

DESIGUALDADES
EM SAÚDE
MATERNO-INFANTIL
NO BRASIL
*20 anos
de progresso*



Centro Internacional de
EQUIDADE
em Saúde | UFPel

ORGANIZADORES

Aluísio J. D. Barros

Cesar Gomes Victora

Fernando César Wehrmeister

DESIGUALDADES

DESIGUALDADES
EM SAÚDE
MATERNO-INFANTIL
NO BRASIL
*20 anos
de progresso*



Reitoria

Reitor: *Pedro Rodrigues Curi Hallal*
Vice-Reitor: *Luis Isaias Centeno do Amaral*
Chefe de Gabinete: *Tais Ullrich Fonseca*
Pró-Reitor de Graduação: *Maria de Fátima Cossio*
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação: *Flávio Fernando Demarco*
Pró-Reitor de Extensão e Cultura: *Francisca Ferreira Michelin*
Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento: *Olávio Martins Peres*
Pró-Reitor Administrativo: *Ricardo Hartlebem Peter*
Pró-Reitor de Infra-estrutura: *Julio Carlos Balzano de Mattos*
Pró-Reitor de Assuntos Estudantis: *Mário Renato de Azevedo Jr.*
Pró-Reitor de Gestão Pessoas: *Sérgio Batista Christino*

Conselho Editorial

Presidente do Conselho Editorial: *Ana da Rosa Bandeira+*
Representantes das Ciências Agrárias: *Guilherme Albuquerque de Oliveira Cavalcanti* (TITULAR), *Cesar Valmor Rombaldi* e *Fabricao de Vargas Arigony Braga*
Representantes da Área das Ciências Exatas e da Terra: *Adelir José Strieder* (TITULAR), *Juliana Pertille da Silva* e *Daniela Buske*
Representantes da Área das Ciências Biológicas: *Marla Piumbini Rocha* (TITULAR), *Rosângela Ferreira Rodrigues* e *Raquel Ludke*
Representantes da Área das Engenharias e Computação: *Darci Alberto Gatto* (TITULAR) e *Rafael Beltrame*
Representantes da Área das Ciências da Saúde: *Claiton Leoneti Lencina* (TITULAR) e *Giovanni Felipe Ernst Frizzo*
Representantes da Área das Ciências Sociais Aplicadas: *Célia Helena Castro Gonsales* (TITULAR) e *Sylvio Arnaldo Dick Jantzen*
Representante da Área das Ciências Humanas: *Charles Pereira Pennaforte* (TITULAR), *Edgar Gandra* e *Guilherme Camargo Massaú*
Representantes da Área das Linguagens e Artes: *Josias Pereira da Silva* (TITULAR) e *Maristani Polidori Zamperetti*

DESIGUALDADES

**DESIGUALDADES
EM SAÚDE
MATERNO-INFANTIL
NO BRASIL**
*20 anos
de progresso*



Centro Internacional de
EQUIDADE
em Saúde | UFPel

ORGANIZADORES

Aluísio J. D. Barros

Cesar Gomes Victora

Fernando César Wehrmeister



Filiada à A.B.E.U.

Rua Benjamin Constant, 1071 - Porto
Pelotas, RS - Brasil
Fone +55 (53)3227 8411
editora.ufpel@gmail.com

Direção

Ana da Rosa Bandeira
Editora-Chefe

Seção de Pré-Produção

Isabel Cochrane
Administrativo

Seção de Produção

Gustavo Andrade
Administrativo
Suelen Aires Böettge
Administrativo
Anelise Heidrich
Revisão
Guilherme Bueno Alcântara (Bolsista)
Design Editorial

Seção de Pós-Produção

Morgana Riva
Assessoria
Madelon Schimmelpfennig Lopes
Administrativo

Revisão Técnica

Ana da Rosa Bandeira

Revisão Ortográfica

Anelise Heidrich

Capa

Guilherme Bueno Alcântara

Projeto Gráfico e Diagramação

Guilherme Bueno Alcântara
Natália Marques

Esta publicação é parte integrante das atividades desenvolvidas no Projeto de Análise e Monitoramento de Equidade em Saúde no Brasil, financiado pelo DECIT / Ministério da Saúde, contrato FNS 750400/2010.

Todos os direitos reservados pelo Centro Internacional de Equidade em Saúde/UFPel. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Simone Godinho Maisonave – CRB-10/1733

D460 Desigualdades em saúde materno-infantil no Brasil [recurso eletrônico] : 20 anos de progresso / organizadores Aluísio J. D. Barros, Cesar Gomes Victora, Fernando César Wehrmeister. – Pelotas : Ed. UFPel , 2019.
105 p. : il.

3,25 MB ; E-book

Disponível em : <http://guaiaca.ufpel.edu.br>
ISBN: 978-85-517-0037-2

1. Saúde - Brasil. 2. Saúde - desigualdade. 3. Centro Internacional de Equidade em Saúde 4. Política de saúde 5. Saúde materno-infantil I. Barros, Aluísio J.D., org. II. Victora, Cesar Gomes, org. III. Wehrmeister, Fernando César, org.

CDD 614.0981

ORGANIZADORES

*Aluísio J. D. Barros
Cesar Gomes Victora
Fernando César Wehrmeister*

AUTORES

*Andréa Dâmaso Bertoldi
Maria de Fatima S. Maia
Giovanny Vinícius de Araújo França*

CO-AUTORES

*Thaynã Ramos Flores
Maria Clara Restrepo-Méndez
Leonardo Zanini Ferreira*

AFILIAÇÕES

Universidade Federal de Pelotas - Centro Internacional de Equidade em Saúde

*Leonardo Zanini Ferreira
Giovanny Vinícius de Araújo França
Fernando César Wehrmeister
Aluísio J. D. Barros
Cesar Gomes Victora*

Universidade Federal do Rio Grande

Maria de Fatima S. Maia

Universidade Federal de Pelotas- Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

*Thaynã Ramos Flores
Andréa Dâmaso Bertoldi*

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE TABELAS	12
INTRODUÇÃO	13
ANÁLISES DA PNDS (PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE)	14
Métodos	14
Resultados	15
Indicadores do contínuo do cuidado materno-infantil	15
Situação nutricional	24
Condições de moradia	27
Conclusões	29
REVISÃO DA LITERATURA SOBRE EQUIDADE EM SAÚDE NO BRASIL	30
Métodos	30
Perfil da literatura identificada	30
Desigualdades em intervenções no contínuo do cuidado materno-infantil	34
Período pré-gestacional	35
Período pré-natal	35
Assistência ao parto	36
Período pós-natal	37
Índices compostos	38
Discussão	38
Conclusões	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51



REFERÊNCIAS	52
ANEXO 1 - Questões coletadas nos inquéritos de 1986, 1996 e 2006, utilizadas para o cálculo dos indicadores selecionados.	73
ANEXO 2 - Definição dos indicadores e fonte da informação.	78
ANEXO 3 – Características das amostras. Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006.	82
A - Número e percentual de crianças menores que 5 anos elegíveis.	82
B - Número e percentual de mulheres de 15-49 anos entrevistadas.	83
C - Número e percentual de domicílios incluídos na amostra.	84
ANEXO 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPEL).	85
A - Uso atual de contraceptivo moderno	85
B - Cuidado pré-natal - mães que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal.	86
C - Cuidado pré-natal - mães que realizaram pelo menos 6 consultas de pré-natal.	87
D - Primeira consulta do pré-natal que foi realizada no primeiro trimestre da gestação	88
E - Parto cesáreo	89
F - Parto em instituição de saúde	90
G - Amamentação na primeira hora de vida	91
H - Déficit de altura/idade	92
I - Déficit de peso/idade	93
J - Índice de massa corporal acima de 2 desvio-padrão.	94
K - Água encanada no domicílio (casa ou terreno)	95
L - Utilização de instalações sanitárias melhoradas	96
M - Domicílios com eletricidade	97
ANEXO 5 – Porcentagem e medidas de desigualdade (diferença absoluta e razão) de indicadores de saúde materno-infantil e condições domiciliares de acordo com área de residência. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPEL).	98



ANEXO 6 - Porcentagem e medidas de desigualdade (diferença absoluta e razão) de indicadores de saúde materno-infantil e condições domiciliares de acordo com quintis de nível econômico. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPEL).	100
ANEXO 7 - Porcentagem e medidas de desigualdade (diferença absoluta e razão) de indicadores de saúde materno-infantil e condições domiciliares de acordo com sexo da criança. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPEL).	102
ANEXO 8 – Principais tópicos sobre saúde abordados nas pesquisas nacionais.	103

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% do uso atual de contraceptivo moderno conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPeI). **16**
- FIGURA 2** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de pelo menos 1 consulta pré-natal com profissional de saúde conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPeI). **16**
- FIGURA 3** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de pelo menos 6 consultas de pré-natal conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPeI). **17**
- FIGURA 4** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% do cuidado pré-natal no primeiro trimestre da gestação (mães que realizaram a primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre da gestação) conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPeI). **18**
- FIGURA 5** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% do parto cesáreo conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPeI). **18**
- FIGURA 6** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% do parto realizado em instituição de saúde conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPeI). **19**
- FIGURA 7** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de amamentação na primeira hora de vida conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPeI). **20**
- FIGURA 8** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% dos indicadores: uso atual de contraceptivo moderno, realização de consulta de pré-natal, 1ª consulta de pré-natal (PN) no 1º trimestre de gravidez, parto por cesariana, parto institucional e início precoce do aleitamento materno (AM) de acordo com escolaridade materna. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPeI). **22**
- FIGURA 9** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% dos indicadores: uso atual de contraceptivo moderno, realização de consulta de pré-natal, 1ª consulta de pré-natal (PN) no 1º trimestre de gravidez, parto por cesariana, parto institucional e início precoce do aleitamento materno (AM) de acordo com quintis de nível econômico. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPeI). **23**
- FIGURA 10** - Prevalência e intervalo de confiança de 95% de déficit de altura-para-idade conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPeI). **24**
- FIGURA 11** - Prevalência e intervalo de confiança de 95% de déficit de peso-para-idade conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPeI). **25**



- FIGURA 12** - Prevalência e intervalo de confiança de 95% de sobrepeso para crianças abaixo de 5 anos (IMC/idade acima de 2 desvios-padrão) conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel). **25**
- FIGURA 13** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% do estado nutricional de crianças baseado em indicadores antropométricos de acordo com escolaridade materna. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel). **26**
- FIGURA 14** - Prevalência e intervalo de confiança de 95% do estado nutricional de crianças baseado em indicadores antropométricos de acordo com quintis de nível econômico. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel). **27**
- FIGURA 15** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de água encanada no domicílio conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel). **28**
- FIGURA 16** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de utilização de instalações sanitárias melhoradas conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel). **28**
- FIGURA 17** - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de domicílios com eletricidade conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel). **29**
- FIGURA 18** - Cobertura dos grupos extremos de nível socioeconômico dos indicadores início do pré-natal, número de consultas do pré-natal, atendimento especializado ao parto e taxa de cesariana, ordenados por ano de realização do estudo. **39**

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição das publicações conforme a região geográfica (n=340).....	31
TABELA 2- Distribuição das publicações conforme os desfechos (n=340).....	32
TABELA 3- Distribuição das publicações conforme os estratificadores (n=340).....	33
TABELA 4- Cobertura dos indicadores, estratificadores utilizados e medidas de desigualdade de cada indicador.	41

INTRODUÇÃO

O Centro Internacional de Equidade em Saúde tem, como um de seus objetivos, monitorar a situação de equidade em saúde e nutrição entre os países do mundo, com ênfase nos países de renda baixa ou média. A crescente importância do Brasil no cenário mundial, assim como nossa tradição em pesquisas na área de desigualdades em saúde, levou à criação deste centro de pesquisas e análises, visando a desempenhar um papel de liderança internacional na área.

O presente relatório apresenta uma avaliação detalhada dos progressos conquistados no país em termos da cobertura de intervenções importantes para a saúde, assim como em relação à equidade na distribuição dessas intervenções. Avaliamos, também, alguns indicadores de estado de saúde e suas desigualdades. Com este trabalho, atendemos aos objetivos da proposta de trabalho apoiada pelo Ministério de Saúde, por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DECIT).

Serão descritos os resultados de duas atividades desenvolvidas pelo Centro:

1. Análises de equidade no Brasil, utilizando uma seleção de indicadores extraídos das Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS), realizadas nos anos de 1986, 1996 e 2006, estratificadas por variáveis relevantes para análises de desigualdades;
2. Revisão da literatura produzida no Brasil sobre equidade em saúde, atendendo ao objetivo de identificar os inquéritos nacionais ou outras fontes de dados relevantes para análise de equidade, mantendo um cadastro atualizado e atuando como repositório dos dados e dos documentos.

ANÁLISES DA PNDS

(PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE)

Dentre as atividades do Centro de Equidade, destaca-se a análise das PNDS, realizadas periodicamente no Brasil nos moldes das *Demographic Health Surveys* (DHS). A análise de indicadores padronizados em diferentes pontos no tempo permite traçar um panorama da evolução desses indicadores, além de possibilitar o monitoramento das desigualdades de acordo com características socioeconômicas e demográficas. Neste relatório, serão apresentados resultados para 14 indicadores passíveis de serem estimados nos inquéritos disponíveis para todo o Brasil.

MÉTODOS

Foram analisados dados das PNDS realizadas nos anos de 1986, 1996 e 2006, que incluíam mulheres em idade fértil e menores de cinco anos das cinco macrorregiões do país. As PNDS têm cobertura nacional, mas não incluíam a área rural da região Norte nos inquéritos de 1986 e 1996. Detalhes metodológicos adicionais podem ser encontrados nos relatórios finais de cada inquérito, disponíveis no sítio da DHS¹ para 1986 e 1996 e no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde².

Serão apresentadas análises dos seguintes indicadores, escolhidos por haverem sido coletados de forma consistentes nas três pesquisas:

Para as mães:

- Uso de contraceptivo moderno;
- Cuidado pré-natal – pelo menos uma consulta com profissional da saúde;
- Cuidado pré-natal – 6 consultas ou mais (independente de quem atendeu);
- Primeira consulta do pré-natal realizada no 1º trimestre de gravidez;
- Parto cesáreo;
- Parto em instituição de saúde (pública ou privada);
- Início da amamentação na primeira hora de vida.

Para crianças menores de cinco anos:

- Déficit altura/idade;
- Déficit peso/idade;
- Excesso de peso - índice de massa corporal (IMC)/idade acima de 2 desvios-padrão.

Para o domicílio:

- Água encanada no domicílio (casa ou terreno);
- Instalações sanitárias melhoradas;
- Eletricidade.

1 <http://www.measuredhs.com>

2 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/>



As perguntas utilizadas para construção dos indicadores em cada inquérito estão apresentadas no Anexo 1. As definições de cada indicador, bem como as fontes dessas definições, encontram-se no Anexo 2.

As análises foram realizadas através do *software* Stata versão 12.0, levando em consideração o desenho amostral. Foram estimadas as coberturas/prevalências e intervalos de confiança de 95% dos indicadores nacionais e estratificados por quintis de nível econômico (índice de bens), região geográfica (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste ou Sul), sexo da criança (masculino ou feminino), escolaridade materna em anos de estudo completos (<4, 4 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais) e área de residência (urbana ou rural). A área rural da zona norte somente foi incluída no inquérito de 2006.

O número absoluto e percentual de crianças menores que cinco anos elegíveis, de mulheres de 15-49 anos entrevistadas e de domicílios incluídos na amostra estão apresentados no Anexo 3 (A, B e C). Todos os dados estão apresentados para os três inquéritos (1986, 1996 e 2006) e de acordo com os estratificadores utilizados nas análises.

RESULTADOS

Para cada indicador selecionado, foi construído um gráfico com sua cobertura nacional, e as coberturas por área urbana e rural e regiões do país. Na sequência, são apresentados gráficos que incluem um conjunto de indicadores estratificados por escolaridade materna (<4, 4 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais anos de estudo) e quintis de nível econômico. Os gráficos apresentam estimativas para os inquéritos (1986, 1996 e 2006) nos quais o dado estava disponível.

As primeiras nove figuras incluem indicadores de intervenções que acontecem no período pré-gestacional (uso de contraceptivo moderno), no período pré-natal (realização de pelo menos uma consulta no pré-natal, realização de 6 ou mais consultas de pré-natal e realização da 1ª consulta de pré-natal no 1º trimestre de gestação) e no período perinatal (proporção de cesarianas, de partos realizados em instituição de saúde e início da amamentação na primeira hora de vida).

Em seguida, são apresentadas as prevalências dos indicadores nutricionais (déficit altura/idade, déficit peso/idade e IMC/idade acima de 2 desvios-padrão) e, por fim, os gráficos relativos a coberturas de condições de moradia (água encanada no domicílio, utilização de instalações sanitárias melhoradas e domicílios com eletricidade).

INDICADORES DO CONTÍNUO DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL

Observa-se, na Figura 1, a crescente cobertura do uso de contraceptivo moderno. O indicador apresentou incremento acentuado de 1986 a 1996, chegando a 77% em 2006. As coberturas de uso de contraceptivos eram muito mais altas na área urbana que na rural em 1986, diferença que se atenuou em 1996 e praticamente desapareceu em 2006. Situação semelhante se observa nas regiões do país, sendo que, em 1986, o Nordeste tinha cobertura muito inferior à observada nas demais regiões. As diferenças se atenuaram em 1996, sendo que, no último inquérito, as coberturas das regiões Nordeste, Norte, Sudeste e Sul foram similares, variando de 76% a 79% (Anexo 4-A). Esta é uma intervenção em que não se tem por objetivo atingir uma cobertura de 100%, pois algumas mulheres não necessitam de contracepção ou desejam engravidar, diferentemente das apresentadas a seguir. O patamar de 80% parece ser o que se poderia considerar como “cobertura universal” (irrestrita) para o uso de contraceptivos, visto que todos os subgrupos estudados parecem convergir para esse valor.



A cobertura do pré-natal, considerando-se pelo menos uma consulta com profissional de saúde, apresentou crescimento considerável desde 1986, atingindo 94% em 2006 (Figura 2). Houve um acentuado aumento de cobertura na área rural. O mesmo padrão de aumento de cobertura pode ser observado na região Nordeste, sendo que, em 2006, todas as regiões apresentaram cobertura igual ou superior a 90% (Anexo 4-B).

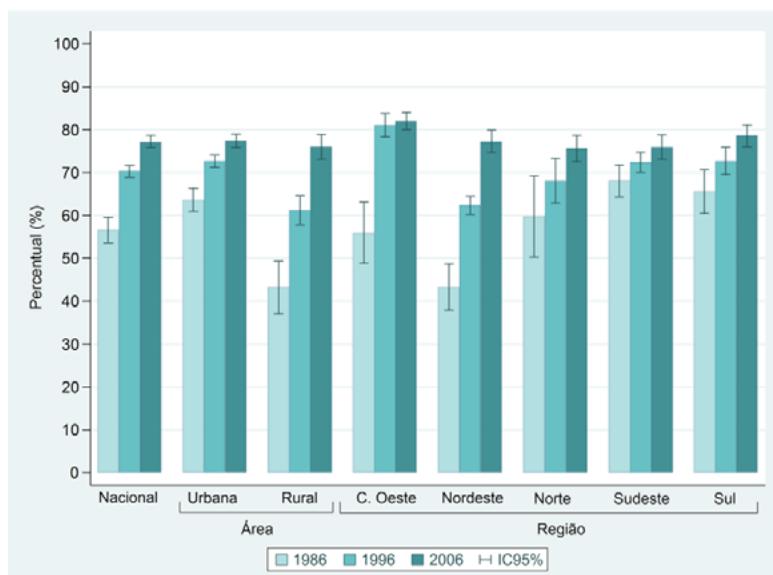


Figura 1 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% do uso atual de contraceptivo moderno conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

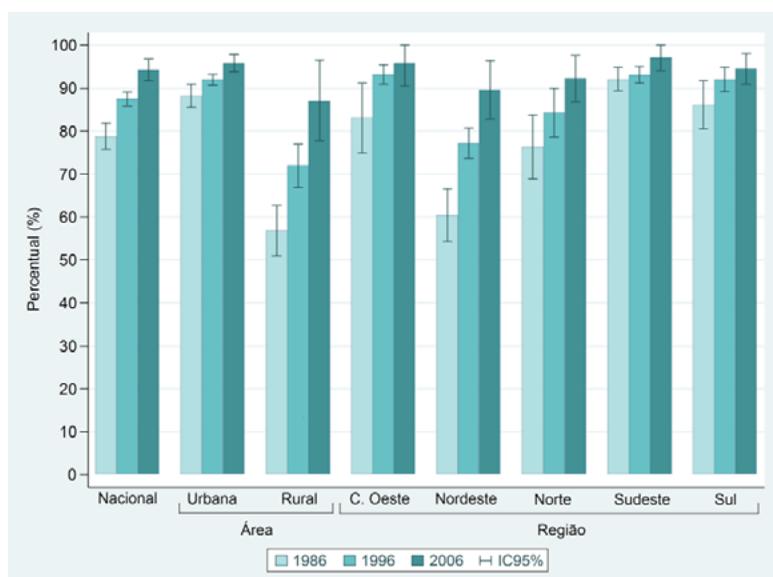


Figura 2 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de pelo menos 1 consulta pré-natal com profissional de saúde conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).



A realização de pelo menos seis consultas de pré-natal (disponível apenas para 1996 e 2006) apresenta uma situação menos positiva (Figura 3). As coberturas para este indicador são bem mais baixas do que para o anterior, o que não surpreende, visto que o indicador é muito mais exigente. Houve progressos consideráveis de 1996 a 2006, especialmente na área rural. No entanto, a cobertura nacional foi de 81% em 2006, sendo inferior a 70% na área rural. Diferentemente das situações anteriores, persistem importantes desigualdades regionais, com cobertura próxima de 90% na região Sudeste, enquanto que a região Norte apresenta uma cobertura de 62%, mais baixa que a média nacional para a área rural (Anexo 4-C).

A realização da primeira consulta de pré-natal durante o primeiro trimestre da gestação (Figura 4) também teve cobertura crescente no período de estudo. A área rural, apesar do evidente aumento de cobertura, ainda apresentou uma cobertura bem mais baixa (73,8%) do que a área urbana (84,1%) em 2006 (Anexo 4-D). O aumento de cobertura de 1996 a 2006 foi mais acentuado para a região Nordeste. A região Norte apresentou menor cobertura no último inquérito.

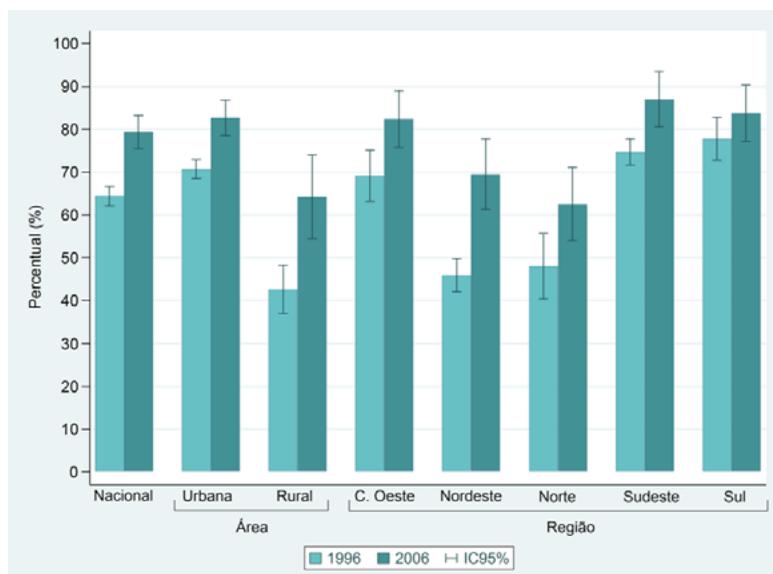


Figura 3 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de pelo menos 6 consultas de pré-natal conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

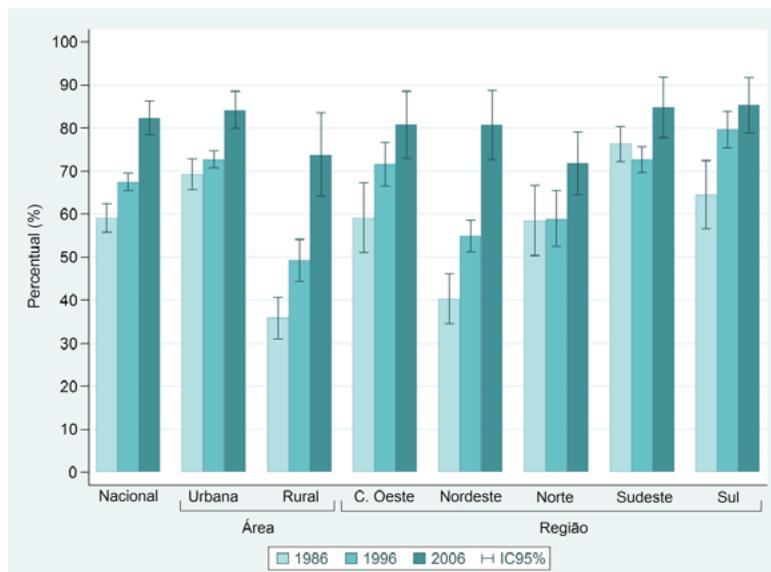


Figura 4 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% do cuidado pré-natal no primeiro trimestre da gestação (mães que realizaram a primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre da gestação) conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPEL).

