

Prestação de Cuidados de Acordo com as Necessidades? Um Estudo Empírico Aplicado ao Sistema de Saúde Português*

João Pereira **

VI.1 - Introdução

De todos os objectivos de equidade seguidos pelos sistemas de saúde modernos, a prestação de cuidados de acordo com as necessidades da população é provavelmente aquele que gera maior consenso. Por essa razão, é também o mais discutido e avaliado na literatura internacional, a exemplo de Le Grand (1978), Aday *et al.* (1980) e Puffer (1986). Embora utilizem metodologias diferentes, estes e outros autores analisam basicamente o mesmo fenómeno, medindo o grau de associação entre os cuidados médicos efectivamente prestados e os níveis de morbilidade observados para diferentes grupos da população. Em

* Este capítulo resulta de dois projectos de investigação sobre equidade no financiamento e prestação de cuidados de saúde. O primeiro, de âmbito internacional, contou com o financiamento da Comunidade Europeia, na figura do Comité d'actions Concertées/Health Services Resources (Comac/HRS). Os resultados encontram-se publicados no volume recentemente editado por Van Doorslaer *et al.* (1993). O segundo é de âmbito nacional e tem vindo a ser financiado pela Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica (Projecto nº PCSH/C/ECO/225/91). Em ambos os casos contei com o excelente apoio de Carlos Gouveia Pinto, que contribuiu bastante para o trabalho aqui apresentado. Agradeço ainda ao Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, por ter-me cedido a base de registos do INS/87; ao Conselho Directivo da Escola Nacional de Saúde Pública, pela atribuição de uma licença de serviço para efectuar a pesquisa; e a Alan Maynard, Tony Culyer, Eddy van Doorslaer e Adam Wagstaff, pelos comentários que fizeram a uma versão preliminar do trabalho. Reclamo, contudo, direitos de autor sobre quaisquer erros que porventura ainda permaneçam no texto.

** Da Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa

particular, procuram verificar se existem ou não violações do objectivo que estejam relacionadas com a situação socioeconómica dos cidadãos. A maior parte dos estudos conclui que às classes pobres são prestados menos cuidados de saúde por unidade de necessidade do que às classes mais favorecidas, achado este que é interpretado como sinal de não-equidade. O presente capítulo destina-se a examinar até que ponto o mesmo fenómeno se verifica em Portugal.¹

Apesar da importância atribuída pela legislação portuguesa à equidade na prestação [Pereira (1990)], não existem estudos anteriores para avaliar até que ponto esse objectivo foi atingido. Tanto Lucas (1987) como Pereira (1988) mediram as distribuições socioeconómicas do consumo de cuidados e da doença, mas não tentaram relacioná-las com o uso de um indicador específico. O objectivo desses estudos foi apenas evidenciar as assimetrias existentes na saúde e na utilização de cuidados.

Pinto (1988) mediu a incidência de benefícios económicos na provisão pública de cuidados de saúde na Área Metropolitana de Lisboa, adoptando implicitamente como objectivo de equidade a igualdade de renda final (*i.e.*, a renda familiar mais a imputação dos benefícios económicos do consumo de cuidados de saúde). Concluiu que a provisão pública de serviços de saúde tem um impacto redistributivo positivo, embora a distribuição tenha a forma de um U, o que significa que sejam os grupos sociais mais elevados e os mais baixos aqueles que mais se beneficiam dos gastos públicos em saúde.

A pesquisa relatada neste capítulo aparenta algumas semelhanças com o estudo realizado por Pinto (1988). No entanto, existem diferenças importantes. Em primeiro lugar, faz-se a avaliação de um objectivo de equidade diferente (a prestação de tratamento em acordo com as necessidades da população). Em segundo, os dados utilizados referem-se ao país em

¹ Alguns autores referem-se ao objectivo de prestação de acordo com as necessidades como sendo sinónimo de equidade horizontal — tratamento igual em situações de igual necessidade (por exemplo, Van Doorslaer *et al.* (1992). Essa ligação é justificada, mas incompleta. O objectivo implica também que haja equidade vertical — tratamento apropriadamente desigual em situações de necessidade desigual. Daí que seja preferível estipular que se está apenas a medir o objectivo primário — prestação de acordo com as necessidades — sem distinção do componente horizontal ou vertical. Este argumento é desenvolvido em Pereira (1993).

geral, e não apenas à Área Metropolitana de Lisboa. Em terceiro, são considerados tanto os consumos no sector público como no sector privado de saúde, dando assim uma visão mais abrangente da consecução do objectivo de equidade na prestação em Portugal.

Contudo, a principal inovação da análise no contexto português encontra-se no método de abordagem a ser adoptado. Aplica-se o método das curvas de concentração, que consiste na ordenação da população segundo o seu nível socioeconómico e da comparação dos tratamentos recebidos com as queixas de morbilidade relatadas por diferentes estratos. Ultimamente, vários autores europeus aplicaram este tipo de análise aos seus sistemas de saúde.² É importante salientar que o presente capítulo difere desses trabalhos em dois aspectos: primeiro, porque se medem os benefícios do consumo de cuidados de saúde pelo seu preço-sombra, e não simplesmente pelos custos de produção; e segundo, porque se utilizam vários indicadores de morbilidade que permitem fazer uma avaliação mais adequada das necessidades individuais de cuidados de saúde (em particular da severidade da doença).

O capítulo está organizado da seguinte forma: no ponto seguinte, discute-se sucintamente a metodologia; no ponto 4, apresentam-se os resultados empíricos; a parte final do artigo resume, discute e conclui a análise.

VI.2 - Metodologia

A metodologia aqui adoptada baseia-se nas chamadas curvas de concentração, que são uma generalização do método de Lorenz, muito usado para medir a desigualdade na distribuição da renda. As curvas de concentração têm sido usadas na literatura económica principalmente para medir a progressividade dos sistemas de impostos.³ No entanto, o seu raciocínio pode estender-se a qualquer variável que esteja directa ou indirectamente relacionada com a capacidade de pagar das famílias. Na Figura 1, a diagonal representa os pontos em que a variável analisada (no nosso caso, a doença ou a utilização de cuidados de saúde) se distri-

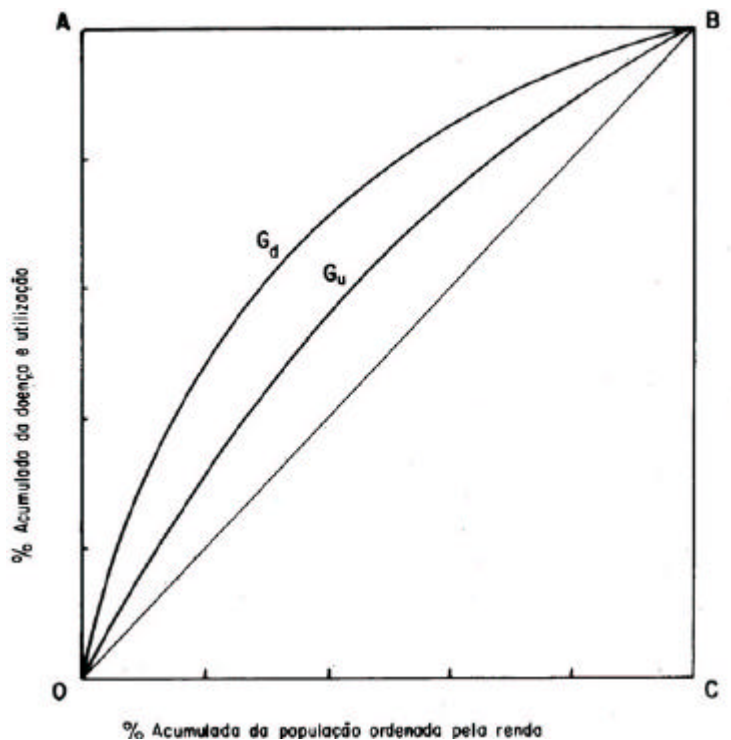
² Ver Van Doorlaer *et al.* (1992).

