



Progresso na redução das desigualdades em saúde reprodutiva, materna, de recém-nascidos e crianças na América Latina e no Caribe: uma agenda inacabada*

María Clara Restrepo-Méndez,¹ Aluísio J. D. Barros,¹ Jennifer Requejo,²
Pablo Durán,³ Luis Andrés de Francisco Serpa,² Giovanny V.A. França,¹
Fernando C. Wehrmeister¹ e Cesar G. Victora¹

Como citar (publicação original)

Restrepo-Méndez MC, Barros AJD, Requejo J, Durán P, Serpa LAF, França GVA, et al. Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(1):9–16.

RESUMO

Objetivo. Ampliar as análises da “Contagem Regressiva para 2015” das desigualdades em saúde para além dos 75 países sendo monitorados em todo o mundo, a fim de incluir todos os países da América Latina e do Caribe (ALC) que apresentam dados adequados disponíveis.

Métodos. Levantamentos Demográficos e de Saúde e Inquéritos Agrupados de Indicadores Múltiplos foram usados para monitorar o progresso na cobertura de intervenção em saúde e nas desigualdades em 13 países da ALC, cinco dos quais estão incluídos na Contagem Regressiva (Bolívia, Brasil, Guatemala, Haiti e Peru), e oito que não o estão (Belize, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Guiana, Honduras, Nicarágua e Suriname). Os resultados incluíram taxas de mortalidade neonatais e de menores de 5 anos, a prevalência do nanismo em crianças e o índice composto de cobertura—uma média ponderada de oito indicadores de cobertura na saúde reprodutiva, materna, de recém-nascidos e crianças. Utilizou-se o coeficiente angular da desigualdade e o índice de concentração para avaliar as desigualdades absolutas e relativas.

Resultados. O índice composto de cobertura indicou padrões monotônicos sobre os quintis de riqueza, com os níveis mais baixos no quintil mais pobre. A mortalidade em menores de 5 anos e neonatal, e a prevalência do nanismo, foram mais elevadas entre os pobres. Na maioria dos países, a cobertura de intervenção aumentou, enquanto que a mortalidade em crianças com menos de 5 anos e a prevalência do nanismo descenderam mais rapidamente entre os pobres, de maneira que as desigualdades foram reduzidas com o tempo. No entanto, Bolívia, Guatemala, Haiti, Nicarágua e Peru ainda mostram desigualdades marcantes. O Brasil eliminou praticamente as desigualdades em nanismo.

Conclusões. Os países da ALC progrediram substancialmente em termos de redução das desigualdades em intervenções na saúde reprodutiva, materna, de recém-nascidos e crianças, na mortalidade infantil e na nutrição. No entanto, os 20% mais pobres da população, na maioria dos países, ainda estão atrasados, e ações renovadas são necessárias para melhorar a equidade.

Palavras-chave

Saúde materno-infantil; desigualdades em saúde; fatores socioeconômicos; Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; América Latina; Região do Caribe.

¹ Centro Internacional para Equidade em Saúde, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil. Correspondência: Maria Clara Restrepo-Méndez, mcm.restrepo@gmail.com

² Parceria para a Saúde Materna, de Recém-Nascidos e Crianças, Genebra, Suíça.

³ Centro Latino-Americano de Perinatologia, Organização Pan-Americana da Saúde, Montevideu, Uruguai.

Os países da América Latina e do Caribe (ALC) passam por uma rápida transição, tornando-se mais desenvolvidos, mais urbanos e, gradualmente, em

* Tradução oficial ao português feita pela Organização Pan-Americana da Saúde. Em caso de discrepância entre as duas versões, prevalecerá o original em inglês.

melhores situações. Juntamente com o desenvolvimento econômico e as rendas ascendentes, a melhora nos sistemas de saúde e o progresso em direção à cobertura universal contribuíram para melhores resultados na saúde para mulheres e crianças (1). A mortalidade infantil na ALC descendeu pela metade, para 27 por 1 000 nascidos vivos, desde 1980, e a expectativa de vida ao nascer aumentou para 7 anos, de 69 para 76 anos, em 2010 (2). No entanto, essas estimativas ocultam as diferenças em curso entre os e dentro dos países, e dentro dos subgrupos de população; por exemplo, a taxa de mortalidade infantil varia de 35 por 1 000 os nascidos vivos, na Guiana, em 2009, para 58, na Bolívia, em 2008, para 6,4 no Haiti, em 2012 (2, 3).

A iniciativa “Contagem Regressiva para 2015” foi concebida em 2003 para acompanhar o progresso de país e global em direção ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) IV (reduzir a mortalidade infantil) e V (melhorar a saúde materna) em 75 países onde ocorrem mais de 95% de todas as mortes maternas e infantis. Destes, somente seis estão na ALC: Bolívia, Brasil, Guatemala, Haiti, México e Peru. Para ser incluído na Contagem Regressiva, um país deve apresentar, ou taxas altas de mortalidade nacionais materna ou de crianças com menos de 5 anos, ou grandes números absolutos de tais mortes (3).

Dado que muitas nações da ALC apresentam baixas taxas de mortalidade de crianças com menos de 5 anos e materna, em comparação com outros países de baixa e média rendas, a maioria não qualifica para a Contagem Regressiva. No entanto, existe ampla evidência de desigualdades na saúde importantes entre subgrupos socioeconômicos em muitos países da ALC (3-8, 9). Mesmo em países como o Brasil – onde a pobreza foi reduzida drasticamente e introduziu-se um sistema de saúde universal livre – as desigualdades no acesso e os resultados, conduzidos pelos determinantes sociais, continuam sendo desafios (1, 3, 5).

