

Cadernos de Saúde Pública

Print ISSN 0102-311X

Cad. Saúde Pública vol.13 n.2 Rio de Janeiro Apr./June 1997

doi: 10.1590/S0102-311X1997000200024

OPINIÃO OPINION

Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate

Equity in the Brazilian Health Care System: a contribution for debate

Claudia Travassos¹

¹Departamento de Informações em Saúde, Centro de Informação Científico-Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil 4365, Rio de Janeiro, RJ 21045-900, Brasil.

Abstract *In this article it is discussed some relevant issues in regard to inequalities in the consumption of health care services and the construction of more equitable health care system in Brazil. The concept of inequalities in health is distinguished from the concept of inequalities in the consumption of health care services. It is argued that the geographical dimension of health care service consumption differs from the social dimension. This implies that a better distribution of financial resources between geographical regions acts at the level of regional inequalities but might not have a positive impact on existing social inequalities. A more equitable system depends on a greater participation on the financing of the system of the richer people. It depends on the solidarity of the different social groups in society. The present situation of great scarcity of financial resources calls for a definition of priorities. Nonetheless, it is argued that the establishment of priorities in the availability of health care services is an ethical approach only if it is assumed to be a transient strategy directed to the construction of a system based in universal access for all those in need.*

Key words *Equity; Health Care Service Consumption; Financing of Health Care Services; Health System*

Resumo *Neste artigo, destacam-se pontos relevantes sobre a questão das desigualdades no consumo de serviços de saúde e colocam-se em discussão alguns de seus determinantes e algumas questões para a construção, no País, de um sistema de saúde socialmente mais justo. Aponta-se a importância de se distinguir o conceito de equidade em saúde do conceito de equidade no consumo de serviços de saúde. A desigualdade geográfica é apresentada como uma das dimensões da desigualdade no consumo de serviços de saúde, distinta da dimensão social. Políticas de alocação de recursos financeiros entre níveis de governo atuam no campo das desigualdades geográficas, mas podem ser insuficientes para alterar as desigualdades sociais no uso de serviços de saúde. A criação de um sistema de traço igualitário vai depender de uma maior contribuição ao financiamento do sistema dos indivíduos de maior poder aquisitivo. Ao princípio de igualdade tem-se que associar o princípio de solidariedade. A atual situação de insuficiência de recursos financeiros exige que sejam definidas prioridades. Entretanto, a definição de prioridades na disponibilidade de serviços de saúde só é eticamente aceitável enquanto estratégia de transição para uma situação de universalidade do acesso com base em necessidades.*

Palavras-chave *Equidade; Consumo de Serviços de Saúde; Financiamento; Sistema de Saúde*

Introdução

Neste texto, busco debater aspectos relativos à equidade no uso de serviços de saúde. Equidade é um princípio de justiça social. As injustiças sociais refletem a existência de estratificação da sociedade, que se caracteriza pelo fato de os indivíduos, inseridos em relações sociais, terem chances diferenciadas de realizar seus interesses materiais (Wright, 1989:281). Tal estratificação tem como base relações sociais que determinam os processos por meio dos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos.

No campo sanitário, é importante distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde. Tal distinção parece-me importante, pois os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem daqueles das desigualdades no consumo

de serviços de saúde. As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer.

O uso de serviços de saúde pode impactar positivamente a saúde das populações, prevenindo a ocorrência e, mesmo, erradicando algumas doenças (por exemplo, doenças imunopreveníveis); reduzindo a mortalidade por causas específicas e aumentando as taxas de sobrevivência (por exemplo, tratamentos para alguns tipos de câncer). Além disso, os serviços de saúde devem desempenhar um papel relevante no aumento do conforto e na diminuição do sofrimento, em particular da dor, entre os pacientes. Entretanto, ainda se tem pouca informação, cientificamente validada, sobre a eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos atualmente disponíveis (Brook, 1991). Por outro lado, a utilização de serviços de saúde também pode ter impacto negativo sobre esta devido à baixa qualidade dos cuidados prestados, prestação de serviços desnecessários e uso de procedimentos ineficazes e/ou potencialmente perigosos.