³ Ver Kakwani (1977).

bui pela população em proporções idênticas à distribuição da capacidade de pagar (medida através da renda familiar). A curva G_d é uma curva de concentração da doença, ou seja, uma representação gráfica das porcentagens acumuladas da população, ordenada pela renda (desde os mais pobres até os mais ricos), contra a quota-parte acumulada de doença nessa população. No caso que mostramos, a curva G_d fica acima da diagonal, o que significa que a doença está concentrada nos grupos de renda mais baixos.

O índice de concentração da doença — denotado por I_d — obtém-se duplicando a área entre a diagonal e a curva de concentração da doença. I_d varia entre $-1,0$, quando toda a doença está concentrada na pessoa mais pobre (G_d igual a $0AB$), e $+1,0$, quando apenas a pessoa mais rica se encontra doente (G_d dada por $0CB$). Claramente, no caso representado na Figura 1, o valor do índice encontra-se entre 0 e $-1,0$.

FIGURA 1
Curvas de Concentração da Doença e Utilização



A curva de concentração da utilização (G_u) representa graficamente as percentagens acumuladas da população, ordenadas pelos níveis de renda, contra as percentagens acumuladas da utilização total de cuidados de saúde. A explicação desta curva é análoga à da curva G_d . No exemplo que se dá, é evidente que os grupos de renda mais baixos são maiores utilizadores de cuidados de saúde, dado que a curva G_u se encontra acima da diagonal. O índice de concentração da utilização de cuidados de saúde — designado por I_u — é igual ao dobro da área entre a diagonal e a curva G_u , e pode também variar entre -1,0 e +1,0.

As curvas G_d e G_u podem ser usadas para medir o déficite de equidade na prestação, ou seja, até que ponto se verificam violações do objectivo de prestação de acordo com as necessidades, associadas ao nível económico da população. Se a utilização de cuidados por grupos de renda fosse distribuída na proporção exacta da distribuição económica da doença, as duas curvas coincidiriam. Nesta situação, poder-se-ia argumentar que o objectivo de equidade na prestação estaria a ser atingido. Contudo, se os grupos de menor renda recebessem menos cuidados de saúde em relação aos seus níveis de doença, a curva G_d situar-se-ia acima da curva G_u (como mostra o exemplo da Figura 1). Poder-se-ia então afirmar que o objectivo de prestação de acordo com as necessidades não estaria a ser atingido.

Este método corresponde ao aprofundamento da análise de Le Grand (1978) sugerido por Wagstaff *et al.* (1989). O déficite de equidade, ou grau de inequidade, pode ser calculado medindo a área entre as duas curvas de concentração. O dobro da área entre G_d e G_u é igual a:

$$I_{LG} = I_u - I_d$$

em que I_{LG} é um índice de inequidade do tipo Le Grand. O índice varia entre +2,0 e -2,0; é positivo se a comparação das distribuições do tratamento e da doença, por grupos de renda, favorecer as pessoas mais ricas, e negativo se favorecer os mais pobres. Juntamente com os índices I_d e I_u , I_{LG} será usado na análise empírica para estabelecer o grau de inequidade na prestação de cuidados de saúde em Portugal.

Existem diversas formas de calcular os índices apresentados. No presente trabalho utilizou-se o método de aproximação linear às curvas de concentração [Fuller e Lury (1977)]. Para o índice de concentração da doença, isso implica o cálculo da seguinte fórmula:

$$I_d = (P_{y-1} D_y - P_y D_{y-1}) \quad y = 1, 2, \dots, Y$$

em que y é o ponto máximo de determinado escalão de renda, P_y é a proporção acumulada da população com um nível de renda igual ou menor a y , e D_y é a proporção acumulada de doença sentida concentrada nas pessoas com níveis de renda igual ou menor a y . I_u é calculado por fórmula análoga.

VI.3 - Base de Dados e Definição de Variáveis

Os dados foram obtidos a partir do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1987, um inquérito de base populacional, representativo da população não-institucionalizada de Portugal Continental (*i.e.*, excluindo as ilhas dos Açores e Madeira). O desenho da amostra é trietápico, com probabilidade proporcional à dimensão e autoponderado. A informação foi recolhida continuamente ao longo do ano com base em questionário próprio. O INS obteve diversos tipos de informação nos níveis individual e familiar que permitem pesquisar o tema do trabalho, principalmente características sociodemográficas, níveis de renda mensal e anual, estados de saúde, utilização de cuidados e despesas em saúde. Em 1987, foram inquiridos 41.585 indivíduos, agrupados em 14.427 famílias e 13.459 unidades de alojamento. O presente trabalho utiliza uma subamostra dessas pessoas ($n = 35.076$), após a exclusão das famílias que preferiram omitir ou não souberam declarar o seu nível de renda mensal. Segundo testes estatísticos que elaborámos, os indivíduos excluídos da análise não constituem uma amostra (da população) significativamente diferente daquela que foi utilizada.

VI.3.1 - Medição da capacidade de pagar

De forma a representar o valor real dos recursos económicos das famílias e dos indivíduos que delas fazem parte, usou-se como medida da "capacidade de pagar" a renda familiar mensal bruta ajustada pelo núme-

ro de adultos equivalentes na família.⁴ Esta variável foi obtida pela seguinte fórmula:

$$E_{ik} = Y_{ik}/S_k^r$$

em que E_{ik} é a renda equivalente; Y_{ik} , o ponto intermédio do escalão de renda familiar mensal a que é atribuído o indivíduo i na família k ; S_k o tamanho da família; e r , uma elasticidade de equivalência. Buhmann *et al* (1988) explicam o fundamento deste método mostrando que várias escalas de equivalência, obtidas em diferentes países, podem ser adequadamente representadas por um único parâmetro r , a elasticidade das necessidades de consumo correspondente ao tamanho da família. Esta relação verifica-se mesmo para aquelas escalas que incluem informação sobre a estrutura etária da família. A elasticidade r varia entre zero (sem ajustamento ao tamanho da família) e 1,0 (correspondente à renda familiar *per capita*). Assim, quanto maior for o valor de r , mais pequenas são as economias de escala no âmbito da família implícitas na respectiva escala de equivalência.

