

ISSN 1519-4612

Universidade Federal Fluminense

## **TEXTOS PARA DISCUSSÃO**

### **UFF/ECONOMIA**

Universidade Federal Fluminense

Faculdade de Economia

Rua Tiradentes, 17 – Ingá – Niterói (RJ)

Tel.: (0xx21) 2629-9699 Fax: (0xx21) 2629-9700

<http://www.uff.br/econ>

[esc@vm.uff.br](mailto:esc@vm.uff.br)

### **O Impacto da Renda Domiciliar Per Capita sobre a Saúde Infantil no Brasil**

Maurício Reis  
Anna Crespo

TD 243  
Ago/2008

© Maurício Reis é técnico do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Anna Crespo é aluna do Doutorado em Economia da Universidade de Princeton (EUA). Artigo apresentado na Série Seminários de Pesquisa da Faculdade de Economia da UFF no dia 25 de agosto de 2008.

### **Resumo**

Existem diversos estudos mostrando que a renda domiciliar é um importante determinante da saúde infantil. Este trabalho tem como objetivo documentar a relação entre renda e saúde das crianças no Brasil, usando três diferentes bases de dados e várias medidas de saúde. Na análise empírica, são utilizadas informações da POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares) de 2002/2003, do suplemento de saúde da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2003 e da PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) de 2006. Os resultados mostram que as crianças mais pobres tendem a ter condições de saúde significativamente piores do que as crianças mais ricas. Como crianças menos saudáveis podem ter sua capacidade produtiva reduzida no futuro, os resultados apresentados nesse artigo sugerem que as condições de saúde infantil no Brasil podem se constituir em um importante mecanismo de transmissão intergeracional de desigualdade nas condições sócio-econômicas.

### **Abstract**

There are several studies showing that household income seems to be an important determinant of children's health. The objective of this paper is to document the relationship between income and children's health in Brazil using three data sources and many health indicators. The empirical analysis is conducted with information from the 2002/2003 POF (Consumer Expenditure Survey), the 2003 PNAD (Brazilian National Household Survey) and the 2006 PNDS (Demographic and Health Survey). According to the results, children who live in poorer households are likely to have worse health status than richer children. Because children in poor health could have their productivity capacity reduced in the future, the evidence presented in this paper indicates that children's health status in Brazil could be an important mechanism of intergenerational transmission of socioeconomic inequality.

## 1. INTRODUÇÃO

Diversos artigos na literatura econômica mostram que baixos níveis de renda estão associados a piores condições de saúde (Preston, 1975; Pritchett e Summers, 1996; Fogel, 1994 e 1997; Smith, 1999 e Case e Deaton, 2005). Pessoas mais pobres normalmente vivem em piores ambientes e têm pior nutrição, se tornando, portanto, mais sujeitas a doenças, assim como devem ter menos acesso a serviços de saúde de melhor qualidade. Por outro lado, a própria precariedade da saúde pode levar a rendimentos mais baixos, já que a produtividade de um indivíduo deve estar positivamente correlacionada com as suas condições de saúde.

Estudos voltados para a saúde infantil também apontam para uma relação positiva entre renda e saúde. Supondo que as crianças não contribuam para a renda domiciliar, é possível eliminar a causalidade da saúde sobre a renda. Portanto a correlação observada entre essas duas variáveis deve ser resultante do efeito da renda na saúde, mas também do impacto de outros fatores, correlacionados com a renda domiciliar, que devem influenciar a saúde das crianças. Case et al. (2002) encontram evidências de que a renda domiciliar influencia positivamente as condições de saúde das crianças com idade entre 0 e 17 anos nos EUA. Em particular, este estudo também apresenta fortes evidências de que parte da correlação entre saúde e renda é resultante da educação dos pais, que afeta positivamente ambas variáveis. Resultados semelhantes são observados para o Canadá (Currie e Stabile, 2003) e para a Inglaterra (Currie et al., 2007 e Case et al., 2007). Duflo (2000), por sua vez, mostra que programas de transferência de renda na África do Sul melhoraram o status nutricional (medido pela altura) das crianças de 0 a 5 anos, no caso das meninas e quando os benefícios foram recebidos por uma mulher. Para o Brasil, Hoffmann (1998) mostra uma associação positiva entre renda e altura das crianças.

Analisar a relação entre renda e saúde infantil é uma questão particularmente importante no caso do Brasil. Conforme documentado em diversos estudos, uma elevada parcela da população brasileira vive na pobreza. Evidências apresentadas por Barros et al. (2007a), por exemplo, mostram que em 2005; 34,1% da população vivia na

pobreza; enquanto 13,2% estava abaixo da linha de extrema pobreza<sup>1</sup>. Além disso, a pobreza no Brasil incide principalmente sobre as crianças. Barros (2007) mostra que a proporção de crianças vivendo em situação de extrema pobreza chega a quase 20%, bem superior à média do país, portanto. Por outro lado, a renda domiciliar média dos 10% mais ricos é quase 20 vezes maior do que a média dos 40% mais pobres (Barros et al., 2007a). Ou seja, crianças nos estratos mais altos da distribuição de renda devem ter acesso a serviços de saúde de melhor qualidade, boa nutrição e normalmente vivem em melhores ambientes.

O objetivo desse artigo é documentar a relação renda domiciliar e saúde das crianças no Brasil. Para isso, são utilizados dados de três diferentes pesquisas, a POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares) de 2002/2003, o suplemento de saúde da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2003 e a PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) de 2006. Usando diversos indicadores de saúde, as evidências mostram que crianças vivendo em domicílios mais pobres apresentam, em média, piores condições de saúde do que crianças em domicílios com renda mais elevada. Esses resultados são mantidos mesmo com a inclusão de diversos controles para características dos pais como educação e idade e de variáveis que procuram captar o estado de saúde da criança ao nascer e o comportamento e as condições de saúde dos pais.

De acordo com os resultados estimados, portanto, baixos níveis de renda familiar, além das privações que devem impor às pessoas vivendo nessas condições, também podem implicar piores condições de saúde para os integrantes da família. Esse resultado pode ter conseqüências particularmente importantes no caso das crianças. Crianças menos saudáveis tendem a ter pior desempenho escolar e a se tornarem adultos menos saudáveis, conforme mostram outros trabalhos na literatura<sup>2</sup>. Estes dois últimos fatores, por sua vez, constituem determinantes importantes do desempenho no mercado de trabalho na vida adulta. Para o Brasil, Machado (2005) apresenta evidências de que crianças em condições precárias de saúde tendem a entrar mais tarde na escola e, com isso, acabam mais atrasadas do que crianças mais saudáveis. Portanto, crianças que crescem em domicílios pobres não apenas podem ter piores condições de saúde na infância, mas também serão provavelmente menos capazes de gerar renda quando

---

<sup>1</sup> Para esse cálculo, são utilizados dados da PNAD e linhas de pobreza regionalizadas, considerando R\$ 162,6 a média nacional para a pobreza e R\$ 81,3 a média para a extrema pobreza.

<sup>2</sup> Ver, por exemplo, Case et al. (2005), Case e Paxson (2008) e Currie (2008).

adultas, permanecendo na pobreza no longo prazo. Dessa forma, a relação entre renda e saúde infantil pode ser um importante transmissor de desigualdade sócio-econômica entre gerações.

Este artigo é composto por quatro seções além desta introdução. Na seção 2, são descritos os dados utilizados. Em seguida, é feita uma análise descritiva desses dados. A seção 4 apresenta a abordagem empírica usada para estimar o impacto da renda domiciliar sobre as condições de saúde das crianças, assim como os resultados encontrados. As principais conclusões da nossa análise estão contidas na seção 5.

## 2. DADOS

Os dados utilizados neste trabalho provêm de três fontes, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002/2003, o suplemento sobre saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2003 e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006, todas representativas da população brasileira como um todo. As duas primeiras foram conduzidas pelo IBGE e a terceira faz parte do projeto MEASURE DHS (Demographic and Health Surveys)<sup>3</sup>, implementado em vários países com o apoio da USAID (United States Agency – International Development) .