A saúde apresenta forte gradiente social, que tende a ser desfavorável aos indivíduos pertencentes aos grupos menos favorecidos. A força dos fatores sociais na determinação de variações nas chances, experimentada por indivíduos socialmente distintos, de viver uma vida mais sadia e de prolongar sua sobrevivência pode ser evidenciada de várias formas.

Variações nas taxas de mortalidade demonstram que, na maioria das causas de morte, há um gradiente social no morrer. Isto é, essas taxas tendem a aumentar na medida em que as condições sociais pioram. Por outro lado, a existência de gradiente social no morrer parece manter-se ao longo do tempo, apesar da ocorrência de melhoria na renda média, como observado na Inglaterra entre 1930 e 1970 (Townsend & Davidson, 1990). Esse padrão, que resiste no tempo e que se reproduz em doenças com etiologias muito variadas, indica a importância de as relações entre condições sociais e o adoecer e morrer serem mais bem conhecidas.

O gradiente social no morrer reproduz-se em diferentes países independentemente de seu sistema de saúde. Mesmo nos países com sistema de saúde claramente definido por princípios igualitários, como é o caso da Suécia, as taxas de mortalidade variam entre os grupos sociais. Claro está que esse gradiente, isto é, as diferenças existentes no volume de mortes produzido entre os grupos sociais, é menos marcante em países como a Suécia do que em países como o Brasil e até mesmo os EUA, que têm sistemas de saúde plurais e com acesso bastante desigual.

Estudo comparativo (Van Doorslaer et al., 1993) sobre padrão de equidade em saúde realizado recentemente com financiamento da Comunidade Européia, envolvendo nove nações européias e os Estados Unidos, observou, em todos os países analisados, que a morbidade estava desproporcionalmente distribuída, concentrando-se naqueles indivíduos mais pobres.

Em análise (Travassos et al., 1995) realizada recentemente, tendo como base os dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - PNSN de 1989, observou-se que a taxa de

morbidade referida no Brasil para a população urbana tendeu a aumentar inversamente à renda familiar *per capita*. Esse padrão reproduziu-se em todas as macrorregiões do País.

Estudos evidenciam, também, que os socialmente menos privilegiados tendem a adoecer mais precocemente. Por exemplo, algumas doenças crônico-degenerativas tendem a desenvolver-se nos grupos socialmente menos privilegiados até trinta anos antes de seu surgimento nos indivíduos dos grupos no topo da pirâmide social (House et al., 1990). Estudo realizado com pacientes admitidos por doenças cardiovasculares em hospitais de Ribeirão Preto, SP, observou variação na idade de admissão em todos os grupos sociais classificados segundo categoria de pagamento (gratuito, Inamps, privado). Os pacientes admitidos gratuitamente eram mais moços em comparação com os de outros grupos de pagamento, sugerindo diferenças na idade de surgimento de doenças cardiovasculares graves. Além do mais, a idade média dos pacientes que faleceram no hospital foi 12 anos menor para os pacientes gratuitos comparativamente aos pacientes privados (Yaslle-Rocha et al., 1989).

Sabe-se há muito que existe forte correlação positiva entre indicadores sanitários e renda *per capita*. Isto é, o aumento da renda *per capita* tende a ser acompanhado de melhoria dos indicadores sanitários. Entretanto, o efeito da renda *per capita* na saúde tende a diminuir à medida que a renda ultrapassa determinado valor, pois o crescimento da renda tem maior impacto na saúde de populações mais pobres, já que possibilita a aquisição dos bens básicos, como comida e moradia. O nível educacional e, no caso de crianças, o nível educacional da mãe são, também, fatores reconhecidamente associados à saúde.

Já nos países desenvolvidos, estudos recentes demonstram que a melhoria na distribuição de renda está fortemente associada ao aumento da expectativa de vida ao nascer (Wilkinson, 1992). Por exemplo, o Japão e o Reino Unido apresentavam distribuição de renda e expectativa de vida ao nascer semelhantes em 1970. Atualmente, o Japão detém a maior expectativa de vida ao nascer do mundo e distribuição de renda bastante igualitária. Já no Reino Unido, onde as desigualdades sociais aumentaram marcadamente ao longo do governo conservador de caráter neoliberal, a expectativa de vida é hoje cerca de três anos menor do que no Japão (World Bank, 1993).

