every step up the socioeconomic ladder is generally associated with an increment—albeit a diminishing one—in better health (...) If countries are the units of analysis, the patterns are similar” (Lynch et al., 2004, pp. 10-1).

“More recent studies have explored the relationship between health, income, and income inequality (...). There is a consensus among these authors that given the research to date, there is (1) a well-documented concave relationship between individual income and health (...)” (Wenzlow et al., 2004, pp. 3-4).

“There is considerable evidence that income is a determinant of individual health (Ettner, 1996; Pritchett and Summers, 1997; Subramanian and Kawachi, 2004), this is often referred to as the absolute income hypothesis” (Jones e Wildman, 2008, p. 308).

Os estudos da relação rendimento-saúde produzem resultados, globalmente, conclusivos, corroborando os ensinamentos teóricos anteriormente aludidos (uma relação positiva e não-linear). Quanto à questão de saber se uma associação positiva entre rendimento e saúde é, por si só, indicativa de uma relação causal entre as duas variáveis ou se, em alternativa, tal associação é acidental (devida a outro fator que tenha o duplo efeito de induzir maiores rendimentos e melhores níveis de saúde), os resultados dos estudos que se debruçam sobre esta questão (e.g. Ettner, 1996; Pritchett e Summers, 1996; Lindahl, 2005) validam um efeito puro do rendimento na saúde (isolado de causalidade invertida ou correlação espúria).

Nos últimos 25 anos, a avaliação empírica da relação rendimento-saúde foi redirecionada para a questão da desigualdade na distribuição do rendimento e, em parte por esse motivo, mas também pela consistência dos resultados obtidos (acima aludida), o número de estudos que, nas duas últimas décadas, se centram ainda nesta questão é relativamente reduzido. Em

contrapartida, denota-se uma explosão de estudos sobre a relação entre a desigualdade no rendimento e a saúde. Babones (2008) é apenas um de vários exemplos de estudos sobre a temática, que também nos dá conta da vastíssima literatura que existe sobre o assunto. Um barómetro adicional são os vários *surveys* disponíveis a este respeito, sendo os mais clássicos os produzidos por Wagstaff e van Doorslaer (2000), Deaton (2003) e Lynch et al. (2004).

Não é nosso propósito dissecar sobre a discussão teórica e a produção de evidência empírica em torno do impacto da desigualdade económica nos níveis de saúde. Esta breve referência serve, todavia, para ilustrar que a investigação empírica tem colocado a tónica não no rendimento, mas na sua distribuição, enquanto determinante do nível global de saúde. Ainda assim, e apesar dos determinantes da saúde estarem interligados e a saúde ter uma causalidade multifatorial, é possível discernir o papel desempenhado pelo nível de rendimento.

Impacto do rendimento na saúde – o caso de Portugal

O nível de rendimento per capita é um dos principais fatores suscetíveis de influenciar a saúde e o bem-estar geral do indivíduo. Na literatura são poucos os estudos que exploram esse nexo de causalidade com uma aplicação a Portugal. Contudo, à semelhança do que acontece noutros países, em Portugal, os estudos identificados sobre a temática chegam a resultados que corroboram com os obtidos por outros autores em outros países.

Conceição (2019) procede a uma revisão sistemática da literatura, identificando os estudos mais representativos que sobre as desigualdades sociais de saúde se desenvolveram em Portugal nas últimas quatro décadas. Dos dezoito estudos em análise e com contributos provenientes da sociologia e de outras ciências sociais, mas também da medicina/epidemiologia, a variável “rendimento” foi utilizada em apenas três casos. As principais conclusões a respeito dessa variável em análise são agora brevemente aludidos por ordem cronológica dos estudos.

Pereira (1998) é o primeiro estudo assinalado por Conceição (2019) como realizado em Portugal a partir de indicadores de mortalidade infantil e considerando o nível de rendimento médio como seu determinante. Atendendo ao período 1971-1991, uma das principais conclusões do autor consiste numa “associação clara entre baixos rendimentos e taxas de mortalidade infantil mais elevadas” (Conceição, 2019, p. 108). Veiga (2005), por sua vez, atende à perceção do estado de saúde, utilizando os dados resultantes do Inquérito Nacional de Saúde (INS/NHS) de 1998/99. Neste quadro, conclui que “os grupos com maiores

rendimentos referiam o melhor estado de saúde” (Conceição, 2019, p. 106). Por último, Ribeiro et al. (2013) apuram, a partir dos dados do INS de 2005/06, que os grupos socioeconómicos com mais recursos eram os que registavam as menores frequências de doença cardiovascular e, em contrapartida, “quanto mais perto do fundo da escala social, maior era a probabilidade de se ter um AVC” (Conceição, 2019, p. 108). Duas notas importantes relativamente aos indicadores considerados no estudo de Ribeiro et al. (2013): (i) sendo certo que os indicadores com maior tradição na medição do estado de saúde médio da população são indicadores baseados na mortalidade ou, nos termos de Folland et al. (2007), “*inverse measures of health*”, no caso em apreço foram empregues indicadores de morbidade por doenças cardiovasculares, o que, como refere Conceição (2019), não será alheio ao fato de ser a principal causa de morte em Portugal; (ii) por outro lado, Ribeiro et al. (2013) consideraram para a medição do nível socioeconómico da população portuguesa o rendimento familiar equivalente (rendimento ponderado de acordo com a escala modificada da OCDE).²²