Partos por operação cesariana têm aumentado em praticamente todos os países de renda média e alta (343). Em particular, o Brasil parece ser o país com as mais altas proporções de cesarianas no mundo. A Organização Mundial da Saúde preconiza não mais de 15% de cesarianas, sendo que, em países com sistemas públicos de saúde consolidados, como Canadá e Reino Unido, essa proporção varia entre 15 e 20% (343). Observa-se, na Figura 5, o crescimento da proporção de cesarianas em nível nacional, com aumento proporcional mais expressivo na área rural. Para 2006, todos os subgrupos analisados apresentam valores acima do máximo recomendado (Anexo 4-E). Observa-se um comportamento anômalo na região Norte, com a cobertura de 1986 praticamente igual à de 2006. Isso pode indicar algum problema com os dados ou, ainda, ser devido à inclusão da área rural da região Norte apenas no inquérito de 2006.

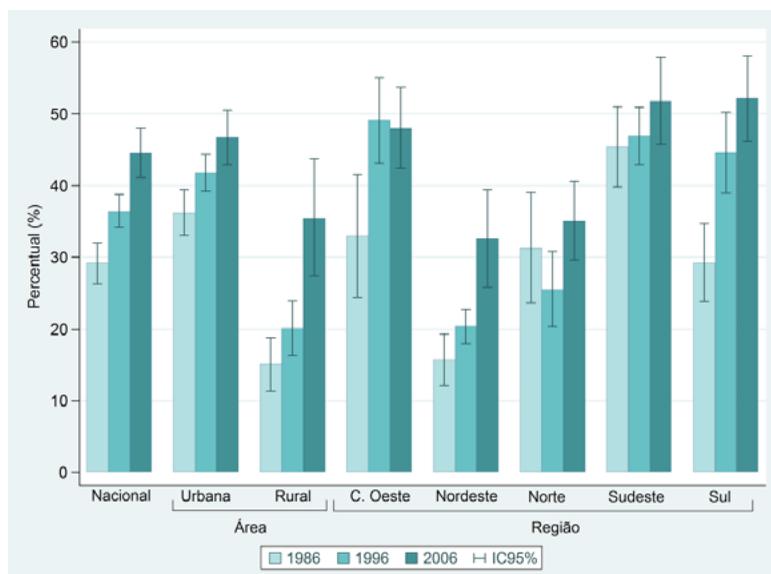


Figura 5 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% do parto cesáreo conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPEL).



Desde 1986, a maioria dos partos no país ocorria em instituição de saúde – hospitais, maternidades, centros de saúde ou clínicas (Figura 6). A área rural apresentava a menor prevalência de partos institucionais em 1986 (60%). Em 2006, fechando um ciclo de crescimento, praticamente todos os partos no país são institucionais, independentemente de área ou região geográfica. Apenas a região Norte apresentou cobertura um pouco inferior (94%) (Anexo 4-F).

O início da amamentação na primeira hora de vida é uma intervenção importante para o estímulo ao aleitamento materno exclusivo e tem sido alvo de campanhas e iniciativas, como o Hospital Amigo da Criança (216). Apesar disso, vemos que menos de 40% das mães relataram ter amamentado já na primeira hora (Figura 7). Este indicador não foi coletado em 1986, e observa-se aumento da cobertura de 1996 a 2006 em nível nacional. Na área rural, a cobertura em 2006 (43%) ultrapassa a área urbana (35%). Não houve mudança nas coberturas das regiões Sul e Sudeste, sendo o aumento nacional devido à mudança observada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Embora não tenhamos uma análise específica, observa-se que as maiores coberturas de amamentação na primeira hora estão justamente onde as proporções de cesárea são mais baixas. (Anexo 4-G).

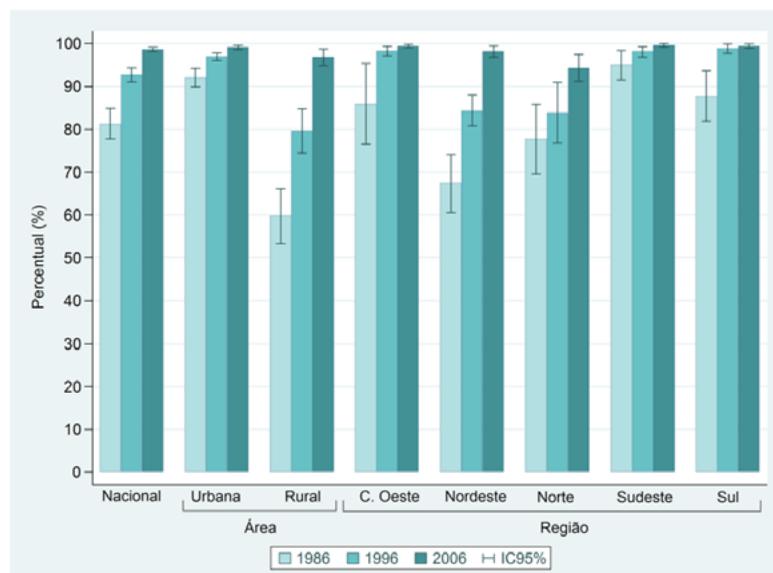


Figura 6 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% do parto realizado em instituição de saúde conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

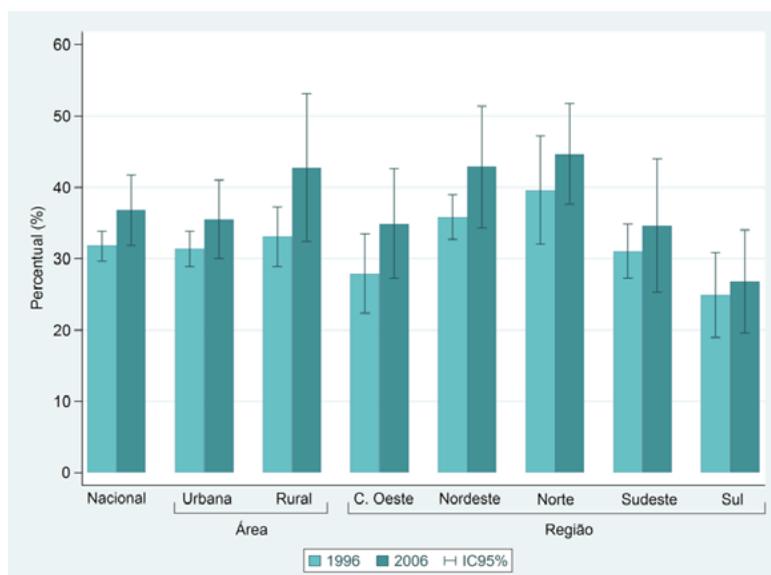


Figura 7 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de amamentação na primeira hora de vida conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

A cobertura dos indicadores acima foi analisada também em relação à escolaridade materna (Figura 8). Excetuando-se a amamentação na primeira hora de vida, os demais indicadores apresentam coberturas superiores entre as mães com maior escolaridade. Entretanto, para dois indicadores (uso atual de contraceptivos modernos e parto realizado em instituição de saúde), no ano de 2006, as diferenças de cobertura são insignificantes. Entre mães com escolaridade igual ou superior a nove anos de estudo, observam-se elevadas coberturas de parto em instituição de saúde, estando próximas a 100% dos casos desde 1986. Com relação ao uso de contraceptivo moderno, as coberturas em 2006 estão entre 70 e 80% nos quatro grupos de escolaridade, mantendo-se inalteradas desde 1996 entre as mães com escolaridade igual ou superior a nove anos. Mães com zero a oito anos de estudo apresentaram maiores progressos do que os demais grupos, com resultante redução nas desigualdades.

A amamentação na primeira hora de vida é menos frequente entre as mães com maior escolaridade, ao contrário dos demais indicadores, e as coberturas, independentemente do nível de escolaridade materna, não ultrapassam os 40%. Este é um indicador que, em diversos países, não apresenta desigualdades sociais importantes.

Na Figura 9, os indicadores são apresentados estratificados por quintis de nível econômico. Neste gráfico, quanto maior a distância entre o primeiro (20% mais pobres) e o quinto (20% mais ricos) quintis, maior a desigualdade absoluta. Exceto para a amamentação na primeira hora de vida, observam-se sistematicamente as maiores coberturas para o quintil mais rico. As diferenças entre os quintis praticamente desapareceram, em 2006, para uso de contraceptivos modernos, realização de pelo menos uma consulta de pré-natal e parto realizado em instituição de saúde. A Figura 9 também mostra aumento da cobertura para todos os indicadores.

Em resumo, observamos enorme progresso no período de 1986 a 2006 para intervenções relevantes para a saúde materno-infantil. Houve importante aumento na cobertura e redução dramática na desigualdade da maioria dos indicadores estudados, nos quais se atingiu cobertura universal para todos os subgrupos. Como exceção, temos a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal, com cobertura ainda bastante



desigual e aquém dos níveis desejados. Sabe-se, também, que é importante monitorar não só o número de consultas, mas também a qualidade do atendimento pré-natal. Não é incomum que, apesar de comparecer a diversas consultas, gestantes acabem a gravidez sem ter suas mamas examinadas, por exemplo (128). Outra exceção é a amamentação na primeira hora, já discutida acima.

No extremo oposto do espectro, a prevalência de cesarianas é inaceitavelmente alta, e a tendência de aumento persiste. Além de custar mais que um parto normal, cesarianas desnecessárias representam risco de saúde (embora pequeno) para as mães e crianças (341) e dificuldades adicionais nos primeiros dias do puerpério, com possível prejuízo para o aleitamento (342).

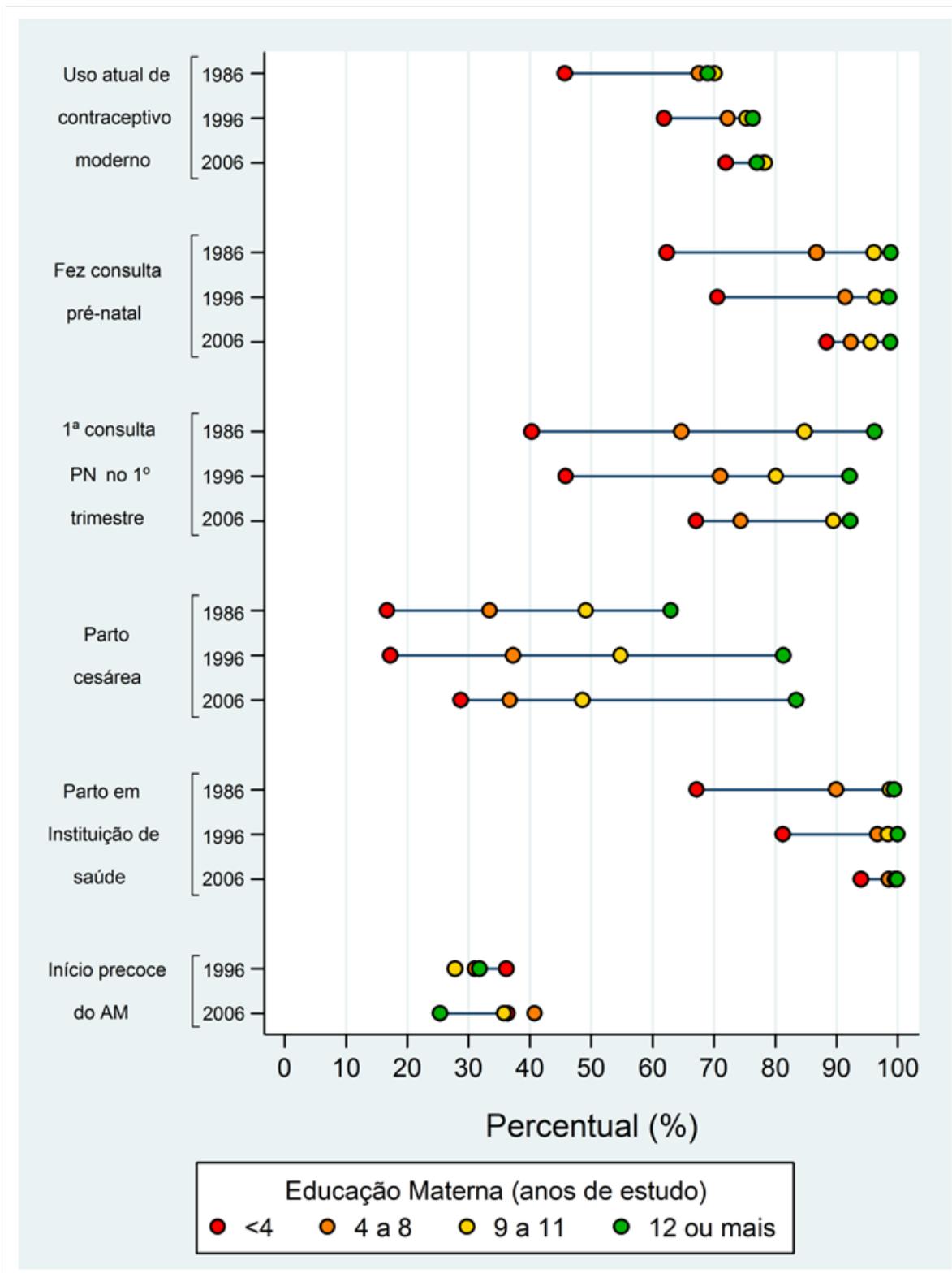


Figura 8 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% dos indicadores: uso atual de contraceptivo moderno, realização de consulta de pré-natal, 1ª consulta de pré-natal (PN) no 1º trimestre de gravidez, parto por cesariana, parto institucional e início precoce do aleitamento materno(AM) de acordo com escolaridade materna. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

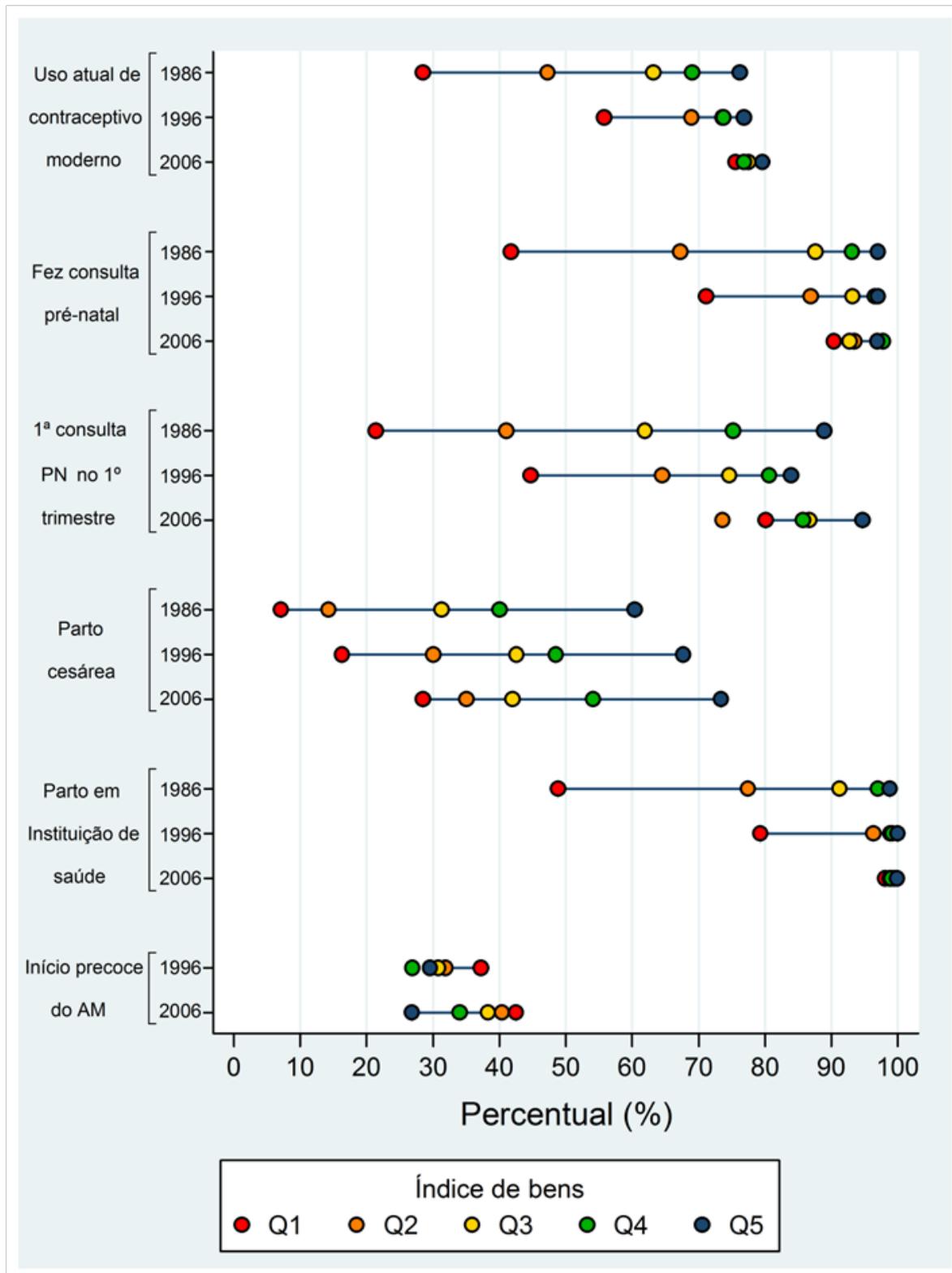


Figura 9 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% dos indicadores: uso atual de contraceptivo moderno, realização de consulta de pré-natal, 1ª consulta de pré-natal (PN) no 1º trimestre de gravidez, parto por cesariana, parto institucional e início precoce do aleitamento materno (AM) de acordo com quintis de nível econômico. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPEL).



SITUAÇÃO NUTRICIONAL

Nas Figuras 10 a 14, estão apresentadas as prevalências de três indicadores nutricionais estratificados por área e região geográfica, escolaridade materna e nível econômico – déficits de altura/idade, peso/idade e obesidade para crianças menores de 5 anos. Não apresentamos dados de 1986 visto que, neste inquérito, o exame antropométrico foi restrito à região Nordeste. Os déficits de altura/idade (Figura 10) apresentam maiores prevalências que os de peso/idade (Figura 11) e tiveram redução dramática de 1996 a 2006 (Anexo 4–H e 4-I), especialmente na área rural e na região Nordeste. A região Norte é a única onde ainda se observa prevalência superior a 10%.

Na Figura 12, observa-se que o excesso de peso em crianças menores de cinco anos não apresentou mudança importante entre 1996 e 2006. A noção geral de que o sobrepeso e a obesidade estão aumentando rapidamente em todas as faixas etárias não é confirmada aqui, pelo menos para a amostra total de crianças menores de 5 anos. O indicador em nível nacional praticamente não se alterou entre 1996 e 2006, sendo possível observar variações para cima e para baixo nas regiões, mas, em todos os casos, com larga sobreposição dos intervalos de confiança, indicando variação compatível com flutuação amostral (Anexo 4–J).

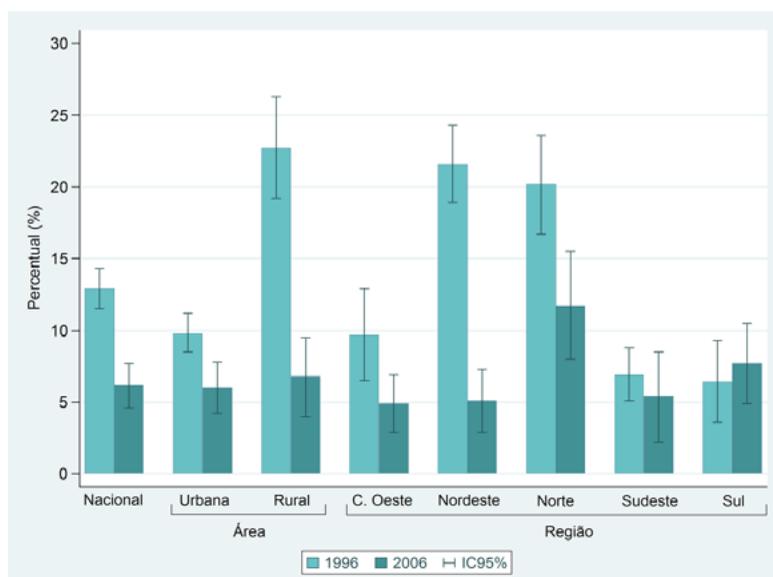


Figura 10 - Prevalência e intervalo de confiança de 95% de déficit de altura-para-idade conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

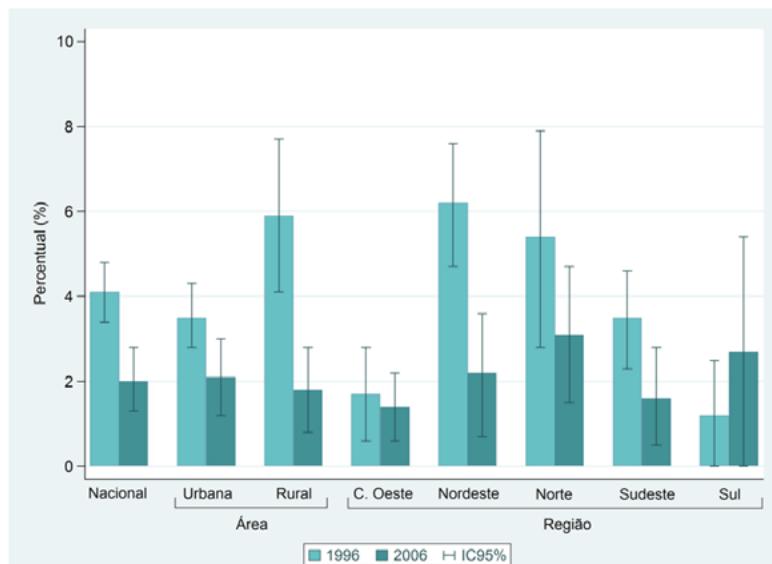


Figura 11 - Prevalência e intervalo de confiança de 95% de déficit de peso-para-idade conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPEL).

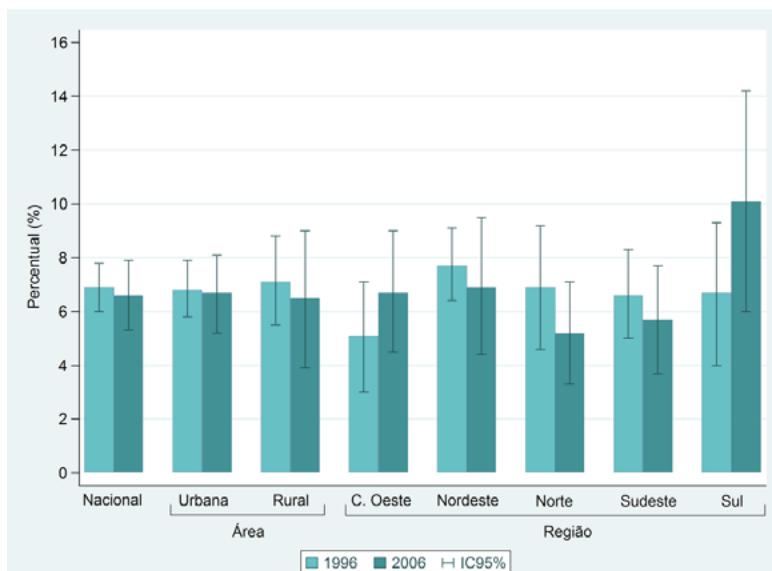


Figura 12 - Prevalência e intervalo de confiança de 95% de sobrepeso para crianças abaixo de 5 anos (IMC/idade acima de 2 desvios-padrão) conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPEL).