Entre julho de 2002 e julho de 2003 foram entrevistadas pela POF mais de 180.000 pessoas em cerca de 48.000 domicílios. Da POF são utilizadas informações de 10.923 crianças, filhos ou filhas da pessoa de referência, com idade entre 6 e 60. Além das informações sobre consumo e renda, a POF também inclui o peso e a altura das pessoas entrevistadas, que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001)<sup>4</sup>, constituem as melhores medidas para se avaliar o status nutricional de crianças com menos de 60 meses. Desta forma, usando os dados da POF, são construídas medidas padronizadas - z-scores - para o peso e a altura tendo como referência uma base de crianças norte-americanas fornecida pelo NCHS (National Center for Health Statistics). O z-score da altura de uma determinada criança, por exemplo, é calculado subtraindo o valor da sua altura da mediana do grupo de referência com o mesmo sexo e a mesma idade em meses e dividindo essa diferença pelo erro-padrão do grupo de referência com

---

<sup>3</sup> [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)

<sup>4</sup> Duflo (2000) argumenta que o déficit em desenvolvimento infantil em países subdesenvolvidos se deve a dois fatores principais: alimentação inadequada e infecções. Somente na adolescência é que fatores genéticos desempenham um papel importante.

o mesmo sexo e a mesma idade. O z-score do peso é calculado de forma análoga. A principal vantagem de se trabalhar com o z-score do peso e da altura, ao invés de usar diretamente as medidas antropométricas das crianças, é que o z-score viabiliza a comparação entre diferentes idades; i.e., trata-se de uma medida cuja unidade independe da idade e do sexo da criança considerada.

Cerca de 400.000 indivíduos em mais de 100.000 domicílios foram entrevistados na PNAD 2003. Com as informações do suplemento sobre saúde, é possível obter as incidências de dias doente de cama, dias de atividades restritas e de vômito ou diarreia nas duas semanas anteriores à entrevista. Além disso, os pais ou responsáveis classificam o estado de saúde da criança de acordo com uma escala de 1 a 5, onde 1 indica uma saúde muito boa, 2 uma saúde boa, 3 classifica a saúde como sendo regular, enquanto 4 e 5 referem-se a estados de saúde ruim e muito ruim, respectivamente<sup>5</sup>. Dos dados da PNAD, são utilizadas informações sobre crianças com idade entre 6 meses e 9 anos. A restrição a crianças de 9 anos ou menos se deve ao problema de dupla causalidade entre saúde e renda. Nessa faixa de idade, porém, a proporção de crianças participando do mercado de trabalho é muito baixa<sup>6</sup>. A amostra também se limita a crianças nas condições de filhos ou filhas da pessoa de referência. No total, são usados dados de 58.341 crianças da PNAD.

A terceira fonte de dados é a PNDS 2006. Entre novembro de 2006 e abril de 2007 foram entrevistados mais de 14.000 domicílios nessa pesquisa. Nos domicílios com mulheres de 15 a 49 anos, também foram coletadas várias informações sobre o estado de saúde dessas mulheres e dos seus filhos, principalmente para os nascidos depois de janeiro de 2001. Na PNDS foram obtidas informações tanto através de entrevistas quanto de mensurações antropométricas, como na POF, e de análises laboratoriais de amostras de sangue para dosagens de hemoglobina e vitamina A.

A partir dos dados da PNDS são usadas oito medidas de saúde, o z-score do peso, o z-score da altura, os níveis de hemoglobina e de vitamina A, variáveis indicando se a criança teve tosse, febre ou diarreia nas duas semanas anteriores ou diarreia nos 3 meses anteriores à pesquisa. Diferentes amostras são utilizadas, dependendo do indicador de saúde. Para as medidas antropométricas, são incluídas na análise crianças de 6 a 60

---

<sup>5</sup> Embora este tipo de medida de saúde esteja sujeita a inúmeras críticas devido ao seu grau de subjetividade, existem diversos estudos mostrando que ela tende a ser consistente com outras medidas mais objetivas (Ware et al., 1978; Idler and Benyamini, 1997).

<sup>6</sup> Menos de 1% das crianças entre 5 e 9 anos declararam participar do mercado de trabalho em 2003.

meses. Para os níveis de hemoglobina e de vitamina A, a amostra é composta de crianças nascidas a partir de janeiro de 2001 mas com pelo menos 6 meses de idade<sup>7</sup>. Para as demais medidas, com exceção da incidência de diarreia, são incluídas crianças com idade entre 6 e 120 meses, resultando em uma amostra que contém pouco mais de 10.000 observações. Para a análise da incidência de diarreia, tanto com a PNAD quanto com a PNDS, apenas crianças com menos de 5 anos são incluídas, já que a prevalência é muito baixa para crianças maiores.

### 3 ANÁLISE DESCRITIVA

Na tabela 1, são apresentadas estatísticas descritivas sobre as crianças nas amostras da POF, da PNAD e da PNDS. A renda domiciliar per capita na PNAD (R\$ 264) é semelhante à obtida com os dados da PNDS (R\$ 250). Com a POF, porém, a média da renda domiciliar per capita é bem mais alta (R\$ 428), ou seja, uma diferença de 62%<sup>8</sup>. Barros et al. (2007b) mostram que a renda domiciliar na POF é cerca de 25% maior do que na PNAD. Entre os 10% mais pobres, porém, a diferença chega a quase 50%. Domicílios com crianças normalmente possuem renda mais baixa do que a média, o que também pode ajudar a explicar parte da disparidade entre os valores da POF e das demais pesquisas, especialmente porque a amostra utilizada da POF contém apenas crianças com 5 anos ou menos.

A proporção de meninas é semelhante entre as pesquisas, assim como a distribuição por cor ou raça na POF e na PNAD<sup>9</sup>. As proporções de mães e pais com pelo menos 8 anos completos de estudo são maiores na PNDS e depois na PNAD, com diferenças maiores para as mães. Esse resultado pode ser devido, pelo menos em parte, a trajetória de aumento da educação ao longo do tempo e ao fato das pesquisas terem sido realizadas em diferentes períodos. Outra diferença é que na PNDS todas as mães necessariamente estão presentes, o que não acontece nas duas outras pesquisas. As médias de idade de pais e mães são parecidas entre as três pesquisas.

---

<sup>7</sup> Os exames de sangue foram realizados apenas para crianças nascidas após janeiro de 2001.

<sup>8</sup> Todos os valores são representados em Reais de maio de 2007 usando o INPC como deflator.

<sup>9</sup> A PNDS não oferece informações sobre cor ou raça das crianças.

**Tabela 1: Estatísticas descritivas**

	POF	PNAD	PNDS
	(1)	(2)	(3)
Idade média (em meses)	33.77	59.44	58.48
Renda domiciliar per capita (R\$)	428.88	264.85	250.19
Mulher (%)	50.26	49.09	47.51
Cor ou raça (%)			
Branco	51.51	49.74	
Negro	5.3	4.45	
Asiático	0.48	0.21	
Pardo	42.38	45.44	
Indígena	0.32	0.16	
Mãe com 8 ou mais anos de educação (%)	37.43	41.55	52.19
Pai com 8 ou mais anos de educação (%)	30.68	32.99	33.21
Idade média da mãe	28.14	30.90	29.82
Idade média do pai	28.17	30.10	28.76
z-score do peso	-0.11		-0.11
z-score da altura	-0.42		-0.11
Saúde reportada (média)		1.77	
Atividade restrita (%)		4.28	
Doente de cama (%)		7.54	
Vômito ou diarreia (%)		1.40	
Saúde reportada (%)			
Muito boa		33.47	
Boa		57.3	
Regular		8.46	
Ruim		0.66	
Muito ruim		0.11	
Anemia (%)			19.97
Baixo nível de vitamina A (%)			62.00
Febre no período de 2 semanas (%)			23.43
Tosse no período de 2 semanas (%)			37.57
Diarreia no período de 3 meses (%)			23.58
Diarreia no período de 2 semanas (%)			9.99
Observações	10,923	58,341	10,347

Fontes: POF 2002/2003, PNAD 2003 e PNDS 2006.

Na POF são incluídas crianças com menos de 5 anos, enquanto na PNAD e na PNDS as amostras incluem crianças com menos de 10 anos.

A anemia foi caracterizada pela concentração de hemoglobina abaixo de 11g/dL. Foram consideradas com baixo nível de vitamina A as crianças com menos de 1,05 µmol/L no exame de retinol.



Os valores do z-score da altura, que avalia mais apropriadamente as condições nutricionais de longo prazo, assim como do z-score do peso, são negativos na POF e na PNDS, indicando uma situação pior do que a mediana do grupo de referência, composto por crianças norte-americanas. Os dados da PNAD também mostram que 33,5% das crianças tiveram a saúde considerada muito boa e para 57,3% a saúde foi reportada como boa. Ainda de acordo com a PNAD, 4,3% das crianças ficaram doentes de cama nas 2 semanas que antecederam a pesquisa. Durante esse mesmo período, 7,5% apresentaram restrições nas atividades diárias e 1,4% tiveram vômito ou diarreia.