Quando o foco das pesquisas realizadas foram os determinantes de saúde em Portugal, na sua globalidade, dois estudos incluem a dimensão rendimento nas suas análises dos fatores determinantes do estado de saúde, de natureza socioeconómica. Oliveira (2009) avalia os fatores determinantes do estado de saúde subjetivo, destacando: (i) os indicadores sociodemográficos, que compreende o sexo, a região de residência, a classe etária e o estado civil; (ii) os indicadores socioeconómicos, que inclui o nível de escolaridade, o rendimento e a ocupação; (iii) os indicadores gerais de saúde, que contém a doença crónica e o Índice de Massa Corporal (IMC). Da análise realizada para Portugal a partir dos dados do 4º INS (de 2005/06), a autora verifica que os indicadores socioeconómicos, não obstante da importância dos restantes, influenciaram significativamente o estado de saúde percebido dos portugueses, concluindo que “quando mais baixo é o nível socioeconómico da população maior é a sua propensão para reportar estados de saúde débeis” (Oliveira, 2010, p. 59).

Por sua vez, Simões et al. (2016) investigam sobre os determinantes das desigualdades de saúde em Portugal, atendendo a três principais categorias de fatores que podem influenciar o estado de saúde dos indivíduos: (i) fatores biológicos: género, idade; (ii) fatores socioeconómicos: estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, situação perante o mercado de trabalho, região de residência, rendimento do agregado, subsistema de saúde; (iii)

²² A escala de equivalência modificada da OCDE usada no estudo referido atribui o fator de escala 1 ao primeiro indivíduo, 0,5 a outros adultos do agregado e 0,3 aos dependentes menores (Ribeiro et al., 2013).

fatores comportamentais: peso (IMC), bebidas alcoólicas, hábitos tabágicos, hábitos alimentares. Os autores atendem a uma conceção multidimensional de saúde, construindo um índice de saúde que agrega as cinco dimensões de saúde dos inquéritos EuroQol (EQ-5D): mobilidade, cuidados pessoais, atividades usuais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Os resultados obtidos para a dimensão rendimento estão em consonância com a perspetiva praticamente consensual na literatura, “de uma associação positiva entre rendimento e saúde” (Simões et al., 2016, p. 1350).

Conclusão

Os contributos teóricos para a literatura dos determinantes da saúde provêm de vários domínios científicos (genética, economia, psicologia, antropologia, etc.). No âmbito da economia da saúde, generalizou-se a noção de uma contribuição positiva do nível de rendimento (salários) para o estado de saúde da população, embora, devido à presença de rendimentos marginais decrescentes, essa contribuição seja maior para um indivíduo com menores rendimentos, quando comparado com um indivíduo com maiores rendimentos.

A evidência empírica desta associação positiva (embora não linear) entre rendimento e saúde está claramente estabelecida na literatura. Em Portugal, existe pouca investigação publicada sobre a temática, mas os resultados de alguns dos estudos identificados corroboram com as outras investigações. Assim, independentemente da variável usada para medir o estado de saúde de um indivíduo, os estudos mostram a relevância do determinante rendimento. Subsequentemente, torna-se pertinente (re)formular políticas direcionadas para a redução da pobreza e exclusão social, na certeza de que serão também políticas de promoção da saúde mais eficazes.

Por outro lado, se aumentos no rendimento de um indivíduo proporcionam aumentos cada vez menores no seu estado de saúde, então a saúde média da população passa a depender não apenas do rendimento médio (positivamente) mas também da desigualdade na distribuição do rendimento. Por outras palavras, se o impacto do rendimento na saúde é maior entre os pobres do que entre os ricos, então apresenta-se relevante a (re)formulação de políticas públicas de redistribuição do rendimento de ricos para pobres (num dado país ou entre países). Na certeza de que são medidas que visam diretamente a redução na desigualdade do rendimento, também contribuirão para o combate às desigualdades em saúde.

Tais opções de política revelam-se particularmente necessárias no atual contexto pandémico, em que a perda de rendimentos é uma realidade na sociedade portuguesa e que não afeta

todos os grupos por igual (Silva et al., 2020). O último relatório anual da filial portuguesa da Rede Europeia Anti-Pobreza (EAPN Portugal, 2020) esclarece que são os grupos que mantinham níveis de vulnerabilidade à pobreza ou à exclusão social ainda demasiadamente elevados os que serão potencialmente mais atingidos com a crise gerada pela COVID-19.