Os indicadores nutricionais, quando estratificados por escolaridade da mãe, indicam maiores prevalências de déficit de altura/idade e de peso/idade no grupo de escolaridade materna inferior a quatro anos de estudo em 2006 (Figura 13). Já o IMC/idade > 2DP foi maior entre as crianças com mães nos dois extremos de escolaridade (<4 anos e 12 anos ou mais).

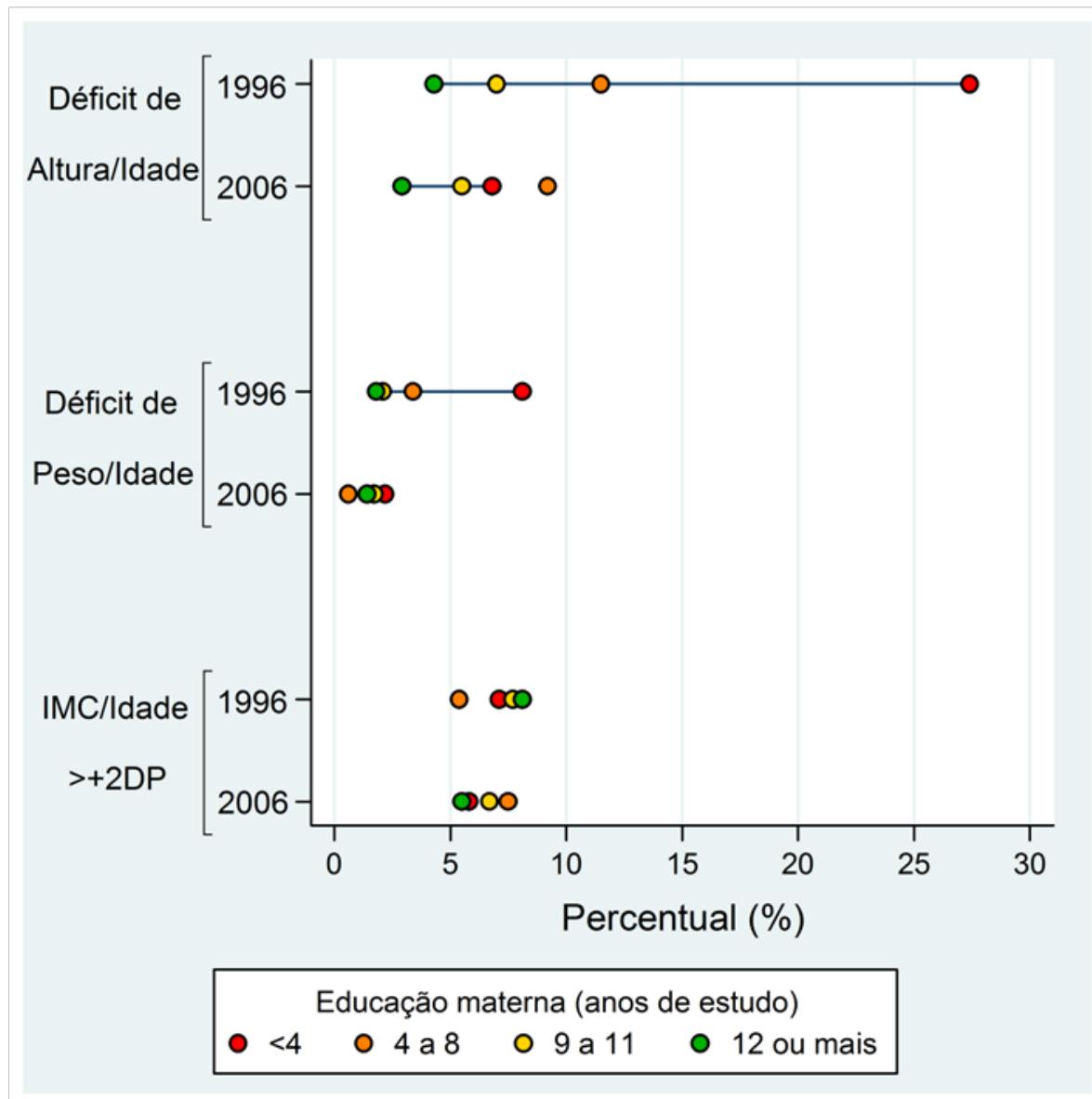


Figura 13 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% do estado nutricional de crianças baseado em indicadores antropométricos de acordo com escolaridade materna. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

O déficit de altura/idade apresentou redução acentuada entre 1996 e 2006, mas os quintis mais pobres permanecem com maiores déficits ainda em 2006. O déficit de peso/idade em 2006 praticamente é o mesmo em todos os quintis de nível econômico e apresenta valores inferiores a 2,5%, que seriam esperados em uma população com ausência de subnutrição. OIMC/idade>2DP aumentou de 1996 para 2006, especialmente no quintil mais rico (Q5) (Figura 14).

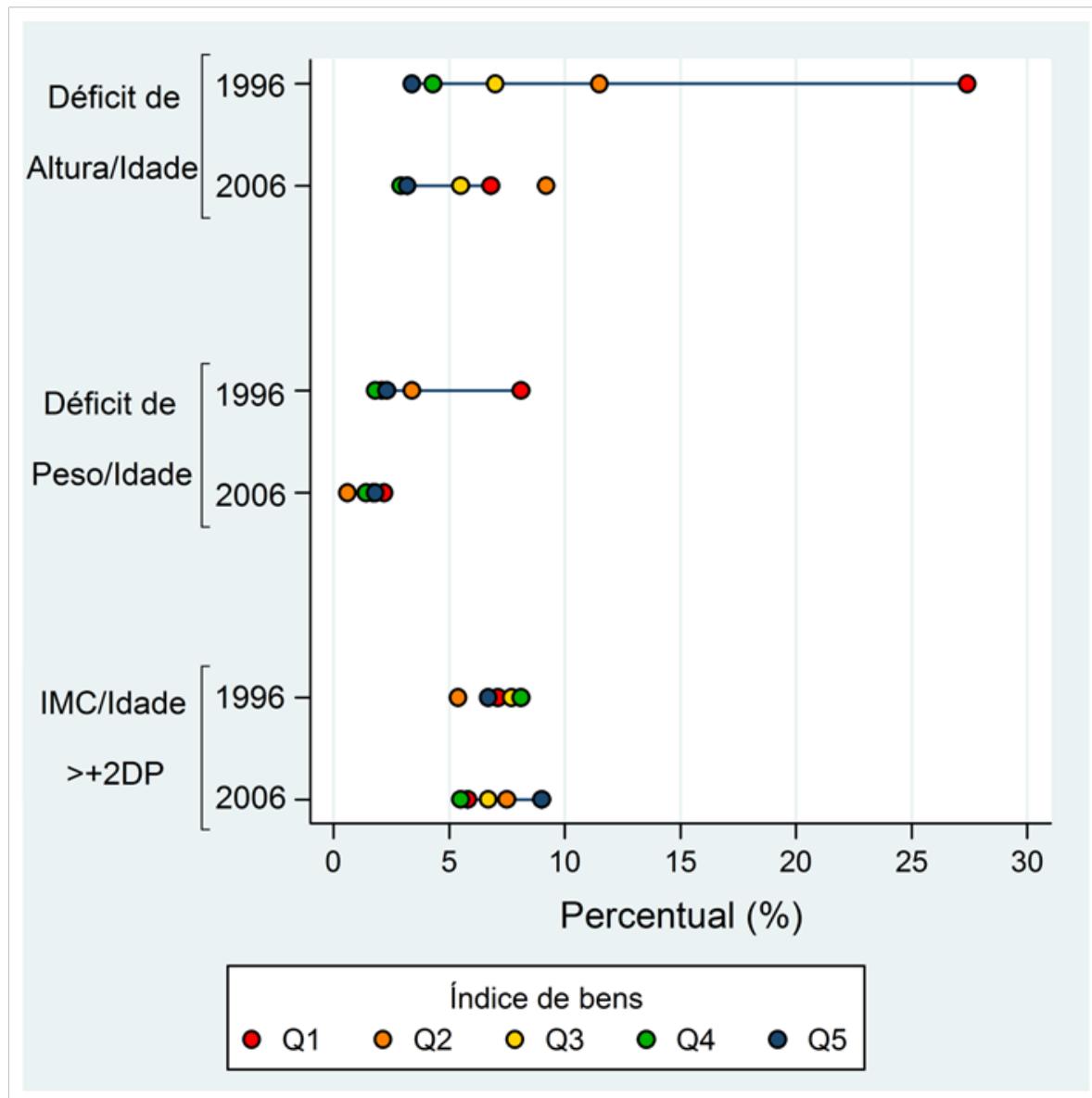


Figura 14 - Prevalência e intervalo de confiança de 95% do estado nutricional de crianças baseado em indicadores antropométricos de acordo com quintis de nível econômico. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

CONDIÇÕES DE MORADIA

As Figuras 15, 16 e 17 apresentam as coberturas de três indicadores relativos às condições de moradia. A presença de água encanada no domicílio (Figura 15) foi crescente desde 1986 até 2006 em todos os estratos analisados. A área urbana apresentou, em 2006, cobertura próxima a 90%, mas na área rural este valor foi de 34,4% (Anexo 4-K). A região Nordeste teve um importante aumento de cobertura desde 1986, mas ainda continua, seguida pela região Centro-Oeste, com a menor cobertura regional. As regiões Sul e Sudeste apresentaram coberturas em torno de 90% em 2006.

A utilização de instalações sanitárias melhoradas (Figura 16) apresentou incremento de seis pontos percentuais no período de 1986 a 1996 e estagnou entre 1996 e 2006. A cobertura rural não aumentou entre 1986 (46%) e 2006 (44%), como seria esperado. O indicador estratificado por região evidencia a pior situação da região Nordeste do país, com cobertura, em 2006, de 56,2% (Anexo 4-L). As regiões Sul e Sudeste apresentam coberturas em torno de 90%. Em relação à variação das coberturas por quintis de nível econômico, existe uma diferença importante entre os mais ricos (melhores condições sanitárias) e os mais pobres, apesar de ter havido uma expressiva redução entre os quintis extremos, com redução das desigualdades (Anexo 4-L).

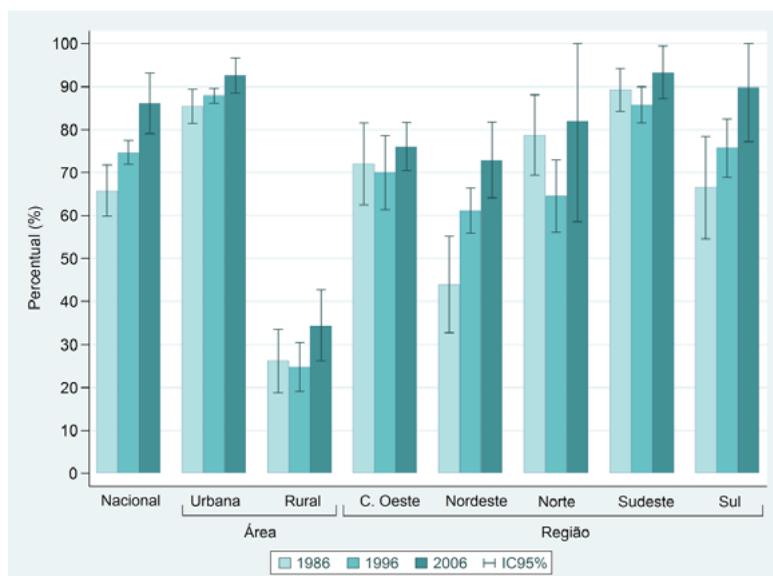


Figura 15 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de água encanada no domicílio conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

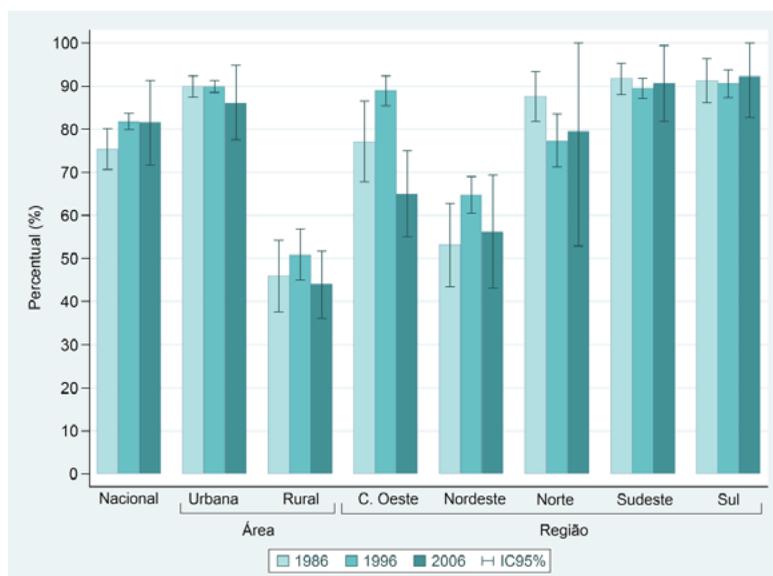


Figura 16 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de utilização de instalações sanitárias melhoradas conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

Na Figura 17, observa-se que praticamente não existem diferenças regionais em relação à disponibilidade de eletricidade nos domicílios em 2006. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentam coberturas superiores a 95%. Entretanto, na área rural, a cobertura do indicador em 2006 foi de 90,1% e da área urbana foi de 97,9% (Anexo 4-M). A distribuição por quintis de nível econômico indica coberturas próximas a 100% para toda a população em 2006 (dados não mostrados). Não foram coletadas informações sobre eletricidade nos domicílios em 1986.

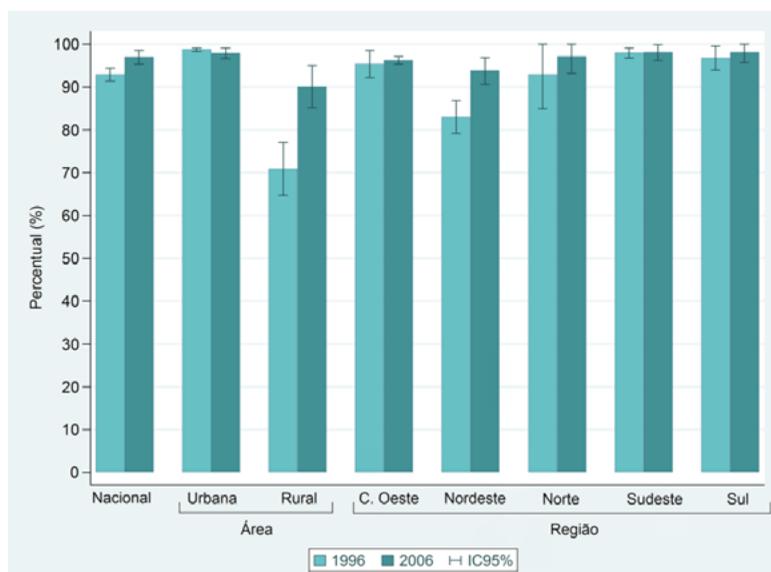


Figura 17 - Cobertura e intervalo de confiança de 95% de domicílios com eletricidade conforme área de residência e região geográfica. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

Um resumo das coberturas dos indicadores analisados e das diferenças e razões entre área urbana e rural é apresentado no Anexo 5. O mesmo foi feito para as estimativas dos quintis extremos do nível econômico (Anexo 6) e para as estimativas por sexo (Anexo 7).

CONCLUSÕES

As análises dos diversos indicadores estudados mostram, em geral, uma evolução extremamente positiva, tanto em termos de cobertura como em termos de equidade. Destacam-se a cobertura de uso de contraceptivos modernos e o parto institucional. Para ambos os indicadores, praticamente não se observam mais desigualdades sociais. No caso do pré-natal, observou-se uma melhora evidente, mas a cobertura com seis ou mais consultas ainda está abaixo do ideal, e persistem desigualdades regionais importantes.

Do ponto de vista dos indicadores nutricionais, a redução do déficit de altura foi expressiva para todas as regiões do país e para todos os quintis de nível econômico. A redução das desigualdades para esse indicador também foi marcante, sendo que todos os quintis apresentam prevalências de déficit abaixo de 10%.

REVISÃO DA LITERATURA

SOBRE EQUIDADE EM SAÚDE NO BRASIL

Nesta seção, apresentamos o resultado de uma extensa revisão de literatura que realizamos com o intuito de reunir publicações com informações atualizadas sobre equidade em saúde no contexto brasileiro. Além disso, no Anexo 8, podem ser observados os principais tópicos sobre saúde abordados nas grandes pesquisas nacionais, em que podem ser buscadas informações sobre desigualdade em saúde.

MÉTODOS

A partir de buscas em bases de dados bibliográficos (*Lilacs, Pubmed, Web of Science*), consultas em acervos de bibliotecas e análise das referências dos trabalhos selecionados, reuniu-se um conjunto de 340 trabalhos na íntegra, no formato digital, publicados nos últimos 20 anos (1993 – 2013), que examinam as desigualdades em saúde no Brasil.

O processo de seleção das publicações consistiu em identificar os estudos que apresentavam informações sobre desigualdades em saúde materno-infantil no Brasil e que contemplavam os seguintes desfechos: acesso a serviços de saúde; anemia e desnutrição, baixo peso ao nascer, tipo de parto; dados antropométricos de crianças menores de cinco anos, expectativa de vida; gravidez na adolescência; morbidades em crianças menores de cinco anos; aleitamento materno e mortalidade infantil.

Após o processo de seleção, as publicações foram classificadas conforme o tipo (artigos de periódicos, teses, relatórios, entre outros); região geográfica; desfechos e estratificadores.

PERFIL DA LITERATURA IDENTIFICADA

O banco de dados com as referências das 340 publicações selecionadas é composto por 235 artigos de periódico e outros 105 trabalhos divididos entre relatórios, capítulos de livros, teses e dissertações. Este banco de dados está disponível no sítio do Centro Internacional de Equidade em Saúde (www.equidade.org).

Os 235 artigos se distribuem em 65 diferentes periódicos, sendo que 108 estão em cinco títulos: *Cadernos de Saúde Pública*, *Revista de Saúde Pública*, *The Lancet*, *Revista Panamericana de Salud Pública* e *Social Science and Medicine*. Sendo assim, é possível afirmar que esses periódicos são as principais fontes de informação de resultados de pesquisas sobre as desigualdades em saúde no Brasil. Os outros tipos de publicações selecionadas, tais como os relatórios e as teses, são provenientes, principalmente, das seguintes instituições: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), OMS (Organização Mundial da Saúde), OPAS (Organização Panamericana da Saúde), Banco Mundial e Ministério da Saúde do Brasil.

Nas Tabelas 1, 2 e 3, é possível conferir a distribuição dos artigos conforme região geográfica, desfechos e estratificadores, assim como os seus respectivos números de identificação na lista de referências.

Na Tabela 1, é possível observar uma proporção desigual quanto ao número de trabalhos por região geográfica, ou seja, foram identificados poucos trabalhos com dados específicos das regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil. Informações sobre essas regiões podem ser encontradas, principalmente, nas publicações que analisam o país como um todo, aqui agrupados no item “Brasil”.



Tabela 1- Distribuição das publicações conforme a região geográfica (n=340).

REGIÃO	Nº DE IDENTIFICAÇÃO NA LISTA DE REFERÊNCIAS
BRASIL (n=78)	2; 6; 7; 10; 14; 17; 22; 29; 31; 40; 42; 43; 44; 46; 47; 50; 51; 52; 55; 56; 57; 60; 61; 62; 63; 65; 69; 71; 77; 84; 85; 89; 90; 96; 100; 109; 112; 113; 126; 137; 138; 139; 140; 162; 164; 166; 167; 169; 178; 183; 184; 186; 187; 189; 191; 190; 215; 225; 238; 241; 245; 250; 251; 252; 255; 257; 272; 278; 282; 308; 312; 313; 316; 317; 320; 323; 325; 327
SUDESTE (n=42)	9; 11; 12; 13; 16; 37; 39; 67; 73; 74; 75; 86; 107; 114; 122; 123; 125; 157; 158; 159; 160; 161; 170; 188; 192; 193; 194; 196; 232; 240; 243; 256; 271; 273; 285; 288; 289; 290; 291; 304; 305; 324
SUL (n=36)	15; 20; 21; 24; 28; 54; 72; 92; 108; 110; 117; 119; 124; 128; 136; 147; 171; 172; 173; 174; 175; 179; 180; 181; 214; 217; 234; 242; 254; 261; 277; 280; 307; 317; 318; 339
NORDESTE (n=27)	19; 41; 81; 82; 83; 87; 98; 99; 129; 130; 131; 168; 199; 213; 218; 219; 231; 249; 262; 263; 264; 265; 267; 268; 270; 274; 303
NORDESTE E SUDESTE (n=4)	80; 155; 246; 247
CENTRO-OESTE (n=2)	195; 197
NORTE (n=1)	212
NORDESTE E NORTE (n=1)	76
NORDESTE E SUL (n=1)	320

A Tabela 2 mostra a identificação dos trabalhos conforme os desfechos, sendo que, na última linha, estão os classificados como teóricos e as revisões de literatura.

Verifica-se que os estudos que investigaram as desigualdades em saúde materno-infantil no Brasil abordaram o tema, principalmente, a partir do ponto de vista da mortalidade infantil e do acesso a serviços.



Tabela 2- Distribuição das publicações conforme os desfechos (n=340).

DESFECHOS	Nº DE IDENTIFICAÇÃO NA LISTA DE REFERÊNCIAS
MORTALIDADE INFANTIL (n=80)	2; 10; 11; 12; 13; 15; 16; 17; 31; 41; 42; 47; 51; 53; 54; 57; 61; 63; 65; 67; 71; 73; 74; 77; 83; 84; 87; 90; 99; 107; 112; 113; 122; 124; 129; 130; 131; 138; 139; 157; 166; 169; 179; 180; 181; 195; 213; 215; 218; 225; 231; 232; 234; 240; 241; 247; 250; 254; 255; 256; 257; 261; 270; 272; 278; 282; 288; 289; 290; 291; 302; 305; 308; 312; 313; 314; 320; 321; 325; 327
ACESSO A SERVIÇOS (n=79)	7; 9; 11; 13; 17; 21; 22; 24; 29; 31; 40; 41; 46; 47; 51; 52; 53; 56; 57; 60; 63; 69; 72; 76; 80; 81; 85; 89; 99; 109; 110; 114; 123; 128; 136; 138; 140; 147; 155; 158; 159; 161; 166; 167; 168; 173; 175; 178; 190; 196; 214; 217; 219; 238; 242; 243; 245; 246; 254; 262; 263; 264; 265; 271; 273; 277; 280; 285; 289; 305; 308; 312; 314; 315; 318; 319; 322; 324; 339
BAIXO PESO AO NASCER (n=27)	12; 13; 20; 31; 41; 51; 92; 96; 98; 114; 123; 125; 147; 158; 160; 171; 179; 180; 181; 188; 242; 243; 261; 271; 285; 317; 339
DADOS ANTROPOMÉTRICOS (n=27)	14; 19; 20; 28; 31; 43; 50; 51; 55; 82; 92; 98; 172; 174; 184; 187; 190; 192; 193; 197; 199; 249; 285; 302; 312; 327; 339
ANEMIA E DESNUTRIÇÃO (n=25)	14; 19; 20; 43; 44; 53; 63; 86; 100; 113; 147; 174; 186; 189; 191; 193; 194; 212; 249; 274; 285; 312; 317; 327; 329
MORBIDADES (< 5 ANOS) (n=17)	28; 31; 39; 75; 89; 117; 119; 131; 137; 171; 265; 267; 268; 274; 303; 316; 321
CESÁREAS (n=17)	40; 72; 108; 109; 110; 168; 178; 180; 181; 242; 243; 246; 252; 271; 280; 312; 319
ALEITAMENTO MATERNO (n=11)	20; 53; 126; 164; 173; 219; 251; 254; 304; 307
EXPECTATIVA DE VIDA (n=10)	37; 42; 57; 77; 90; 96; 183; 290; 291; 313
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA (n=6)	40; 62; 114; 170; 242; 288

Continua...