Os dados da PNDS apresentados na tabela 1 mostram que cerca de 20% das crianças apresentam anemia, ou seja, uma concentração de hemoglobina menor do que 11 g/dl<sup>10</sup>. Mais de 60% das crianças possuem baixo nível de vitamina A, que é representado por valores inferiores a 1,05 mol/L no exame de retinol. Vinte e três por cento das crianças na amostra da PNDS tiveram febre reportada, enquanto 38% tiveram tosse nas 2 semanas que antecederam a pesquisa. A Tabela 1 mostra também que 24% das crianças tiveram vômito no período de 3 meses antes da entrevista e 10% no período de 2 semanas. Esse último valor é muito superior ao observado na PNAD para o mesmo período de tempo. É possível que essa diferença seja devida ao fato de na PNAD estarem sendo considerados apenas casos de vômito ou diarreia que implicaram pelo menos um dia de restrições nas atividades diárias da criança, enquanto na PNDS todos os episódios de vômito foram considerados.

A relação entre renda domiciliar e saúde é descrita nessa seção através de uma análise não-paramétrica. A figura 1 mostra regressões não-paramétricas de medidas de saúde como função do logaritmo da renda domiciliar per capita, usando o método proposto por Fan (1992). Essa análise tem a vantagem de não ser necessário impor uma forma funcional para a relação entre essas variáveis.

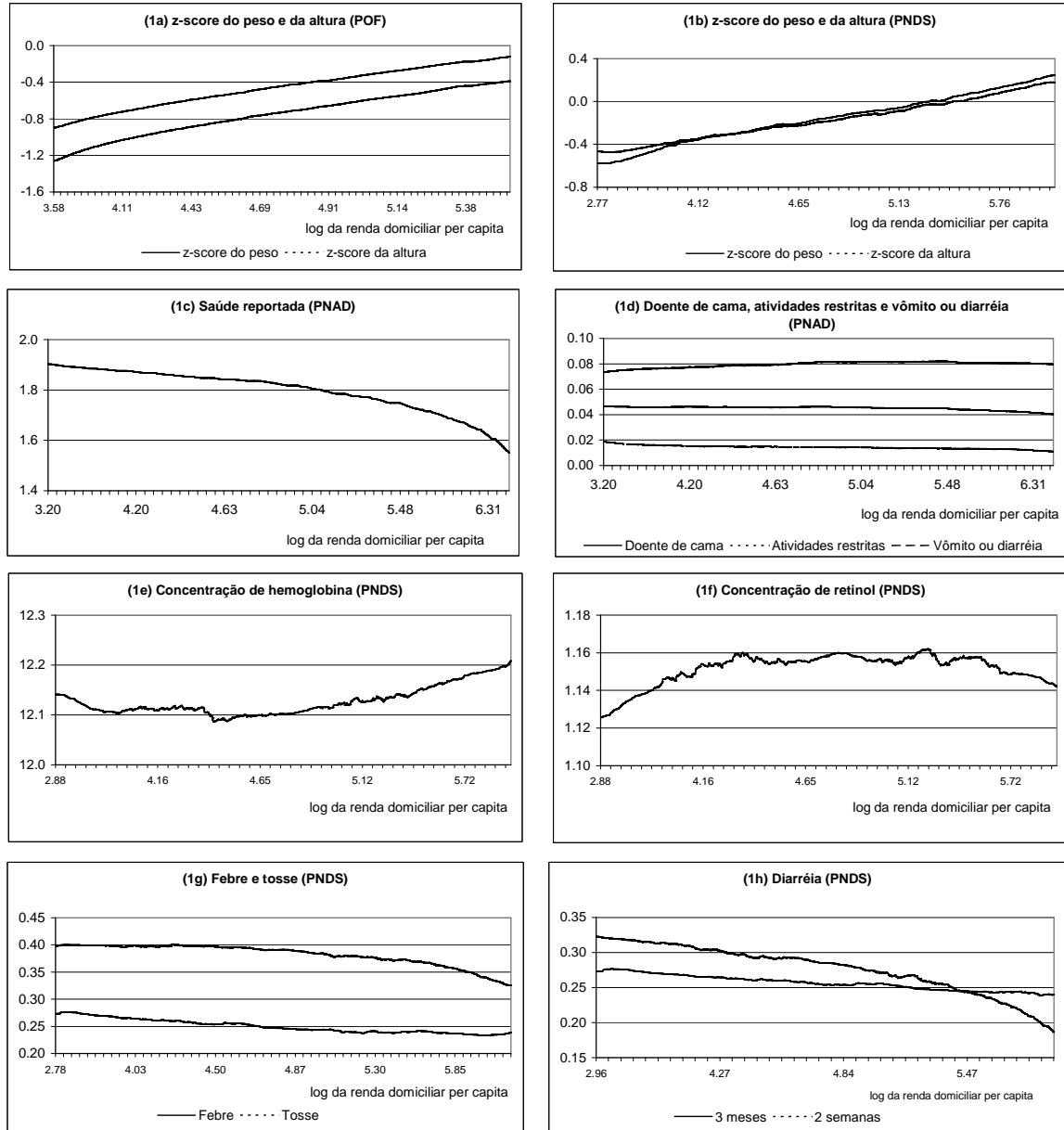
Resultados para o z-score do peso e o z-score da altura usando dados da POF são mostrados na figura 1(a), enquanto a figura 1(b) apresenta os resultados usando a PNDS. A relação entre a média da variável para saúde reportada na PNAD e a renda domiciliar é mostrada na figura 1(c). As demais medidas de saúde da PNAD são reportadas na figura 1(d). Os resultados para os níveis de hemoglobina e de vitamina A são mostrados nas figuras 1(e) e 1(f), respectivamente. Finalmente, a figura 1(g) apresenta a relação entre renda domiciliar de um lado e as incidências de febre e de

---

<sup>10</sup> Ver WHO (2001).

tosse de outro, enquanto na figura 1(h) são mostrados os resultados para a incidência de vômito.

**Figura 1: Relação ente renda domiciliar e saúde - análise não-paramétrica**



Os gráficos mostram que rendas domiciliares mais elevadas estão associadas a valores mais altos do z-score do peso e do z-score da altura, tanto com dados da POF quanto da PNDS. De acordo com a figura (1c), crianças em domicílios mais ricos têm, em média, melhor saúde reportada. Pode-se notar pela figura (1d) uma tendência ligeiramente negativa entre a renda domiciliar per capita e as incidências de dias doente de cama e de vômito ou diarreia. Para a incidência de dias atividade restrita, no entanto,

a tendência é positiva. A figura (1e) indica que crianças em domicílios mais ricos apresentam normalmente níveis mais elevados de hemoglobina. Já pela figura (1f), a relação entre vitamina A e renda é inicialmente positiva, depois fica constante e passa a ser negativa para níveis mais elevados de renda.. Nota-se na figura (1g) uma tendência negativa entre a renda domiciliar e as incidências de febre e tosse. Finalmente, os resultados da figura (1h) mostram que crianças mais ricas apresentam menor incidência de diarreia, principalmente para a variável referente ao período de 2 semanas antes da entrevista da PNDS.

## 4 RESULTADOS

### *Abordagem empírica*

Vários fatores, além da renda domiciliar, devem influenciar a saúde das crianças, como por exemplo, características individuais, dos seus pais e do domicílio em que vivem. Vários desses fatores também devem estar correlacionados com a renda domiciliar. Considerando essas outras variáveis, podemos representar a saúde das crianças através da seguinte equação:

$$S_i = f(Y_i, X_i; \varepsilon_i),$$

onde  $S_i$  é a saúde da criança  $i$ , representada por uma das medidas definidas na seção anterior,  $Y_i$  é o logaritmo da renda domiciliar per capita dessa criança,  $X_i$  representa as variáveis de controle e  $\varepsilon_i$  é o erro da regressão. Fazem parte das variáveis de controle características das crianças: idade, sexo, *dummies* para região de residência, uma *dummy* indicando residência em área urbana e *dummies* para raça. Essas variáveis são incluídas em todas as regressões, com exceção de raça para a PNDS, já que a pesquisa não possui essa variável. Também são estimadas regressões que incluem o número de pessoas no domicílio, o número de crianças com menos de 5 anos, com idade entre 5 e 9 anos e com idade entre 10 e 14 anos. Entre as características das mães e dos pais, são incluídas: educação, idade e uma *dummy* para presença dos dois no domicílio.