A finalidade deste estudo foi documentar as desigualdades socioeconômicas na ALC ao ampliar a “Contagem Regressiva para 2015” para incluir qualquer país da ALC com os dados adequados disponíveis. Mais especificamente, os objetivos foram: primeiramente, descrever as desigualdades socioeconômicas através da

análise da cobertura de intervenção, da mortalidade e do nanismo; segundo, comparar padrões nas desigualdades; e terceiro, avaliar as tendências temporais nas desigualdades nos e pelos países da ALC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento do estudo e fontes de dados

Este foi um estudo ecológico que facilitou as comparações entre os países e as avaliações de tendências temporais. As análises dependeram dos dados dos Levantamentos Demográficos e de Saúde (DHS, sigla em inglês; 10) e dos Inquéritos Agrupados de Indicadores Múltiplos (MICS, sigla em inglês; 11), ambos dos quais utilizam abordagens de medição padronizadas para permitir o cálculo de indicadores globais de consenso monitorados pela Contagem Regressiva para 2015. Dados foram usados das fases 3 (2005-2007) e 4 (2009-2011) dos MICS e fase 3 e posterior dos DHS (1993 em diante). Dos países com os DHS ou MICS, Brasil e Guatemala não apresentaram nenhuma pesquisa mais recente que 2000; portanto, a Pesquisa Nacional de Saúde da Criança e da Mulher de 2006 do Brasil (12) e a Pesquisa em Saúde Reprodutiva de 2008 da Guatemala (RHS, sigla em inglês; 13) foram utilizadas. Outros países da ALC que apresentaram apenas a RHS (Equador, El Salvador, Jamaica e Paraguai) não foram incluídos nas análises.

Seleção de países

Para este estudo, foram considerados os países da ALC que apresentaram pelo menos uma pesquisa disponível após 1990. Vinte e um países atenderam a este critério (anexo 1) entretanto, destes, cinco apresentaram somente uma única pesquisa de MICS recente (Argentina, Barbados, Panamá, Santa Lúcia e Uruguai), e os dados ainda não estavam disponíveis para a análise. Adicionalmente, levantamentos de Cuba e Jamaica não coletaram informações sobre riqueza, portanto, não puderam ser incluídos. E a última pesquisa para Trinidad e Tobago (MICS, 2011) ainda não havia sido liberada e uma pesquisa anterior (MICS, 2006) não forneceu dados sobre medidas antropométricas de crianças, vacinação contra tuberculose, ou histórias de nascimentos completos. Ao final, as análises

de estudo abarcaram 13 países: cinco países da Contagem Regressiva (Bolívia, Brasil, Guatemala, Haiti e Peru) e mais oito países (Belize, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Guiana, Honduras, Nicarágua e Suriname). Destes, Brasil e Suriname não apresentaram informação completa para calcular o índice de cobertura composto; Belize, Costa Rica e Suriname não registraram histórias completas de nascimentos para estimar a mortalidade infantil; e Costa Rica não coletou informações sobre medidas antropométricas de crianças.

Variáveis dependentes

A Contagem Regressiva está centrada na cobertura de intervenção ao longo do continuum de atenção, inclusive indicadores de saúde Reprodutiva, Materna, de Recém-Nascidos e Crianças (RMNCH, sigla em inglês). O índice composto de cobertura (CCI, sigla em inglês) é a média ponderada de oito intervenções preventivas e curativas (14, 15) que simplifica a análise e interpretação de níveis e tendências temporais através dos 13 países da ALC. Vem sendo amplamente utilizado em comparações entre os países e em análises de equidade (16, 17). O CCI fornece peso igual a quatro etapas no continuum da atenção: planejamento familiar, assistência materna e ao recém-nascido, imunização e administração de casos de crianças doentes (14, 15). Pode ser calculado por grupos populacionais, como um país ou um quintil de riqueza dentro de um país, usando a fórmula seguinte que considera necessidades de planejamento familiar satisfeitas (FPS, sigla em inglês), assistente para parto capacitada (SBA), atenção pré-natal com profissional capacitado (ANC, sigla em inglês), três doses da vacina difteria-tosse convulsa-tétano (DPT3), vacinação contra sarampo (MLS), vacinação contra tuberculose (BCG), terapia de reidratação oral a crianças com diarreia (ORT) e busca de atendimento para pneumonia (CPNM) (14, 15):

$$\frac{1}{4} \left(\frac{\text{FPS} + \frac{\text{SBA} + \text{ANC}}{2} + \frac{2\text{DPT3} + \text{MSL} + \text{BCG}}{4}}{\frac{\text{ORT} + \text{CPNM}}{2}} \right)$$

Definições de indicador são aquelas adotadas pela Contagem Regressiva para 2015 (anexo 2).

Este estudo também relata os três indicadores de impacto: mortalidade neonatal, mortalidade entre crianças com menos de 5 anos e a prevalência do nanismo entre crianças com menos de 5 anos de idade. As taxas de mortalidade foram calculadas de 10 bases de dados dos DHS, mas não de MICS, porque este não registra histórias de nascimento completas. Todas as estimativas de mortalidade se basearam nas histórias de nascimento e incluíram os 10 anos anteriores à pesquisa, em vez de somente os 5 anos usados para as estimativas nacionais; este é um procedimento padrão quando estimativas são produzidas para grupos subnacionais, para os quais os tamanhos das amostras são restritos (18). O nanismo foi definido como uma pontuação Z de desvio padrão da altura por idade abaixo de 2, segundo o modelo de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 (OMS).

Variável independente

Esses indicadores foram separados por quintis de riqueza doméstica, que estão disponíveis nos DHS e MICS, e são baseados nos índices de ativos. Eles são derivados de bens domésticos, características da casa e infraestrutura disponível, através de análises de componentes principais (19). O resultado é uma pontuação de riqueza para cada domicílio; depois, os indivíduos são classificados segundo a pontuação total do domicílio no qual residem. A amostra é posteriormente dividida nos quintis de população (cinco grupos com o mesmo número de indivíduos em cada um). Pela convenção, Q1 remete aos 20% mais pobres e Q5 aos domicílios 20% mais ricos. Por causa das diferenças de fecundidade, o número total de crianças tende a ser maior nos quintis mais pobres de domicílios.