É típico dos estudos com dados portugueses o uso de escalas de equivalência subjectivas como as que provêm da OIT e da OCDE, a exemplo de Teekens (1990). Estas têm em geral um valor implícito de r de cerca de 0,70. O único estudo em que foram usadas técnicas econométricas para obter escalas de equivalência com base em dados portugueses é o de Santos (1984). As suas escalas têm valores implícitos de r igual a 0,71 e 0,78, o primeiro para gastos com alimentação e o segundo para alimentação e vestuário. Estas estimativas são comparativamente elevadas em relação aos valores encontrados por Buhmann *et al.*(*op cit.*), o que pode ser devido ao tipo de bens analisados. É provável que as eco-

⁴ Como acontece em praticamente todos os inquéritos de saúde, a informação obtida pelo INS sobre níveis de renda familiar é algo incompleta do ponto de vista económico. Pedese a cada família que indique o seu escalão de renda bruta mensal e anual numa escala predeterminada, atribuindo-se então a cada indivíduo do agregado familiar a codificação correspondente ao escalão indicado. Contudo, o método de "equivalização" que foi adoptado permite melhorar o conteúdo da informação, criando uma variável cuja distribuição se assemelha à distribuição típica da renda familiar quando se tem acesso a uma variável contínua.

nomias de escala da família sejam mais baixas para estes bens do que para outros tais como habitação, energia, transportes e cuidados de saúde. Em conformidade, parece que um valor de $r = 0,60$ será uma representação plausível da elasticidade de equivalência nas famílias portuguesas. É este, portanto, o valor escolhido.

VI.3.2 - Utilização de cuidados de saúde

Neste trabalho, a medição da utilização de cuidados inclui três categorias importantes de serviços — consultas de clínica geral, consultas de especialidade e internamentos hospitalares. Não se consideraram outros tipos de utilização como os medicamentos, as análises laboratoriais ou os cuidados preventivos, por não serem adequadamente analisados pelo INS de 1987.

Mesmo restringindo a pesquisa à utilização de consultas e internamentos, é preciso recorrer a um sistema de ponderação para identificar o consumo global de cuidados de saúde por indivíduo. O método seguido pelos economistas da saúde desde Le Grand (1978) tem sido o de multiplicar os serviços usados pelo seu custo unitário de produção. Contudo, há fortes razões teóricas e empíricas para adoptar uma abordagem alternativa neste caso particular. Para se compreender bem estas razões, é necessário afastarmo-nos um pouco do tema central do trabalho.

A fundamentação teórica para a análise da equidade na prestação encontra-se no âmbito dos estudos sobre a incidência económica das despesas públicas. Admitindo uma hipótese de equilíbrio parcial, há dois métodos principais para analisar a incidência da despesa pública: (i) a abordagem contabilística; e (ii) a abordagem do bem-estar. A maior parte dos estudos sobre incidência orçamental adopta o primeiro ponto de vista, que procura responder à pergunta "com quem são gastos os dinheiros públicos?" Uma característica importante desta abordagem é a atribuição de benefícios de acordo com o seu custo de produção, independentemente de os usuários obterem mais ou menos benefícios. Assim, Le Grand (1978) utilizou os custos unitários do Serviço Nacional de Saúde Universal (SNS) britânico para medir a incidência das despesas públicas em saúde, método que foi desde então adoptado por outros economistas

da saúde. No entanto, como De Wulf (1981 p. 58) argumenta, este método é apenas um "primeiro passo para o objectivo final, que é o de saber quem se beneficia com as despesas governamentais." Pode dizer-nos se, e em que medida, os programas governamentais existentes atingem grupos-alvo, mas não diz nada sobre o valor que os indivíduos obtêm com o consumo. Por isso, uma análise mais informativa tem necessariamente de ir além desta base "contabilística" em que os custos são implicitamente equivalentes aos benefícios.

As razões por que os custos de produção dos serviços públicos não dão a medida adequada dos benefícios estão bem documentadas. Aaron e McGuire (1970) mostraram que os resultados dos estudos de incidência económica dependem crucialmente das hipóteses respeitantes aos valores das funções de utilidade do indivíduo. Os estudos de tipo contabilístico presumem implicitamente que a utilidade marginal da renda é constante nos vários grupos de renda. Isto implica que uma pessoa pobre obtém o mesmo benefício de uma consulta de clínica geral que uma pessoa de renda elevada (*i.e.*, o valor do seu custo unitário). Não só existem sinais evidentes e generalizados de que a utilidade marginal decresce conforme a renda aumenta — por exemplo, Maital (1973) —, como os autores que adoptam a hipótese da utilidade constante frequentemente acabam por aceitar que os mais ricos podem de facto retirar maiores benefícios por unidade de cuidados consumidos [Le Grand (1982, p.33)]. Além deste enviesamento, o ponto de vista "contabilístico" tem outros inconvenientes. Assume, por exemplo, que os custos marginais são constantes e que existe uma repartição eficiente de recursos. Se estas condições não se verificarem, como é provável, a identidade entre custos e benefícios torna-se insustentável.

Dever-se-á portanto concluir que a abordagem tradicional da incidência não é adequada ao estudo da equidade na prestação de cuidados de saúde? Seguramente que não. Os estudos que foram realizados para medir a distribuição das despesas públicas pelos diferentes grupos de renda num quadro definitivo (por exemplo, um serviço nacional de saúde) mostram-nos em que medida essas despesas atingem cada grupo. Além disso, os investigadores defrontam-se normalmente com a inexistência de um critério adequado de medição dos benefícios. Raramente existem preços de mercado para observar. Neste contexto, pode justificar-se

confiar nos custos unitários como uma aproximação aos benefícios recebidos.

A questão é totalmente diferente se se quiser medir a equidade na prestação de cuidados tanto públicos como privados. Em Portugal há um Serviço Nacional de Saúde Universal e, no entanto, o consumo privado é proporcionalmente o mais elevado de todos os países da Comunidade Europeia. As pessoas escolhem racionalmente consumir cuidados e saúde fora do SNS porque pressentem que os benefícios são maiores. Não faz sentido atribuir a estas pessoas benefícios idênticos aos custos dos cuidados produzidos no sector público.

O segundo método de atribuição de benefícios é geralmente denominado a abordagem do bem-estar, e tenta calcular como cada indivíduo ou família avalia os cuidados de saúde que consome. O consumidor racional, limitado pela sua renda e orientado pelas suas preferências e necessidades, decide se a utilidade marginal esperada do consumo de cuidados de saúde é igual ao sacrifício de prescindir de uma parte do seu poder de compra. Este processo fornece ao observador uma medida objectiva da utilidade derivada do consumo, isto é, o preço de mercado que o consumidor está disposto a pagar.

Esta abordagem tem também os seus inconvenientes. Por exemplo, parte do princípio de que os indivíduos são sempre os melhores juízes do seu próprio bem-estar ao tomar decisões sobre consumo de cuidados de saúde. Poder-se-á também argumentar que os preços de mercado não medem a utilidade total obtida, dado que os excedentes do consumidor variam de produto para produto, ou, ainda, que são ignoradas as externalidades do consumo. Contudo, esta abordagem é largamente aceita para medir os benefícios económicos que advêm do consumo no sector privado. Parece, além disso, haver um consenso na literatura que faz ver que, se os valores de mercado fossem observados, forneceriam uma medida melhor dos benefícios das despesas públicas do que os valores baseados nos custos unitários [por exemplo, De Wulf (1981) e Brown e Jackson (1990)]. Esta é, portanto, a abordagem seguida ao longo do estudo.