As regressões usando o z-score da altura e o z-score do peso são estimadas pelo método de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). Para as incidências de dias de cama, atividades restritas, vômito ou diarreia com a PNAD, anemia, baixo nível de vitamina

A, febre, tosse e diarreia com a PNDS, as regressões são estimadas usando um modelo probit. Para a saúde reportada as regressões são estimadas usando um probit ordenado

#### 4.2 – Resultados

A tabela 2 apresenta os resultados das regressões incluindo apenas características das crianças como variáveis de controle. A maior parte dos resultados indica que crianças mais ricas têm melhores condições de saúde. Tanto para os dados da POF quanto da PNDS, as regressões mostram que a renda tem impacto positivo e significativo sobre a altura e o peso das crianças. Com os dados da PNAD, apenas para a incidência de dias de atividade restrita os resultados não são significativos. Nas demais colunas, níveis mais altos de renda estão associados à melhor saúde reportada e a menores incidências de dias doente de cama e de vômito ou diarreia. Com a PNDS, além das medidas antropométricas, efeitos significativos da renda também são encontrados para as probabilidades de anemia e de episódios de diarreia nos períodos de 3 meses e de 2 semanas.

**Tabela 2: Renda domiciliar per capita e saúde das crianças**

	POF		PNAD			
	z-score do peso	z-score da altura	Saúde reportada	Doente de cama	Restri. nas ativ. Diárias	Vômito ou diarreia
Ln(renda domiciliar per capita)	0.376 [0.038]***	0.438 [0.046]***	-0.178 [0.006]***	-0.003 [0.001]***	-0.001 [0.001]	-0.002 [0.001]***
Observações	10923	10923	58322	58327	58327	32102

	PNDS							
	z-score do peso	z-score da altura	Anemia	Vitamina A Baixa	Febre	Tosse	Diarreia (3 meses)	Diarreia (2 semanas)
Ln(renda domiciliar per capita)	0.138 [0.032]***	0.19 [0.027]***	-0.024 [0.010]**	-0.013 [0.012]	-0.002 [0.008]	-0.011 [0.010]	-0.06 [0.010]***	-0.037 [0.007]***
Observações	5001	5080	5049	5126	6236	6233	4337	4335

Notas: os erros-padrão robustos são mostrados entre colchetes. Os controles incluem: idade, sexo, dummies para região e uma dummy para área urbana em todas as regressões. Para a POF e a PNAD, também são incluídas dummies para raça.

\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 10%, \*\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 5 %, e \*\*\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 1%

Na tabela 3, são apresentadas regressões que acrescentam aos controles características do domicílio e dos pais. Nesse caso, todos os resultados com a POF e a PNAD indicam que crianças em domicílios com renda mais elevada possuem melhores

condições de saúde. De acordo com os dados da PNDS, incrementos na renda estão associados a aumentos no z-score do peso e da altura, assim como a reduções nas incidências de anemia e de diarreia entre as crianças. Ainda de acordo com a tabela 3, níveis mais elevados de educação dos pais estão associados a melhores condições de saúde das crianças em parte das regressões. Alguns resultados indicam que pais com mais idade tendem a ter filhos mais saudáveis.

**Tabela 3: Renda domiciliar per capita e saúde das crianças**

	POF		PNAD			
	z-score do peso	z-score da altura	Saúde reportada	Doente de cama	Restri. nas ativ. Diárias	Vômito ou diarreia
Ln(renda domiciliar per capita)	0.236 [0.048]***	0.275 [0.057]***	-0.129 [0.007]***	-0.006 [0.001]***	-0.005 [0.002]***	-0.002 [0.001]***
Educação da pai	0.00 [0.012]	0.009 [0.015]	-0.01 [0.002]***	0.00 [0.000]	0.00 [0.000]	0.00 [0.000]
Educação da mãe	0.026 [0.011]**	0.026 [0.015]*	-0.018 [0.002]***	0.00 [0.000]	0.00 [0.000]	0.00 [0.000]
Idade do pai	0.011 [0.004]**	0.008 [0.005]*	-0.002 [0.001]***	0.00 [0.000]	0.00 [0.000]**	0.00 [0.000]
Idade da mãe	0.005 [0.004]	0.00 [0.006]	-0.003 [0.001]***	0.00 [0.000]	0.00 [0.000]	0.00 [0.000]
Observações	10923	10923	58322	58327	58327	32102

	PNDS							
	z-score da altura	z-score do peso	Anemia	Vitamina A Baixa	Febre	Tosse	Diarreia (3 meses)	Diarreia (2 semanas)
Ln(renda domiciliar per capita)	0.075 [0.036]**	0.135 [0.032]***	0.062 [0.043]	-0.022 [0.034]	0.007 [0.009]	-0.002 [0.011]	-0.033 [0.013]**	-0.025 [0.008]***
Educação da pai	0.009 [0.009]	0.008 [0.010]	-0.003 [0.003]	0.008 [0.004]**	-0.007 [0.003]**	-0.009 [0.004]**	-0.005 [0.004]	-0.006 [0.003]**
Educação da mãe	0.03 [0.009]***	0.026 [0.010]***	0.002 [0.003]	-0.011 [0.004]***	0 [0.003]	0.005 [0.004]	-0.001 [0.004]	0.005 [0.003]
Idade do pai	0.007 [0.004]*	0.006 [0.003]*	0.00 [0.001]	0.002 [0.001]	-0.001 [0.001]	0.00 [0.001]	0.001 [0.001]	0.002 [0.001]**
Idade da mãe	0.01 [0.005]**	0.005 [0.005]	-0.002 [0.002]	0.002 [0.002]	-0.002 [0.002]	-0.008 [0.002]***	-0.011 [0.002]***	-0.006 [0.002]***
Observações	4945	5023	5002	5078	6168	6165	4285	4283

Notas: os erros-padrão robustos são mostrados entre colchetes. Os controles em todas as regressões incluem: idade, sexo, dummies para região, uma dummy para área urbana, número de crianças no domicílio com idade entre 0 e 4 anos, entre 5 e 9 anos e entre 10 e 14 anos, e número total de pessoas no domicílio. Para a POF e a PNAD, também são incluídas dummies para raça.

\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 10%, \*\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 5 %, e \*\*\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 1%

Em comparação com os resultados apresentados na tabela 2, os coeficientes estimados para a renda domiciliar nas regressões com características dos pais e do domicílio como controles são menores em valor absoluto, já que algumas dessas

variáveis, além de influenciarem a saúde das crianças, são correlacionadas com a renda. Ainda assim, a maior parte dos coeficientes para a renda domiciliar na tabela 3 são significativos, indicando que crianças em domicílios mais pobres apresentam, em média, piores condições de saúde do que crianças em domicílios mais ricos.

**Tabela 4: Renda domiciliar per capita e saúde das crianças (Incluindo o peso da criança ao nascer)**

	PNDS							
	z-score da altura	z-score do peso	Anemia	Vitamina A Baixa	Febre	Tosse	Diarréia (3 meses)	Diarréia (2 semanas)
Ln(renda domiciliar per capita)	0.053 [0.031]*	0.094 [0.031]***	-0.022 [0.012]*	-0.01 [0.014]	0.013 [0.009]	-0.001 [0.012]	-0.034 [0.014]**	-0.029 [0.008]***
Peso ao nascer baixo	-0.409 [0.118]***	-0.599 [0.097]***	-0.018 [0.048]	-0.034 [0.051]	0.02 [0.031]	-0.06 [0.040]	0.016 [0.044]	-0.009 [0.025]
Observações	4945	5023	5002	5078	6168	6165	4285	4283
	PNDS							
	z-score da altura	z-score do peso	Anemia	Vitamina A Baixa	Febre	Tosse	Diarréia (3 meses)	Diarréia (2 semanas)
Ln(renda domiciliar per capita)	0.043 [0.032]	0.089 [0.032]***	-0.014 [0.012]	-0.01 [0.014]	0.012 [0.010]	-0.004 [0.012]	-0.033 [0.014]**	-0.025 [0.009]***
Peso ao nascer baixo	-1.052 [0.444]**	-0.959 [0.394]**	0.544 [0.163]***	-0.058 [0.207]	-0.107 [0.131]	-0.266 [0.165]	0.069 [0.144]	0.254 [0.109]**
Ln(renda dom. per capita) x peso ao nascer baixo	0.137 [0.096]	0.076 [0.084]	-0.127 [0.032]***	0.005 [0.044]	0.027 [0.028]	0.044 [0.034]	-0.012 [0.030]	-0.061 [0.026]**
Observações	4945	5023	5002	5078	6168	6165	4285	4283

Notas: os erros-padrão robustos são mostrados entre colchetes. Os controles em todas as regressões incluem: idade, sexo, dummies para região, uma dummy para área urbana, número de crianças no domicílio com idade entre 0 e 4 anos, entre 5 e 9 anos e entre 10 e 14 anos, e número total de pessoas no domicílio, além da idade e da educação dos pais e das mães. Para a POF e a PNAD, também são incluídas dummies para raça.