Análises de dados

Medidas de desigualdades. Dois indicadores de desigualdade que levam em consideração a distribuição inteira da riqueza também foram calculados: o coeficiente angular da desigualdade (SII) e o índice de concentração (CIX). O SII foi calculado através de um modelo logístico de regressão que tira o logaritmo natural das probabilidades da variável dependente, a fim de criar um critério contínuo sobre o qual é conduzida a regressão linear. Este enfoque permite o

cálculo da diferença nos pontos de porcentagem (ou em mortes por 1 000 nascidos vivos de um indicador de taxas de mortalidade) entre os valores ajustados do indicador de saúde para a parte superior e a parte inferior da distribuição de riqueza (15, 20). O CIX é baseado no conceito semelhante ao índice de Gini para concentração de renda. Expressa o quão longe do total da igualdade uma dada distribuição está. O CIX é expresso em uma escala de -100 a +100, com o zero representando distribuição igual do atributo através da escala de riqueza. Os valores do CIX positivos representam uma distribuição pró-ricos, geralmente observada para os indicadores de cobertura sanitária. Os valores negativos representam uma distribuição pró-pobres, sendo geralmente observado com os resultados, como mortalidade ou nanismo. O SII expressa desigualdade absoluta, enquanto que o CIX expressa desigualdade relativa (20).

Tendências temporais. As análises da tendência temporal do CCI, da prevalência do nanismo e das taxas de mortalidade infantil foram realizadas para países com pelo menos duas pesquisas espaçadas durante 3 anos-16 anos, de 1990 em diante. Dado que os intervalos entre as pesquisas variaram de um país para outro, foram calculadas mudanças anuais médias que permitiriam comparações padronizadas. As mudanças anuais foram estimadas no âmbito nacional e para os quintis mais pobres (Q1) e mais ricos (Q5). As mudanças absolutas são expressas nos pontos de porcentagem por ano. A fim de expressar mudanças relativas ou compostas, a razão do valor final sobre o inicial do indicador foi estimada, elevada à potência de 1 dividido pelo intervalo de tempo em anos.

O desenho das amostras da pesquisa foi levado em consideração quando se calculou toda a cobertura e os indicadores de impacto. Quando o número não ponderado de observações em um subgrupo específico era menor que 25, os resultados foram omitidos. Análises foram conduzidas em Stata[®]/MP13 (Stata-Corp LP, College Station, Texas, Estados Unidos).

Ética

Todas as análises foram baseadas nos dados publicamente disponíveis de

pesquisas nacionais. A aprovação ética foi de responsabilidade das instituições que administraram as pesquisas.

RESULTADOS

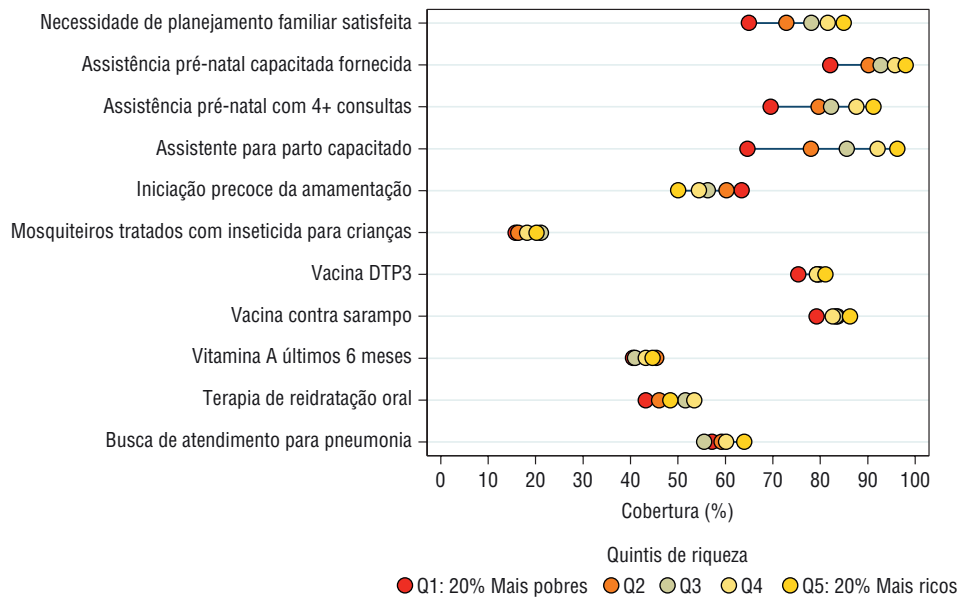
A lista completa de países e pesquisas que foram considerados para inclusão neste estudo está no [anexo 1](#). Dos 21 países em potencial, 13 tinham os dados adequados disponíveis na época das análises e foram incluídos no estudo. Os levantamentos foram realizados no período 1995–2012.

Desigualdades da riqueza em intervenções na saúde

A Figura 1 apresenta um resumo das desigualdades da riqueza em intervenções na saúde dentre os países da ALC. Mostra a cobertura da média não ponderada de 11 intervenções preventivas para os 13 países analisados, pelos quintis de riqueza. Este gráfico, também conhecido como um *equiplot*, mostra uma sequência de pontos para cada intervenção em uma linha. Quanto mais extensa para a direita a sequência dos pontos está, maior a cobertura. Cada ponto representa um quintil de riqueza, do mais pobre ou Q1 (ponto vermelho) ao mais rico ou Q5 (ponto dourado). Esses dois pontos estão conectados por uma linha; as linhas mais longas representam as desigualdades absolutas maiores. Na maioria dos casos, os cinco quintis estão ordenados da esquerda para a direita, já que a cobertura é mais baixa em Q1 e aumenta com a riqueza. A exceção é o início precoce da amamentação, onde as desigualdades aparecem invertidas.