Ao aplicar a metodologia do bem-estar, é necessário separar a utilização dos cuidados de saúde em duas categorias: aquela em que o consumidor tem de pagar directamente e aquela em que não tem. Na primeira, os benefícios podem ser medidos directamente pelas despesas efectuadas

pelo consumidor, enquanto que, na segunda, é necessário imputar um preço-sombra. O primeiro caso não levanta problemas do ponto de vista empírico. Em praticamente todos os cuidados de saúde privados em Portugal, o consumidor paga directamente ao fornecedor e pode depois ser reembolsado, conforme esteja ou não coberto por um esquema de seguro. O INS recolhe informação muito detalhada sobre as quantias gastas com a saúde, num período de referência de duas semanas. Os gastos com consultas (de clínica geral e de especialidades) e com internamentos, são, portanto, extraídos directamente das respostas dos inquiridos e usados como medidas dos benefícios que provêm do consumo destes tipos de cuidados no sector privado.

Por outro lado, existe uma proporção significativa de cuidados para os quais não há nenhum pagamento directo, que são invariavelmente aqueles prestados pelo SNS. Com o fim de avaliar essa utilização, imputaram-se os preços que o SNS cobra aos esquemas de seguros quando os seus beneficiários utilizam os serviços públicos. Estes podem ser razoavelmente interpretados como os preços-sombra de cuidados prestados gratuitamente pelo SNS.

Os consumidores de cuidados do SNS foram identificados pelo seu último contacto com os serviços de saúde. Se foi pelo SNS, presume-se, então, para um determinado indivíduo, que todas as consultas e dias de internamento no período de referência foram também efectuados em circunstâncias semelhantes. O número de consultas de clínica geral e de especialidades nos últimos três meses é estudado no inquérito, e foi convertido para um período-base de duas semanas; o número de dias de internamento hospitalar é directamente relatado em relação ao período de referência de duas semanas.⁵ Multiplicando, numa base individual, o número de unidades de utilização pelos seus respectivos preços, obtém-se a despesa imputada a cada pessoa que consome cuidados do SNS (*i.e.*,

⁵ O INS procura saber com regularidade o número de dias em que os indivíduos estiveram internados ao longo dos últimos 12 meses. Infelizmente, em 1987 esta pergunta foi omitida; por isso, só é possível identificar pessoas que foram hospitalizadas nas duas semanas que precederam o inquérito. Assim, os resultados para os cuidados hospitalares baseiam-se numa amostra relativamente pequena (203 indivíduos que relataram dias de hospitalização no período de referência de duas semanas).

uma estimativa do valor do benefício que o consumidor obtém ao utilizar os cuidados "gratuitos" do SNS).⁶

Finalmente, para determinado indivíduo, os benefícios da utilização total de cuidados de saúde são calculados pela soma das duas categorias relevantes de despesa.

VI.3.3 - Medição da necessidade

A necessidade individual de consumir cuidados de saúde é medida por seis indicadores de morbilidade auto-relatada. Em conformidade com a variável utilização/despesa, cada um destes indicadores tem como período de referência as duas semanas anteriores à inquirição. A sua escolha foi orientada pelo importante estudo de Blaxter (1989). Argumenta esta autora que, nos inquiridos de saúde, existem três tipos fundamentais de medidas de morbilidade, cada um dos quais correspondente a um modelo de saúde subjacente.

No modelo médico, a saúde-doença é definida em termos de desvio de normas fisiológicas (por exemplo, se determinada pessoa sofre de doença crónica). Na análise empírica que se segue, a variável *doenças crónicas* mede a proporção de inquiridos que sofreram incapacidade ou actividade reduzida num período de referência de duas semanas devido a uma doença que se prolongava há mais de três meses. Embora esta variável tenha algumas limitações (não abrange, por exemplo, indivíduos que não sentiram actividade reduzida mas que, mesmo assim, sofrem de uma situação crónica que requer vigilância regular por parte de um médico), é, de todas as alternativas possíveis dentro do quadro do INS, aquela que melhor capta o conceito de saúde implícito no modelo médico. As outras hipóteses implicam o relato da patologia por parte do inquirido, procedimento pelo qual é provável que os grupos mais desfavorecidos

⁶ Os preços dos cuidados prestados pelo SNS são retirados da Portaria nº 325/89, Diário da República, nº 102, de 4/5/89. São efectivamente os preços aplicados em 1989, dado que os que foram cobrados em 1987 foram subavaliados por motivos políticos. A maioria dos observadores concordaram que os preços de 1989 constituem uma estimativa melhor do preço-sombra real dos cuidados em 1987. Sem em vez disso tivessem sido usados os preços de 1987, o défice de equidade medida aumentaria proporcionalmente em relação aos resultados apresentados, mas não de um modo significativo.

sejam menos capazes de dar informações válidas, dadas as assimetrias de conhecimentos. Um aspecto positivo do indicador escolhido é o de que tem a vantagem de identificar aqueles que mais necessitam de cuidados no mesmo período a que se refere a utilização, ou seja, nas duas semanas que precedem o inquérito.

Blaxter (*op cit.*) descreve uma segunda categoria em que a saúde é definida em termos da percepção individual — o chamado modelo subjectivo. A pergunta típica encontrada nos inquéritos de saúde neste caso será: "Considera que a sua saúde é boa, razoável ou má?" Visto que no INS não existe uma pergunta deste tipo, construiu-se uma alternativa. A variável *doença e mal-estar* mede a percentagem de pessoas que se consideraram como incapazes de executar certas actividades, ou simplesmente como doentes ou mal dispostas, num período de referência de duas semanas. Abrange, portanto, um número maior de pessoas do que a primeira variável ao incluir também, além dos doentes crónicos, os que sofreram de doença aguda e os que simplesmente não se sentiram bem.

No entanto, a nossa atenção dirige-se, sobretudo, para a terceira categoria descrita por Blaxter — perguntas que se baseiam num modelo social-interactivo ou funcional, em que a saúde-doença é definida em termos de incapacidade para realizar tarefas quotidianas. Embora não sejam completamente isentos de inconvenientes, os indicadores que se obtêm a partir dessas perguntas são comprovadamente menos abertos a variações subjectivas entre indivíduos. Kravits e Schneider (1975), por exemplo, verificaram que perguntas dirigidas à auto-avaliação subjectiva do estado global de saúde do indivíduo podem subestimar a morbilidade dos negros nos EUA. Por outro lado, Newman (1975) verificou que indicadores baseados no modelo funcional, tais como os dias de incapacidade, eram o factor mais importante para prever utilização de cuidados médicos. Igualmente importante é o facto de indicadores fornecerem uma oportunidade para medir a severidade da doença, e não apenas a sua prevalência, aspecto este que é destacado mais adiante.