\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 10%, \*\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 5 %, e \*\*\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 1%

Crianças em domicílios mais pobres podem já ter nascido com saúde pior do que crianças mais ricas. Parte da relação estimada entre renda e saúde pode estar refletindo esse fato. A PNDS oferece informações sobre o peso das crianças ao nascer, conforme a marcação no cartão de nascimento. As regressões da tabela 4 incluem uma *dummy* igual a 1 para crianças que nasceram com menos de 2,5 kg, que é considerado um peso abaixo do normal. Também são mostradas regressões incluindo uma interação entre essa *dummy* e o log da renda domiciliar per capita. Alguns resultados indicam que crianças que nasceram com pouco peso apresentam piores condições de saúde. As regressões na parte inferior da tabela 4 mostram também que esse efeito do baixo peso sobre a saúde é mais acentuado para as crianças mais pobres. Os coeficientes da renda diminuem um

pouco com a inclusão dessas novas variáveis, mas o único caso em que deixa de ser significativo é o do z-score da altura quando as regressões são estimadas usando a variável para crianças com baixo peso no nascimento e a sua interação com a renda.

A saúde das crianças deve ser influenciada também por diversos outros fatores, possivelmente correlacionados com a renda domiciliar, que não foram incluídos na análise até agora. Os resultados apresentados a seguir procuram considerar os efeitos de alguns desses fatores e suas implicações para a relação entre renda domiciliar e saúde infantil.

O comportamento dos pais também deve ser um determinante importante da saúde das crianças. Além disso, pais mais ricos normalmente devem dar mais atenção aos filhos, assim como devem fazer os filhos seguirem hábitos mais saudáveis (Case e Paxson, 2002). A partir dos dados da PNDS, é possível saber se a mãe é fumante ou não. Essa variável pode ser usada como um indicador do comportamento das mães em relação aos seus filhos, embora também possa ter efeito direto sobre a saúde das crianças.

**Tabela 5: Renda domiciliar per capita e saúde das crianças (Incluindo uma dummy para mãe que é fumante)**

	PNDS							
	z-score da altura	z-score do peso	Anemia	Vitamina A Baixa	Febre	Tosse	Diarréia (3 meses)	Diarréia (2 semanas)
Ln(renda domiciliar per capita)	0.061 [0.032]*	0.11 [0.032]***	-0.02 [0.012]*	-0.008 [0.014]	0.014 [0.009]	0.001 [0.012]	-0.032 [0.014]**	-0.027 [0.008]***
Mãe fumante	-0.071 [0.083]	0.094 [0.087]	0.036 [0.026]	0.067 [0.034]**	0.029 [0.025]	0.028 [0.033]	0.096 [0.035]***	0.056 [0.026]**
Observações	4945	5023	5002	5078	6168	6165	4285	4283

Notas: os erros-padrão robustos são mostrados entre colchetes. Os controles em todas as regressões incluem: idade, sexo, dummies para região, uma dummy para área urbana, número de crianças no domicílio com idade entre 0 e 4 anos, entre 5 e 9 anos e entre 10 e 14 anos, e número total de pessoas no domicílio, além da idade e da educação dos pais e das mães. Para a POF e a PNAD, também são incluídas dummies para raça.

\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 10%, \*\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 5 %, e \*\*\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 1%

A tabela 5 mostra os resultados de regressões que incluem, além das variáveis que fazem parte da tabela 3, uma *dummy* igual a 1 quando a mãe é fumante e igual a zero caso contrário. Pode-se notar que o fato da mãe ser fumante está associado a piores condições de saúde das crianças para 3 das 8 medidas utilizadas. Os resultados

referentes ao efeito da renda domiciliar per capita, porém, mudam pouco em relação às evidências apresentadas na tabela 3.

**Tabela 6: Renda domiciliar per capita e saúde das crianças (Incluindo as condições de saúde dos pais)**

	POF		PNAD					
	z-score do peso	z-score da altura	Saúde reportada	Doente de cama	Restri. nas ativ. Diárias	Vômito ou diarreia		
Ln(renda domiciliar per capita)	0.226 [0.049]***	0.270 [0.059]***	-0.100 [0.007]***	-0.004 [0.001]***	-0.004 [0.002]**	-0.002 [0.001]*		
IMC do pai	0.044 [0.007]***	0.029 [0.012]**						
IMC da mãe	0.027 [0.005]***	0.026 [0.008]***						
Saúde do pai muito boa ou boa			-0.52 [0.014]***	-0.021 [0.002]***	-0.034 [0.003]***	-0.007 [0.002]***		
Saúde da mãe muito boa ou boa			-0.383 [0.015]***	-0.012 [0.002]***	-0.019 [0.003]***	-0.003 [0.002]*		
Observações	10923	10923	58322	58327	58327	32102		
	PNDS							
	z-score da altura	z-score do peso	Anemia	Vitamina A Baixa	Febre	Tosse	Diarreia (3 meses)	Diarreia (2 semanas)
Ln(renda domiciliar per capita)	0.06 [0.031]*	0.103 [0.032]***	-0.021 [0.012]*	-0.01 [0.014]	0.014 [0.009]	0.00 [0.012]	-0.034 [0.014]**	-0.029 [0.008]***
IMC da mãe	0.016 [0.004]***	0.041 [0.005]***	0.002 [0.002]	0.003 [0.002]	-0.007 [0.002]***	0.001 [0.002]	-0.001 [0.003]	0.00 [0.002]
Observações	4945	5023	5002	5078	6168	6165	4285	4283

Notas: os erros-padrão robustos são mostrados entre colchetes. Os controles em todas as regressões incluem: idade, sexo, dummies para região, uma dummy para área urbana, número de crianças no domicílio com idade entre 0 e 4 anos, entre 5 e 9 anos e entre 10 e 14 anos, e número total de pessoas no domicílio, além da idade e da educação dos pais e das mães. Para a POF e a PNAD, também são incluídas dummies para raça.

\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 10%, \*\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 5%, e \*\*\* indica que o coeficiente é significativo para o nível de 1%

Como apontam Case et al. (2002), pais em piores condições de saúde podem apresentar maior probabilidade de terem filhos com pior saúde, seja pela maior propensão a certas doenças ou pelo fato de pais doentes não poderem oferecer atenção adequada aos seus filhos<sup>11</sup>. A tabela 6 apresenta regressões que incluem uma variável indicado que pais ou mães têm saúde reportada muito boa ou boa, com os dados da

<sup>11</sup> No entanto, esses mesmos autores também ressaltam que a saúde pode captar efeitos associados à renda no passado ou a erros de medida na renda em regressões usando medidas de saúde como variável dependente.



PNAD. Já com os dados da POF e da PNDS, a saúde dos pais é representada pelo Índice de Massa Corporal (IMC)<sup>12</sup>. No caso da PNDS, apenas da mãe, pois essa variável não está disponível para os pais.

De acordo com os resultados da POF e da PNDS, a saúde das crianças é melhor, em média, quando os pais têm IMC mais alto ou saúde reportada muito boa ou boa. Para a PNDS, os resultados estimados para algumas medidas também mostram uma associação positiva entre o IMC das mães e a saúde dos filhos. Com relação aos efeitos da renda domiciliar sobre a saúde das crianças, os coeficientes são menores em valor absoluto em relação aos reportados na tabela 3. No entanto, os coeficientes significativamente diferentes de zero para o logaritmo da renda domiciliar per capita na tabela 3 continuam sendo significativos na tabela 6.

## 5 CONCLUSÃO

Diversos estudos na literatura têm mostrado que a renda é um importante determinante da saúde infantil. Mesmo em países com oferta gratuita de serviços de saúde para a população, como é o caso do Brasil. Procuramos mensurar, nesse artigo, o quanto que a renda domiciliar per capita influencia as condições de saúde das crianças no Brasil. Essa análise é feita usando dados de três diferentes pesquisas com representatividade nacional, a POF, a PNAD e a PNDS, e levando em conta uma série de fatores que podem influenciar simultaneamente a saúde das crianças e a renda domiciliar, como a educação dos pais, o peso da criança ao nascer, que pode ser usado como indicador da sua condição de saúde inicial, e variáveis para captar o comportamento e as condições de saúde dos pais..

De acordo com os resultados estimados, crianças em domicílios mais pobres têm, em média, condições de saúde piores do que crianças mais ricas. Crianças mais pobres tendem a apresentar menor altura, menor peso, saúde reportada pior, assim como maiores incidências de dias doente de cama, de restrições nas atividades diárias e de vômito ou diarreia. Além disso, também existe evidência de que crianças mais pobres têm probabilidade maior de apresentarem anemia.