As intervenções reprodutivas e maternas são mais desiguais do que aquelas providas às crianças. Desigualdades importantes persistem para planejamento familiar satisfeito e atenção pré-natal. Os assistentes capacitados de partos apresentam a maior desigualdade absoluta de todas as intervenções, sendo quase universal no quintil mais rico, mas disponível para somente cerca de 60% de mulheres, no quintil mais pobre. Algumas intervenções, como as vacinas, apresentam pequenas desigualdades, alcançando níveis de cobertura altos para todos os quintis. Outros também apresentam pequenas desigualdades — como redes tratadas com inseticida (ITN, sigla em inglês), vitamina A, terapia de reidratação oral e busca de atendimento para

FIGURA 1. Níveis de cobertura médios de diversas intervenções na saúde reprodutiva, materna, neonatal e de crianças, segundo quintis de riqueza, em levantamentos recentes com 11 países na América Latina e no Caribe, 2001–2012



pneumonia—em níveis moderados ou baixos de cobertura.

A seguir, estão descritos os resultados para a cobertura de intervenção, mortalidade e o nanismo nos países da ALC, seguindo a ordem dos objetivos de estudo. Primeiramente, os níveis das desigualdades socioeconômicas são descritos; segundo, os padrões nas desigualdades são comparados; e terceiro, as tendências temporais nas desigualdades são avaliadas.

Desigualdades de riqueza no CCI

A Figura 2 mostra o CCI pelo quintil de riqueza para 11 países para os quais poderia ser calculado. As estimativas são apresentadas para os levantamentos mais recentes e mais antigos para nove países onde pelo menos duas pesquisas intervaladas, por no mínimo 3 anos, estiveram disponíveis. Em todas as pesquisas, os quintis mais pobres apresentaram o CCI mais baixo. Costa Rica e Guiana foram os únicos dois países onde os mais ricos apresentaram cobertura consideravelmente inferior que Q3 ou Q4. Em todos os países com mais de uma pesquisa, houve evidência de um aumento do CCI geral com o passar do tempo, enquanto que as desigualdades absolutas diminuíram. Tanto o SII como o CIX foram positivos em todas as pesquisas avaliadas, indicando desigualdades pró-ricos no CCI (tabela 1 do material suplementar). Mudanças anuais na cobertura geral,

cobertura para os mais pobres (Q1) e mais ricos (Q5), e desigualdades absolutas e relativas com o passar do tempo estão ilustradas na [tabela 2 do material suplementar](#). Para todos os países, a cobertura do CCI aumentou, enquanto que as desigualdades absolutas (SII) e relativas (CIX) foram reduzidas devido a maiores aumentos no CCI para os indivíduos pobres do que para os ricos. O aumento anual da cobertura foi particularmente destacado na Bolívia, na Guiana e na Nicarágua, e a redução anual em ambas desigualdades absoluta e relativa foi maior na Bolívia, na Guatemala, na Guiana e em Honduras.

Desigualdades de riqueza na mortalidade neonatal e de crianças menores de 5 anos

Salvo Guiana, a mortalidade em crianças com menos de 5 anos foi mais elevada no quintil mais pobre (figura 3). As maiores desigualdades absolutas estavam na Bolívia, na Guatemala, no Haiti e na Nicarágua. A maioria dos países apresentou reduções importantes com o passar do tempo em todos os quintis, em particular o Brasil, o Haiti e o Peru (figura 3 e [tabela 3 do material suplementar](#)). Em contraposição a esses três países, na Bolívia e na República Dominicana, a redução da mortalidade foi principalmente observada entre os mais pobres. Apesar da diminuição geral nas taxas de mortalidade em

crianças menores de 5 anos, houve aumentos das desigualdades na Guatemala e na Nicarágua em razão de maiores reduções entre os mais ricos. Padrões semelhantes foram observados para a mortalidade neonatal (figura 4 e [tabela 4 do material suplementar](#)).

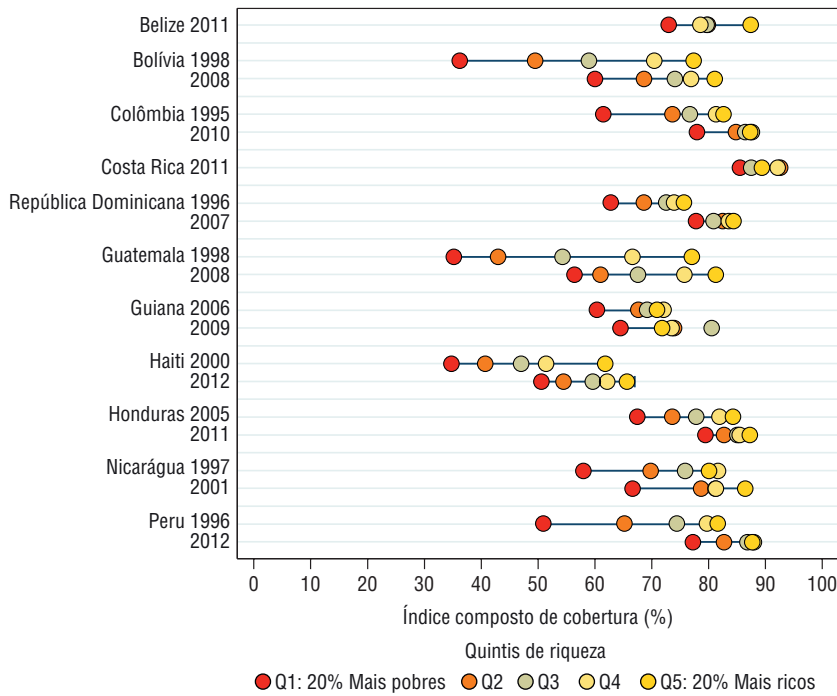
Desigualdades de riquezas na prevalência do nanismo