Foram escolhidos quatro medidas sob esta categoria. Os indicadores *acamados* e *absenteísmo ao trabalho* medem, respectivamente, a proporção de pessoas que ficaram de cama e que não puderam ir ao trabalho ou à escola por razões de saúde. Tal como os indicadores descritos anteriormente, são médias de prevalência. *Dias de acamamento* e *dias de absenteísmo ao trabalho*, por outro lado, são indicadores da severi-

dade da doença, com base nas mesmas perguntas do inquérito. Medem o número de dias, num período de referência de duas semanas, em que determinada disfunção foi sentida por um ou mais indivíduos.

VI. 4 - Resultados Empíricos

VI. 4.1 - Distribuição das despesas e da morbilidade

A abordagem empírica adoptada para o estudo requer a construção das distribuições da despesa (utilização de cuidados) e da morbilidade (necessidade de consumo) segundo percentis de renda familiar. De forma a facilitar esta tarefa (tanto em termos de cálculo como de apresentação), repartiu-se a amostra do INS em cinco grupos, que correspondem mais ou menos a quintis de renda familiar bruta por adulto equivalente. Assim, os resultados do estudo são apresentados sob a forma de repartições da despesa e morbilidade por quintis de renda. Apresentam-se também os respectivos índices e, nos casos mais ilustrativos, as curvas de concentração.

A Tabela 1 mostra a distribuição socioeconómica da utilização e da morbilidade no conjunto da amostra. Repare-se primeiro na distribuição da morbilidade. Os seis indicadores revelam inequivocamente que existe desigualdade social na doença: os grupos de menores recursos suportam sempre uma percentagem da doença superior ao seu peso na população. Existe, portanto, uma concentração da morbilidade nas pessoas mais pobres. Contudo, verifica-se alguma variação no grau de desigualdade conforme o indicador de morbilidade; esta variação é salientada por índices de concentração, apresentados na parte de baixo da tabela. Há menos desigualdade no indicador doença e mal-estar, que inclui todas as pessoas que não se sentiram bem, enquanto que os indicadores que medem disfunções (*i.e.*, se uma pessoa faltou ao trabalho por doença ou esteve de cama) revelam os níveis de disparidade mais elevados entre os diferentes grupos de renda. O padrão é ainda mais pronunciado quando se considera a severidade da doença. Aos dois grupos mais pobres, por exemplo, cabem 63% dos dias de acamamento, enquanto que aos dois grupos mais ricos cabem apenas 20%. Estes resultados dão razão ao argumento avançado por O'Donnell e Propper (1991) de que, para um de-

terminado nível de morbidade, os indivíduos com rendimentos mais baixos têm mais probabilidades de adoecer com situações múltiplas e mais graves.

A Tabela 1 mostra também que a distribuição da utilização/despesa favorece os grupos de renda mais baixos, dado que o respectivo índice de concentração é negativo (-0,0574). Isso sugere que o sobrepeso de doença na população de menores recursos é compensado por uma maior proporção do consumo de cuidados. Põe-se a questão de saber se tal compensação é suficiente para assegurar o objectivo de tratamento proporcional às necessidades. Os índices na última linha da Tabela 1 mostram que, qualquer que seja o indicador de morbidade escolhido, há sempre um déficite de equidade a favor dos mais ricos. Contudo, o grau de inequidade varia consideravelmente, dependendo da medida de necessidade que for utilizada. Se, por exemplo, se utilizar o indicador menos sensível à severidade da doença — a percentagem de pessoas com doença e mal-estar —, a inequidade observada é da ordem de 0,0171, enquanto que, para o indicador *dias de acamamento*, esse valor ascende a 0,1801. Até a data, os trabalhos europeus sobre equidade na prestação têm usado medidas de prevalência, tais como os primeiros quatro indicadores de saúde na Tabela 1, para medir as necessidades. Se se concordar que as medidas de severidade da doença, como dias de acamamento e dias de absentismo ao trabalho, dão uma indicação mais perfeita do grau de necessidade de consumo de cuidados, a conclusão só pode ser uma: o grau de não-equidade na prestação é provavelmente maior do que tem sido sugerido em estudos anteriores.

TABELA 1
Distribuição da Morbidade e da Despesa em Saúde por
Grupos de Renda sem Padronização — Adultos e Crianças

(Em Porcentagem)								
Classe de Renda Equivalente	População	Pessoas com Doença e Mal-Estar	Pessoas com Doenças Crônicas	Pessoas com Absenteísmo ao Trabalho	Pessoas Acamadas	Dias de Absenteísmo ao Trabalho	Dias de Acamamento	Despesa em Saúde
I	18,3	18,9	21,6	21,3	22,6	22,5	22,4	19,8
II	21,7	27,9	26,5	21,7	35,4	22,6	40,3	26,8
III	20,0	19,8	19,7	21,5	18,5	22,8	17,7	17,8
IV	20,1	17,7	17,2	19,9	12,9	18,5	11,1	17,3
V	19,8	15,7	15,1	16,7	10,6	13,5	8,6	18,3
Índices de Concentração		-0,0744	-0,0965	-0,1248	-0,1950	-0,1622	-0,2374	-0,0574
Índices de Inequidade		0,0171	0,0392	0,0720	0,1377	0,1094	0,1801	

A Figura 2 apresenta as curvas de concentração para a despesa e para o indicador *dias de acamamento*. Ressalta imediatamente da observação destas curvas a proporção elevada da doença e da utilização que recai sobre o segundo quintil de renda equivalente. A configuração é semelhante para os outros indicadores de necessidades que, por razões de espaço, não se apresentam. Tais resultados são em grande parte explicados pelas diferentes estruturas de idades dos grupos de renda. O processo de equalização da renda familiar projectou uma larga proporção de idosos para o segundo quintil. Enquanto todos os outros grupos de renda têm distribuições etárias mais ou menos semelhantes, o segundo quintil tem uma média etária 20 anos superior à média da população da amostra. Isto sugere um provável enviesamento na análise. É possível, no entanto, removê-lo pela padronização das distribuições por idade e sexo.

FIGURA 2
Curvas de Concentração da Doença e Despesa sem
Padronização — Adultos e Crianças