---

<sup>12</sup> Case et al. (2002) utilizam o IMC como medida de comportamento dos pais, e mostram que pais obesos, com valor elevado para o IMC, têm filhos com pior saúde.

De acordo com os resultados, portanto, as disparidades de renda no Brasil se refletem em diferenças entre as condições de saúde de crianças pobres e ricas, mesmo quando outras características são levadas em consideração, como o comportamento dos pais e seus níveis de educação e saúde. Também mostramos evidências de que baixo peso ao nascer tende a afetar a saúde infantil, mas somente entre aqueles vivendo com níveis mais baixos de renda. Adicionalmente, é importante destacar que mesmo com a oferta de serviços de saúde pelo SUS (Sistema Único de Saúde), a renda domiciliar se mostra um determinante importante da saúde infantil.

Os resultados apresentados nesse artigo podem ter implicações importantes no longo prazo, pois a pobreza durante a infância pode influenciar o futuro das crianças e possivelmente até as suas gerações futuras. Crianças menos saudáveis tendem a ter pior desempenho escolar e, dessa forma, a se tornarem futuramente trabalhadores menos qualificados. A desvantagem no mercado de trabalho para essas crianças pode ser ampliada ainda mais, já que piores condições de saúde na infância podem persistir ou até se intensificarem na vida adulta. Adultos com pior saúde também tendem a ser menos produtivos e, portanto, menos capazes de auferir renda no mercado de trabalho. Sendo assim, a precariedade de saúde por insuficiência de renda na infância pode ser um importante transmissor intergeracional de desigualdade de renda e contribuir para a persistência da pobreza.

### Referências

- Barros, R., M. Carvalho, S. Franco e R. Mendonça (2007a). “A importância da queda recente da desigualdade para a pobreza”. In Barros, R., M. Foguel and G. Ulyssea (Org.). *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Barros, R., S. Cury e G. Ulyssea (2007b). “A desigualdade de renda no Brasil encontra-se subestimada? Uma análise comparativa usando PNAD, POF e Contas Nacionais”. In Barros, R., M. Foguel and G. Ulyssea (Org.). *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Barros, R. (2007). “Infância e Pobreza no Brasil”. Mimeo.
- Case, A. and C. Paxson (2002).”Parental Behavior and child health”. *Health Affairs*, 2(2).
- Case, A. and A. Deaton (2005). “Health and wealth among the poor: India and South Africa compared”. *American Economic Review papers and proceedings*, vol. 95(2).
- Case, A., A. Fertig, and C. Paxson (2005).”The lasting impact of childhood health and circumstance”. *Journal of Health Economics*, v. 24.
- Case, A., D. Lee and C. Paxson (2007).”The income gradient in children’s health: a comment on Currie, Shields and Price”. NBER working paper # 13495.
- Case, A., Lubotsky, D. and C. Paxson (2002). “Economic status and health in childhood: the origins of the gradient”. *American Economic Review*, vol. 92(5).
- Case, A. and C. Paxson (2006). “Stature and status: Height, ability, and labor market outcomes”. *Journal of Political Economy* 116(3).
- Currie, J. and M. Stabile (2003).”Socioeconomic status and health: why is the relationship stronger for older children?”. *American Economic Review*, vol. 93 (5).
- Currie, J. (2008).” Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood, and Human Capital Development”. NBER working paper # 13987.
- Currie, A., Shields, M. and S. Price (2007).”The child health/family income gradient: evidence from England. *Journal of health Economics*, vol. 26(1).
- Duflo, E. (2000). “Grandmothers and Granddaughters: Old Age Pension and Intra-Household Allocation in South Africa.” NBER Working Paper # 8061.

- Fogel, R. (1994). “Economic Growth, Population Theory and Physiology: the bearing of long-term Processes on the Making of Economic Policy”. *American Economic Review*, vol. 84: 369-95.
- Fogel, R. (1997). “New Findings on the Secular Trends in Nutrition and Mortality: Some Implications for Population Theory”, in M. Rosenzweig and O. Stark, Eds., *Handbook of Population and Family Economics*, vol. 1A, Amsterdam. Elsevier.
- Hoffman, R. (1998). “Pobreza e Desnutrição das Crianças no Brasil: Diferenças Regionais e entre Áreas Urbanas e Rurais”. *Economia Aplicada*, vol. 2 (2).
- Idler, E. and Y. Benyamini (1997). “Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38 (1)..
- Machado, Danielle (2007). “Efeitos da saúde na idade de entrada à escola”. Série Seminários, IPEA.
- Preston, S. (1975). “The changing Relation Between Mortality and the Level of Economic Development”. *Population Studies* 29: 231:48.
- Pritchett , L. and L. Summers (1996). ”Wealthier is Healthier”. *Journal of Human Resources* 31:841: 68.
- Smith, James (1999). “Healthy Bodies and Thick Wallets: the Dual Relation Between Health and Economic Status”. *Journal of Economic Perspectives*, vol. 13 (2).
- Ware, J., Davies-Avery, A. and C. Donald (1978). “General health perceptions”. R-1987/5 HEW, RAND. Santa Monica, California.
- WHO, Working Group (1986) “Use and Interpretation of Anthropometric Indicators of Nutritional Status.” *Bulletin of the World Health Organization*, 64(6), pp. 929 – 941.
- WHO (2001).”Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control – a guide for program managers”. World Health Organization.

**Lista de Textos para Discussão da Faculdade de Economia da Universidade Federal Fluminense:**

A partir do número 169 os textos estão disponíveis online (<http://www.uff.br/econ/>) , no formato PDF.

<b>TD 117</b>	Deflação, depressão e recuperação econômica: uma abordagem keynesiana. <i>João Sicsú &amp; Helder Ferreira de Mendonça</i>
<b>TD 118</b>	Possibilidades de análise da conjuntura mundial <i>Theotônio dos Santos</i>
<b>TD 119</b>	Globalização e mundialização do capital: o estágio atual do capitalismo contemporâneo nas visões de Chesnais e Minsky <i>Victor Hugo Klagsbrunn</i>
<b>TD 120</b>	O Mercado como Teoria da Sociedade: o radicalismo filosófico de Adam Smith <i>Angela Ganem</i>
<b>TD 121</b>	Hayek's Social Philosophy: the evolutionary versus the evolutionist <i>célia de Andrade Lessa Kertenetzky</i>
<b>TD 122</b>	Legitimate inequalities: towards a complex-egalitarianism <i>Célia de Andrade Lessa Kertenetzky</i>
<b>TD 123</b>	Déficit Fiscal no Brasil: uma análise do seu comportamento no período Pós-Real <i>Helder Ferreira de Mendonça</i>
<b>TD 124</b>	A Defesa do mercado no Brasil: o pensamento apologético de Roberto Campos <i>Angela Ganem</i>
<b>TD 125</b>	Eficiência, objetivo e coordenação da política macroeconômica no período 1974-79 <i>João Sicsú</i>
<b>TD 126</b>	A Utilização de mercados de licenças de emissão para o controle do efeito estufa e os custos de transação <i>Maria Bernadete Sarmiento Gutierrez &amp; Mário Jorge Cardoso de Mendonça</i>
<b>TD 127</b>	Reforma agrária e globalização da economia: o caso do Brasil <i>Carlos E. Guanzioli</i>
<b>TD 128</b>	Matemática e aplicações <i>Renata R.Del-Vecchio &amp; Rosa Maria Nader D. Rodrigues</i>
<b>TD 129</b>	O Conceito de normalidade econômica Marshalliano e o discricionarismo monetário de Keynes <i>João Sicsú</i>
<b>TD 130</b>	Qual o valor do Auto-Interesse? <i>Célia de Andrade Lessa Kertenetzky</i>
<b>TD 131</b>	A Teoria da Independência do Banco Central: uma interpretação crítica <i>Helder Ferreira de Mendonça</i>
<b>TD 132</b>	Dilema da Sociedade Salarial: realismo ou ceticismo instrumental <i>Mário Duayer</i>
<b>TD 133</b>	O Desemprego no Feminino <i>Hildete Pereira de Melo</i>
<b>TD 134</b>	A Teoria e o Método do Espelho da História <i>Angela Ganem</i>
<b>TD 135</b>	A Mensuração da Independência do Banco do Brasil <i>Helder Ferreira de Mendonça</i>
<b>TD 136</b>	Economia e Filosofia: tensão e solução na obra de Adam Smith <i>Angela Ganem</i>
<b>TD 137</b>	Inveja Igualitária <i>Célia de Andrade Lessa Kerstenetzky</i>
<b>TD 138</b>	Dedutivismo e "Teoria Econômica" <i>André Guimarães Augusto</i>