O nanismo também mostrou um padrão monotônico sobre os quintis de riqueza, com a prevalência mais baixa no quintil mais rico. Bolívia, Guatemala, Nicarágua e Peru mostraram grandes desigualdades absolutas no mais recente levantamento. O Brasil quase eliminou as desigualdades em nanismo, e Suriname, Colômbia e República Dominicana apresentam desigualdades absolutas pequenas comparadas com outros países (figura 5). As maiores reduções anuais nas desigualdades absolutas e relativas foram observadas no Brasil e em Suriname. Por outro lado, Guiana e Nicarágua mostraram os maiores aumentos anuais das desigualdades, visto que a redução da prevalência do nanismo entre os mais ricos não foi seguida por uma redução entre os mais pobres ([tabela 5 do material suplementar](#)).

DISCUSSÃO

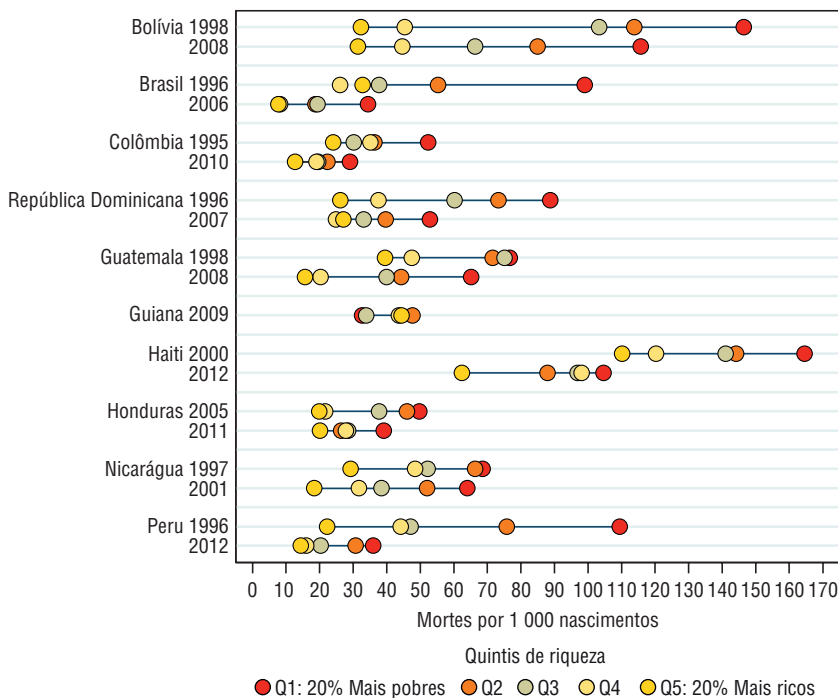
Apesar dos avanços no crescimento econômico, a ALC é ainda considerada

FIGURA 2. Índice composto de cobertura nacional, estratificado por quintis de riqueza, para 11 países na América Latina e no Caribe, até anos indicados^a



^a As linhas horizontais conectam os mais pobres (círculos vermelhos) aos mais ricos (círculos dourados). Quanto mais extensa a linha entre os dois grupos, maior a desigualdade absoluta. Para os quintis com os tamanhos de amostra pequenos, as estimativas não aparecem nos gráficos.

FIGURA 3. Mortalidade nacional entre crianças com menos de 5 anos de idade, estratificada segundo quintis de riqueza para 10 países na América Latina e no Caribe, até anos indicados^a



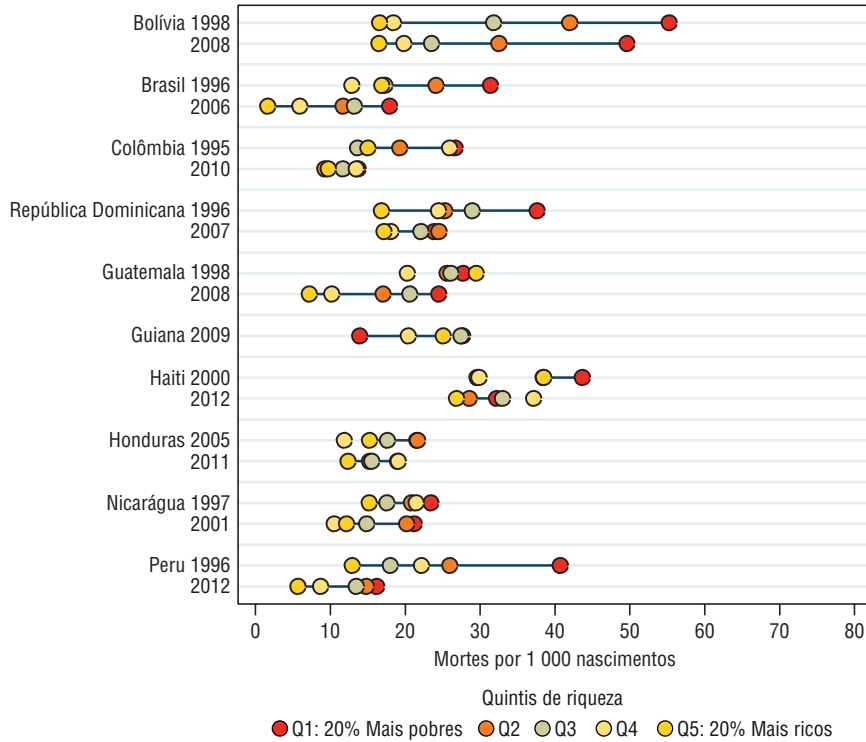
^a As linhas horizontais conectam os quintis mais pobres (círculos vermelhos) e os mais ricos (círculos dourados). Quanto mais extensa a linha entre os dois grupos, maior a desigualdade absoluta. Para os quintis com tamanhos da amostra pequenos, as estimativas não aparecem nos gráficos.