DESFECHOS	Nº DE IDENTIFICAÇÃO NA LISTA DE REFERÊNCIAS
TEÓRICOS OU REVISÕES (n=142)	1; 3; 4; 5; 8; 18; 23; 25; 26; 27; 30; 32; 33; 34; 35; 36; 38; 45; 48; 49; 58; 59; 64; 66; 68; 70; 78; 79; 88; 91; 93; 94; 95; 97; 101; 102; 103; 104; 105; 106; 111; 115; 116; 118; 120; 121; 127; 132; 133; 134; 135; 141; 142; 143; 144; 145; 146; 148; 149; 150; 151; 152; 153; 154; 156; 163; 165; 176; 177; 182; 185; 198; 200; 201; 202; 203; 204; 205; 206; 207; 208; 209; 210; 211; 216; 220; 221; 222; 223; 224; 226; 227; 228; 229; 230; 233; 235; 236; 237; 239; 244; 248; 253; 258; 259; 260; 266; 269; 275; 276; 279; 281; 283; 284; 286; 287; 292; 293; 294; 295; 296; 297; 298; 299; 300; 301; 302; 306; 309; 310; 311; 323; 326; 328; 330; 331; 332; 334; 335; 336 337; 338

Na Tabela 3, é possível verificar que a maior parte dos trabalhos que analisou as desigualdades em saúde no contexto das mães e crianças brasileiras utilizou os estratificadores de nível socioeconômico, escolaridade e condições de moradia.

Tabela 3- Distribuição das publicações conforme os estratificadores (n=340).

ESTRATIFICADORES	Nº DE IDENTIFICAÇÃO NA LISTA DE REFERÊNCIAS
NÍVEL SOCIOECÔMICO (n=157)	2; 6; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 19; 20; 21; 22; 24; 28; 29; 31; 37; 39; 40; 41; 42; 43; 44; 46; 47; 51; 53; 54; 57; 60; 62; 63; 65; 69; 71; 72; 73; 74; 75; 76; 77; 80; 81; 82; 83; 84; 85; 86; 89; 90; 96; 98; 99; 100; 107; 112; 113; 117; 119; 122; 123; 124; 125; 128; 131; 136; 137; 138; 139; 140; 147; 161; 166; 167; 168; 169; 170; 171; 172; 173; 174; 175; 180; 181; 183; 184; 186; 187; 188; 189; 190; 191; 192; 193; 194; 195; 196; 199; 213; 214; 215; 217; 218; 219; 225; 232; 241; 243; 245; 246; 247; 250; 251; 252; 254; 255; 256; 257; 261; 262; 263; 264; 265; 268; 270; 271; 272; 273; 274; 277; 278; 280; 282; 285; 288; 289; 290; 291; 305; 307; 312; 313; 314; 315; 316; 317; 318; 319; 320; 321; 322; 325; 327; 329; 339
ESCOLARIDADE (n=102)	7; 9; 11; 12; 13; 15; 17; 19; 20; 21; 22; 39; 40; 52; 54; 55; 56; 57; 69; 74; 76; 80; 81; 82; 84; 85; 86; 92; 98; 99; 100; 107; 108; 109; 110; 117; 123; 125; 126; 130; 136; 137; 155; 157; 158; 159; 160; 164; 166; 168; 172; 178; 179; 180; 183; 188; 190; 191; 192; 193; 194; 196; 197; 212; 214; 217; 219; 242; 245; 246; 247; 250; 251; 254; 255; 256; 261; 262; 263; 264; 265; 267; 268; 271; 273; 274; 277; 280; 289; 290; 291; 303; 304; 305; 307; 313; 316; 317; 320; 322; 324; 339

Continua...



ESTRATIFICADORES	Nº DE IDENTIFICAÇÃO NA LISTA DE REFERÊNCIAS
CONDIÇÕES DE MORADIA (n=70)	7; 15; 16; 17; 22; 39; 41; 50; 51; 53; 54; 55; 57; 67; 74; 75; 76; 82; 84; 86; 87; 89; 90; 92; 98; 99; 100; 107; 113; 126; 129; 130; 131; 137; 147; 155; 158; 161; 167; 168; 175; 187; 189; 190; 191; 192; 194; 196; 212; 214; 217; 218; 219; 231; 232; 234; 240; 247; 249; 255; 256; 267; 268; 270; 272; 285; 303; 305; 316; 317; 339
COR DA PELE (n=28)	7; 9; 21; 24; 40; 55; 56; 57; 61; 69; 76; 108; 109; 119; 158; 159; 160; 162; 179; 181; 217; 242; 245; 254; 271; 280; 318; 339
URBANO/RURAL (n=16)	40; 55; 56; 69; 89; 164; 186; 190; 238; 241; 255; 256; 277; 302; 308; 322
GÊNERO (n=6)	37; 114; 119; 238; 245; 277

DESIGUALDADES EM INTERVENÇÕES NO CONTÍNUO DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL

Além do levantamento descrito acima, as publicações selecionadas também propiciaram a realização de análises mais específicas sobre desigualdades em saúde no Brasil.

A abordagem de contínuo do cuidado para saúde reprodutiva, materna, de neonatos e de crianças baseia-se no fato de que um início de vida sadio é importante para uma infância saudável e uma vida futura produtiva, indicando, também, a qualidade do desempenho do sistema de saúde.

Com o objetivo de compreender as tendências atuais das investigações sobre o tema, selecionaram-se os trabalhos mais recentes - publicados a partir de 2000. Além disso, foram incluídos somente os trabalhos no formato de artigo científico. Após esta etapa, dois pesquisadores fizeram a leitura dos títulos e resumos, selecionando aqueles que obedecessem aos seguintes critérios:

- Apresentar dados originais e do Brasil.
- Ter o termo “Equidade” ou “Desigualdades” ou “Iniquidades” presente no título e/ou resumo e/ou métodos.
- Mostrar desfechos para os indicadores das Metas de Desenvolvimento do Milênio para CONTRACEPÇÃO (uso de contraceptivo e planejamento familiar) ou PRÉ-NATAL (início do pré-natal e número de consultas) ou ATENDIMENTO AO PARTO (tipo de parto e atendimento ao parto por médico) ou CUIDADO PÓS-NATAL (amamentação na primeira hora de vida, vacinação – BCG, DPT, pólio e sarampo - e manejo de doenças comuns na infância até os cinco anos de idade – terapia de reidratação oral para diarreia e tratamento para pneumonia).
- Exibir estratificação por indicador demográfico ou socioeconômico seguido de análise, utilizando medida de desigualdade absoluta ou relativa.

Por fim, as 25 publicações selecionadas foram classificadas por ano de publicação, local de realização do estudo, delineamento, fonte de dados, população, estratificadores, desfechos, principais resultados e medidas de desigualdade utilizadas.



Os resultados das análises mostraram que apenas dois artigos abordaram desigualdades nos indicadores pré-gestacionais, enquanto que 11, 12 e seis artigos abordaram, respectivamente, os períodos pré-natal, de assistência ao parto e pós-natal. A cobertura dos indicadores (quando presentes), bem como as medidas de desigualdade de cada indicador, está descrita na Tabela 4.

PERÍODO PRÉ-GESTACIONAL

Os dois artigos identificados são de delineamento transversal. O primeiro avaliou 2779 mulheres residentes no sul do Brasil (217), identificando que as de pele preta e parda apresentaram maiores lacunas de cobertura no uso de contraceptivos em comparação às de pele branca. A desigualdade foi avaliada por comparação de proporções, sem análise ajustada.

O segundo estudo (9) avaliou 248 mulheres de Campinas-SP, e verificou que o planejamento da gravidez foi 50% maior no grupo com renda familiar *per capita* de um salário mínimo ou mais em comparação ao grupo com renda inferior a um salário mínimo.

PERÍODO PRÉ-NATAL

Os 11 artigos que abordam o período pré-natal utilizaram três indicadores: início do pré-natal, número de consultas e adequação/qualidade. Os estudos são consistentes em demonstrar que o início do pré-natal é mais tardio e o número de consultas é menor entre as mulheres mais pobres em relação às mais ricas.

Usando diferentes estratificadores socioeconômicos, foram observadas razões de prevalências (RP) entre 1,15 (dados de 1993) (320) e 1,47 (dados de 2004) (318) para início do pré-natal nos primeiros meses, na razão rico/pobre, em diferentes cidades do Brasil. Apenas um artigo (dados de 2005) indicou ausência de associação, tanto para início do pré-natal quanto para o número de consultas. Entretanto, tal amostra incluiu apenas mães com renda inferior a um salário mínimo, portanto com pouca heterogeneidade socioeconômica (168).

Dois estudos avaliaram a relação do início de pré-natal com a cor da pele. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 (56) indicaram 76,3% de início do pré-natal nos primeiros meses para mulheres brancas vs. 61,4% para mulheres pretas ($p < 0,001$) na análise bruta. Na análise ajustada, não houve diferenças por cor da pele. A Coorte de nascimentos de 2004 em Pelotas-RS (319) encontrou 77,9% vs. 60,1% na relação entre mulheres brancas e pretas na análise bruta ($p < 0,001$). Os indicadores de início do pré-natal nos primeiros meses da gestação foram medidos como início no primeiro trimestre ou antes da 15ª ou 17ª semanas de gestação.

O maior número de consultas de pré-natal (seis consultas ou mais; sete consultas ou mais) para as ricas em relação às pobres foi observado tanto em amostras nacionais (RP=1,52 em 1998-2000 e RP=1,59 em 2006) (278, 323) quanto regionais (RP variando de 1,29 em 1996 (243) a 1,63 em 2004) (319). Na Coorte de nascimentos de 2004 de Pelotas-RS (318), uma maior proporção de mães brancas teve sete consultas ou mais em relação às mães pretas (RP=1,31) em análise bruta.

Foram utilizadas diferentes estratificações de nível socioeconômico nos estudos, sendo as mais frequentes os tercís, quartis ou quintis de renda familiar ou quintis de nível econômico e estratos de nível socioeconômico. Tanto o início nos primeiros meses da gestação quanto o número adequado de consultas pré-natal apresentam maiores coberturas entre as mães mais ricas, e a distância entre os grupos extremos



não tem diminuído ao longo dos anos.

Em relação à adequação ou à qualidade do pré-natal, foram publicados dois artigos em 2003, usando dados regionais coletados em 1996. Em Criciúma-SC (214), foi avaliado o número médio de procedimentos de qualidade técnica do pré-natal, encontrando-se uma diferença estatisticamente significativa entre as mães ricas em relação às pobres (análise bruta). Em Embu-SP (243), a adequação do pré-natal foi avaliada por seis indicadores: realização de 6+ consultas, início no primeiro trimestre, realização de exames laboratoriais, medição de pressão arterial, exame das mamas e realização de ultrassonografia. A razão rico/pobre para este indicador foi 1,39.

Estudo conduzido na cidade de Rio Grande-RS (128) utilizou o índice de Kessner, considerando o pré-natal como adequado quando as gestantes o iniciavam no primeiro trimestre e realizavam seis ou mais consultas. A razão entre o maior e o menor quartil de renda foi $RP=1,60$. Estudo realizado em Pelotas-RS (318) avaliou a qualidade do pré-natal através do número de procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde (total de 11). A diferença de escore médio entre as mais ricas e as mais pobres foi igual a 1,0 ($p<0,001$).

Em 2005, no Rio de Janeiro (159), a adequação do pré-natal foi bem maior entre as mães brancas comparadas às pardas e pretas ($RP=2,05$). Este resultado é proveniente de análise bruta. Na Coorte de nascimentos de 2004 de Pelotas-RS (318), não foram encontradas diferenças significativas no escore de adequação conforme a cor da pele materna, tanto na análise bruta quanto na ajustada.

ASSISTÊNCIA AO PARTO

O tipo de parto foi o indicador mais frequente detectado na revisão. Todos os artigos apontam na mesma direção, indicando maior frequência de parto cesáreo entre as mulheres mais ricas, com maior escolaridade e nas mães brancas, em comparação às mais pobres, com menor escolaridade e mães pretas. Cabe salientar que não se deseja uma cobertura de 100% para esse indicador, ao contrário do que se espera em relação ao atendimento ao parto por médico ou ao parto institucional. A desigualdade encontrada nesse indicador pode sofrer grande influência do financiamento recebido, se pelo Sistema Único de Saúde ou particular.

Estudo que utilizou dados de 1982 e 1993 (320) encontrou RP de 2,47 e 2,43, respectivamente, entre mães ricas e pobres. Estudos recentes detectaram RP crescentes com o passar dos anos. Em 1996, foi encontrada $RP=1,42$ em Embu-SP (243), em 2001-2, $RP=1,59$ em Campinas-SP e em 2007, $RP=1,77$ em Rio Grande-RS (128). Apenas um estudo (168) encontrou, em 2005, uma $RP=4,5$, mas trata-se de uma pesquisa cuja amostra difere das demais por incluir apenas mães de renda muito baixa, com baixas taxas de cesárea.

Quando se observam as RP de cesariana por escolaridade das mães, observa-se uma diminuição das desigualdades no tempo: RP : 2,27 (em 1996); 2,10 (em 1998); 1,97 e 1,82 (em 2000); 1,53 (em 2004) (108, 281). O único estudo de representatividade nacional indicou uma $RP=2,94$ (109).

Em relação às diferenças de taxa de cesariana por cor da pele, observou-se uma $RP=1,79$ em favor das mães brancas em relação às pretas em uma amostra nacional de 2003-4 (109). Outros estudos regionais indicaram, em 2004, $RP=1,13$ no estado de Santa Catarina (280) e $RP=1,62$ em coorte iniciada em 1978-9 (271).

Outro indicador investigado foi o atendimento ao parto por profissional especializado, que, no Brasil, significa parto realizado por médico. O estudo de Burgard *et al.* em 2004 (56) mostrou maior cobertura de atendimento ao parto por médico entre as mães brancas em relação às pretas ($RP=1,19$) na análise bruta, resultado não mantido após ajuste para indicadores socioeconômicos.



Estudo que utilizou dados da PNDS 1996 (138) demonstrou que, apesar de a maioria dos partos ser atendida por médico, a relação rico/pobre foi de 1,38. Na cidade de Campinas-SP (9), verificou-se que o parto feito pelo médico que acompanhou o pré-natal é mais frequente no grupo de maior renda (RP=2,50). Estudo com dados de 2007 encontrou uma RP=1,17 entre ricas e pobres quanto ao parto realizado por médico (128).

Em estudo que englobou as três coortes de nascimento de Pelotas-RS (175), tanto para renda quanto para escolaridade, o parto não assistido por médico foi mais frequente no grupo menos favorecido quando comparado ao grupo mais favorecido, mas a desigualdade decresceu entre 1982 e 2004.

PERÍODO PÓS-NATAL

Estudo no Ceará (320) indicou que a percentagem de crianças que receberam todas as vacinas necessárias até o primeiro ano de vida foi maior entre as mais ricas, apresentando RP=1,47 em 1987 e RP=1,10 em 1994. Outro estudo que utilizou dados nacionais da PNDS 1996 (139) avaliou a imunização contra sarampo em crianças entre 12 e 23 meses, encontrando RP=1,23 em favor das crianças mais ricas.

Estudo realizado na cidade de São Paulo-SP (196) avaliou a cobertura vacinal completa em cinco estratos de condição de vida nos anos de 1998 e 2002. Houve um ligeiro aumento da cobertura vacinal, mas as desigualdades por estratos socioeconômicos diminuíram sensivelmente. Em 2002, houve uma tendência de aumento da cobertura nos estratos mais pobres.

Em relação ao manejo da diarreia com terapia de reidratação oral (TRO), apenas um artigo com dados do estado do Ceará (320), coletados em 1987 e 1994, foi identificado. O percentual de crianças com diarreia que receberam TRO foi superior entre as mais ricas no ano de 1987 (RP=1,68), mas foi maior nas mais pobres em 1994 (RP=0,92).

Quanto à amamentação, apenas foram localizados artigos relativos à duração da amamentação, não tendo sido identificados artigos sobre amamentação na primeira hora de vida. Em estudo com dados das PNDS de 1986 e 1996 (164), verificou-se que crianças vulneráveis (maior risco para mortalidade e morbidade) tiveram menor chance de apresentar aumento na duração da amamentação. Além disso, o aumento na duração da amamentação foi menor entre as crianças com mães de menor escolaridade.

No Ceará, foi avaliada a percentagem de crianças que foram amamentadas por seis meses ou mais (321). A duração da amamentação foi maior em 1987 entre os mais pobres (RP=0,60), o mesmo ocorrendo em 1994 (RP=0,73). Estudo com dados das coortes de nascimento de Pelotas-RS (175) mostrou que as mães com menor escolaridade tiveram maior risco de amamentar seus filhos por menos de três meses quando comparadas às de maior escolaridade na Coorte de 2004. Também foi demonstrada uma tendência de aumento nas diferenças por escolaridade entre as três coortes e ausência de diferenças por renda nas Coortes de 1982 e 1993.

Em relação ao manejo da pneumonia, foi identificado apenas um estudo realizado em Passo Fundo-RS em 2003 (117), que investigou hospitalização por pneumonia em crianças menores de seis meses de idade. As classes econômicas C/D/E mostraram, na análise bruta, um risco seis vezes maior de internação por pneumonia em relação às classes A e B. Na análise ajustada, o risco caiu para 4,6 (IC95% 1,1–19,3; p=0,04). Entretanto, este não é um indicador estudado habitualmente, pois dá um indicativo de gravidade ou necessidade social ao invés de investigar busca por atendimento médico ou tratamento com antibióticos.



ÍNDICES COMPOSTOS

Três artigos da revisão envolvem índices que englobam vários dos indicadores de saúde materno-infantil, calculados com dados da PNDS 1996, mas não apresentam resultados separadamente para cada indicador. Dois artigos (51, 315) apresentam resultados de um escore de co-cobertura (*co-coverage*) para uma seleção de oito indicadores: cuidado pré-natal, proteção ao nascer contra toxina tetânica, imunização contra BCG, difteria-tétano-coqueluche (tríplice viral) e sarampo, atendimento ao parto por profissional qualificado, suplementação com vitamina A e água potável.

A co-cobertura indica a proporção de crianças até cinco anos de idade que receberam um número mínimo de intervenções de um total de oito. O Brasil apresentou co-cobertura para seis ou mais intervenções próximas a 50% entre os mais pobres e superior a 90% entre os mais ricos (51). No estudo de Victora *et al.* a razão Q5/Q1 para o recebimento de seis ou mais intervenções foi de 1,9 (IC95%1,8–2,0) e o índice de concentração=0,132. A razão Q5/Q1 para o recebimento de três intervenções ou mais foi de 1,1 (IC95% 1,09-1,13) e o índice de concentração=0,027 (315).

O outro artigo com dados agregados de indicadores (4) utiliza *coverage gap*, indicando a lacuna de cobertura de oito intervenções (terapia de reidratação oral, tratamento de infecção respiratória aguda, planejamento familiar, atendimento ao parto por profissional qualificado, cuidado pré-natal, vacinas para sarampo, BCG e três doses de DPT - difteria, tétano e coqueluche). A lacuna de cobertura para o Brasil como um todo foi de 24,4% e a razão entre o quintil mais pobre e o mais rico da população foi de 2,4.

DISCUSSÃO

Apesar de as Metas de Desenvolvimento do Milênio terem como foco a redução da mortalidade materna e infantil, foram excluídos destas análises os desfechos nutricionais e aqueles relativos à mortalidade, visto que as desigualdades nesses grupos de desfechos têm sido bastante exploradas na literatura(19, 29, 32, 33, 35, 39, 82, 134, 174, 212).

Esta revisão reuniu trabalhos publicados a partir de 2000, considerando a existência de trabalhos anteriores que exploraram detalhadamente a produção científica sobre desigualdade em saúde na América Latina e Caribe. Nestes dois trabalhos publicados anteriormente, foi identificado que o interesse cresceu no período analisado (1971-2000). O Brasil foi o país que mais se destacou na quantidade de trabalhos publicados (mais de 30% do total) e, juntamente com o Chile e o México, apresentou um número maior de publicações (4,5). Sendo assim, buscar por artigos publicados a partir de 2000 significou acrescentar informações ao que já havia sido realizado anteriormente.

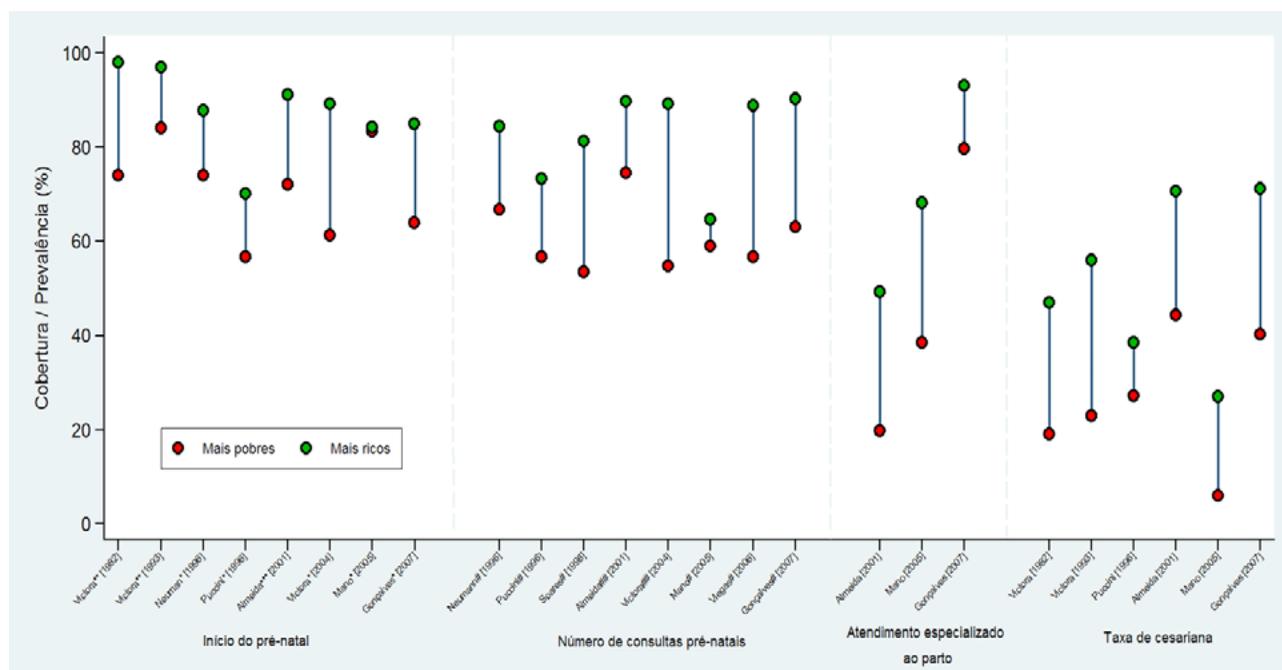
Seguindo as recomendações de recente publicação sobre revisões sistemáticas com foco em equidade em saúde (9), definimos que seriam obrigatórios os termos desigualdade, iniquidade ou equidade estarem presentes no título, resumo ou métodos. Além disso, deveria ser apresentada alguma análise que fosse além de uma simples estratificação por alguma variável de nível socioeconômico. Em função disso, nas análises sobre cuidados contínuos, um grande número de publicações foi excluído pelo fato de apresentar apenas estratificações por regiões do país ou zona urbana vs. rural, fugindo assim dos objetivos principais da revisão. Chamou atenção o reduzido número de estudos focados nas desigualdades no período pré-gestacional.