<b>TD 139</b>	A Economia Política da Privatização <i>Ruth Helena Dweck</i>
<b>TD 140</b>	O Trabalho Feminino no Mundo Rural <i>Hildete Pereira de Melo</i>
<b>TD 141</b>	Marx, Sraffa e a "Nova" Solução para o problema da Transformação <i>Marcelo José Braga Nonnenberg</i>
<b>TD 142</b>	Credible Monetary Policy: A Post Keynesian Approach <i>João Sicsú</i>
<b>TD 143</b>	Série de Pagamentos Lineares Convergentes: uma abordagem didática <i>Antônio da Costa Dantas Neto</i>
<b>TD 144</b>	Metas de Inflação: Uma análise preliminar para o caso brasileiro <i>Helder Ferreira de Mendonça</i>
<b>TD 145</b>	Teoria e Evidências do Regime de Metas Inflacionárias: Algumas observações críticas preliminares <i>João Sicsú</i>
<b>TD 146</b>	Regimes Monetários e a Busca da Estabilidade de Preços: O uso de metas para a taxa de câmbio, agrgados monetários e inflação <i>Helder Ferreira de Mendonça</i>
<b>TD 147</b>	As Atividades de P&D e o Sistema Financeiro: o papel de uma Agência Especial de Seguros de empréstimos no Brasil <i>João Sicsú &amp; Eduardo da Motta Albuquerque</i>
<b>TD 148</b>	Equilíbrio em Contratos Indexados: uma abordagem didática <i>Antônio da Costa Dantas Neto</i>
<b>TD 149</b>	Adam Smith e a Questão Distributiva: Uma breve resenha da literatura <i>Rodrigo Mendes Gandra</i>
<b>TD 150</b>	Restrição Externa, Padrões de Especialização e Crescimento Econômico <i>Luiz Daniel Willcox de Souza</i>
<b>TD 151</b>	Do Choque Heterodoxo à Moeda Indexada: concepções teóricas para se eliminar alta inflação crônica brasileira. <i>Rodrigo Mendes Gandra</i>
<b>TD 152</b>	A Inconsistência Temporal, o Viés Inflacionário e a Tese da Independência do Banco Central <i>André de Melo Modenesi</i>
<b>TD 153</b>	Breve História do Juro: Uma abordagem dissertativa Instrumental de Finanças <i>Antônio da Costa Dantas Neto</i>
<b>TD 154</b>	O Dinheiro e as Formas Monetárias <i>André Guimarães Augusto</i>
<b>TD 155</b>	A Teoria da credibilidade da política monetária: desdobramento do debate regras versus discricção <i>Helder Ferreira de Mendonça</i>
<b>TD 156</b>	Accumulation Regimes, Macroeconomic Structure and Capacity Utilization: a reconsideration of the relation between income distribution and economic growth in post keynesian models <i>José Luís Oreiro</i>
<b>TD 157</b>	O Seguro Desemprego é ainda uma Boa Idéia: o caso brasileiro <i>Hildete Pereira de Melo &amp; Lena Lavinas</i>
<b>TD 158</b>	A teoria do Capital Humano, as Teorias da Segmentação e a Literatura Institucionalista: proposições de políticas públicas e implicações sobre a distribuição de renda <i>Leonardo M. Muls</i>
<b>TD 159</b>	Bolhas Racionais, Ciclo de Preços de Ativos e Racionalidade Limitada: uma avaliação crítica dos modelos neoclássicos de bolhas especulativas <i>José Luís Oreiro</i>

<b>TD 160</b>	A Independência do Banco Central e Coordenação de Políticas <i>Hélder Ferreira de Mendonça</i>
<b>TD 161</b>	O Federalismo Norte-Americano: a “Era Reagan” e suas consequências <i>Ruth Helena Dweck</i>
<b>TD 162</b>	Moeda Única: teoria e reflexão para o caso do Mercosul <i>Helder Ferreira de Mendonça &amp; Anabel da Silva</i>
<b>TD 163</b>	Plano Real: da âncora monetária à âncora cambial <i>André de Melo Modenesi</i>
<b>TD 164</b>	Micronegócios Urbanos Numa Perspectiva de Gênero <i>Hildete Pereira de Melo &amp; Alberto Di Sabbato</i>
<b>TD 165</b>	Acumulação de Capital, Utilização da Capacidade Produtiva e Inflação: Uma análise a partir de um modelo pós-keynesiano não-linear <i>José Luís Oreiro &amp; Victor Leonardo de Araújo</i>
<b>TD 166</b>	Testing for Adverse Selection in the Brazilian Health Plan Market <i>Alexey T.S. Wanick &amp; Marcelo Resende</i>
<b>TD 167</b>	Teoria fiscal da determinação do nível de preços: uma resenha <i>Helder Ferreira de Mendonça</i>
<b>TD 168</b>	Faculdade da Economia da UFF – 60 anos de história <i>Hildete Pereira de Melo</i>
<b>TD 169</b>	Linha de pobreza: um olhar feminino <i>Hildete Pereira de Mello</i>
<b>TD 170</b>	Interactive Individualism: an essay on Hayek's methodological individualism <i>Celia Lessa Kerstenetzky</i>
<b>TD 171</b>	Globalização tecnológica das EMN: efeitos sobre a especialização e convergência de países catch-up na América Latina <i>Ana Urraca Ruiz</i>
<b>TD 172</b>	O PROER no centro de reestruturação bancária brasileira dos anos noventa <i>Carlos Augusto Vidotto</i>
<b>TD 173</b>	Metodologia para a recuperação do PIB trimestral utilizando modelos univariados e multivariados em espaço de estado com valores omissos, benchmarking, variáveis explicativas e heterocedasticidade <i>Luiz Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 174</b>	Estoque e Produtividade de Capital Fixo - Brasil, 1940-2004 <i>Lucilene Morandi</i>
<b>TD 175</b>	Desigualdade intra-grupos educacionais e crescimento: um tema emergente <i>Ana Czeresnia Costa e Celia Lessa Kerstenetzky</i>
<b>TD 176</b>	Intra-industry trade with emergent countries: What we can learn from Spanish data? <i>Juliette M. Baleix e Ana I. Moro-Egido</i>
<b>TD 177</b>	Os afazeres domésticos contam <i>Hildete Pereira de Melo, Claudio Monteiro Considera e Alberto Di Sabbato</i>
<b>TD 178</b>	Uma breve história da defesa da concorrência <i>Claudio Monteiro Considera</i>
<b>TD 179</b>	Em Direção as Metas de Desenvolvimento do Milênio: uma análise regional <i>Rosane Mendonça</i>
<b>TD 180</b>	Políticas Sociais: focalização ou universalização? <i>Celia Lessa Kerstenetzky</i>
<b>TD 181</b>	A Importância de Evidências Econômicas para a Investigação de Cartéis - A Experiência Brasileira <i>Claudio Monteiro Considera e Gustavo F. de Seixas Duarte</i>
<b>TD 182</b>	Federalismo Fiscal – Experiências Distintas: Estados Unidos e Brasil <i>Ruth Helena Dweck</i>
<b>TD 183</b>	Uma avaliação dos custos e benefícios da educação pré-escolar no Brasil <i>Ricardo Barros e Rosane Mendonça</i>