uma das áreas mais iníquas do mundo, com 29% da população vivendo abaixo do limite de pobreza e 40% dos mais pobres recebendo menos de 15% da renda total (2). No entanto, houve um aumento substancial do financiamento público para os programas sociais e a adoção de importantes políticas e iniciativas estratégicas relacionadas com a saúde durante as últimas décadas (1, 5). Os países da ALC desenvolveram um enfoque diferenciado para as reformas do sistema de saúde, combinando estratégias de redução da pobreza com a ampliação de serviços abrangentes de atenção primária à saúde. Essas reformas visam à promoção da equidade em saúde através de maior inclusão, autonomia para os cidadãos, estabelecimento de direitos legais à saúde e proteção sanitária, e o avanço progressivo da cobertura universal de saúde (1, 5).

Nossos resultados demonstram que, apesar de progresso com respeito à cobertura nacional, mediante intervenções na saúde reprodutiva, materna, de recém-nascidos e crianças (RMNCH), desigualdades consideráveis entre ricos e pobres persistem na maioria de países da ALC. Os 20% mais pobres de mulheres e crianças estão atrasados em vários países e requererão atenção especial para que mais ganhos sejam obtidos. Um resultado interessante foi em relação à cobertura da amamentação precoce: foi a única intervenção positiva em saúde menos frequente entre os ricos. Esta descoberta foi anteriormente descrita em um estudo que utilizou dados de 127 pesquisas em países de baixa a média rendas (21).

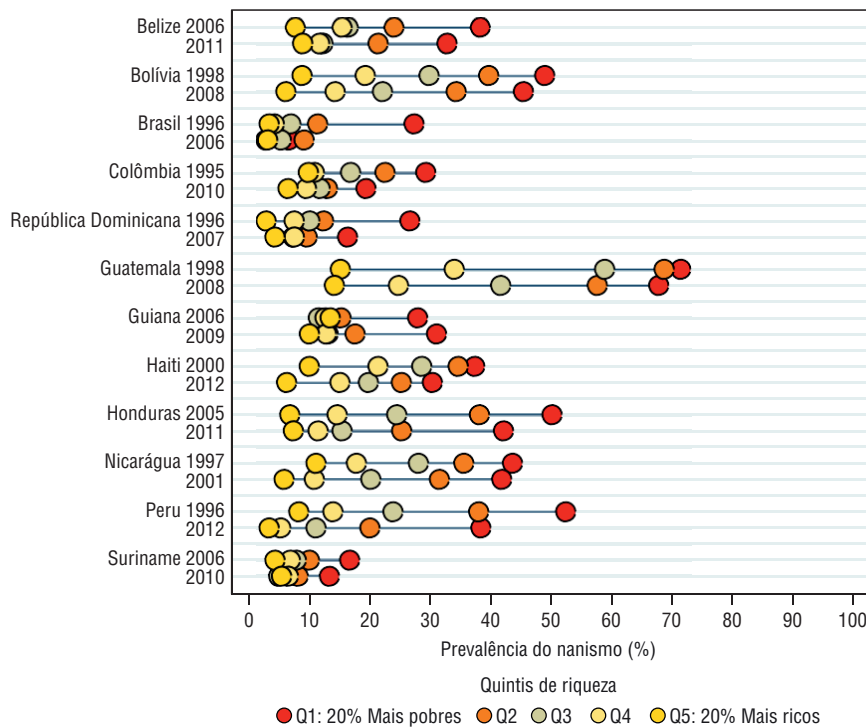
Em termos de saúde e resultados nutricionais, a prevalência do nanismo e a mortalidade neonatal e em crianças com menos de 5 anos estão em descenso na maioria dos países. No entanto, encontramos correlações baixas entre as taxas de diminuição da mortalidade ou do nanismo, e melhoria na equidade. Quando as taxas ou a prevalência decaem com o passar do tempo, um resultado comum é que as desigualdades absolutas tendem a cair mais rápido que as desigualdades relativas. A melhor combinação possível ocorre quando ambos os tipos de medidas de desigualdade demonstram melhoras, o que foi notavelmente o caso para o Brasil com relação ao nanismo. Em menor grau, melhoras tanto na desigualdade relativa como na absoluta, neste contexto de queda das taxas de mortalidade entre crianças com menos

FIGURE 4. Mortalidade nacional neonatal, e estratificada segundo quintis de riqueza em 10 países na América Latina e no Caribe, até anos indicados^a



a As linhas horizontais conectam os quintis mais pobres (círculos vermelhos) e os mais ricos (círculos dourados). Quanto mais extensa a linha entre os dois grupos, maior a desigualdade absoluta. Para os quintis com tamanhos de amostra pequenos, as estimativas não aparecem nos gráficos.

FIGURE 5. Prevalência do nanismo em crianças com menos de 5 anos de idade, e estratificada segundo quintis de riqueza em 12 países na América Latina e no Caribe, até anos indicados^a



a As linhas horizontais conectam os quintis mais pobres (círculos vermelhos) e os mais ricos (círculos dourados). Quanto mais extensa a linha entre os dois grupos, maior a desigualdade absoluta. Para os quintis com os tamanhos de amostra pequenos, as estimativas não aparecem nos gráficos.

de 5 anos, foram observadas na Colômbia, na República Dominicana, no Haiti, em Honduras e no Peru. Por contraste, embora a Nicarágua tenha apresentado melhorias na cobertura de RMNCH, as desigualdades absolutas e relativas do país para mortalidade e nanismo pioraram. Talvez, isto se deva a um ritmo mais lento da redução da mortalidade e do nanismo entre os mais pobres.