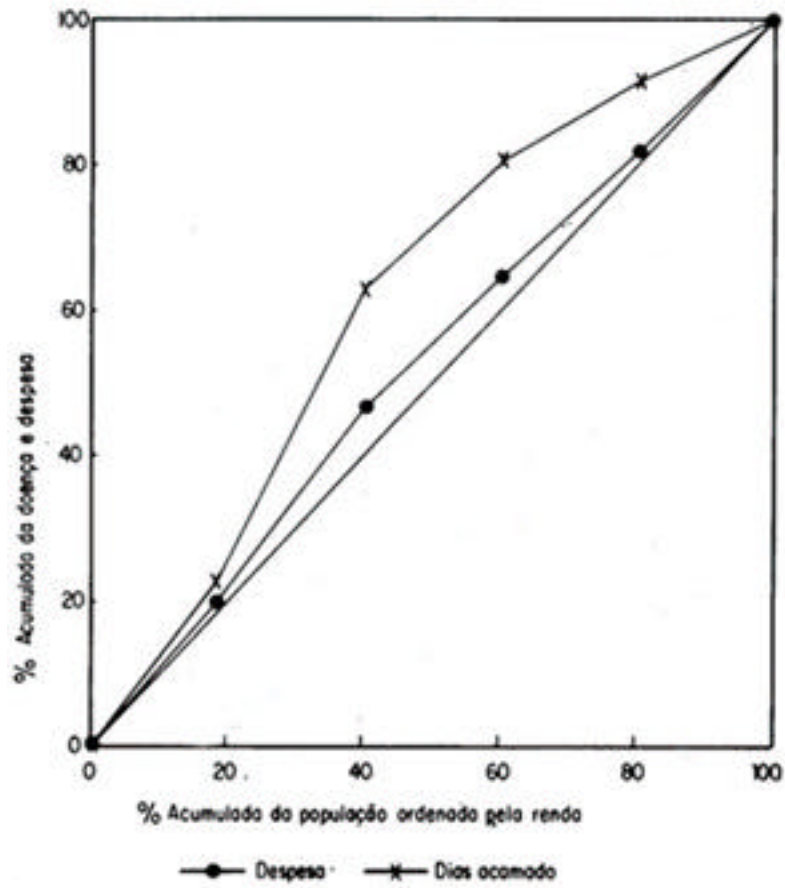
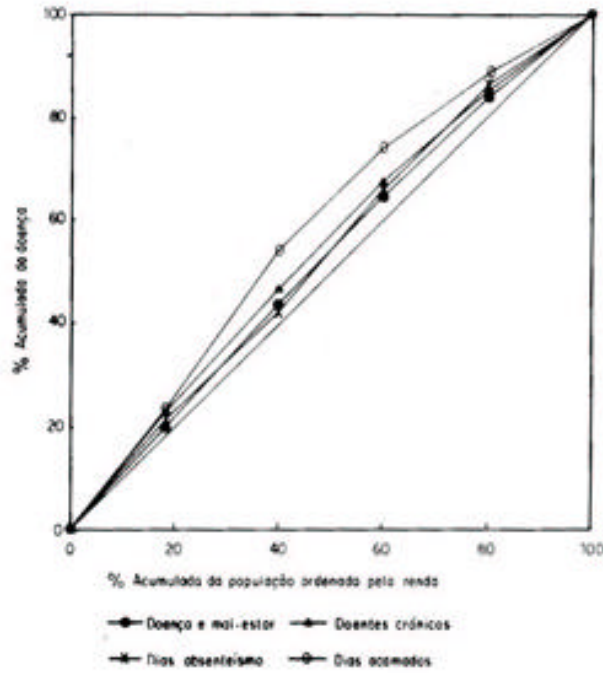


FIGURA 3
 Curvas de Concentração da Doença Padronizadas pela Idade e Sexo — Adultos e Crianças



VI.4.2 - Padronização por idade e sexo

Numa segunda fase da análise empírica, os resultados apresentados foram padronizados por idade e sexo utilizando-se a método directo. A utilização/despesa padronizada (U_k^*) para cada grupo de renda foi calculada a partir de:

$$U_k^* = \sum_{l=1,2} \sum_{j=1,2,\dots,5} P_{lj} U_{klj} \quad \begin{matrix} k = 1, 2, \dots, 5 \\ l = 1, 2 \\ j = 1, 2, \dots, 5 \end{matrix}$$

em que P_{lj} indica a proporção da amostra classificada no grupo l por sexo e no grupo j por idade, e U_{klj} é o valor médio de utilização de cuidados de saúde de pessoas no grupo de rendimento k que são classificadas no grupo l por sexo e o grupo j por idade. Foram usados cinco grupos e-

tários para a padronização etária, quais sejam: (i) menores de 18 anos; (ii) 18-34; (iii) 35-44; (iv) 45-64; e (v) acima de 65 anos.

A porcentagem de doença padronizada (D^*) foi obtida de modo semelhante para cada grupo de renda a partir de:

$$D_k^* = \sum_{l,j} P_{lj} D_{klj} \quad \begin{array}{l} k = 1, 2, \dots, 5 \\ l = 1, 2 \\ j = 1, 2, \dots, 5 \end{array}$$

em que D_{klj} é a expressão análoga da U_{klj} , em termos de morbidade.

Os resultados são apresentados na Tabela 2 e na Figura 3. A comparação com os resultados não padronizados revela dois efeitos inequívocos. Em primeiro lugar, as distribuições socioeconômicas da morbidade tornaram-se menos desiguais, embora favoreçam ainda as classes de renda mais elevada. Esta conclusão fica bastante clara com a da observação da Figura 3, que apresenta quatro curvas de concentração referentes à distribuição de indicadores de doença. Cada uma das curvas situa-se acima da diagonal, não deixando margem para dúvidas de que a necessidade de consumo se distribui desigualmente entre as classes de renda a favor dos mais ricos.

No entanto, a Tabela 2 revela também que a distribuição da utilização/despesa tornou-se mais homogênea, apresentando agora os grupos mais ricos uma maior participação nos benefícios econômicos do consumo de cuidados de saúde. Os efeitos destas tendências opostas têm, conseqüentemente, pouco impacto sobre os valores dos índices de inequidade na prestação, que têm valores bastantes semelhantes aos resultados não padronizados, excepto para o número de pessoas com doença crónica, em que a desigualdade aumenta, e para o número de dias de acamamento, em que ela diminui. No total, torna-se evidente a existência de um claro padrão de desigualdade social, com todos os índices de equidade na prestação a apresentar valores positivos. Assim, feita a padronização por idade e sexo, tem-se ainda que concluir que os mais pobres obtêm menos benefícios no consumo de cuidados de saúde por unidade de necessidade do que os mais ricos. As disparidades no grau de inequidade quando se usam indicadores de morbidade diferentes, embora sejam menos extremas, são ainda suficientemente importantes (variando entre 0,0185, para doença e mal-estar, e 0,1336, para dias de acama-

mento) para justificar a atenção quanto à escolha da medida de necessidade a ser usada futuramente.

TABELA 2
Distribuição da Morbidade e da Despesa em Saúde por
Grupos de Renda/Padronização por Idade e Sexo
(Adultos e Crianças)

(Em Porcentagem)								
Classe de Renda Equivalente	População	Pessoas com Doença e Mal-Estar	Pessoas com Doenças Crônicas	Pessoas com Absenteísmo ao Trabalho	Pessoas Acamadas	Dias de Absenteísmo ao Trabalho	Dias de Acamamento	Despesa em Saúde
I	18,3	19,7	22,4	20,6	24,5	21,0	23,0	20,7
II	21,7	24,0	24,0	20,3	27,6	21,3	31,2	23,0
III	20,0	20,9	20,8	20,9	20,3	23,4	19,6	18,3
IV	20,1	19,2	17,9	21,9	15,8	20,5	14,8	18,8
V	19,8	16,2	14,9	16,2	11,9	13,8	11,3	19,2
Índices de Concentração		-0,0536	-0,0914	-0,1018	-0,1560	-0,1351	-0,1687	-0,0351
Índices de Inequidade		0,0185	0,0562	0,0699	0,1209	0,1033	0,1336	