Bibliografia

- Babones, S. J. (2008), Income Inequality and Population Health: Correlation and Causality, *Social Science & Medicine*, 66, pp. 1614-26.
- Barros, P. P. (2013), *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*, Coimbra: Edições Almedina SA.
- Conceição, S. L. L. (2019), Investigação sobre Desigualdades Sociais de Saúde em Portugal: Breve Panorama a partir de uma Revisão da Literatura, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 89, pp. 97-113.
- Culyer, A. J. (1991), Introduction, in A. J. Culyer e J. P. Newhouse (eds), *The Economics of Health*, Volume I, Vermont: Edward Elgar Publishing Company, pp. ix-xiii.
- Culyer, A. J. e Newhouse, J. P. (2000), Introduction: The State and Scope of Health Economics, in A. J. Culyer e J. P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, Volume I, North-Holland: Elsevier, pp. 1-8.
- Dahlgren G, Whitehead M (2006), *European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up*, part 2, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Deaton, A. (2003), Health, Inequality and Economic Development, *Journal of Economic Literature*, XLI, Março, pp. 113-58.
- EAPN Portugal (2020), *Pobreza e Exclusão Social em Portugal – Relatório 2020*, Observatório Nacional Luta Contra a Pobreza.
- Ettner, S. L. (1996), New Evidence on the Relationship Between Income and Health, *Journal of Health Economics*, 15, pp. 67-85.
- Evans, R. G., Barer, M. L. e Marmor, T. R. (1994), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter.
- Folland, S., Goodman, A. e Stano, M. (2007), *Economics of Health and Health Care*, 5.^a edição, New Jersey: Prentice-Hall.
- Fritzell, J., Neramo, M. e Lundberg, O. (2004), The Impact of Income: Assessing the Relationship Between Income and Health in Sweden, *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, pp. 6-16.
- Grossman, M. (2000), The Human Capital Model, in A. J. Culyer e J. P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, Volume I, North-Holland: Elsevier, pp. 347-408.
- Grossman, M. (1972a), On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *Journal of Political Economy*, 80, pp. 223-55.
- Grossman, M. (1972b), *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, New York: NBER.
- Horn, R. V. (1993), *Statistical Indicators: For the Economics & Social Sciences*, Cambridge University Press.
- Jones, A. M. e Wildman, J. (2008), Health, Income and Relative Deprivation: Evidence from the BHPS, *Journal of Health Economics*, 27, pp. 308-24.
- Lindahl, M. (2005), Estimating the Effect of Income on Health and Mortality Using Lottery Prizes as an Exogenous Source of Variation in Income, *Journal of Human Resources*, XL (1), pp. 144-68.
- Lorgelly, P. K. e Lindley, J. (2008), What is the Relationship Between Income Inequality and Health? Evidence from the BHPS, *Health Economics*, 17, pp. 249-65.
- Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G. A. e Wolfson, M. (2004), Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review, *Milbank Quarterly*, 82 (1), pp. 5-99.
- Miguel, J. P. e Bugalho, M. (2002), Economia da Saúde: Novos Modelos, *Análise Social*, XXXVIII (166), pp. 51-75.
- Oliveira, D. G. F. (2009), *Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses*, Dissertação de Mestrado, ISEGI-Universidade Nova de Lisboa.
- Pereira, J. (1998), Inequality in infant mortality in Portugal, 1971-1991, in P. Zweifel (ed.), *Health, the Medical Profession and Regulation*, Nova Iorque, Springer Science, pp. 75-94.

- Pritchett, L. e Summers, L. H. (1996), Wealthier is Healthier, *Journal of Human Resources*, XXXI (4), pp. 841-68.
- Ribeiro, S., Furtado, C. e Pereira, J. (2013), Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconómico em Portugal, *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32 (11), pp. 847-854.
- Silva, P. A., Carmo, R. M., Cantante, F., Cruz, C., Estêvão, P., Manso, L., Pereira, T. S. (2020), Trabalho e desigualdades no Grande Confinamento, *Estudos CoLABOR*, N.º 2/2020.
- Simões, N., Crespo, N., Moreira, S. B., Varum, C. A. (2016), Measurement and determinants of health poverty and richness: evidence from Portugal, *Empirical Economics*, 50 (4), pp. 1331-1358.
- Veiga, Paula (2005), *Income-related health inequality in Portugal*, Working Paper Series, N.º 28, Universidade do Minho.
- Wagstaff, A. e van Doorslaer, E. (2000), Income Inequality and Health: What Does the Literature Tell Us?, *Annual Review Public Health*, 21, pp. 543-67.
- Wenzlow, A. T., Mullahy, J., Robert, S. A. e Wolfe, B. L. (2004), *An Empirical Investigation of the Relationship Between Wealth and Health Using the Survey of Consumer Finances*, Working Paper, Department of Economics, University of Wisconsin-Madison.
- WHO (2021), *Social determinants of health: key concepts* [<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/social-determinants-of-health-key-concepts>].
- WHO (2012), *Governance for Health in the 21st century*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark
- WHO (1948), Constitution of the World Health Organization, in *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the International Health Conference*, New York, 19-22 June, 1946.