Análises de fatores associados ao progresso observados entre os e dentro dos diferentes países estão fora do alcance deste artigo. No entanto, estamos conscientes das avaliações detalhadas que tentaram explicar o progresso substancial de alguns países. No Brasil, vários fatores parecem ter influenciado na redução da mortalidade infantil e do nanismo, principalmente entre os grupos mais pobres: progresso geral socioeconômico, aprimoramentos na educação feminina, fecundidade mais baixa, urbanização, introdução dos programas de transferência de dinheiro em espécie condicional, cobertura de assistência de saúde universal e intervenções na saúde, isto é, o Programa Saúde da Família (22). No Peru, foram observadas diminuições na mortalidade por duas décadas, mas a prevalência do nanismo diminuiu só recentemente. Os avanços foram atribuídos à forte vontade política em todos os níveis, conduzindo a medidas antipobreza transeórias com metas geográficas, assim como programas específicos do setor da saúde (1, 5, 23).

Por outro lado, as crescentes desigualdades observadas em alguns países podem estar relacionadas com uma “hipótese inversa de equidade”. Esta hipótese declara que as desigualdades em saúde se tornam piores com o tempo, porque intervenções/programas novos em saúde pública atingem, inicialmente, apenas o mais alto estrato socioeconômico, e posteriormente, os pobres. Somente quando os ricos tiverem atingido os níveis mínimos de morbidade e mortalidade, é que os pobres ganham maior acesso às intervenções (22, 24, 25).

Limitações

Uma limitação do estudo foi que a cobertura de intervenção e os dados de mortalidade foram baseados exclusivamente em informações da pesquisa. Para cobertura de imunizações, vitamina A e prevenção e tratamento do HIV, as estimativas

produzidas por organismos internacionais são geradas por uma combinação de dados de pesquisas e sistemas de informação em saúde. Consequentemente, os níveis de cobertura relatados aqui para esses indicadores, talvez, necessariamente, não estejam compatíveis com aqueles disponíveis em documentos oficiais das Nações Unidas. No entanto, essas estimativas oficiais não podem ser separadas por posição socioeconômica, o que requer dados de pesquisa que permitam a classificação de famílias segundo a riqueza. As estimativas de mortalidade interagências, as quais se baseiam em uma combinação de fontes de dados e estratégias de modelagem, também não podem ser desagregadas por quintil de riqueza e, por isso, não foram utilizadas nesta análise.

Muitos países da ALC não tiveram os dados baseados na pesquisa para calcular os indicadores usados nesta análise. Outros apresentaram pesquisas recentes, mas os dados não estavam publicamente disponíveis na época das análises. Os levantamentos mais recentes disponíveis de alguns países, por exemplo, Brasil e México, não conseguiram aplicar questionários internacionalmente padronizados, de maneira que não foi possível calcular os indicadores importantes ou fazer comparações entre países. É preciso destacar também que o último levantamento no Brasil foi em 2006, portanto, para os últimos 9 anos, não estavam disponíveis dados confiáveis baseados na população sobre saúde e nutrição da criança ou sobre a cobertura de intervenção. Finalmente, países como Cuba e Jamaica não adotaram métodos de pesquisa padronizados, mas informações sobre ativos domésticos

não foram coletadas, tornando impossível estratificar a população por riqueza. As pesquisas padronizadas, realizadas a cada 3-5 anos, são essenciais para o monitoramento do progresso e a identificação das tendências para as desigualdades.

Vale a pena observar que há outras dimensões de desigualdades que são relevantes à cobertura das intervenções de RMNCH, por exemplo, a escolaridade das mães, o grupo étnico, o gênero, e mais, que não foram abordadas nestas análises. A interpretação dessas dimensões é relativa ao contexto de cada país; assim, decidimos usar o “índice de riqueza” para permitir uma comparação geral entre os mais pobres e mais ricos de cada país. Adicionalmente, decidimos usar “índice de riqueza”, já que aborda outras dimensões das desigualdades, tais como educação e grupo étnico, anteriormente relatadas em outros estudos (26,27).

CONCLUSÕES

Na maioria dos países, a cobertura de intervenção aumentou enquanto que a mortalidade entre crianças com menos de 5 anos de idade e a prevalência do nanismo descendiram mais rapidamente dentre os pobres, reduzindo as desigualdades com o passar do tempo. No entanto, Bolívia, Guatemala, Haiti, Nicarágua e Peru ainda apresentavam desigualdades marcantes. Esses resultados sugerem que diversos países da ALC conseguiram aprimorar a saúde materno-infantil no âmbito nacional, assim como reduzir a distância entre o rico e o pobre na cobertura de intervenção e em medidas de

impacto importantes, mas outros não. Os países que obtiveram destacados avanços podem servir como exemplos para outros países da ALC, porém mais pesquisas são necessárias para compreender por que as desigualdades socioeconômicas persistem em alguns países enquanto que são substancialmente reduzidas em outros. O próximo passo seria conduzir estudos que examinem quais fatores políticos, sociais, econômicos e relacionados com a saúde são responsáveis pelas constantes desigualdades. Esperamos que essas descobertas enriqueçam os debates de política sobre as estratégias para reduzir as desigualdades na saúde e exponham a importância de monitorar o progresso pela coleta regular de dados.