VI.4.3 - Resultados referentes à população adulta

Uma questão de interesse para a política de saúde é a de saber se o grau de inequidade é maior ou menor em determinados subgrupos da população. Em conformidade, replicaram-se as análises dos pontos anteriores numa subamostra do INS (n = 29.540) constituída pela população adulta (18 anos e +) abrangida pelo inquérito. Esta estratégia permite-

nos verificar se o déficit de equidade é maior ou menor conforme o consumo de cuidados seja efectuado por adultos ou crianças.⁷

TABELA 3
Distribuição da Morbidade e da Despesa em Saúde por Grupos de Renda sem Padronização — Adultos

(Em Porcentagem)								
Classe de Renda Equivalente	População	Pessoas com Doença e Mal-Estar	Pessoas com Doenças Crônicas	Pessoas com Absenteísmo ao Trabalho	Pessoas Acamadas	Dias de Absenteísmo ao Trabalho	Dias de Acamamento	Despesa em Saúde
I	16,8	18,6	21,4	21,0	23,3	22,0	22,0	19,3
II	23,5	29,6	27,2	22,8	38,7	23,2	42,8	29,3
III	19,4	19,1	19,3	20,4	16,7	22,6	16,7	17,1
IV	19,6	17,3	17,0	20,1	12,1	18,8	10,5	16,6
V	20,8	15,4	15,0	15,7	10,1	13,3	8,0	17,6
Índices de Concentração		-0,0930	-	-	-	-	-	-
			0,1108	0,1594	0,2260	0,1946	0,2639	0,0803
Índices de Inequidade		0,0100	0,0278	0,0807	0,1430	0,1159	0,1809	

Os resultados — apresentados nas Tabelas 3 e 4 — são relativamente claros. Quando se considera apenas a população adulta, a distribuição

⁷ Saliente-se que nesta parte do estudo se utilizou informação sobre todos os membros da família para converter o rendimento familiar bruto numa base por adulto equivalente.

socioeconómica da doença é consistentemente mais desfavorável aos estratos mais pobres. Estes resultados mantêm-se mesmo após a padronização por idade e sexo (ver Tabela 4). Por exemplo, os índices de concentração para os indicadores *dias de absentismo ao trabalho* e *dias de acamamento* revelam agora valores na ordem de -0,1458 e -0,1944, sendo os valores correspondentes para a totalidade da amostra -0,1351 e -0,1687. A conclusão a retirar parece óbvia: em Portugal, a desigualdade social na doença agrava-se quando as pessoas atingem a idade adulta.

Tabela 4
Distribuição da Morbidade e da Despesa em Saúde por Grupos de Renda — Padronização pela Idade e Sexo (Adultos)

(Em Porcentagem)								
Classe de Renda Equivalente	População	Pessoas com Doença e Mal-Estar	Pessoas com Doenças Crônicas	Pessoas com Absenteísmo ao Trabalho	Pessoas Acamadas	Dias de Absenteísmo ao Trabalho	Dias de Acamamento	Despesa em Saúde
I	16,8	18,4	20,8	18,9	23,1	18,9	23,3	19,3
II	23,5	26,4	26,3	21,4	38,7	22,1	32,5	26,3
III	19,4	20,0	20,0	19,9	16,7	23,0	19,0	17,5
IV	19,6	18,8	27,5	22,6	12,1	21,2	14,7	18,0
V	20,8	16,4	15,4	17,1	10,1	14,8	10,5	18,9
Índices de Concentração		-0,0643	-	-	-	-	-	-
			0,0964	0,1164	0,1768	0,1458	0,1944	0,0544
Índices de Inequidade		0,0099	0,0421	0,0661	0,1225	0,0955	0,1400	

Por outro lado, os adultos mais pobres obtêm geralmente níveis de benefícios económicos nos cuidados de saúde relativamente elevados. Note-se que o índice de concentração da despesa padronizada é de -0,0544, para a população adulta, e de -0,0351, para a totalidade da amostra. Qual o efeito desta compensação sobre os índices de inequidade na prestação? Se nos concentrarmos nas diferenças entre adultos e a totalidade da amostra, os resultados não padronizados são pouco concludentes. Todavia, feita a padronização (ver Tabela 4), os valores dos índices são sempre menores para a população adulta (salvo para o caso do indicador *dias de acamamento*). Logicamente, eles serão maiores se se considerassem apenas as crianças, o que leva à conclusão de que o *déficit* de equidade na prestação é superior nesse subgrupo da população. Do ponto de vista da política de saúde, este resultado poderá ser considerado preocupante, pois indica que a compensação da desigualdade social efectuada pelo sistema de saúde é menos bem-sucedida no caso dos mais jovens. Do ponto de vista da investigação, os resultados indicam que não é particularmente sensato ignorar o consumo de cuidados por parte das crianças ao avaliar a equidade dos sistemas de saúde, como fazem alguns autores (ver Van Doorslaer *et al.* (1992).

VI.5 - Discussão e Conclusões

Este trabalho procurou medir até que ponto atingiu-se em Portugal o objectivo de equidade na prestação de cuidados de saúde. Em comum com estudos anteriores, (i) interpretou-se tal objectivo em termos de proporcionalidade entre a utilização de cuidados e as necessidades de consumo (medidas pelos níveis de morbilidade); e (ii) procuraram-se violações do princípio que estejam associadas às assimetrias nos níveis de renda da população. Há, no entanto, diferenças importantes na escolha e medição das variáveis mais importantes em relação a estudos anteriores. Os benefícios que determinado indivíduo retira do consumo de cuidados de saúde foram medidos por uma metodologia usada regularmente por economistas, o chamado método do bem-estar. Quando, como acontece em Portugal, existe um consumo privado de cuidados de saúde significativo, este método é mais adequado para analisar a questão da equidade na prestação. Foi também possível melhorar a avaliação das necessidades (tradicionalmente medidas por indicadores de prevalência) introduzindo

indicadores de dias-de-incapacidade, que a literatura mostrou serem os mais adequados na previsão das necessidades de consumo.

Os resultados empíricos, que se baseiam em dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1987, mostram que, em Portugal, a distribuição da doença é geralmente desfavorável aos grupos de menor renda. Esta diferença é mais acentuada se se considerar a severidade da morbilidade, e não apenas a sua prevalência. No entanto, as classes mais pobres são compensadas com um maior nível de benefícios dos cuidados de saúde em relação aos grupos mais ricos. Tais assimetrias tornam-se menos pronunciadas quando os resultados são padronizados pelas estruturas de idade e sexo da população.

Os resultados também demonstram que o objectivo de equidade na prestação — utilização de acordo com as necessidades — não está a ser atingido quando se reparte a população segundo estratos de renda familiar. Existe um défice de equidade no sistema de saúde português, mais pronunciado quando se mede a severidade da doença, e não apenas a sua prevalência.

Esse grau de inequidade é também maior nos mais jovens do que nos adultos.