A heterogeneidade dos estudos incluídos na revisão, visto que a maioria dos artigos é de abrangência regional, dificultou a análise das tendências de desigualdade dos indicadores em estudo. No entanto, as tendên-



cias aqui apresentadas estão de acordo com relatórios técnicos disponíveis e dados da literatura internacional.

A Figura 18 ilustra as diferenças de cobertura nos grupos socioeconômicos extremos para alguns dos indicadores analisados. Foram utilizadas diferentes estratificações de nível socioeconômico nos estudos, sendo as mais frequentes os tercís, quartis ou quintis de renda familiar ou índices de bens e estratos de nível socioeconômico. Tanto o início nos primeiros meses da gestação quanto o número adequado de consultas do pré-natal apresentam maiores coberturas entre as mães mais ricas, e a distância entre os grupos extremos não tem diminuído ao longo dos anos. Com relação à taxa de cesariana, percebe-se um gradual aumento da cobertura com o passar dos anos, mas não acompanhado de diminuição da diferença entre os grupos de renda. Em relação às coberturas de atendimento ao parto especializado, os três estudos, de 2001, 2005 e 2007, indicaram aumento de cobertura e diminuição das desigualdades.



*Início do pré-natal no primeiro trimestre **Início do pré-natal antes da 15ª semana de gestação

***Início do pré-natal antes da 17ª semana de gestação #Seis ou mais consultas de pré-natal

##Sete ou mais consultas de pré-natal

Figura 18 - Cobertura dos grupos extremos de nível socioeconômico dos indicadores início do pré-natal, número de consultas do pré-natal, atendimento especializado ao parto e taxa de cesariana, ordenados por ano de realização do estudo.

Em 2005, um relatório do Banco Mundial (29) inclui análises sobre desigualdade em saúde e nutrição. Usando dados da PNDS 1996, foi verificada uma lacuna de cobertura na adequação ao pré-natal em torno de cinco vezes maior no quintil mais pobre do que no mais rico. Também foram encontradas menores taxas de imunização completa entre os mais pobres, tanto numa amostra nacional (PNDS 1996) quanto regional (estado do Sergipe em 2000).

Em 2006, foi publicado pelo Ministério da Saúde o relatório “Saúde no Brasil: Uma análise da desigualdade em saúde” (202). Tal relatório apresenta um capítulo sobre a assistência pré-natal no Brasil e suas desigualdades, usando dados do SINASC de 2004. Seus resultados confirmam que maior escolaridade e cor



da pele branca estão associadas com maior número de consultas, mesmo após análise ajustada para fatores de confusão.

Em 2007, o Banco Mundial publicou uma revisão sobre diferenças socioeconômicas em saúde, nutrição e população em países em desenvolvimento (134). Esse relatório contém informações sobre diferentes indicadores estratificados por quintis socioeconômicos. Para o Brasil, foram usados dados da PNDS 1996. Entre os indicadores de saúde materno-infantil, foram encontradas tendências equivalentes aos resultados aqui apresentados: maior uso de contraceptivos, maior número de visitas de pré-natal, maior proporção de parto atendido por médico, maior tempo de amamentação e maiores percentagens de imunização completa entre as mães mais ricas em relação às mais pobres.

Chama atenção que, entre os estudos nacionais, a maioria utilizou dados das PNDS, especialmente a de 1996. Somente um artigo (322) analisou dados mais recentes da PNDS (2006). Nesta revisão, sobre o contínuo do cuidado para saúde de mães, neonatos e crianças, foram contemplados apenas artigos publicados em periódicos, mas vale ressaltar que os próprios relatórios das Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS) (38, 45, 203) são fontes importantes de informação e apresentam a maioria dos indicadores estratificados por variáveis socioeconômicas, o que permite comparações entre os dados dos artigos focados em desigualdades.

Em 2000, Victora *et al.* estudaram as tendências das iniquidades na mortalidade e morbidade infantil, embasados numa hipótese de equidade inversa. A hipótese postula que novas intervenções atingem, primeiro, os grupos mais favorecidos e, apenas mais tarde, afetam os menos favorecidos. Isso leva a um inicial aumento de desigualdade, seguido de posterior redução (320). O desafio, ao tentar diminuir as desigualdades, está em minimizar as diferenças rapidamente ao invés de evitar as melhorias nos grupos mais ricos. Os gestores de saúde dos países de renda baixa e média precisam estar cientes da magnitude das desigualdades, de quais intervenções são menos equitativas, de como as desigualdades estão evoluindo ao longo do tempo, e de quais subgrupos da população são os mais afetados (4).

CONCLUSÕES

Em resumo, encontramos poucos estudos nacionais com dados recentes, consistência nos resultados dos diferentes indicadores, certa dificuldade de comparabilidade entre os indicadores utilizados na literatura nacional e os indicadores padronizados utilizados pela UNICEF para avaliação de saúde materno-infantil nos países, uma tendência de aumento de coberturas, tanto para os grupos mais favorecidos quanto para os menos favorecidos economicamente, mas uma inexpressiva redução das diferenças entre os grupos socioeconômicos extremos. Portanto, o desafio de combater as desigualdades na saúde materno-infantil no Brasil continua vigente.

Tabela 4- Cobertura dos indicadores, estratificadores utilizados e medidas de desigualdade de cada indicador.

Indicador de contracepção	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
Planejamento familiar	Renda familiar	Almeida (2005) ⁽⁹⁾	2001-2	Campinas, SP	< 1SM: 28,7%; ≥ 1 SM: 43,7% RP=1,51
Uso de contraceptivo	Cor da pele	Olinto (2000) ⁽²¹⁷⁾	1994-1995	Pelotas, RS	Uso de contraceptivo Pretas: 70,3%; Pardas: 77,5% e Brancas: 80,5% RP=1,15
Indicador de pré-natal	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
Início do pré-natal	Renda familiar	Victora (2000) ^{(320)t}	1982 1993	Pelotas, RS	Início antes de 5 meses de gestação (renda em dólares): Coorte 1982 – <60: 74,0%; ≥600: 98,0% RP=1,32 Coorte 1993 – <60: 84,0%; ≥600: 97,0% RP=1,15
	Cor da pele	Burgard (2004) ⁽⁵⁶⁾	1996	Brasil	Início no 1º trimestre Pretas: 61,4%; Brancas: 76,3% RP=1,24
	Renda familiar (quartis)	Neuman (2003) ⁽²¹⁴⁾	1996	Criciúma, SC	Início no 1º trimestre Q1: 73,9%; Q4: 87,7% RP=1,19

Continua...



Indicador de pré-natal	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
	Estratos de NSE	Puccini (2003) (243)	1996	Embu, SP	Início no 1º trimestre Pobres: 56,7%; Ricos: 70,1% RP=1,24
	Renda familiar	Almeida (2005) (9)	2001-2	Campinas, SP	Antes 17ª semana <1 SM: 72,1%; ≥1 SM: 91,2% RP=1,26
	Renda familiar	Victora (2010) (318)t	2004	Pelotas, RS	Início no 1º trimestre Renda – Q1: 61,2%; Q5: 89,2%. RP=1,46
	Cor da pele				Cor da pele – Pretas: 60,1%; Pardas: 65,7% e Branças: 77,9% RP=1,30
	Índice de bens (tercis)	Mano (2011) ⁽¹⁶⁸⁾	2005	Caracol, PI	Início no 1º trimestre T1: 83,3%; T3: 84,2% RP=1,01
	Renda familiar (quartis)	Gonçalves (2009) ⁽¹²⁸⁾	2007	Rio Grande, RS	Início no 1º trimestre Q1: 63,9%; Q4: 85,0% RP=1,33
Nº de consultas	Renda familiar (quartis)	Neumann (2003) ⁽²¹⁴⁾	1996	Criciúma, SC	6+ consultas Q1: 66,7%; Q4: 84,4% RP=1,27

Continua...



Indicador de pré-natal	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
	Estratos de NSE	Puccini (2003) (243)	1996	Embu, SP	6+ consultas Pobres: 56,7%; Ricos: 73,3% RP=1,29
	Renda	Soares (2007) ⁽²⁷⁷⁾	1998-2002	Paraná	6+ consultas Pobres: 53,5%; Ricos: 81,3% RP=1,52
	Renda familiar	Almeida (2005) (9)	2001-2	Campinas, SP	7+ consultas <1 SM: 74,5%; ≥1 SM: 89,7% RP=1,20
	Renda familiar Cor da pele	Victora (2010) (318)	2004	Pelotas, RS	7+ consultas Renda – Q1: 54,8%; Q5: 89,1% RP=1,63 Cor da pele – Pretas: 58,2; Pardas: 63,9% e Brancas: 76,3% RP=1,31
	Índice de bens (tercis)	Mano (2011) ⁽¹⁶⁸⁾	2005	Caracol, PI	Início no 1º trimestre T1: 83,3%; T3: 84,2% RP=1,01
	Índice de bens (quintis)	Viegas (2012) ⁽³²²⁾	2006	Brasil	6+ consultas Q1: 56,7%; Q5: 88,9% RP=1,59
	Renda familiar (quartis)	Gonçalves (2009) ⁽¹²⁸⁾	2007	Rio Grande, RS	6+ consultas Q1: 63,0%; Q4: 90,2% RP=1,43

Continua...



Indicador de pré-natal	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
Adequação/ qualidade	Renda familiar (quartis)	Neuman (2003) (214)	1996	Criciúma, SC	Nº médio de procedimentos Q1: 7,8; Q4: 8,4 Diferença=0,6
	Estratos de NSE	Puccini (2003) (243)	1996	Embu, SP	Pobres: 31,5%; Ricos: 43,9% RP=1,39
	Cor da pele	Leal (2005) ⁽¹⁵⁹⁾	1999-2001	Rio De Janeiro, RJ	Pré-natal adequado (índice de Kotelchuck) Pretas: 18,8%; Pardas: 23,5% e Brancas: 38,5% RP=2,05
	Renda familiar Cor da pele	Victora (2010) (318)	2004	Pelotas, RS	Nº médio de procedimentos Pobres: 7,9; Ricos: 8,9 Diferença=1,0 Pretas: 8,1; Brancas: 8,4 Diferença=0,3
	Renda familiar	Gonçalves (2009) ⁽¹²⁸⁾	2007	Rio Grande, RS	Q1: 50,8%; Q4: 81,4% RP=1,60
Indicador de assistência ao parto	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
Taxa de cesariana	Renda familiar	Victora (2000) (320)	1982 1993	Pelotas, RS	Renda (dólares): Coorte 1982 – <60: 19,0%; ≥600: 47,0% RP=2,47 Coorte 1993 – <60: 23,0%; ≥600: 56,0% RP=2,43

Continua...



Indicador de assistência ao parto	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
	Renda familiar	Matijasevich (2012) ⁽¹⁷⁹⁾	1982 1993 2004	Pelotas, RS	Renda (+pobre/+rico): Coorte 1982 – RII*: 0,4 (IC 95% 0,3; 0,6) Coorte 1993 – RII: 0,4 (IC 95% 0,3; 0,6) Coorte 2004 – RII: 0,6 (IC 95% 0,4; 0,7) Escolaridade (-escolarizado/+escolarizado) Coorte 1982 – RII: 0,5 (IC 95% 0,3; 0,6) Coorte 1993 – RII: 0,4 (IC 95% 0,3; 0,5) Coorte 2004 – RII: 0,3 (IC 95% 0,2; 0,4)
	Escolaridade materna				
	Escolaridade materna	Freitas (2005) ⁽¹⁰⁸⁾	1996 1998 2000	Rio Grande do Sul	1996 - 12+: 71,4%; Analfabetas: 31,5% RP=2,27 1998 - 12+: 73,0; Analfabetas: 34,8% RP=2,10 2000 - 12+: 55,9; Analfabetas: 28,4% RP=1,97 RO ajustadas indicam reduções de cerca de 20% do OR bruto para o ajustado
	Estratos de NSE	Puccini (2003) ⁽²⁴³⁾	1996	Embu, SP	Pobres: 27,2%; Ricos: 38,5% RP=1,42
	Renda familiar	Almeida (2005) ⁽⁹⁾	2001-2	Campinas, SP	< 1 SM: 44,3%; ≥ 1SM: 70,6% RP=1,59
	Cor da pele	Freitas (2009) ⁽¹⁰⁹⁾	2003-4	Brasil	Cor da pele – Pretas: 25,8%; Brancas: 46,1% RP=1,79
	Escolaridade materna (anos)				Escolaridade materna (anos de estudo) – <1: 23,4%; ≥12: 68,7% RP=2,94

Continua...



Indicador de assistência ao parto	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
	Escolaridade materna	Souza Jr (2007) ⁽²⁸⁰⁾	2000-4	Santa Catarina	Escolaridade materna (anos completos): Ano 2000 – 0-3: 33,9%; ≥12:61,6% RP=1,82 Ano 2004 – 0-3: 44,5%; ≥12:68,0% RP=1,53
	Cor da pele				Cor da Pele Ano 2000 – Pretas: 43,7%; Pardas: 34,2% e Brancas: 43,4% RP=0,99 Ano 2004 – Pretas: 45,2%; Pardas: 36,1% e Brancas: 51,0% RP=1,13
	Cor da pele	Silva (2007) ⁽²⁷¹⁾	1978-9	Ribeirão Preto, SP	Pretas: 21,5%; Brancas: 34,9% RP=1,62
	Índice de bens (tercis)	Mano (2011) ⁽¹⁶⁸⁾	2005	Caracol, PI	T1: 6%; T3: 27% RP=4,5
	Renda familiar	Gonçalves (2009) ⁽¹²⁸⁾	2007	Rio Grande, RS	Q1: 40,2%; Q4: 71,2% RP=1,77

Continua...



Indicador de assistência ao parto	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado	
Atendimento especializado	Renda familiar	Matijasevich (2012) ⁽¹⁷⁵⁾	1982	Pelotas, RS	Parto não assistido por médico Renda (+pobre/+rico): Coorte 1982 – RII: 3,8 (IC 95% 2,7; 5,3) Coorte 1993 – RII: 1,7 (IC 95% 1,1; 2,4) Coorte 2004 – RII: 1,8 (IC 95% 1,1; 2,8) Escolaridade (-escolarizado/+escolarizado): Coorte 1982 – RII: 1,4 (IC 95% 1,0; 2,0) Coorte 1993 – RII: 1,6 (IC 95% 1,1; 2,3) Coorte 2004 – RII: 0,7 (IC 95% 0,4; 1,2)	
	Escolaridade materna		1993			
		2004				
	Cor da pele	Burgard (2004) ⁽⁵⁶⁾	1996	Brasil		Pretas: 74%; Pardas: 73% e Brancas: 88%
						RP=1,19
	Índice de bens	Houweling (2007) ⁽¹³⁸⁾	1996	Brasil		Razão Q5/Q1: 1,38
Renda familiar	Almeida (2005) ⁽⁹⁾	2001-2	Campinas, SP	Parto por médico do pré-natal <1 SM: 19,7%; ≥1 SM: 49,2% RP=2,50		
Índice de bens (tercil)	Mano (2011) ⁽¹⁶⁸⁾	2005	Caracol, PI	Parto por médico T1: 38,5%; T3: 68,1% RP=1,77		
Renda familiar	Gonçalves (2009) ⁽¹²⁸⁾	2007	Rio Grande, RS	Pobres: 79,7%; Ricos: 93,0% RP=1,17		

Continua...



Indicador de pós-natal	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
Imunização	Índice de bens	Houweling (2003) ⁽¹³⁹⁾	1996	Brasil	Imunização contra sarampo (12-23 meses) Pobres: 73,3%; Ricos: 89,8% RP=1,23
	Renda familiar (em dólares)	Victora (2000) ⁽³²⁰⁾	1987 1994	Ceará	Imunização completa (12 a 35 meses) 1987 – <60: 30%; ≥300: 44% RP=1,47 1994 – <60: 87%; ≥300: 96% RP=1,10
	Estratos de condição de vida	Moraes (2008) ⁽¹⁹⁶⁾	2002	São Paulo, SP	Imunização completa (18 meses) Pobres: 79,9%; Ricos: 67,6% RP=0,85
Terapia de reidratação oral	Renda familiar (em dólares)	Victora (2000) ⁽³²⁰⁾	1987 1994	Ceará	1987 – <60: 19%; ≥300: 32% RP=1,68 1994 – <60: 51%; ≥300: 47% RP=0,92
Amamentação	Renda familiar	Matijasevich (2012) ⁽¹⁷⁵⁾	1982 1993 2004	Pelotas, RS	Amamentação por menos de 3 meses Renda familiar (+pobre/+rico): Coorte 1982 – RII: 1,7 (IC 95% 0,8; 3,5) Coorte 1993 – RII: 0,7 (IC 95% 0,4; 1,1) Coorte 2004 – RII: 1,0 (IC 95% 0,7; 1,4) Escolaridade (-escolarizado/+escolarizado): Coorte 1982 – RII: 0,6 (IC 95% 0,3; 1,2) Coorte 1993 – RII: 1,4 (IC 95% 0,8; 2,5) Coorte 2004 – RII: 1,7 (IC 95% 1,2; 2,5)
	Escolaridade materna				

Continua...



Indicador de pós-natal	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
	Escolaridade materna	Lutter (2011) ⁽¹⁶⁴⁾	1986 1996	Brasil	Mudança na duração média de amamentação de 1986 a 1996 Zero ano: 1,5 mês; 12+ anos: 4,05 meses Diferença=2,55
	Renda familiar (em dólares)	Victora (2000) ⁽³¹⁹⁾	1987 1994	Ceará	Amamentação por 6 meses ou mais 1987 – <60: 48%; ≥300: 29% RP=0,60 1994 – <60: 52%; ≥300: 38% RP=0,73
Procura por atendimento de pneumonia	Classe econômica	Geid (2007) ⁽¹¹⁷⁾	2003	Passo Fundo, RS	Risco de internação Classes A e B: 0,6%; Classes C,D e E: 4,1% RP=0,15
Índices compostos	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
Co-cobertura	Índice de bens	Bryce (2006) ⁽⁵³⁾	1996	Brasil	Cobertura de 6+ intervenções Q1: próxima de 40%; Q5: superior a 90%
	Índice de bens	Victora (2005) ⁽³¹⁴⁾	1996	Brasil	Cobertura de 3+ intervenções: Razão Q5/Q1 = 1,1 (1,09; 1,13) Índice de concentração = 0,027 Cobertura de 6+ intervenções: Razão Q5/Q1 = 1,9 (1,78; 2,02) Índice de concentração = 0,132

Continua...



Índices compostos	Estratificador	Autor (ano)	Ano de realização	Local	Resultado
<i>Coverage gap</i>	Índice de bens	Boerma (2008) (46)	1996	Brasil	Razão pobre/rico: 2,4

* RII – Índice relativo de Iniquidade (Relative Index of Inequality)

Nota: RP calculada sempre para o grupo mais favorecido em relação aos menos favorecidos no caso de estratificadores socioeconômicos (renda, índice de bens, escolaridade e classe social). Para cor da pele, a RP foi calculada sempre como branca / preta, excluindo-se a categoria cor parda. Os casos em que não foi possível apresentar os dados desta forma estão sinalizados na Tabela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de utilizar dados nacionais das PNDS para a construção de indicadores nos apontou um problema de falta de padronização em relação aos demais inquéritos internacionais da DHS, o que dificulta a comparabilidade com outros estudos. Entretanto, reconhecemos a riqueza de dados e a possibilidade de inúmeras análises comparativas que permitem a avaliação de indicadores e das mudanças que podem ser detectadas através de um olhar voltado para as desigualdades em saúde.

A revisão realizada, incluindo artigos publicados na área de saúde materno-infantil, permitiu indicar possíveis fontes de dados para investigação de equidade em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Agénor P-R, Canuto O. Gender Equality and Economic Growth in Brazil: A Long-Run Analysis. Washington, D.C.: World Bank; 2013.
2. Alleyne GAO, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Rev Panam Salud Publ.* 2002;12(6):388-97.
3. Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv.* 2000;30(1):129-62.
4. Almeida Filho N. Inequalities in health based on living conditions: analysis of scientific output in Latin América and the Caribbean and annotated bibliography. Washington: PAHO; 1999. 153 p.
5. Almeida Filho N, Kawachi I, Filho AP, Dachs JN. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health.* 2003;93(12):2037-43.
6. Almeida G. Measuring and Explaining Income-Related Inequalities and Inequities in Healthcare Utilization: Evidence from Brazil [Dissertation]. Washington, DC George Washington University; 2009.
7. Almeida G, Sarti FM. Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Publ.* 2013;33(2):83-9.
8. Almeida G, Sarti FM, Ferreira FF, Diaz MD, Campino AC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008. *Rev Panam Salud Publ.* 2013;33(2):90-7.
9. Almeida SD, Barros MB. Equity and access to health care for pregnant women in Campinas (SP), Brazil. *Rev Panam Salud Publ.* 2005;17(1):15-25.
10. Alves D, Belluzzo W. Child health and infant mortality in Brazil. New York: Inter-American Development Bank; 2005.
11. Andrade CL, Szwarcwald CL. Spatial analysis of early neonatal mortality in the municipality of Rio de Janeiro, 1995-1996. *Cad Saude Publ.* 2001;17(5):1199-210.
12. Andrade CL, Szwarcwald CL, Gama SG, Leal MC. Socioeconomic inequalities and low birth weight and perinatal mortality in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Públ.* 2004;20 Suppl 1:S44-51.
13. Andrade CLT. Desigualdades socioespaciais da saúde infantil no Brasil [Tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
14. Andrade MV, Chein F, Ribas RP. Política de transferência de renda e condição nutricional de crianças: uma avaliação do Bolsa Família. Belo Horizonte: UFMG - CEDEPLAR; 2007.
15. Andrade SM, Soares DA, Matsuo T, Souza RK, Mathias TA, Iwakura ML, et al. Living conditions and infant mortality in the State of Parana, Brazil, 1997/2001. *Cad Saúde Públ.* 2006;22(1):181-9.
16. Antunes JL, Waldman EA. Trends and spatial distribution of deaths of children aged 12-60 months in Sao Paulo, Brazil, 1980-98. *Bull World Health Organ.* 2002;80(5):391-8.

17. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*. 2009;99:87-93.
18. Araujo GT, Caporale JE, Stefani S, Pinto D, Caso A. Is equity of access to health care achievable in Latin America? *Value Health*. 2011;14(5 Suppl 1):S8-12.
19. Assis AM, Barreto ML, Santos NS, Oliveira LP, Santos SM, Pinheiro SM. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Públ*. 2007;23(10):2337-50.
20. Assunção MCF, Santos IS, Barros AJD, Gigante DP, Victora CG. Anemia em menores de seis anos: estudo de base populacional em Pelotas, RS. *Rev Saúde Públ*. 2007;41(3):328-35.
21. Bairros FS, Meneghel SN, Dias-da-Costa JS, Bassani DG, Menezes AMB, Gigante DP, et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cad Saúde Públ*. 2011;27:2364-72.
22. Barata RB, Ribeiro MC, Moraes JC, Flannery B, Vaccine Coverage Survey Group. Socioeconomic inequalities and vaccination coverage: results of an immunisation coverage survey in 27 Brazilian capitals, 2007-2008. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(10):934-41.
23. Barker G, Nascimento M, Segundo M. Early childhood in Brazil: general overview and current issues. Hague, Netherlands: Bernard van Leer Foundation; 2007.
24. Barros A, Santos I, Bertoldi A. Can mothers rely on the Brazilian health system for their deliveries? An assessment of use of the public system and out-of-pocket expenditure in the 2004 Pelotas Birth Cohort Study, Brazil. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):57.
25. Barros AJ, Ronsmans C, Axelson H, Loiza 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.
26. Barros AJ, Victora CG. A nationwide wealth score based on the 2000 Brazilian demographic census. *Rev Saúde Públ*. 2005;39(4):523-9.
27. 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.
28. Barros AJ, Victora CG, Santos IS, Matijasevich A, Araujo CL, Barros FC. Infant malnutrition and obesity in three population-based birth cohort studies in Southern Brazil: trends and differences. *Cad Saúde Públ*. 2008;24 Suppl 3:S417-26.
29. Barros AJD, Victora CG, Cesar JA, Neumann NA, Bertoldi AD. Brazil: are health and nutrition programs reaching the neediest? Washington, DC: World Bank; 2005.
30. Barros E, Porto S. Health care in Brazil: equity as challenge. Brasília: Global Development Network; 2002.
31. Barros FC, Matijasevich A, Requejo JH, Giugliani E, Gorette Maranhao A, Monteiro CA, et al. Recent Trends in Maternal, Newborn, and Child Health in Brazil: Progress Toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health*. 2010;100(10):1877-90.
32. Barros FC, Victora CG, Scherpbier R, Gwatkin D. Socioeconomic inequities in the health and nutrition

of children in low/middle income countries. *Rev Saude Publ.* 2010;44(1):1-16.