<b>TD 184</b>	Progresso e pobreza na Economia Política Clássica <i>Celia Lessa Kerstenetzky</i>
<b>TD 185</b>	Padrões de consumo, energia e meio ambiente <i>Claude Cohen</i>
<b>TD 186</b>	Agronegócio no Brasil: perspectivas e limitações <i>Carlos Enrique Guanzioli</i>
<b>TD 187</b>	The Monetary Transmission Mechanism in Brazil: Evidence from a VAR Analysis <i>Viviane Luporini</i>
<b>TD 188</b>	Experiências de desenvolvimento territorial rural no Brasil <i>Carlos Enrique Guanzioli</i>
<b>TD 189</b>	Conceitos de sustentabilidade fiscal <i>Viviane Luporini</i>
<b>TD 190</b>	Regulation school and contemporary heterodoxies <i>André Guimarães Augusto</i>
<b>TD 191</b>	Micro and macro relations in a monetary production economy <i>Carmem Feijó</i>
<b>TD 192</b>	Education and equality: a post-Rawlsian note <i>Celia Lessa Kesrtenetsky</i>
<b>TD 193</b>	Potential growth and structural changes: An analysis of the European case <i>Mario Amendola, Bernhard Böhm, Jean-Luc Gaffard, Lionel Nesta, Lionello F. Punzo, Francesco Saraceno</i>
<b>TD 194</b>	Uma análise das principais causas da queda recente na desigualdade de renda brasileira <i>Ricardo Barros, Mirela de Carvalho, Samuel Franco e Rosane Mendonça</i>
<b>TD 195</b>	Fiscal federalism as a political instrument – distinct experiences: United States of America and Brazil <i>Ruth Helena Dweck</i>
<b>TD 196</b>	Atividade Monetária entre 1964 e o Início de 1986 <i>Luiz Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 197</b>	Expectativas, Déficit, Senhoriagem e Inflação <i>Luiz Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 198</b>	La inversión directa de España en Brasil y América Latina <i>Ángeles Sánchez Díez</i>
<b>TD 199</b>	Exogeneity of Money Supply in Brazil from 1966 to 1985: Full Version <i>Luiz Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 200</b>	Dinâmica da Inflação no Brasil, 1960-2005. <i>Luiz Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 201</b>	Demanda por Moeda, Senhoriagem e Megainflação. <i>Luiz Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 202</b>	Metodologia para a periodização endógena da taxa de inflação no Brasil e aproximação de seus modelos ARIMA, 1960 a 2005. <i>Luiz Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 203</b>	La libertà di scelta nella sfera produttiva: l'impresa capitalistica e l'impresa autogestita. <i>Ernesto Screpanti</i>
<b>TD 204</b>	Notas Sobre a Produtividade Industrial <i>Carmem Aparecida Feijó e Paulo Gonzaga M. de Carvalho</i>
<b>TD 205</b>	Influência dos Processos Interativos no Desempenho Inovativo de Empresas Inseridas em Aglomerações Produtivas Intensivas em Conhecimento <i>Fabio Stallivieri, Marcelo Matos e Gustavo José Guimarães e Souza</i>
<b>TD 206</b>	Da Estruturação ao Equilíbrio Fiscal: uma análise das finanças públicas estaduais no governo FHC <i>Ana Paula Mawad e Viviane Luporini</i>
<b>TD 207</b>	Desenvolvimento Financeiro e Desigualdade de Renda: evidências para o caso brasileiro <i>Camille Bendahan Bemerguy e Viviane Luporini</i>



<b>TD 208</b>	Instabilidade Internacional e Hegemonia: notas sobre a evolução do Sistema Monetário Internacional <i>Mario Rubens de Mello Neto e Victor Leonardo de Araújo</i>
<b>TD 209</b>	Apontamentos para uma Teoria da Corrupção: uma visão a partir da Sociologia Econômica <i>Ralph Miguel Zerkowski</i>
<b>TD 210</b>	Filosofia da ciência e metodologia econômica: do positivismo lógico ao realismo crítico <i>Carolina Miranda Cavalcante</i>
<b>TD 211</b>	Imigrantes portugueses no Brasil a partir dos recenseamentos populacionais do século XX: um estudo exploratório <i>Hildete Pereira de Melo e Teresa Cristina Novaes Marques</i>
<b>TD 212</b>	Conteúdo de trabalho feminino no comércio exterior brasileiro <i>Marta dos Reis Castilho</i>
<b>TD 213</b>	Regulação ou Cooptação? A Ação do Ministério da Agricultura e Pecuária (MAPA) através das Câmaras Setoriais e Temáticas da Agricultura entre 2002 e 2006 <i>Carlos E. Guanzioli, Marco B. Ortega e Carlos Américo Basco</i>
<b>TD 214</b>	Reputação e Transparência da Autoridade Monetária e Comportamento da Firma Bancária <i>Gabriel Caldas Montes</i>
<b>TD 215</b>	Trabalho reprodutivo no Brasil: quem faz? <i>Hildete Pereira de Melo e Marta dos Reis Castilho</i>
<b>TD 216</b>	Metodologia de estimação do PIB trimestral utilizando procedimentos de cointegração e filtros de Kalman <i>Luis Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 217</b>	An Approach for Testing Money Supply Exogeneity in Brazil Mixing Kalman Filter and Cointegration Procedures <i>Luis Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 218</b>	Avaliação do Impacto da Alfabetização de Adultos sobre o Desenvolvimento Humano: Uma análise com dados secundários <i>João Pedro Azevedo, Gabriel Ulyssea, Rosane Mendonça e Samuel Franco</i>
<b>TD 219</b>	Impacto da Discriminação e segmentação do mercado de trabalho e desigualdade de renda no Brasil <i>Ricardo Barros, Samuel Franco e Rosane Mendonça</i>
<b>TD 220</b>	A recente queda na desigualdade de renda e o acelerado progresso educacional brasileiro na última década <i>Ricardo Barros, Samuel Franco e Rosane Mendonça</i>
<b>TD 221</b>	Efeitos da saúde na idade de entrada à escola <i>Danielle Carusi Machado</i>
<b>TD 222</b>	O papel do instituto da patente no desempenho da indústria farmacêutica <i>Samuel de Abreu Pessôa, Claudio Monteiro Considera e Mário Ramos Ribeiro</i>
<b>TD 223</b>	Pobreza como privação de liberdade: o caso da favela do Vidigal no Rio de Janeiro <i>Larissa Santos e Celia Lessa Kerstenetzky</i>
<b>TD 224</b>	Confusões em torno da noção de público: o caso da educação superior (provida por quem, para quem?) <i>Ricardo Barros et al.</i>
<b>TD 225</b>	Gastos públicos: investimentos em infra-estrutura no período pós-privatização <i>Artur Faria dos Reis</i>
<b>TD 226</b>	Legislação trabalhista agrícola e pobreza no Brasil: uma abordagem de custos de transação <i>Gervásio Castro de Rezende e Ana Cecília Kreter</i>
<b>TD 227</b>	Estimation of Brazilian Quartely GDP with cointegration methods and benchmarking processes by state space model <i>Luis Fernando Cerqueira</i>

<b>TD 228</b>	Dinâmica da Inflação no Brasil, 1960-2005 - uma sinopse <i>Luiz Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 229</b>	Moeda, Inércia, Conflito, o Fisco e a Inflação: Teoria e Retórica dos Economistas da PUC-RJ <i>Carlos Pinkusfeld Bastos e Mario Rubens de Mello Neto</i>
<b>TD 230</b>	Economia Popular, Desenvolvimento Local e Cooperação: o caso da ENDA Brasil. <i>Hildete Pereira de Melo e Sônia Maria de Carvalho</i>
<b>TD 231</b>	A economia informal metropolitana: um estudo baseado na ECINF/IBGE. <i>Hildete Pereira de Melo e Leonardo Siqueira Vasconcelos</i>
<b>TD 232</b>	A industrialização brasileira nos anos 1950: uma análise da Instrução 113 da SUMOC <i>Ana Claudia Caputo e Hildete Pereira de Melo</i>
<b>TD 233</b>	Desenvolvimento Territorial rural no Brasil: uma polêmica <i>Carlos Enrique Guanzioli</i>
<b>TD 234</b>	Parametric Bootstrap for Unit Root Testing - Brazilian Evidence <i>Luiz Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 235</b>	Um Aspecto da Subocupação por Insuficiência de Horas Trabalhadas: a análise do desejo de trabalhar horas adicionais <i>Danielle Carusi Machado e Ana Flávia Machado</i>
<b>TD 236</b>	Atributos escolares e o desempenho dos estudantes: uma análise em painel dos dados do SAEB <i>Roberta Loboda Biondi e Fabiana de Felício</i>
<b>TD 237</b>	Comportamento do mark up na indústria brasileira nos anos 1990: evidências empíricas <i>Carmem Aparecida Feijó e Luiz Fernando Cerqueira</i>
<b>TD 238</b>	A importância das cotas para a focalização do Programa Bolsa Família. <i>Ricardo Paes de Barros, Mirela de Carvalho, Samuel Franco e Rosane Mendonça</i>
<b>TD 239</b>	Sustainable tourism: basic income for poor communities. <i>Celia Lessa Kerstenetzky e Lionello F. Punzo</i>
<b>TD 240</b>	Development and Redistribution: The Case of the Bolsa Familia Program in Brazil. <i>Celia Lessa Kerstenetzky</i>
<b>TD 241</b>	Ajustamento nos Mercados de Fatores, Raiz Unitária e Histerese na Economia Americana <i>Julia de Medeiros Braga</i>
<b>TD 242</b>	Microcrédito: por que os bancos privados não bancam? <i>Vinícius Pimentel e Celia Lessa Kerstenetzky</i>
<b>TD 243</b>	O Impacto da Renda Domiciliar Per Capita sobre a Saúde Infantil no Brasil <i>Maurício Reis e Anna Crespo</i>