É importante salientar, no entanto, que a abordagem utilizada para medir o défice de equidade tem sido objecto de recentes críticas por parte de alguns autores [por exemplo, Wagstaff *et al.* (1991) e O'Donnell e Propper (1991)]. Argumentam estes investigadores que, nos casos em que os mais pobres têm níveis de morbilidade relativamente elevados, a metodologia adoptada irá detectar não-equidade em favor dos mais ricos em cada categoria de doença. Tendo em vista que os não-doentes podem também ser consumidores de cuidados de saúde, o efeito desse consumo deveria ser removido. Esta crítica dirige-se, contudo, a abordagens que procuram medir especificamente o atributo de equidade horizontal. Baseia-se também no pressuposto de que o investigador tem ao seu dispor apenas indicadores de morbilidade de base categórica. Dado que o objectivo do presente estudo não foi o de medir a equidade hori-

zontal e vertical separadamente, a crítica de Wagstaff *et al.* e O'Donnel e Propper (*op.cit.*) não se aplica.⁸

Como conclusão, deve sublinhar-se que o potencial da metodologia e do conjunto de dados, como instrumentos de medição da equidade, não ficaram completamente esgotados. Poder-se-iam medir, por exemplo, mais categorias de consumo de cuidados de saúde do que aquelas que foram aqui consideradas (por exemplo, despesas em medicamentos, cuidados preventivos, etc.). De igual modo, a medição dos níveis de necessidade poderia ser melhorada pela desagregação por patologia, embora isto possa exigir a combinação de dados provenientes de várias amostras do INS. Poder-se-ia também tentar fazer uma comparação entre os métodos alternativos de atribuição dos benefícios da utilização, num esforço para avaliar o seu impacto sobre as conclusões finais. Isto ajudaria também a esclarecer a influência da utilização privada e da pública sobre a consecução do objectivo de equidade. Finalmente, poder-se-iam utilizar técnicas de regressão para remover os efeitos das variáveis sociodemográficas para além da idade e do sexo. Em resumo, embora se possa afirmar com uma confiança razoável que existe inequidade na prestação de cuidados de saúde em Portugal, o aprofundamento da presente linha de investigação poderia mostrar claramente como alcançar melhorias significativas para esta situação.

⁸ Wagstaff *et al.* (1991) sugeriram um método alternativo para medir a equidade horizontal que consiste essencialmente em padronizar a distribuição de despesa por idade, sexo e morbilidade. Deste modo, a padronização envolve o cálculo da despesa esperada por aqueles que se declaram como doentes e os que não o fazem. Num outro trabalho [Pereira e Pinto (1993)], aplicou-se essa abordagem aos mesmos dados analisados no presente trabalho. Verificou-se que a distribuição dos benefícios do consumo de cuidados de saúde evidenciava dois padrões distintos. Ao empregarem-se os indicadores doença e mal-estar e doentes crónicos e incidência de benefícios, tinha a forma de um U (*i.e.*, os dois quintis mais baixos, bem como o mais rico, apresentavam a despesa mais elevada por pessoa doente). Contudo, com os indicadores absentismo ao trabalho e acamados, denotou-se um padrão diferente, em que os benefícios eram nitidamente mais elevados para os ricos.

Bibliografia

- AARON, H. e McGUIRE, M. Public goods and income distribution. *Econometrica*, v. 38, p. 907-910, 1970.
- ADAY, L.; ANDERSEN, R. e FLEMING, G. V. *Health care in the US: equitable for whom?* — Beverly Hills: Sage Publications, 1980.
- BLAXTER, M. A Comparison of measures of inequality in morbidity. *In: J. FOX (ed.) Health inequalities in european countries.*— Gower: Aldershot, 1989.
- BROWN, C. V. e JACKSON, P. M. *Public sector economics, 4 ed.* — Oxford: Basil Blackwell, 1990.
- BUHMANN, B. RAINWATER, L; SCHMAUS, G. e SMEEDING, T.M. Equivalence scales, well-being, inequality and poverty: sensitivity estimates across ten countries using the Luxembourg Income Study (LIS) database. *Review of Income and Wealth*, v. 34, p. 115-142, Jun. 1988.
- CULYER, A.J. *The Political economy of social policy.* — Oxford: Martin Robertson, 1980.
- DE WULF, L. Incidence of budgetary outlays: where do we go from here? *Public Finance/Finances Publiques*, v. 36, n. 1, p. 57-75, 1981.
- FULLER, M. F. e LURY, D.A. *Statistics workbook for social science students.* — Oxford: Phillip Allan, 1977.
- GROSSMAN, M. *The Demand for health: a theoretical and empirical investigation.* —New York: NBER, 1972.
- KAKWANI, N. Measurement fo tax progressivity: an international comparison. *Economic Journal*, v. 87, p.71-80, 1977.
- KRAVITS, J. e SCHNEIDER, J. Health care need and actual use by age race and income *In: ANDERSEN R; KRAVITS, J. e ANDERSON, O. (eds). Equity in health services: empirical analysis in social policy.* — Cambridge: Ballinger, 1975.
- LE GRAND, J. The distribution of public expenditure: the case of health care. *Economica*, v. 45, p. 125-142, 1978.

- LE GRAND, J. *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. — London, George Allen & Unwin, 1982.
- LUCAS, J.S. Inequidade social perante a doença e a morte em Portugal. *In: CAMPOS, A.C. e PEREIRA, J. (eds) Sociedade, saúde e economia*. — Lisboa: ENSP, 1987.
- MAITAL, S. Public goods and income distribution: some further results. *Econometrica*, v. 41, p. 561-568, 1973.
- NEWMAN, J.F. Health status and utilization of physician services. *In: ANDERSEN, R. ; KRAVITS, J. e ANDERSON, O. (eds) Equity in health services: empirical analysis in social policy*. — Cambridge: Ballinger, 1975.
- O'DONNELL, O. PROPPER, C. Equity and the distribution of UK National Health Service Resources. *Journal of Health Economics*. v. 10, p. 1-23, 1991.
- PEREIRA, J. *Inequality in health care in Portugal: evidence from the National Health Interview Survey*. —University of York, 1988. mimeo
- PEREIRA, J. Egalitarian objectives in health policy: the case of Portugal *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 8, p. 29-36, 1990.
- PEREIRA, J. The measurement of equity in health and health care University of York, 1993. mimeo
- PEREIRA, J. PINTO, C.G. *Regressivity in an NHS-type system. The financing of portuguese health care*. Paper presented at the EC-COMAC Conference on Equity in the Finance and Delivery of Health Care. Bellagio, Italy, November. Reprinted as DT 2/90.— Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1990.
- PINTO, C.G. A Incidência da despesa pública em cuidados de saúde na área metropolitana de Lisboa, em 1980-81 e 1985. *Estudos de Economia*, v. 8, p. 389-409, 1988.
- PUFFER, F. Access to primary care: a comparison of the US and the UK. *Journal of Social Policy*, v. 15, p. 293-313, 1986.
- SANTOS, J. Escalas de equivalência: *Estudos de Economia*, v. 5, n. 1, p. 43-65, 1984.

- TEEKENS, R. Inequality and poverty. Portugal compared with Greece, Ireland and Spain. *Estudos de Economia*, v. 10, n. 2, p. 111-142, 1990.
- VAN DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A. e RUTTEN, F. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*.— Oxford: Oxford University Press, 1992.
- WAGSTAFF, A; VAN DOORSLAER, E. e PACI, P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*, v. 5, p. 89-112, 1989.
- WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. e PACI, P. On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics*, v. 10, p. 169-205, 1991.