Evans (1994), em recente publicação, sugere algumas questões instigantes. Baseado em estudos prévios, aponta que é incorreta a interpretação mais corriqueira de atribuir-se à correlação entre condições sociais e saúde a existência de indivíduos em situação de pobreza, privados das condições materiais básicas necessárias à boa saúde. Sem desconsiderar que pobreza está associada com precárias condições de saúde, chama atenção para o fato de que a associação entre condições sociais e saúde mantém-se para todo o *spectrum* das desigualdades sociais. Desigualdades no adoecer e morrer parecem reproduzir a complexidade da estrutura social, apresentando desvantagens gradativas que tendem a refletir os diferentes níveis nas relações de subordinação e exploração.

A influência do social no adoecer resulta no fato de os grupos sociais apresentarem demanda diferenciada aos serviços de saúde diferenciada, em termos de volume e tipo de problema. Essas diferenças precisam ser consideradas na programação da oferta de serviços quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime.

Não existe uma teoria de equidade consensualmente aceita da qual se possam retirar critérios operacionais. Estes serão sempre reflexo dos valores predominantes em cada sociedade e em cada momento histórico. Diferentes teorias normativas sobre equidade apontam para diferentes formas de organização dos sistemas de saúde. Assim, a formulação de políticas de saúde voltadas para equidade exige a definição desse princípio. No caso da Constituição brasileira, equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde.

Em geral, o princípio de igualdade de acesso tem sido operacionalmente tratado, pela maioria dos países, como igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais, ou como igualdade de tratamento para necessidades iguais (Van Doorslaer et al., 1993). Isto é, indivíduos portadores de um mesmo problema de saúde, independentemente de sua condição social e econômica, devem ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e receber cuidados médicos adequados. Essa abordagem refere-se ao que se convencionou denominar equidade horizontal, entendida aqui como equidade intra-necessidades (Jardanovisk & Guimarães, 1993).

A teoria igualitária presente na Constituição brasileira implicaria a existência de um sistema com forte participação do setor público, em que os serviços de saúde devem ser distribuídos segundo o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado segundo as possibilidades de cada um. Isto é, devem contribuir mais para o financiamento do sistema aqueles que ganham mais.

Já nas teorias liberais, o envolvimento do Estado deve ser pequeno e limitado à provisão de um pacote mínimo de cuidados aos pobres. Pode-se incluir nessa abordagem a proposta do Banco Mundial (World Bank, 1993) para os países subdesenvolvidos apresentada no documento *Investir em Saúde*, segundo o qual o Estado deve financiar apenas um conjunto de serviços básicos, que vem sendo denominado como cesta básica.

Os países europeus apresentam uma tradição de sistemas de saúde com forte orientação igualitária, enquanto, nos EUA, o compromisso com a equidade nunca macou o desenvolvimento de seu sistema de saúde. A existência de cerca de 37 milhões de pessoas nos EUA sem acesso, permanente ou temporário, aos serviços de saúde é um dos resultados dessa opção.

Na prática, a maioria de países apresenta sistemas mistos com traços de diferentes teorias normativas de equidade. O Brasil é um bom exemplo desse *mix* com o SUS por um lado, pautado pelo princípio igualitário, e o setor de seguros-saúde por outro, de cunho liberal.

O debate sobre equidade em nosso País tem-se voltado, predominantemente, para a questão de mecanismos redistributivos que garantam maior igualdade geográfica nos recursos financeiros disponíveis para o setor saúde entre os estados. Esse debate envolve a discussão sobre as vias de alocação de recursos financeiros entre os níveis federal e estadual.

Considero, entretanto, que a questão da igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde deva ser abordada em, pelo menos, duas dimensões: a primeira seria a dimensão geográfica, e a segunda, a dimensão social. A primeira, a dimensão geográfica, diz respeito

à comparação na utilização de serviços de saúde entre áreas geográficas e pode ser mensurada a partir da análise de taxas de utilização entre regiões/estados/municípios. As variações geográficas refletem, em grande parte, diferenças na capacidade local de financiamento que vão impactar o tamanho e a complexidade da rede de serviços, assim como, no caso brasileiro, dada a pluralidade do atual sistema de saúde, a capacidade de compra de serviços de saúde das populações locais. Variações nessas taxas expressam desigualdes geográficas, mas não espelham diretamente as sociais - desigualdades entre os grupos sociais que são observadas intra-estados ou municípios.