33. Barros FC, Victora CG, Scherpbier RW, Gwatkin D. Health and nutrition of children: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: WHO; 2010.
34. Barros RP, Biron L, Carvalho M, Fandinho M, Franco S, Mendonça R, et al. *Determinantes do desenvolvimento na primeira infância no Brasil*. Brasília: IPEA; 2010.
35. Barros RP, Foguel MN, Ulyseia G, editors. *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Brasília: IPEA; 2007.
36. Batista LE, Werneck J, Lopes F, editors. *Saúde da população negra*. 2 ed. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.
37. Belon AP, Barros MB. Reduction of social inequalities in life expectancy in a city of Southeastern Brazil. *Int J Equity Health.* 2011;10(1):36.
38. BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. DHS 1996*. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.
39. Benicio MH, Monteiro CA. Secular trends in diarrhea disease of childhood in the city of Sao Paulo, Brazil (1984-1996). *Rev Saúde Públ.* 2000;34(6 Suppl):83-90.
40. Berquó E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev Saúde Públ.* 2012;46:685-93.
41. Bezerra Filho JG, Kerr LRFS, Miná DL, Barreto ML. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. *Cad Saúde Públ.* 2007;23(5):1173-85.
42. Biggs B, King L, Basu S, Stuckler D. Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America. *Soc Sci Med.* 2010;71(2):266-73.
43. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet.* 2008;371(9608)
44. Blakely T, Hales S, Kieft C, Wilson N, Woodward A. The global distribution of risk factors by poverty level. *Bull World Health Organ.* 2005;83(2):118-26.
45. Blas E, Kurup AS, editors. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: WHO; 2010.
46. Boerma J, Bryce J, Kinfa Y, Axelson H, Victora C. Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 Countdown countries. *Lancet.* 2008;371:1259 - 67.
47. Boing AF, Boing AC. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. *Cad Saúde Públ.* 2008;24(2):447-55.
48. Bonetti A, Abreu MA, editors. *Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil*. Brasília: IPEA; 2011.
49. Bourguignon F, Morrisson C. Association inequality among World Citizens: 1820-1992. *American Economic Review.* 2002;92(4):727-44.



50. Boyle MH, Racine Y, Georgiades K, Snelling D, Hong S, Omariba W, et al. The influence of economic development level, household wealth and maternal education on child health in the developing world. *Soc Sci Med.* 2006;63(8):2242-54.
51. Bryce J, Daelmans B, Dwivedi A, Fauveau V, Lawn JE, Mason E, et al. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. *Lancet.* 2008;371(9620):1247-58.
52. Bryce J, el Arifeen S, Pariyo G, Lanata C, Gwatkin D, Habicht JP. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet.* 2003;362(9378):159-64.
53. Bryce J, Terreri N, Victora CG, Mason E, Daelmans B, Bhutta ZA, et al. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. *Lancet.* 2006;368(9541):1067-76.
54. Bueno RE, Tetu Moyses S, Reis Bueno PA, Jorge Moyses S, Carvalho ML, Sottile Franca BH. Sustainable development and child health in the Curitiba metropolitan mesoregion, State of Parana, Brazil. *Health Place.* 2013;19:167-73.
55. Burgard S. Does Race Matter? Children's Height in Brazil and South Africa. *Demography.* 2002;39(4):763-90.
56. Burgard S. Race and pregnancy-related care in Brazil and South Africa. *Soc Sci Med.* 2004;59(6):1127-46.
57. Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. *Cien Saúde Colet.* 2007;12(6):1575-89.
58. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad Saúde Públ.* 2006;22(9):2005-8.
59. Camarano AA, Kanso S. Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2011. Brasília IPEA; 2012.
60. Cambota JN. Desigualdades sociais na utilização de cuidados de saúde no Brasil e seus determinantes [Tese]. São Paulo: USP; 2012.
61. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad Saúde Públ.* 2005;21:1602-8.
62. Carvalho JE. How can a child be a mother? Discourse on teenage pregnancy in a Brazilian favela. *Cult Health Sex.* 2007;9(2):109-20.
63. Casas Zamora JA. Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. *Rev Panam Salud Publ.* 2002;11(5):386-96.
64. Casas Zamora JA, Dachs JN, Bambas A. Health disparities in Latin America and the Caribbean: the role of social and economic determinants. Washington, DC: PAHO; 2001. 22-49 p.
65. Castillo Salgado C, Loyola E, Roca A. Inequalities in infant mortality in the American region: basic elements for analysis. *Epidemiol Bull.* 2001;22(2):4-7.
66. Castro JA, Aquino LMC, Andrade CC. Juventude e políticas sociais no Brasil. Brasília: IPEA; 2009.
67. Castro SS, Almeida ALJ, Gomes JO. Mortalidade infantil e exclusão social em Presidente Prudente, SP

2000 a 2002. Estudos Geográficos, Rio Claro. 2003;1(2):17-24.

68. CDSS (Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde), OMS (Organização Mundial da Saúde). Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Portugal: OMS; 2010.

69. Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2010;32(3):105-11.

70. Celeste RK, Nadanovsky P. Aspectos relacionados aos efeitos da desigualdade de renda na saúde: mecanismos contextuais. Cienc Saúde Coletiva. 2010;15(5):2507-19.

71. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). Redução da mortalidade infantil na América Latina e no Caribe: avanço díspar que requiere respostas diferentes. Santiago, Chile: CEPAL; 2007.

72. Cesar JA, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD, Costa JSD, Barros FC, et al. Utilization of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. Cad Saúde Públ. 2007;24(Sup. 3):S427-36.

73. Chiavegatto Filho ADP, Gotlieb SLD, Kawachi I. Mortalidade segundo causas básicas e desigualdade de renda no Município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2012;46(4):712-18.

74. Chiesa AM, Westphal MF, Akerman M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. Cad Saúde Públ. 2008;24(1):55-69.

75. Chiesa AM, Westphal MF, Kashiwagi NM. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. Rev Saúde Públ. 2002;36(5):559-67.

76. Chrestani MAD, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Públ. 2008;24(7):1609-18.

77. Clark R. World health inequality: Convergence, divergence, and development. Soc Sci Med. 2011;72(4):617-24.

78. CNDSS (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

79. Cobham A, Molina N, Garde M. The child development Index 2012: progress, challenges and inequality. London: Save the Children; 2012.

80. Coimbra LC, Figueiredo FP, Silva AAM, Barbieri MA, Bettiol H, Caldas AJM, et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. Braz J Med Biol Res. 2007;40(9)

81. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves M, Ribeiro VS, Aragão VMF. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Públ. 2003;37(4):456-62.

82. Conde WL, Konno SC, Monteiro CA. Analysis of the 2005 Health and Nutrition Day. Brasília: Secretariat for Evaluation and Information Management; 2007. 35-43 p.



83. Costa MC, Azi PA, Paim JS, Silva LM. Infant mortality and living conditions: the reproduction of social inequalities in health during the 1990s. *Cad Saúde Públ.* 2001;17(3):555-67.
84. Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, Silva LMV, Teixeira MG, Mendes CMC. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. *Rev Saúde Públ.* 2003;37(6):699-706.
85. Costa NDL, Paes NA, Ramos PCF, Formiga MCC. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(7):388-96.
86. Cotta RMM, Fabiana de Cássia Carvalho Oliveira, Magalhães KA, Ribeiro AQ, Sant'Ana LFdR, Priore SE, et al. Social and biological determinants of iron deficiency anemia. *Cad Saúde Públ.* 2011;27(Suppl.2):s309-s20.
87. Cruz SA, Vieira-da-Silva LM, Costa MdCN, Paim JS. Evolution of inequalities in mortality in Salvador, Bahia State, Brazil, 1991/2006. *Cad Saude Publ.* 2011;27(Suppl.2):s176-s84.
88. Cunha EMGP, Batista LE, Kalckmann S. Mortalidade infantil por raça/cor. In: Instituto de Saúde, editor. *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004*; São Paulo. Teórico/Revisão: Instituto de Saúde, 2005.
89. Dachs JNW, Ferrer M, Florez CE, Barros AJD, Narvaez R, Valdivia M. Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. *Rev Panam Salud Publ.* 2002;11(5/6):335-55.
90. Diaz MD. Socio-economic health inequalities in Brazil: gender and age effects. *Health Econ.* 2002;11(2):141-54.
91. Diniz SG, d'Oliveira AF, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters.* 2012;20(40):94-101.
92. Drachler ML, Andersson MC, Leite JC, Marshall T, Aerts DR, Freitas PF, et al. Social inequalities and other determinants of height in children: a multi-level analysis. *Cad Saude Publ.* 2003;19(6):1815-25.
93. Drachler ML, Côrtes SMV, Castro JD, Leite JCC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando a definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Cien Saúde Colet.* 2003;8(2):461-70.
94. Duarte CMR. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência & Saúde Coletiva.* 2000;5(2):443-63.
95. Duarte CMR. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Cad Saúde Públ.* 2007;23(7):1511-28.
96. Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Silva JBd, Castillo-Salgado C. Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil em 1999: análise exploratória dos diferenciais regionais. *Rev Panam Salud Publ.* 2002;12(6):436-44.
97. Eгры EY, Fonseca RMGSd, Oliveira MAdC, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Ciosak SI, et al. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade: uma abordagem geral. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2007;41:762-4.

98. Eickmann SH, Lima MC, Motta ME, Romani SA, Lira PI. Crescimento de nascidos a termo com peso baixo e adequado nos dois primeiros anos de vida. *Rev Saúde Públ.* 2006;40(6):1073-81.
99. Emond A, Pollock J, Costa N, Maranhao T, Macedo A. The effectiveness of community-based interventions to improve maternal and infant health in the Northeast of Brazil. *Rev Panam Salud Publ.* 2002;12(2):101-10.
100. Engstrom EM, Anjos LA. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições socioambientais e estado nutricional materno. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(3):559-67.
101. Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Brasília: OPAS; 2001.
102. Espey J, Holder A, Molina N, Cobham A. Born equal: How reducing inequality could give our children a better future. London: Save the Children; 2012.
103. Esteves R. The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. *Int J Equity Health.* 2012;11(1):6.
104. Farmer P. Whither equity in health? The state of the poor in Latin America. *Cad Saúde Públ.* 2007;23 (suppl 1):S7-12.
105. Ferreira MAF, Latorre MRDO. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(9):2523-31.
106. Finkelman J. Análise de equidade e saúde: Brasil. In: OPAS (Organização Panamericana de Saúde), editor. *Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau.* Washington, DC: OPAS; 2001. p. 135-40.
107. Franca E, Souza JM, Guimaraes MDC, Goulart EM, Colosimo E, Antunes CMF. Association between socioeconomic factors and infant deaths due to diarrhea, pneumonia, and malnutrition in a metropolitan area of Southeast Brazil: a case-control study. *Cad Saúde Públ.* 2001;17(6):1437-47.
108. Freitas PF, Drachler Mde L, Leite JC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Públ.* 2005;39(5):761-7.
109. Freitas PF, Drachler ML, Leite JC, Marshall T. Inequalities in cesarean delivery rates by ethnicity and hospital accessibility in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;107(3):198-201.
110. Freitas PF, Savi EP. Social inequalities in post-cesarean complication rates: a hierarchical analysis. *Cad Saúde Públ.* 2011;27(10):2009-20.
111. Gakidou E, Fullman N. Monitoring health inequalities: measurement considerations and implications. Herston, Queensland: Health Information Systems Knowledge Hub; 2012.
112. Gakidou E, King G. Measuring total health inequality: adding individual variation to group-level differences. *Int J Equity Health.* 2002;1(1):3.
113. Gakidou E, Oza S, Vidal Fuertes C, Li AY, Lee DK, Sousa A, et al. Improving child survival through environmental and nutritional interventions: the importance of targeting interventions toward the poor. *JAMA.* 2007;298(16):1876-87.

114. Gama SG, Szwarcwald CL, Leal M, Theme Filha MM. The pregnancy during adolescence as a risk factor for low birth weight, Brazil. *Rev Saúde Públ.* 2001;35(1):74-80.
115. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón AS, Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, et al. Access barriers of healthcare in the health systems of Brazil and Colombia. *Eur J Public Health.* 2012;22(suppl.2):138.
116. Gasparini L, Cruces G, Tornarolli L. Recent trends in income inequality in Latin America. La Plata, Argentina: Society for the Study of Economic Inequality; 2009.
117. Geid LT, Rosso R, Casarin RG, Fréu CM, Andrade GP, Nunes ML. Iniquidade na hospitalização por pneumonia: coorte de nascidos vivos. *Online Braz J Nurs.* 2007;6(3)
118. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saúde Públ.* 2002;18(Suppl.):S103-S12.
119. Gigante DP, Victora CG, Matijasevich A, Horta BL, Barros FC. Association of family income with BMI from childhood to adult life: a birth cohort study. *Public Health Nutr.* 2013;16(2):233-39.
120. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S, editors. *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad.* Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
121. Giuffrida A, Iunes RF, Savedoff W. Health and poverty in Brazil: estimation by structural equation model with latent variables. Washington: Inter-American Development Bank; 2005.
122. Goldani MZ, Barbieri MA, Bettiol H, Barbieri MR, Tomkins A. Infant mortality rates according to socio-economic status in a Brazilian city. *Rev Saúde Públ.* 2001;35(3):256-61.
123. Goldani MZ, Barbieri MA, Silva AA, Bettiol H. Trends in prenatal care use and low birthweight in southeast Brazil. *Am J Public Health.* 2004;94(8):1366-71.
124. Goldani MZ, Benatti R, Silva AA, Bettiol H, Correa JC, Tietzmann M, et al. Narrowing inequalities in infant mortality in Southern Brazil. *Rev Saúde Públ.* 2002;36(4):478-83.
125. Goldani MZ, Haeffner LSB, Agranonik M, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Do early life factors influence body mass index in adolescents? *Braz J Med Biol Res.* 2007;40(9)
126. Gomes GP, Gubert MB. Aleitamento materno em crianças menores de 2 anos e situação domiciliar quanto à segurança alimentar e nutricional. *Jornal de Pediatria.* 2012;88(3):279-82.
127. Gómez EG. Gender equity and health policy reform in Latin America and the Caribbean. Washington: PAHO; 2002.
128. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2009;25:2507-16.
129. Guimaraes MJ, Marques NM, Melo Filho DA, Szwarcwald CL. Living conditions and infant mortality: intra-urban differentials in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Públ.* 2003;19(5):1413-24.
130. Guimaraes MJB, Marques NM, Melo Filho DA. Infant mortality rate and social disparity at Recife, the metropolis of the North-East of Brazil. *Sante.* 2000;10(2):117-21.



131. Guimarães ZA, Costa MCN, Paim JS, Silva LMV. Declínio e desigualdades sociais na mortalidade infantil por diarreia. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2001;34(5):473-78.
132. Gwatkin DR. How much would poor people gain from faster progress towards the Millennium Development Goals for health? *Lancet.* 2005;365(9461):813-7.
133. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet.* 2004;364(9441):1273-80.
134. Gwatkin DR, Rutstein S, Johnson K, Suliman E, Wagstaff A, Amozou A. Socio economic differences in health, nutrition, and population. Washington: World Bank; 2007.
135. Gwatkin DR, Wagstaff A, Yazbeck AS, editors. Reaching the poor: with health, nutrition, and population services: what works, what doesn't, and why. Washington: World Bank; 2005.
136. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Prenatal care in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 1993. *Cad Saúde Públ.* 1998;14(3):487-92.
137. Hermeto AM, Caetano AJ. Socioeconomic status, family structure and child outcomes in Brazil: health in the childhood. *Int J Soc Econ.* 2009;36(10):979-95.
138. Houweling T, Kunst A, Huisman M, Mackenbach J. Using relative and absolute measures for monitoring health inequalities: experiences from cross-national analyses on maternal and child health. *Int J Equity Health.* 2007;6(1):15.
139. Houweling TA, Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring health inequality among children in developing countries: does the choice of the indicator of economic status matter? *Int J Equity Health.* 2003;2(1):8.
140. Houweling TAJ, Ronsmans C, Campbell OMR, Kunst AE. Huge poor–rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bull World Health Org* 2007;85(10):745-54.
141. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
142. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. PNAD 2008: primeiras análises: desigualdade de renda; sobre a evolução recente da pobreza e da desigualdade; condições de vida: qualidade dos domicílios e acesso a bens. Brasília: IPEA; 2009.
143. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). PNAD 2009: primeiras análises : distribuição de renda entre 1995 e 2009. Brasília: IPEA; 2010.
144. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Dimensão, evolução e projeção da pobreza por região e por estado no Brasil. Brasília: IPEA; 2010.
145. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), editor. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 4 ed. Brasília: IPEA; 2011.
146. ISeqH (International Society for Equity in Health). Equity and health sector reform in Latin American and Caribbean from 1995 to 2005: approaches and limitations. Toronto: University of Toronto; 2006.



147. Issler RM, Giugliani ER, Kreutz GT, Meneses CF, Justo EB, Kreutz VM, et al. Poverty levels and children's health status: study of risk factors in an urban population of low socioeconomic level. *Rev Saúde Públ.* 1996;30(6):506-11.
148. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. *Prioridades em saúde.* Washington, D.C.: World Bank; 2006.
149. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne GA, Claeson M, Evans D, et al. *Disease control priorities in developing countries.* 2 ed. Washington, D.C.: World Bank 2006.
150. Justino P, Litchfield J, Niimi Y. *Multidimensional inequality: an empirical application to Brazil: Poverty Research Unit, University of Sussex;* 2004.
151. Kelly MP, Morgan A, Bonnefoy J, Butt J, Bergman V. *The social determinants of health: developing an evidence base for political action: WHO;* 2007.
152. King NB, Harper S, Young ME. *Who cares about health inequalities? Cross-country evidence from the World Health Survey. Health Policy Plan.* 2012
153. Kishor S, Neitzel K. *DHS Comparative Studies. Status of Women: Indicators for Twenty-five Countries* Calverton, Maryland: USAID; 1996.
154. Kleinert S, Horton R. *Brazil: towards sustainability and equity in health. Lancet.* 2011;377(9779):1721-2.
155. Lamy Filho F, Assuncao Junior AN, Silva AA, Lamy ZC, Barbieri MA, Bettiol H. *Social inequality and perinatal health: comparison of three Brazilian cohorts. Braz J Med Biol Res.* 2007;40(9):1177-86.
156. Langer A, Nigenda G. *Sexual and reproductive health and health sector reform in Latin America and the Caribbean : challenges and opportunities.* Washington: Population Council; 2000.
157. Lansky S, Franca E, Kawachi I. *Social inequalities in perinatal mortality in Belo Horizonte, Brazil: the role of hospital care. Am J Public Health.* 2007;97(5):867-73.
158. Leal MC, Gama SG, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CL, et al. *Factors associated with perinatal morbidity and mortality in a sample of public and private maternity centers in the City of Rio de Janeiro, 1999-2001. Cad Saúde Públ.* 2004;20 Suppl 1:S20-33.
159. Leal MC, Gama SG, Cunha CB. *Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev Saúde Públ.* 2005;39(1):100-7.
160. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. *Desigualdades sociodemográficas e suas consequências sobre o peso do recém-nascido. Rev Saúde Públ.* 2006;40(3):466-73.
161. Leal MC, Pereira APE, Lamarca GA, Vettore MV. *The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. Cad Saúde Públ.* 2011;27(Suppl.2):s237-s53.
162. Lopes F. *Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad Saúde Públ.* 2005;21(5):1595-601.
163. Lustig N, Lopez-Calva LF, Ortiz-Juarez E. *Declining inequality in Latin America in the 2000s: the cases*

of Argentina, Brazil, and Mexico. Washington, D.C.: World Bank; 2012.

164. Lutter CK, Chaparro CM, Grummer-Strawn LM. Increases in breastfeeding in Latin America and the Caribbean: an analysis of equity. *Health Policy Plan.* 2011;26(3):257-65.
165. Lynch J, Smith GD, Harper SAM, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA, et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *The Milbank Quarterly.* 2004;82(1):5-99.
166. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Comm Health.* 2006;60(1):13-9.
167. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health.* 2012;11:33.
168. Mano PS, Cesar JA, González-Chica DA, Neumann NA. Iniquidade na assistência à gestação e ao parto em município do semiárido brasileiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2011;11(4):381-8.
169. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet.* 2005;365(9464):1099-104.
170. Martinez EZ, Roza DL, Caccia-Bava MC, Achcar JA, Dal-Fabbro AL. Teenage pregnancy rates and socio-economic characteristics of municipalities in Sao Paulo State, Southeast Brazil: a spatial analysis. *Cad Saúde Públ.* 2011;27(5):855-67.
171. Matijasevich A, Cesar JA, Santos IS, Barros AJ, Dode ASO, Barros FC, et al. Internações hospitalares durante a infância em três estudos de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Públ.* 2008;24(S 3):S437-43.
172. Matijasevich A, Howe LD, Tilling K, Santos IS, Barros AJ, Lawlor DA. Maternal education inequalities in height growth rates in early childhood: 2004 Pelotas birth cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2012;26(3):236-49.
173. Matijasevich A, Santos I, Silveira M, Domingues M, Barros A, Marco P, et al. Inequities in maternal postnatal visits among public and private patients: 2004 Pelotas cohort study. *BMC Public Health.* 2009;9:335.
174. Matijasevich A, Santos IS, Menezes AM, Barros AJ, Gigante DP, Horta BL, et al. Trends in socioeconomic inequalities in anthropometric status in a population undergoing the nutritional transition: data from 1982, 1993 and 2004 Pelotas Birth Cohort studies. *BMC Public Health.* 2012;12(1):511.
175. Matijasevich A, Victora CG, Lawlor DA, Golding J, Menezes AM, Araujo CL, et al. Association of socioeconomic position with maternal pregnancy and infant health outcomes in birth cohort studies from Brazil and the UK. *J Epidemiol Comm Health.* 2012;66(2):127-35.
176. Matlin S, editor. *Poverty, equity and health research.* London: Pro-Book; 2005.
177. Medeiros GB, Figueiredo EA, Aragon EKSB. *Pobreza antropométrica e os determinantes do status nutricional das crianças no Brasil João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal da Paraíba;* 2012.
178. Meller FO, Schäfer AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Cien Saúde Colet.* 2011;16(9):3829-35.