Agradecimentos. Essas análises foram apoiadas pelas subvenções da Parceria para a Saúde Materna, de Recém-Nascidos e Crianças e pela Iniciativa Contagem Regressiva para 2015 (OMS, Genebra, Suíça), através da Universidade Federal de Pelotas, via o Fundo de Estados Unidos para o Fundo das Nações Unidas para a Infância; e pela Wellcome Trust (Londres, Reino Unido). Os critérios expressos neste artigo são exclusivamente aqueles dos autores e não necessariamente os das organizações de financiamento.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração de responsabilidade. O conteúdo deste artigo é estritamente de responsabilidade dos autores e não reflete necessariamente as opiniões ou políticas da RPSP/PAJPH nem da OPAS.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LOM, Pellegrini Filho A, Solar O, Rigoli F, Salazar LM, Serrate PC-F, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*. 2014; 385 (9975): 1343-51.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas: Edição de 2012. Panorama regional e perfis de países. Washington DC: OPAS; 2012.
3. Requejo JH, Bryce J, Victora CG. Countdown to 2015. Fulfilling the health agenda for women and children: the 2014 report. Washington DC: Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde; 2014.
4. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9780):1863-76.
5. Atun R, de Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2014;385(9974):1230-47.
6. Requejo JH, Bryce J, Barros AJ, Berman P, Bhutta Z, Chopra M, et al. Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. *Lancet*. 2015;385(9966):466-76.
7. Restrepo-Mendez MC, Barros AJ, Black RE, Victora CG. Time trends in socio-economic inequalities in stunting prevalence: analyses of repeated national surveys. *Public Health Nutr*. 2014;Dez 18:1-8. Disponível em inglês em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25521530 Acesso em 7 de julho de 2015.
8. Gwatkin DR, Rutstein S, Johnson K, Suliman E, Wagstaff A, Amouzou A. Socio-economic differences in health, nutrition, and population (HNP) within developing countries: an overview. Washington, DC: Banco Mundial; 2007.
9. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, Atun R, Barreto ICHC, Cetrángolo O, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *Lancet*. 2015;385 (9974):1248-59.
10. Centros para Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos. Programa DHS: Levantamentos Demográficos e de Saúde (DHS). Disponível em inglês em: <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/DHS.cfm> Acesso em 17 de outubro de 2014.
11. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Inquéritos agrupados de indicadores

- múltiplos. Disponível em inglês em: <http://mics.unicef.org/> Acesso em 17 de outubro de 2014.
12. Ministério da Saúde do Brasil. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/saude_nutricional.php Acesso em 17 de outubro de 2014.
 13. Centros para Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos. Guatemala reproductive health survey 2008-2009. Disponível em inglês em: <http://ghdx.healthdata.org/record/guatemala-reproductive-health-survey-2008-2009> Acesso em 17 de outubro de 2014.
 14. Boerma JT, Bryce J, Kinfa Y, Axelson H, Victora CG. Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 Countdown countries. *Lancet*. 2008;371(9620):1259-67.
 15. Barros AJ, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001390.
 16. Victora CG, Barros AJ, Axelson H, Bhutta ZA, Chopra M, Franca GV, et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet*. 2012;380(9848):1149-56.
 17. Barros AJ, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi AD, Franca GV, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet*. 2012; 379(9822):1225-33.
 18. Rutstein SO, Rojas G. Guide to DHS statistics. Calverton, Maryland: ORC Macro; 2006.
 19. Rutstein SO, Johnson K. The DHS wealth index. DHS comparative reports. Calverton, Maryland: ORC Macro; 2004.
 20. Harper S, Lynch J. Methods for measuring cancer disparities: Using data relevant to healthy people 2010: cancer related objectives. Bethesda, Maryland: Instituto Nacional do Câncer; 2005.
 21. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, Franca GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st Century: epidemiology, mechanisms and lifelong impact. *Lancet*. 2015. [No prelo].
 22. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9780):1863-76.
 23. Huicho L, Segura E, Huayanay C, Niño de Guzman J, Restrepo-Mendez MC, Tam Y, et al. Placing child health and nutrition at the centre of the antipoverty political agenda: the Peruvian experience, 2000-2013. *Lancet Glob Health*. [Entregue para publicação].
 24. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*. 2000;356(9235):1093-8.
 25. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*. 2003;362(9379):233-41.
 26. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position, part 1. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):7-12.
 27. Barros FC, Victora CG, Horta BL. Ethnicity and infant health in Southern Brazil. A birth cohort study. *Int J Epidemiol*. 2001;30(5):1001-8.

Manuscrito recebido em 18 de março de 2015. Aceito em versão revisada em 10 de junho de 2015.

ABSTRACT

Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda

Objective. To expand the “Countdown to 2015” analyses of health inequalities beyond the 75 countries being monitored worldwide to include all countries in Latin America and the Caribbean (LAC) that have adequate data available.

Methods. Demographic and Health Surveys and Multiple Indicator Cluster Surveys were used to monitor progress in health intervention coverage and inequalities in 13 LAC countries, five of which are included in the Countdown (Bolivia, Brazil, Guatemala, Haiti, and Peru) and eight that are not (Belize, Colombia, Costa Rica, Dominican Republic, Guyana, Honduras, Nicaragua, and Suriname). The outcomes included neonatal and under-5 year mortality rates, child stunting prevalence, and the composite coverage index—a weighted average of eight indicators of coverage in reproductive, maternal, newborn, and child health. The slope index of inequality and concentration index were used to assess absolute and relative inequalities.

Results. The composite coverage index showed monotonic patterns over wealth quintiles, with lowest levels in the poorest quintile. Under-5 and neonatal mortality as well as stunting prevalence were highest among the poor. In most countries, intervention coverage increased, while under-5 mortality and stunting prevalence fell most rapidly among the poor, so that inequalities were reduced over time. However, Bolivia, Guatemala, Haiti, Nicaragua, and Peru still show marked inequalities. Brazil has practically eliminated inequalities in stunting.

Conclusions. LAC countries presented substantial progress in terms of reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health interventions, child mortality, and nutrition. However, the poorest 20% of the population in most countries is still lagging behind, and renewed actions are needed to improve equity.

Key words

Maternal and child health; health inequalities; socioeconomic factors; Millennium Development Goals; Latin America; Caribbean Region.