No estudo citado com base nos dados da PNSN de 1989, observaram-se marcadas diferenças nas taxas de utilização de serviços de saúde entre as macrorregiões do País, caracterizando quadro de grande desigualdade geográfica nessa utilização.

A Oficina de Trabalho realizada no III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, que discutiu o tema *Crítérios Epidemiológicos para Alocação de Recursos em Saúde* (Abrasco, Siae & Alames, no prelo), apontou algumas recomendações voltadas para redução das desigualdades geográficas, apresentadas a seguir:

"No Brasil, a alocação eqüitativa de recursos financeiros em saúde deve passar:

1) pela substituição da atual forma de repasse de recursos por produção de serviços, para uma distribuição global de recursos ou seja, acabar com relação de compra e venda de serviços, entre esferas de governo, atualmente vigente no país. Entretanto, é preciso descartar que modificações nas formas de repasse de recursos entre esferas de governo, não implicam na substituição do mecanismo de pagamento conhecido por "Sistema AIH", [que preferi denominar de Mecanismo de Pagamento Fixo por Procedimento]

2) pela ampliação da base atual de recursos disponíveis para ser distribuída. Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que, em situações de escassez de recursos, como a vivida pelo setor saúde no Brasil, é quase impossível passar-se de situações de extrema desigualdades geográficas na alocação de recursos, para uma alocação baseada exclusivamente em critérios de necessidade, isto é, que teria como referência critérios sociais, demográficos e epidemiológicos. Um limitante importante para fazer-se esta passagem é a dificuldade de diminuir-se o montante histórico que cada estado recebe para redistribuir para outros estados que se encontram em condições mais desfavoráveis. Desta forma, é mais viável pensar-se em alterações na política e nos critérios de alocação de recursos financeiros que se dêem de forma processual." (Abrasco, Siae & Alames, no prelo)

No relatório da Oficina ficou explícito também que, como em qualquer proposta de alteração da sistemática de financiamento setorial, é necessário que sejam feitas simulações para avaliar os resultados de diferentes estratégias em termos de equidade, viabilidade e definição de etapas de implementação.

Entretanto, como já foi ressaltado anteriormente, uma política redistributiva voltada para maior equidade geográfica é uma etapa necessária, mas que não garante, por si só, maior

igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais, isto é, igualdade em cada nível local (intra-estados e municípios).

O já citado estudo baseado nos dados da PNSN apontou para a existência de uma relação preversa no uso de serviços de saúde no Brasil em 1989. Os grupos de menor renda *per capita* adoeciam mais, porém utilizavam menos serviços de saúde. Essa relação de desigualdade, na qual os que mais adoecem têm menor chance de receber cuidados de saúde, reproduziu-se em todas as macrorregiões do país.

Porém, o gradiente de desigualdade, isto é, a diferença nas taxas do primeiro quintil de renda familiar *per capita* (mais pobre) e o quinto quintil (mais rico) variou significativamente entre as macrorregiões do País. Por exemplo, a desigualdade social na utilização de serviços de saúde na Região Sul foi maior do que na Região Norte. Na verdade, o Sul apresentou o segundo maior gradiente de desigualdade nas taxas de utilização de serviços de saúde do Brasil. Assim, diferente do observado no padrão de desigualdades geográficas, as desigualdades sociais não apareceram associadas ao grau de desenvolvimento sócio-econômico das macrorregiões.

A dimensão social das desigualdades no uso de serviços de saúde reflete o caráter seletivo da estrutura do sistema de saúde, pois a organização local desses serviços impacta diretamente o perfil de desigualdades entre os grupos sociais. Colocando de outra maneira, apesar da estrutura plural e fragmentada em diversos mercados que caracteriza o sistema de saúde brasileiro, geradora de seletividade social que provoca um padrão de uso de serviços de saúde desigual, as variações existentes nos sistemas de saúde locais podem reduzir ou ampliar essas desigualdades. Particularmente, penso que o *mix* público privado local, isto é, o tamanho relativo e a complexidade tecnológica da oferta de cada mercado de saúde (público/contratado/seguro/ etc.), assim como a distribuição espacial desses serviços vão marcar o padrão de desigualdade social em cada estado e em cada município.