179. Mendes KG, Olinto MT, da Costa JS. Case-control study on infant mortality in Southern Brazil. *Rev Saude Publ.* 2006;40(2):240-8.
180. Menezes AM, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R, Oliveira AL. Risk factors for perinatal mortality in Pelotas, a southern city of Brazil, 1993. *Rev Saúde Públ.* 1998;32(3):209-16.
181. Menezes AM, Hallal PC, Santos IS, Victora CG, Barros FC. Infant mortality in Pelotas, Brazil: a comparison of risk factors in two birth cohorts. *Rev Panam Salud Publ.* 2005;18(6):439-46.
182. Menon P, Ruel MT, Morris SS. Socio-economic differentials in child stunting are consistently larger in urban than rural areas: Analysis of 10 DHS data sets. Washington, D.C: International Food Policy Research Institute; 2000.
183. Messias E. Income inequality, illiteracy rate, and life expectancy in Brazil. *Am J Public Health.* 2003;93(8):1294-6.
184. Milman A, Frongillo EA, de Onis M, Hwang JY. Differential improvement among countries in child stunting is associated with long-term development and specific interventions. *J Nutr.* 2005;135(6):1415-22.
185. Mitra AK, Rodriguez-Fernandez G. Latin America and the Caribbean: assessment of the advances in public health for the achievement of the Millennium Development Goals. *Int J Environ Res Public Health.* 2010;7(5):2238-55.
186. Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Estudos Avançados.* 2003;17(48):7-20.
187. Monteiro CA, Benicio MH, Conde WL, Konno S, Lovadino AL, Barros AJ, et al. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. *Bull World Health Organ.* 2010;88(4):305-11.
188. Monteiro CA, Benicio MH, Ortiz LP. Secular trends in birth weight in the city of Sao Paulo, Brazil (1976-1998). *Rev Saúde Públ.* 2000;34(6 Suppl):26-40.
189. Monteiro CA, Benicio MH, Roberto Iunes I, Gouveia NC, Taddei JAAC, Cardoso MAA. ENDEF e PNSN: para onde caminha o crescimento físico da criança brasileira? *Cad Saúde Públ.* 1993;9(1):85-95.
190. Monteiro CA, Benicio MHDA, Freitas ICM. Evolução da mortalidade infantil e do retardo de crescimento nos anos 90: causas e impacto sobre desigualdades regionais. In: Monteiro CA, editor. *Velhos e novos males da saúde no Brasil.* 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 393-420.
191. Monteiro CA, Benicio MHDA, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saúde Públ.* 2009;43(1):35-43.
192. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular do crescimento pós-natal na cidade de São Paulo (1974-1996). *Rev Saúde Públ.* 2000;34(6 supl):41-51.
193. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). *Rev Saúde Públ.* 2000;34(6):52-61.
194. Monteiro CA, Szarfarc SC, Mondini L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Públ.* 2000;34(6 Supl):62-72.

195. Monteiro RA, Schmitz BAS. Infant mortality in the Federal District, Brazil: time trend and socioeconomic inequalities. *Cad Saúde Públ.* 2007;23(4):767-74.
196. Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(supl.1):113-24.
197. Morais Neto OL, Barros MB, Martelli CM, Silva SA, Cavenaghi SM, Siqueira JB, Jr. Differential patterns of neonatal and post-neonatal mortality rates in Goiania, Brazil, 1992-1996: use of spatial analysis to identify high-risk areas. *Cad Saúde Públ.* 2001;17(5):1241-50.
198. Morris S. A desigualdade e a saúde pública. *Rev Saúde Públ.* 1997;31(6):543.
199. Morris SS, Olinto P, Flores R, Nilson EA, Figueiro AC. Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in northeast Brazil. *J Nutr.* 2004;134(9):2336-41.
200. MS (Ministério da Saúde). Avaliação do Programa Bolsa Alimentação: primeira fase Brasília: MS; 2004.
201. MS (Ministério da Saúde). Avaliação do Programa Bolsa Alimentação: segunda fase Brasília: MS; 2004.
202. MS (Ministério da Saúde). Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde Brasília: MS; 2006.
203. MS (Ministério da Saúde), CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: MS; 2009.
204. MS (Ministério da Saúde), FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade Brasília; 2005.
205. MS (Ministério da Saúde), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: MS; 2009.
206. MS (Ministério da Saúde), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras. Brasília: MS; 2005.
207. MS (Ministério da Saúde), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS 2ed: Brasília; 2013.
208. MS (Ministério da Saúde), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: MS; 2006.
209. MS (Ministério da Saúde), Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Panorama do saneamento básico no Brasil: análise situacional do déficit em saneamento básico (versão preliminar): Brasília; 2011.
210. MS (Ministério da Saúde), Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade. Brasília: MS; 2005.



211. Mukuria A, Aboulaфия C, Themme A. The Context of Women's Health: Results from the Demographic and Health Surveys, 1994-2001. Calverton, Maryland: USAID; 2005.
212. Muniz PT, Castro TG, Araújo TS, Nunes NB, Silva-Nunes M, Hoffmann EHE, et al. Child health and nutrition in the Western Brazilian Amazon: population-based surveys in two counties in Acre State. *Cad Saude Publ.* 2007;23(6):1283-93.
213. Murakami GF, Guimarães MJB, Sarinho SW. Desigualdades sociodemográficas e causas de morte em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern. Infant.* 2011;11(2):139-52.
214. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2003;6(4):307-18.
215. Noronha K, Figueiredo LK, Andrade MV. Health and economic growth among the states of Brazil from 1991 to 2000. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais.* 2010;27(2):269-83.
216. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS; 2001.
217. Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2000;16(4):1137-42.
218. Oliveira DC, Salgado Barreira A, Taracido Trunk M, Figueiras Guzman A. Efecto de las desigualdades socioeconomicas en la mortalidad de la ciudad de Fortaleza, Ceara, Brasil durante el ano 2007. *Rev Esp Salud Publica.* 2010;84(4):443-52.
219. Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2005;21(5):1519-30.
220. OMS (Organização Mundial da Saúde). Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Brasília: PAHO; 2009.
221. Osorio RG, Souza PHGF, Soares SSD, Oliveira LFB. Perfil da pobreza no Brasil e sua evolução no período 2004-2009. Brasília: IPEA; 2011.
222. Otterstetter H, Galvão LAC, Witt V, Toft P, Caporali S, Pinto PC, et al. Health equity in relation to safe drinking water supply. In: PAHO (Pan American Health Organization), editor. *Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau.* Washington, DC: PAHO; 2001. p. 99-114.
223. PAHO (Pan American Health Organization). Inequidad en salud y la región de las américas. *Bol Epidemiol.* 1996;17(3):1-9.
224. PAHO (Pan American Health Organization). A saúde no Brasil. Brasília: OPAS; 1998.
225. PAHO (Pan American Health Organization). Health analysis: risks of dying and income inequalities. *Epidemiol Bull.* 1999;20(4):7-10.
226. PAHO (Pan American Health Organization). Investment in health: social and economic returns. Washington, D.C: PAHO; 2001.



227. PAHO (Pan American Health Organization). Saúde nas Américas 2007. Washington: PAHO; 2007.
228. PAHO (Pan American Health Organization). Regional strategy and plan of action for neonatal health within the continuum of maternal, newborn, and child care. Washington: PAHO; 2008.
229. PAHO (Pan American Health Organization), Coordinacion de Políticas Públicas y Salud, editors. Macro-determinantes de la inequidad en salud. XXXV Reunion de Comite Asesor de Investigaciones em Salud; 2000; Habana, Cuba.
230. Paim JS. A epidemiologia e a superação de desigualdades em saúde. *Acta Paul Enf.* 2000;13:29-43.
231. Paim JS, Costa MC. Decréscimo e desigualdade da mortalidade infantil: Salvador, 1980-1988. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1993;114(5):414-28.
232. Paim JS, Costa MCN, Silva LMV, Lessa I, Prata PR. Desigualdades na situação de saúde do município de Salvador e relações com as condições de vida. *Rev Cienc Med Biol.* 2003;2(1):30-9.
233. Pate E, Collado C, Solís JA. Health equity and maternal mortality. In: PAHO (Pan American Health Organization), editor. *Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau.* Washington, DC: PAHO; 2001. p. 85-98.
234. Peres MA, Fernandes LS, Peres KG. Inequality of water fluoridation in Southern Brazil--the inverse equity hypothesis revisited. *Soc Sci Med.* 2004;58(6):1181-9.
235. Pimenta MCA, Pimenta LF. Globalização e desafios urbanos: políticas públicas e desigualdade social nas cidades brasileiras. *EURE.* 2011;37(112):43-61.
236. Pinheiro L, Fontoura NO, Querino AC, Bonetti A, Rosa W. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 3 ed. Brasília: IPEA; 2009.
237. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saúde Públ.* 2005;21(5):449-58.
238. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saúde Colet.* 2002;7(4):687-707.
239. PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Relatório do Desenvolvimento Humano 2011. Brasília: PNUD; 2011.
240. Pontes Fraga PC. Mortalidad infantil en municipios de Rio de Janeiro: aspectos socioespaciales, desigualdades y políticas públicas para su enfrentamiento. *Cuad Med Soc (Ros).* 1999;76:83-105.
241. Potter JE, Schmertmann CP, Cavenaghi SM. Fertility and development: evidence from Brazil. *Demography.* 2002;39(4):739-61.
242. Predebon KM, Mathias TAF, Aidar T, Rodrigues AL. Desigualdade sócio-espacial expressa por indicadores do sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC). *Cad Saúde Públ.* 2010;26(8):1583-94.
243. Puccini RF, Pedroso GC, Silva EM, Araujo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad Saúde Públ.* 2003;19(1):35-45.



244. Reis MC. O impacto da renda domiciliar sobre a saúde infantil no Brasil Rio de Janeiro: IPEA; 2009.
245. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e nãousuários do SUS–PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1011-22.
246. Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AAM, Bettiol H, Batista RFL, Coimbra LC, et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz J Med Biol Res*. 2007;40(9)
247. Ribeiro VS, Silva AA, Barbieri MA, Bettiol H, Aragao VM, Coimbra LC, et al. Infant mortality: comparison between two birth cohorts from Southeast and Northeast, Brazil. *Rev Saúde Públ*. 2004;38(6):773-9.
248. RIPSAs (Rede Interagencial de Informação para a Saúde). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS; 2008.
249. Rissin A, Batista Filho M, Benício MH, Figueiroa JN. Condições de moradia como preditores de riscos nutricionais em crianças de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern. Infant*. 2006;6(1):59-67.
250. Romero DE, Szwarcwald CL. Economic crisis and infant mortality in Latin America since the 1980's. *Cad Saúde Públ*. 2000;16(3):799-814.
251. Romulus-Nieuwelink JJ, Doak C, Albernaz E, Victora CG, Haisma H. Breast milk and complementary food intake in Brazilian infants according to socio-economic position. *Int J Pediatr Obes*. 2011;6(2):e508-14.
252. Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet*. 2006;368(9546):1516-23.
253. Santos AMA, Jacinto PA, Tejada CAO. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. *Estudos Econômicos (São Paulo)*. 2012;42(2):229-61.
254. Santos IS, Matijasevich A, Barros AJ, Albernaz EP, Domingues MR, Valle NCJ, et al. Avoidable deaths in the first four years of life among children in the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cad Saúde Públ*. 2011;27:s185-s97.
255. Sastry N. What explains rural-urban differentials in child mortality in Brazil? *Soc Sci Med*. 1997;44(7):989-1002.
256. Sastry N. Trends in socioeconomic inequalities in mortality in developing countries: the case of child survival in Sao Paulo, Brazil. *Demography*. 2004;41(3):443-64.
257. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Loyola-Elizondo E, Bacallao J, Mujica OJ, Vidaurre M, et al. Trends in infant mortality inequalities in the Americas: 1955-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(7):538-41.
258. Schultz TP. Productive benefits of health: evidence from low-income countries. Bonn, Germany: Institute for the Study of Labor; 2005.
259. Schwartzman S. Redução da desigualdade, da pobreza, e os programas de transferência de renda. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade; 2006.
260. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(Suppl):S203-11.



261. Shimakura SE, Carvalho MS, Aerts DR, Flores R. Spatial risk distribution: modeling infant mortality in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Públ.* 2001;17(5):1251-61.
262. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís, Maranhão, Brasil. *Rev Panam Salud Publ.* 1999;6(4):266-72.
263. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura vacinal e alguns fatores de risco associados a não vacinação em localidade urbana do Nordeste Brasileiro, 1994. *Rev Saúde Públ.* 1999;33(2):147-56.
264. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores associados à realização de consultas médicas de crianças menores de 5 anos. *Rev Bras Epidemiol.* 1999;2(1/2):60-72.
265. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de 1 a 4 anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 1999;15(4):749-57.
266. Silva AMA, Resende GM. A importância do acesso aos serviços públicos na renda por habitante dos municípios nordestinos. Brasília: IPEA; 2005.
267. Silva GA, Lira PI, Lima Mde C. Risk factors for diarrheal disease in infants: a case-control study. *Cad Saúde Públ.* 2004;20(2):589-95.
268. Silva GAP, Lira PIC, Carvalho Lima M. Fatores de risco para doença diarreica no lactente: um estudo caso-controle. *Cad Saúde Públ.* 2004;20(2):589-95.
269. Silva JBd, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Rev Panam Salud Publ.* 2002;12(6):375-83.
270. Silva LM, Paim JS, Costa MC. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev Saúde Públ.* 1999;33(2):187-97.
271. Silva LM, Silva RA, Silva AAM. Racial inequalities and perinatal health in the southeast region of Brazil. *Braz J Med Biol Res.* 2007;40(9)
272. Silva LMV, Costa MCN, Paim JSP, Dias IB, Cunha ABO, Guimarães ZA, et al. Brechas redutíveis de mortalidade em capitais brasileiras (1980-1998). *Epidemiol Serv Saúde.* 2005;14(4):203-22.
273. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Públ.* 2000;34(1):44-9.
274. Silva RCR, Assis AMO, Szarfarc SC, Pinto EJ, Costa LCC, Rodrigues LC. Iniquidades socioeconômicas na conformação dos padrões alimentares de crianças e adolescentes. *Rev Nutr.* 2012;25:451-61.
275. Simões CCS. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: OPAS; 2002.
276. Soares V, Soares F, Sergei, Medeiros M, Osório RG. Cash transfer programmes in Brazil: impacts on inequality and poverty (Working Paper 21): International Poverty Centre, UNDP/IPEA; 2006.
277. Soares VMN. Desigualdades na saúde reprodutiva das mulheres no Paraná. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(3):293-309.



278. Sousa A, Hill K, Dal Poz M. Sub-national assessment of inequality trends in neonatal and child mortality in Brazil. *Int J Equity Health*. 2010;9(1):21.
279. Sousa TRV, Maia SF. Uma investigação dos determinantes da redução da taxa de mortalidade infantil nos estados da região Nordeste do Brasil. I Congresso da Associação Latino- Americana de População; 18-20 set; Caxambu, MG. Teorico/Revisao: ALAP; 2004.
280. Souza Junior JC, Kunkel N, Gomes MA, Freitas PF. Equidade inversa e desigualdades no acesso à tecnologia no parto em Santa Catarina, Brasil, 2000 a 2004. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2007;7(4):397-403.
281. Souza PHGF. Poverty, inequality and social policies in Brazil, 1995-2009. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth; 2012.
282. Speybroeck N, Harper S, de Savigny D, Victora C. Inequalities of health indicators for policy makers: six hints. *Int J Equity Health*. 2012;57(5):855-8.
283. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit*. 2012;26 (Suppl 1):20-6.
284. Steckel RH. Social and Economic Effects on Growth. *Human Growth and Development*. 2 ed. Boston: Academic Press; 2012. p. 225-44.
285. Strufaldi MW, Puccini RF, Pedroso GC, Silva EM, Silva NN. Prevalence of malnutrition among children in Embu, Sao Paulo State, Brazil, 1996-1997. *Cad Saúde Públ*. 2003;19(2):421-8.
286. Suarez-Berenguela RM. Health system inequalities and inequities in Latin América and the Caribbean: findings and policy implications. Washington: PAHO; 2000.
287. Sumner A. Global poverty and the new bottom billion: what if three-quarters of the world's poor live in middle-income countries? Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth; 2010.
288. Szwarcwald CL, Andrade CL, Bastos FI. Income inequality, residential poverty clustering and infant mortality: a study in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Sci Med*. 2002;55(12):2083-92.
289. Szwarcwald CL, Bastos FI, Andrade CL. Health inequality indicators: a discussion of some methodological approaches as applied to neonatal mortality in the Municipality of Rio de Janeiro, 2000. *Cad Saúde Públ*. 2002;18(4):959-70.
290. Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Pina MF, Esteves MA. Health conditions and residential concentration of poverty: a study in Rio de Janeiro, Brazil. *J Epidemiol Comm Health*. 2000;54(7):530-6.
291. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MA, Andrade CL, Paez MS, Medici EV, et al. Income inequality and health: the case of Rio de Janeiro. *Cad Saúde Públ*. 1999;15(1):15-28.
292. Torres C. Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad. Washington, DC: PAHO; 2001.
293. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editors. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 215-43.



294. UN (United Nations). World Fertility Patterns 2009.
295. UN (United Nations), Department of Economic and Social Affairs. The World's Women 2010: trends and statistics New York: UN; 2010.
296. UNDP (United Nations Development Programme). Human development indicators. New York: Human Development Report Office; 2005.
297. UNDP (United Nations Development Programme). Human Development Report 2011: sustainability and equity. New York, NY: UNDP; 2011.
298. UNICEF (United Nations Children's Fund). Towards greater equity in health for mothers and newborns The state of the world's children 2009 - Maternal and Newborn Health 2008.
299. UNICEF (United Nations Children's Fund). Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity. New York: UNICEF; 2010.
300. UNICEF (United Nations Children's Fund). Committing to child survival: a promise renewed. New York: Unicef; 2012.
301. UNICEF (United Nations Children's Fund). Levels & trends in child mortality: report 2012. New York: Unicef; 2012.
302. Van de Poel E, O'Donnell O, Van Doorslaer E. Are urban children really healthier? Evidence from 47 developing countries. Soc Sci Med. 2007;65(10):1986-2003.
303. Vanderlei LC, Silva GA, Braga JU. Risk factors for hospitalization due to acute diarrhea in children under two years old: a case-control study. Cad Saúde Públ. 2003;19(2):455-63.
304. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in Sao Paulo, Brazil: a multilevel analysis. Public Health Nutr. 2006;9(1):40-6.
305. Ventura RN, Puccini RF, Silva NN, Silva EM, Oliveira EM. The expression of vulnerability through infant mortality in the municipality of Embu. São Paulo Med J. 2008;126(5):262-8.
306. Viana ALDA, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. São Paulo Perspect. 2003;17(1):58-68.
307. Victora C, Matijasevich A, Santos I, Barros A, Horta B, Barros F. Amamentação e padrões alimentares em três coortes de nascimento no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. Cad Saúde Públ. 2008;24(S 3):S409-16.
308. Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2001;4(1):1-67.
309. Victora CG. Child health surveys: the equity dimension. Int J Epidemiol. 2006;35(6):1439-41.
310. Victora CG. Measuring progress towards equitable child survival: where are the epidemiologists? Epidemiology. 2007;18(6):669-72.
311. Victora CG. The millennium development goals and the inverse care law: no progress where it is most needed? J Epidemiol Comm Health. 2008;62(11):938-9.

312. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76.
313. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9782):2042-53.
314. 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;380:1149-56.
315. Victora CG, Fenn B, Bryce J, Kirkwood BR. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national surveys. *Lancet*. 2005;366(9495):1460-6.
316. Victora CG, Huicho L, Amaral JJ, Armstrong-Schellenberg J, Manzi F, Mason E, et al. Are health interventions implemented where they are most needed? District uptake of the integrated management of childhood illness strategy in Brazil, Peru and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ*. 2006;84(10):792-801.
317. Neumann NA, Tanaka OY, Szarfarc SC, Guimarães PR, Victora CG. Prevalência e fatores de risco para anemia no sul do Brasil. *Rev Saúde Públ*. 2007;34(1):56-63.
318. Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos IS, Barros AJ, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan*. 2010;25:253-61.
319. Victora CG, Rubens CE, Barros F. Global report on preterm birth and stillbirth (4 of 7): delivery of interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10 Suppl 1:S4.
320. 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.
321. 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.
322. Viegas Andrade M, Noronha K, Singh A, Rodrigues CG, Padmadas SS. Antenatal care use in Brazil and India: scale, outreach and socioeconomic inequality. *Health Place*. 2012;18(5):942-50.
323. Vieira da Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saúde Públ*. 2009;25(2):s217-s26.
324. Vieira EM, Badiani R, Dal Fabbro AL, Rodrigues Junior AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Públ*. 2002;36(3):263-70.
325. Wagstaff A. Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. *Bull World Health Organ*. 2000;78(1):19-29.
326. Wagstaff A. Inequality aversion, health inequalities and health achievement. *J Health Econ*. 2002;21(4):627-41.
327. Wagstaff A. Child health on a dollar a day: some tentative cross-country comparisons. *Soc Sci Med*. 2003;57(9):1529-38.



328. Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J, Claeson M. Child health: reaching the poor. *Am J Public Health*. 2004;94(5):726-36.
329. Wagstaff A, Watanabe N. What difference does the choice of SES make in health inequality measurement? *Health Econ*. 2003;12(10):885-90.
330. Wegrzynowski R. Tão perto e tão longe das soluções. *Desafios do Desenvolvimento*. 2008;5(41)
331. Welch V, Tugwell P, Petticrew M, Montigny J, Ueffing E, Kristjansson B, et al. How effects on health equity are assessed in systematic reviews of interventions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 (12):MR000028.
332. Westphal MF, Zioni F, Almeida MF, Nascimento PR. Monitoring Millennium Development Goals in Brazilian municipalities: challenges to be met in facing up to iniquities. *Cad Saúde Públ*. 2011;27(Suppl.2):s155-s63.
333. WHO (World Health Organization). *The World health report: make every mother and child count*. Geneva: WHO; 2005.
334. WHO (World Health Organization). *World Health Statistics 2007*. Geneva: WHO; 2007.
335. WHO (World Health Organization). *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Geneva: WHO; 2009.
336. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*. 2006;62(7):1768-84.
337. Wong L. *Achados e perdidos sobre saúde reprodutiva na PNDS 1996*. Belo Horizonte: CEDEPLAR; 1997.
338. World Bank. *Brazil: maternal and child health*. Washington: World Bank; 2002.
339. Zambonato AM, Pinheiro RT, Horta BL, Tomasi E. Risk factors for small-for-gestational age births among infants in Brazil. *Rev Saúde Públ*. 2004;38(1):24-9.
340. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025.
341. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no sul do Brasil. *Rev Saúde Públ*. 1998;32(3):225-31.
342. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. *National Sentinel Caesarean Section Audit Report*. London: RCOG Press; 2001.



Anexo 1 - Questões coletadas nos inquéritos de 1986, 1996 e 2006, utilizadas para o cálculo dos indicadores selecionados.

Indicador	1986	1996	2006
Uso atual de contraceptivo moderno	<p>327. A senhora (seu marido/parceiro) usa algum método para evitar gravidez atualmente? (sim/não)</p> <p>328. Qual método usa atualmente?</p> <p>01 pílula 02 DIU 05 condom 06 injeções contraceptivas 07 métodos vaginais (espuma, geleia, tablete) 08 diafragma 09 billings 10 ritmo/tablea 11 coito interrompido 12 outro</p>	<p>313. Que método usa atualmente?</p> <p>01 pílula 02 DIU 03 injeções 04 norplant (implantes) 05 diafragma/espuma/ tabletes 06 condom (camisinha) 07 esterilização feminina 08 esterilização masculina 09 abstinência periódica 10 coito interrompido 96 outro (especifique)</p>	<p>313. (Você / seu marido/ companheiro) usa algum método para evitar gravidez atualmente? (sim/não)</p> <p>314. Que método usa atualmente?</p> <p>01 esterilização feminina 02 esterilização masculina 03 pílula 04 DIU 05 injetáveis 06 implantes (Norplant) 07 camisinha (preservativo) 08 camisinha feminina 09 diafragma 10 creme/óvulo 11 tabela/ abstinência periódica 12 coito interrompido/gozar fora 13 pílula do dia seguinte (contracepção de emergência) 96 outros</p>
Realização de no mínimo uma consulta pré-natal (qualquer profissional)	<p>410. Quando ficou grávida de (NOME DO ÚLTIMO FILHO), a senhora fez algum controle médico (pré-natal)?</p> <p>1 Sim 2 Não</p>	<p>409. Quantas consultas de pré-natal fez durante esta gravidez? (Controle Pré-natal = Controle de gravidez - Atenção pré-natal) Número de consultas Não sabe.....98</p>	<p>412. Quantas consultas de pré-natal fez durante esta gravidez? (Controle Pré-natal = Controle de gravidez) Número de consultas Não sabe.....98</p>

Continua...