Considerando o exposto, pode-se pressupor que uma distribuição mais equânime de recursos financeiros entre regiões, apesar de vir a reduzir as desigualdades geográficas na utilização de serviços de saúde, não é condição suficiente para alterar as desigualdades sociais (intra-regiões). Pode não só não as alterar, como, eventualmente, vir a aumentá-las, caso não se acompanhe de medidas reguladoras voltadas para equidade. Destaca-se, assim, a fundamental importância do desenho do modelo assistencial local para a redução das desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde.

A universalidade no acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para a equidade. No SUS, a universalidade é garantida pela gratuidade no uso de serviços, evitando-se assim que, barreiras econômicas restrinjam o consumo. Entretanto, os custos incorridos no consumo de serviços de saúde incluem, também, aqueles de transporte, de espera para o atendimento, de aquisição de medicamento etc. Esses tendem a ser, em valor relativo, isto é, proporcionalmente à renda, maiores para os grupos de menor renda, que geralmente vivem em áreas onde a disponibilidade de serviços é menor dificultando o acesso.

Sabe-se pouco sobre como incentivos, tanto do lado do consumidor, como do lado do prestador de serviço, atuam gerando desigualdades em favor dos mais ricos. Entretanto,

pode-se afirmar que a passagem das condições de desigualdades existentes hoje no sistema de saúde brasileiro para uma situação mais igualitária depende de maior disponibilidade de recursos financeiros para o setor saúde, melhor uso dos já existentes, implementação de uma política redistributiva na alocação de recursos entre esferas de governo e organização da rede local de serviços de saúde voltada para garantir a universalidade no acesso a eles, por meio de melhor distribuição espacial desses serviços e adequação da oferta às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Essa passagem depende, também, de um compromisso mais claro com o princípio constitucional de equidade na formulação e implementação das políticas de saúde. Assumir esse compromisso implica o desafio de responder à seguinte questão: como ser mais igualitário com os recursos hoje disponíveis? A resposta a essa pergunta, no contexto atual de insuficiência de recursos financeiros, certamente apontará para a necessidade de definir prioridades, isto é, a identificação e explicitação dos serviços que o sistema atual suporta financiar de forma a garantir acesso igualitário. O debate voltado para a definição de prioridades deve ser subsidiado por estudos sobre a eficácia, efetividade e relação custo/efetividade de diferentes alternativas tecnológicas para tratamento e/ou prevenção e ser objeto de discussão no âmbito dos conselhos de saúde.

O fundamento ético do princípio de igualdade é que a distribuição de serviços de saúde efetivos - que impactam positivamente a sobrevivência e/ou a redução de incapacidades, dor ou do desconforto - devem estar disponíveis segundo as necessidades de cada indivíduo. Dessa forma, a definição de prioridades na distribuição de serviços efetivos só é eticamente aceitável enquanto estratégia de transição para uma situação de universalidade de acesso com base em necessidades.

É importante salientar que o princípio de igualdade tem que estar associado a um outro princípio - o da solidariedade. Os indivíduos de uma sociedade têm que ser persuadidos a contribuir com dinheiro para que aqueles com menor renda tenham o seu direito de acesso universal e integral garantido. Mas temos que ter claro que mudanças na concepção ética das pessoas não se fazem apenas pela alteração no texto constitucional: elas dependem de cuidadoso trabalho de convencimento e indução, para que a maioria aceite e dê suporte aos princípios igualitários que regem o texto sobre saúde na atual Constituição do País.

Evidência do exposto acima aparece em pesquisa de opinião publicada pelo *Jornal do Brasil* em 29 de julho de 1995. Cinquenta por cento da população brasileira não concordava com a criação de um imposto para financiar o setor saúde. É importante citar que as maiores taxas de rejeição ao imposto são dos grupos com maior renda familiar e com nível educacional universitário, em grande parte, provavelmente, consumidores dos serviços de saúde não conversados com o SUS.

A sociedade brasileira exhibe tolerância surpreendente para conviver com padrões de desigualdade social aberrantes. Nesse contexto, o atual debate sobre novas fontes de recursos para a saúde detém importante papel na construção de uma ética igualitária em nosso País. O ponto a ser destacado é que não há possibilidade de um sistema de saúde igualitário sem a solidariedade daqueles que ganham mais, por meios de sua maior contribuição ao financiamento do sistema.

Em suma, a construção de um sistema de saúde socialmente mais justo no Brasil depende de um apoio solidário dos grupos de maior renda no financiamento do sistema universalizado, que, por sua vez, vai depender, também, da capacidade do Estado em demonstrar competência e integridade, de forma a convencer aqueles que vão contribuir com o financiamento de que ele é um eficiente e honesto executor destes recursos.

Por fim, assumir o princípio igualitário do SUS significa assumir também o compromisso de monitorar o desempenho do sistema nessa sua dimensão. Essa função deve ser atribuição precípua do nível federal e se faz necessária para que sejam efetuadas permanentes correções e ajustes nos mecanismos e práticas percebidos como socialmente seletivos. O monitoramento do desempenho do sistema de saúde implica a produção periódica de informação voltada para essa finalidade.

A avaliação do padrão de desigualdade na morbidade e no uso de serviços de saúde depende de dados de base populacional. Na década de 1980, a alternativa principal utilizada no Brasil para produzir esse tipo de informação foi a inclusão de suplementos sobre saúde nos questionários da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar - PNAD. Em 1981, foi incorporada à PNAD um suplemento sobre saúde; em 1983, outro sobre fecundidade e, em 1986, um suplemento sobre morbidade, uso de serviços de saúde, suplementação alimentar e anticoncepção. O último inquérito nacional com dados populacionais sobre morbidade e uso de serviços de saúde é a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - PNSN, de 1989, realizada pelo IBGE com patrocínio do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN. Dessa forma, não existem, até o presente, dados que possam avaliar o impacto da criação do SUS nas desigualdades em saúde e no consumo de serviços de saúde. Esse fato indica a urgente necessidade de construir-se um novo inquérito nacional sobre o tema.

Referências

ABRASCO, SIAE & ALAMES. *Anais do III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, II Congresso Ibero-Americano e I Congresso Latino-Americano*. Salvador, (no prelo).
[[Links](#)]

BROOK, R. & MCGLYNN, E., 1991. Maintaining quality of care. In: *Health Services Research: Key to Health Policy*. (E. Ginzberg, org.), pp. 284-314, Massachusetts: Harvard University Press. [[Links](#)]

EVANS, R. G., 1994. Introduction. In: *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations* (R. G. Evans; M. L. Barer & T. R. Marmor, eds.), pp. 3-26, New York: Aldine De Gruyter. [[Links](#)]

HOUSE, J.; KESSLER, R. C. & REGULA, H. A., 1990. Age, socioeconomic status and health. *The Milbank Quartely*, 3:383-411. [[Links](#)]

JARDANOVSKI, E. & GUIMARÃES, P. C. V., 1993. O desafio da equidade no setor saúde. *Revista de Administração de Empresas*, 33:38-51. [[Links](#)]

TOWNSEND, P & DAVIDSON, N., 1990. The black report. In: *Inequalities in Health* (P. Townsend, ed.), pp. 65, Londres: Penguin Books. [[Links](#)]

TRAVASSOS, C.; FERNANDEZ, C. & PÉREZ, M., 1995. Desigualdades sociais, morbidade e consumo de serviços de saúde no Brasil. *Série Estudos: Política, Planejamento e Gestão em Saúde*, 4:5-26. [[Links](#)]

VAN DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A. & RUTTEN, E, 1993. *Equity in the Finance and Delivery of Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford Medical Publications, Comission of the European Communities Health Rescarch Series n. 8. [[Links](#)]

WILKINSON, R. G., 1992. National mortality rates: the impact of inequalities? *American Journal of Public Health*, 8:1.082-1.084. [[Links](#)]

WORLD BANK, 1993. *Investing in Health*. New York: Oxford University Press. [[Links](#)]

WRIGHT, E. O., 1989. Rethinking, once again, the concept of class structure. In: *The Debate on Classes* (E. O. Wright, ed.), pp. 269-348, Londres: Verso. [[Links](#)]

YAZLLE-ROCHA, J. S.; OLIVEIRA, J. A.; SIMÕES, B. & VICHI, F. L., 1989. Desigualdades entre pacientes hospitalizados por doenças cardíacas e vasculares cerebrais em localidade do Estado de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 5:374-381. [[Links](#)]