Indicador	1986	1996	2006
Realização de 6 ou mais consultas do pré-natal	Dados não coletados	409. Quantas consultas de pré-natal fez durante esta gravidez? (Controle Pré-natal = Controle de gravidez - Atenção pré-natal) Número de consultas Não sabe.....98	412. Quantas consultas de pré-natal fez durante esta gravidez? (Controle Pré-natal = Controle de gravidez) Número de consultas Não sabe.....98
Primeira consulta do pré-natal realizada no primeiro trimestre da gestação	412. Quantos meses de gravidez tinha quando fez a primeira consulta pré-natal? 1 1-3 meses 2 4-6 meses 3 7-9 meses 8 não sabe/não lembra	408. Quantos meses de gravidez tinha quando fez a primeira consulta pré-natal? Meses.....	206. Com quantos meses de GRAVIDEZ você estava quando fez a PRIMEIRA consulta de pré-natal? Meses.....
Parto cesáreo	401 - O seu último parto foi uma cesariana? 0 não 1 sim	415 - O parto de (NOME) foi cesárea? 0 não 1 sim	438_cesa - O parto de (NOME) foi cesárea? 1 sim 2 não

Continua...



Indicador	1986	1996	2006
Parto em instituição de saúde	<p>413. Em que lugar teve o último parto?</p> <p>01 hospital ou maternidade do governo</p> <p>03 INAMPS</p> <p>04 Inst. Prev.Est/mun</p> <p>05 hospital, clínica ou maternidade particular</p> <p>06 hosp. não especificado</p> <p>07 parto domiciliar com médico/enfermeira</p> <p>08 parto domiciliar com parteira</p> <p>09 parto domiciliar sem parteira</p> <p>10 outro (especifique)</p> <p>98 não sabe/não lembra</p>	<p>412. Em que lugar teve o parto (nome)?</p> <p>10 em casa</p> <p>11 hosp/maternidade pública</p> <p>12 hosp/conveniado/SUS</p> <p>13 casa de parto/ centro/ posto de saúde</p> <p>22 hosp/maternidade/clínica particular</p> <p>96 outro (especifique)</p> <p>Obs: Informação disponível para o último, penúltimo e antepenúltimo filho.</p>	<p>430. O parto de (nome) ocorreu:</p> <p>10 em casa</p> <p>11 em hospital/maternidade “pelo SUS”</p> <p>13 em centro de saúde ou casa de parto</p> <p>12 em hospital/maternidade “pelo convênio”</p> <p>22 em hospital/maternidade particular</p> <p>96 outro (especifique)</p> <p>Obs: Informação disponível para o último, penúltimo e antepenúltimo filho.</p>
Amamentação na primeira hora de vida	Não foi coletada	<p>426. Quanto tempo depois do nascimento de (NOME) começou amamentar?</p> <p>0 Imediatamente</p> <p>Horas.....</p> <p>Dias.....</p>	<p>457. Quanto tempo depois do nascimento a(o) (nome) foi colocada(o) pela primeira vez, no peito, para amamentar?</p> <p>0 Imediatamente</p> <p>Horas.....</p> <p>Dias.....</p>
Déficit de altura/idade HAZ <2DP	Foi calculado HAZ/WHO a partir de hw3 (altura/comprimento)	Foi calculado HAZ/WHO a partir de hw3 (altura/comprimento)	Foi calculado HAZ/WHO a partir de hw3 (altura/comprimento)

Continua...



Indicador	1986	1996	2006
Déficit de peso/altura WHZ<2DP	Foi calculado WHZ/WHO a partir de hw2 (peso) e hw3 (altura/comprimento)	Foi calculado WHZ/WHO a partir de hw2 (peso) e hw3 (altura/comprimento)	Foi calculado WHZ/WHO a partir de hw2 (peso) e hw3 (altura/comprimento)
Déficit de peso/idade WAZ<2DP	Foi calculado WAZ/WHO a partir de hw2 (peso)	Foi calculado WAZ/WHO a partir de hw2 (peso)	Foi calculado WAZ/WHO a partir de hw2 (peso)
Índice de massa corporal acima de +2DP (BAZ>2DP)	Foi calculado BAZ/WHO a partir de hw2 (peso) e hw3 (altura/comprimento)	Foi calculado BAZ/WHO a partir de hw2 (peso) e hw3 (altura/comprimento)	Foi calculado BAZ/WHO a partir de hw2 (peso) e hw3 (altura/comprimento)
Água encanada no domicílio	5. Como a senhora obtém a água que usa em sua casa (sistema de abastecimento)? 1 água encanada (cozi.) 2 água encanada (quin.) 3 poço 4 torneira pública 5 açude 6 rio ou riacho 7 olho d'água/mina 8 outro 98 não sabe	16. A água utilizada neste domicílio é proveniente de: Rede geral de distribuição (água encanada) 11 Dentro de casa 12 No terreno Poço ou nascente 21 Dentro do terreno 22 Fora do terreno 96 Outro	19. A água para beber é proveniente de: 1 rede geral 2 poço ou nascente 3 cisterna 4 carro pipa 5 cacimba 6 chafariz 7 água engarrafada 8 água do rio 95 sem resposta 96 outra

Continua...



Indicador	1986	1996	2006
Utilização de instalações sanitárias melhoradas	6. Que destino é dado aos dejetos humanos (fezes)? 01 rede de esgoto 02 fossa séptica 03 fossa rudimentar 04 vala aberta 05 qualquer lugar 06 outro (especifique) 98 não sabe	21. De que forma é feito o escoadouro deste sanitário? (leia as alternativas) 11 rede de esgoto ou pluvial 21 fossa séptica ligada à rede 22 fossa séptica não ligada à rede 23 fossa rudimentar 31 vala aberta/negra 41 direto no rio/mar/lago 96 outra (especifique)	22. De que forma é feito o escoadouro do sanitário? 01 rede de esgoto ou pluvial 02 fossa séptica ligada à rede 03 fossa séptica não ligada à rede 04 fossa rudimentar/comum 05 vala aberta 06 direto no rio/mar/lago 96 outro
Domicílios com eletricidade	Dados não coletados	22. Tem em sua casa: eletricidade? 1 Sim 2 Não	23. O seu domicílio tem: eletricidade? 1 Tem 2 Não tem

Anexo 2 - Definição dos indicadores e fonte da informação.

Indicador	Fonte	Definição	Numerador	Denominador	Observações
Uso atual de contraceptivo moderno	"MDG Metadata document"	Proporção de mulheres atualmente casadas ou em união com idade entre 15-49 anos que utilizavam, ou cujos parceiros utilizavam, pelo menos um método contraceptivo moderno na data da entrevista, independente de qual o método utilizado.	Mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) casadas ou em união que utilizavam qualquer método moderno de contracepção na data da entrevista.	Número total de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) casadas ou em união.	Métodos modernos: esterilização masculina ou feminina, pílulas hormonais orais, DIU, preservativo masculino ou feminino, injetáveis, implantes (incluindo Norplant), métodos vaginais de barreira e contracepção de emergência.
Realização de no mínimo uma consulta pré-natal (qualquer profissional)	Adaptado do "Countdown to 2015 - The 2008 Report, annex C"	Proporção de mulheres atendidas pelo menos uma vez durante a gravidez por motivos relacionados com a gravidez nos 5 anos anteriores à pesquisa.	Número de mulheres atendidas pelo menos uma vez durante a gravidez por motivos relacionados com a gravidez nos 5 anos anteriores à pesquisa.	Número total de mulheres que tiveram um nascimento que ocorreu nos últimos cinco anos - APENAS O ÚLTIMO FILHO NASCIDO VIVO é considerado.	--
Realização de seis ou mais consultas do pré-natal (qualquer profissional)	Adaptado do "Countdown to 2015 - The 2008 Report, annex C"	Proporção de mulheres atendidas pelo menos seis vezes durante a gravidez por motivos relacionados com a gravidez nos 5 anos anteriores à pesquisa.	Número de mulheres atendidas pelo menos seis vezes durante a gravidez por motivos relacionados com a gravidez nos 5 anos anteriores à pesquisa.	Número total de mulheres que tiveram um nascimento que ocorreu nos últimos cinco anos - APENAS O ÚLTIMO FILHO NASCIDO VIVO é considerado.	--

Continua...

Indicador	Fonte	Definição	Numerador	Denominador	Observações
Primeira consulta do pré-natal realizada no primeiro trimestre da gestação	Adaptado do manual técnico do Ministério de Saúde "Pré-natal e puerpério - atenção qualificada e humanizada"	Proporção de mulheres que realizaram a primeira consulta do pré-natal durante o primeiro trimestre da gravidez nos 5 anos anteriores à pesquisa.	Número de mulheres que realizaram a primeira consulta do pré-natal durante o primeiro trimestre da gravidez nos 5 anos anteriores à pesquisa.	Número total de mulheres que tiveram um nascimento que ocorreu nos últimos cinco anos - APENAS O ÚLTIMO FILHO NASCIDO VIVO é considerado.	--
Parto cesáreo	"Guide to DHS statistics" (2006)	Percentual de nascidos vivos nascidos por cesariana.	Nascimentos por cesariana.	Número de nascidos vivos nos últimos cinco anos.	--
Parto em instituição de saúde	Adaptado do "Guide to DHS statistics" (2006)	Proporção de nascidos vivos nos cinco anos precedentes à entrevista, cujo parto ocorreu em instituição de saúde pública ou privada.	Número de nascidos vivos menores de cinco anos cujo parto ocorreu em instituição de saúde pública ou privada.	Número de nascidos vivos nos cinco anos precedentes à entrevista.	Instituições de saúde incluem: hospital, maternidade, clínica, centro ou posto de saúde, casa de parto.
Amamentação na primeira hora de vida	"Countdown to 2015 - The 2008 Report, annex C"	Proporção de recém-nascidos amamentados dentro da hora de nascimento.	Número de mulheres com um nascimento nos 5 anos anteriores à pesquisa que amamentou o recém-nascido dentro da 1 hora de nascimento.	Número total de mulheres com um nascimento nos anos 5 anteriores à pesquisa.	--

Continua...

Indicador	Fonte	Definição	Numerador	Denominador	Observações
Déficit de altura/ idade (HAZ)	Adaptado do "Guide to DHS statistics" (2006)	Proporção de crianças de 0-59 meses cujas altura/comprimento para a idade foram menores de 2 desvios-padrão abaixo da mediana do altura/comprimento para a idade da população de referência internacional.	Número de crianças menores de cinco anos abaixo de menos dois desvios-padrão da mediana de altura/comprimento para a idade da curva de referência da OMS.	Número total de crianças menores de cinco anos que foram entrevistadas.	--
Déficit de peso/ altura (WAZ)	Adaptado do "Guide to DHS statistics" (2006)	Proporção de crianças de 0-59 meses cujos pesos para a altura/comprimento foram menores de 2 desvios-padrão abaixo da mediana do peso para a altura da população de referência internacional.	Número de crianças menores de cinco anos abaixo de menos dois desvios-padrão da mediana de peso para a altura da curva de referência da OMS.	Número total de crianças menores de cinco anos que foram entrevistadas.	--
Déficit de peso/ idade (WHZ)	Adaptado do "MDG Metadata document"	Proporção de crianças de 0-59 meses cujos pesos para a idade foram menores de 2 desvios-padrão abaixo da mediana do peso para a idade da população de referência internacional.	Número de crianças menores de cinco anos abaixo de menos dois desvios-padrão da mediana de peso para a idade da curva de referência da OMS.	Número total de crianças menores de cinco anos que foram pesadas.	--

Continua...

Indicador	Fonte	Definição	Numerador	Denominador	Observações
Índice de massa corporal acima de +2DP (BAZ)	Adaptado do The WHO Child Growth Standards	Proporção de crianças de 0-59 meses cujo IMC (Kg/m ²) foi de 2 desvios-padrão acima da mediana do IMC da população de referência internacional.	Número de crianças menores de cinco anos com IMC 2 desvios-padrão acima da mediana de IMC da curva de referência da OMS.	Número total de crianças menores de cinco anos que foram pesadas.	--
Água encanada no domicílio	N/A	Proporção da população que com água encanada no domicílio.	Número de membros de domicílios com água encanada.	Número total de membros dos domicílios amostrados.	--
Utilização de instalações sanitárias melhoradas	"Countdown to 2015 - The 2008 Report, annex C"	Proporção da população que utiliza instalações sanitárias melhoradas.	Número de membros de domicílios com instalações sanitárias melhoradas.	Número total de membros dos domicílios amostrados.	Instalações sanitárias melhoradas: instalações que asseguram a ausência de contato humano com as excretas (fezes). Incluem instalações ligadas à rede pública de esgoto ou ligadas a um sistema de fossa séptica.
Domicílios com eletricidade	N/A	Proporção da população que com eletricidade no domicílio.	Número de membros de domicílios com eletricidade.	Número total de membros dos domicílios amostrados.	--



Anexo 3 – Características das amostras. Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006.

A - Número e percentual de crianças menores que 5 anos elegíveis.						
Estrato	1986		1996		2006	
	N	%	N	%	N	%
Nacional	3310	100,0	4818	100,0	10878	100,0
Área de residência						
Urbana	2262	68,3	3606	74,8	7256	66,7
Rural	1048	31,7	1212	25,2	3622	33,3
Região geográfica						
Centro-Oeste	513	15,5	520	10,8	2259	20,8
Nordeste	1302	39,3	2108	43,8	2127	19,6
Norte	405	12,2	532	11,0	2288	21,0
Sudeste	681	20,6	1160	24,1	2157	19,8
Sul	409	12,4	498	10,3	2047	18,8
Quintis de nível econômico						
Q1	739	22,5	1681	34,9	2292	23,9
Q2	712	21,7	1174	24,4	2116	22,1
Q3	748	22,8	825	17,1	1934	20,2
Q4	491	15,0	634	13,2	1832	19,1
Q5	592	18,0	504	10,5	1403	14,7
Sexo da criança						
Masculino	1692	51,1	2458	51,0	5684	52,3
Feminino	1618	48,9	2360	49,0	5194	47,8
Escolaridade materna						
<4	1476	44,7	1505	31,2	1256	11,6
4 a 8	1251	37,9	2299	47,7	4901	45,4
9 a 11	422	12,8	832	17,3	3850	35,7
12 ou mais	154	4,7	182	3,8	783	7,3



Anexo 3 – Características das amostras. Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde,
1986, 1996 e 2006.

B - Número e percentual de mulheres de 15-49 anos entrevistadas.						
Estrato	1986		1996		2006	
	N	%	N	%	N	%
Nacional	13966	100,0	12612	100,0	15575	100,0
Área de residência						
Urbana	9727	69,7	10254	81,3	11062	71,0
Rural	4239	30,4	2358	18,7	4513	29,0
Região geográfica						
Centro-Oeste	2255	16,2	1406	11,2	3162	20,3
Nordeste	5342	38,3	4772	37,8	3166	20,3
Norte	1727	12,4	1340	10,6	2594	16,7
Sudeste	2882	20,6	3523	27,9	3343	21,5
Sul	1760	12,6	1571	12,5	3310	21,3
Quintis de nível econômico						
Q1	2757	19,9	2580	20,5	2597	18,1
Q2	2871	20,7	2855	22,6	2778	19,3
Q3	3273	23,6	2661	21,1	2906	20,2
Q4	2259	16,3	2348	18,6	3007	20,9
Q5	2731	19,7	2168	17,2	3090	21,5
Escolaridade materna						
<4	6280	45,1	3094	24,5	2094	13,6
4 a 8	5294	38,0	5913	46,9	6320	40,9
9 a 11	1785	12,8	2855	22,6	5466	35,4
12 ou mais	562	4,0	746	5,9	1574	10,2



Anexo 3 – Características das amostras. Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006.

C - Número e percentual de domicílios incluídos na amostra.						
Estrato	1986		1996		2006	
	N	%	N	%	N	%
Nacional	13830	100.0	13283	100.0	53280	100.0
Área de residência						
Urbana	8388	68.3	10527	79.3	42854	80.4
Rural	3893	31.7	2756	20.8	10426	19.6
Região geográfica						
Centro-Oeste	2245	16.2	1459	11.0	10447	19.6
Nordeste	5259	38.0	4869	36.7	11268	21.2
Norte	1721	12.4	1152	8.7	10833	20.3
Sudeste	2890	20.9	4056	30.5	10350	19.4
Sul	1715	12.4	1747	13.2	10382	19.5
Quintis de nível econômico						
Q1	2767	20.0	3025	22.8	2915	15.4
Q2	2873	20.8	2890	21.8	3162	16.7
Q3	3239	23.4	2653	20.0	3798	20.1
Q4	2208	16.0	2452	18.5	4488	23.8
Q5	2743	19.8	2263	17.0	4528	24.0



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

A - Uso atual de contraceptivo moderno												
Estrato	1986				1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%		N	%	IC95%	
Nacional	9801	56,6	53,6	59,6	7584	70,3	68,9	71,7	8961	77,1	75,7	78,6
Área de residência												
Urbana	6413	63,6	60,9	66,3	6020	72,6	71,2	74,1	7306	77,4	75,7	79,0
Rural	3387	43,3	37,1	49,4	1564	61,2	57,8	64,6	1655	76,0	73,1	78,9
Região geográfica												
Centro-Oeste	1462	55,9	48,8	63,1	600	81,0	78,3	83,7	714	82,0	80,0	84,0
Nordeste	3466	43,3	37,9	48,7	1994	62,3	60,2	64,4	2369	77,2	74,6	79,8
Norte	601	59,8	50,3	69,2	336	68,1	62,9	73,3	697	75,6	72,5	78,6
Sudeste	2567	68,1	64,3	71,8	3251	72,4	70,0	74,7	3751	75,9	73,1	78,7
Sul	1705	65,5	60,4	70,6	1403	72,7	69,5	75,9	1430	78,6	76,0	81,1
Quintis de nível econômico												
Q1	2024	28,5	23,3	33,8	1345	55,8	52,8	58,7	1219	75,6	72,4	78,9
Q2	1893	47,3	41,6	53,0	1469	68,9	66,2	71,7	1403	77,5	73,9	81,2
Q3	2275	63,2	59,1	67,4	1528	73,6	71,0	76,3	1538	77,5	74,4	80,7
Q4	1541	69,0	64,7	73,3	1610	73,8	71,2	76,5	2062	76,8	73,3	80,2
Q5	2014	76,2	72,9	79,5	1631	76,8	74,1	79,5	2191	79,6	76,6	82,7
Escolaridade materna												
<4	4991	45,7	41,4	50,0	2080	61,9	59,6	64,3	1209	71,9	66,9	76,9
4 a 8	3581	67,5	64,4	70,5	3636	72,3	70,5	74,2	3763	78,1	76,0	80,1
9 a 11	829	70,1	65,5	74,6	1389	75,3	72,7	77,9	2988	78,3	75,7	80,8
12 ou mais	369	69,0	62,2	75,8	478	76,3	71,9	80,7	907	77,0	72,0	82,0



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

B- Cuidado pré-natal - mães que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal.

Estrato	1986				1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%		N	%	IC95%	
Nacional	2363	78,7	75,7	81,8	3635	87,5	85,9	89,1	5742	94,3	91,7	96,8
Área de residência												
Urbana	1647	88,2	85,5	91,0	2818	92,0	90,7	93,2	4719	95,8	93,8	97,9
Rural	716	56,8	50,9	62,7	817	72,0	66,9	77,0	1023	87,1	77,7	96,6
Região geográfica												
Centro-Oeste	343	83,1	74,9	91,2	274	93,2	90,9	95,5	441	95,8	90,5	†
Nordeste	757	60,5	54,4	66,6	1137	77,2	73,6	80,7	1564	89,6	82,8	96,5
Norte	128	76,3	68,9	83,7	186	84,3	78,6	90,0	499	92,3	86,9	97,7
Sudeste	698	92,1	89,4	94,8	1450	93,1	91,2	95,0	2519	97,2	94,1	†
Sul	437	86,1	80,5	91,7	589	92,0	89,2	94,8	719	94,5	90,9	98,1
Quintis de nível econômico												
Q1	412	41,7	35,9	47,5	910	71,1	67,2	75,1	1066	90,4	83,5	97,4
Q2	444	67,2	62,3	72,1	805	86,9	84,2	89,5	950	93,4	85,9	†
Q3	574	87,6	84,4	90,8	687	93,2	91,1	95,3	1036	92,7	85,2	†
Q4	415	93,1	90,3	96,0	642	96,5	94,5	98,5	1276	97,8	96,1	99,6
Q5	498	97,0	95,5	98,5	590	97,0	95,5	98,6	980	96,9	94,3	99,6
Sexo da criança												
Masculino	1220	79,8	76,5	83,2	1841	88,4	86,5	90,3	2768	94,8	91,5	98,1
Feminino	1143	77,5	74,0	81,0	1794	86,6	84,5	88,6	2973	93,8	89,9	97,7
Escolaridade materna												
<4	944	62,3	57,6	67,0	919	70,6	66,5	74,8	228	88,4	78,7	98,2
4 a 8	986	86,7	83,6	89,8	1836	91,4	89,9	93,0	2340	92,4	87,6	97,2
9 a 11	315	96,1	93,9	98,2	698	96,3	94,8	97,9	2585	95,6	92,3	98,9
12 ou mais	114	98,9	97,3	†	182	98,5	96,7	†	533	98,8	97,4	†

† Valor estimado superior a 100%.



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

C - Cuidado pré-natal - mães que realizaram pelo menos 6 consultas de pré-natal.

Estrato	1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%	
Nacional	3635	64,4	62,1	66,7	5742	79,3	75,4	83,2
Área de residência								
Urbana	2818	70,7	68,4	72,9	4719	82,6	78,5	86,7
Rural	817	42,6	37,0	48,3	1023	64,2	54,5	74,0
Região geográfica								
Centro-Oeste	274	69,1	63,1	75,1	441	82,3	75,7	88,9
Nordeste	1137	45,9	42,0	49,8	1564	69,4	61,2	77,7
Norte	186	48,0	40,4	55,7	499	62,5	54,0	71,1
Sudeste	1450	74,6	71,6	77,7	2519	87,0	80,5	93,5
Sul	589	77,7	72,8	82,7	719	83,7	77,1	90,3
Quintis de nível econômico								
Q1	910	34,1	30,4	37,9	1066	67,5	57,6	77,4
Q2	805	60,0	55,8	64,2	950	80,5	71,8	89,2
Q3	687	73,9	70,3	77,5	1036	79,2	70,7	87,7
Q4	642	80,0	76,2	83,8	1276	87,7	79,6	95,8
Q5	590	88,8	85,9	91,7	980	94,0	89,8	98,3
Sexo da criança								
Masculino	1841	66,0	63,2	68,8	2768	79,0	73,7	84,4
Feminino	1794	62,7	59,8	65,6	2973	79,6	73,7	85,4
Escolaridade materna								
<4	919	39,5	35,4	43,6	228	64,0	50,6	77,4
4 a 8	1836	67,2	64,5	69,9	2340	72,0	64,7	79,3
9 a 11	698	82,0	78,8	85,2	2585	85,4	80,7	90,0
12 ou mais	182	93,8	90,0	97,5	533	93,2	86,3	100,0

Nota: Em 1986 não foi coletado número de consultas do pré-natal realizadas.



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

D - Primeira consulta do pré-natal que foi realizada no primeiro trimestre da gestação

Estrato	1986				1996				2006			
	N	%	IC95%	IC95%	N	%	IC95%	IC95%	N	%	IC95%	IC95%
Nacional	2363	59,1	55,8	62,5	3635	67,4	65,4	69,5	5742	82,3	78,4	86,3
Área de residência												
Urbana	1647	69,2	65,7	72,8	2818	72,7	70,8	74,7	4719	84,1	79,8	88,5
Rural	716	35,9	31,0	40,7	817	49,3	44,4	54,1	1023	73,8	64,1	83,5
Região geográfica												
Centro-Oeste	343	59,1	51,0	67,2	274	71,6	66,6	76,6	441	80,8	73,0	88,5
Nordeste	757	40,3	34,5	46,1	1137	54,9	51,2	58,6	1564	80,7	72,7	88,7
Norte	128	58,5	50,4	66,7	186	58,9	52,5	65,4	499	71,9	64,6	79,1
Sudeste	698	76,3	72,2	80,3	1450	72,7	69,7	75,6	2519	84,8	77,8	91,8
Sul	437	64,5	56,6	72,4	589	79,6	75,4	83,8	719	85,3	78,9	91,7
Quintis de nível econômico												
Q1	412	21,4	16,2	26,6	910	44,7	41,0	48,4	1066	80,1	71,9	88,3
Q2	444	41,0	35,4	46,7	805	64,5	60,9	68,2	950	73,6	62,7	84,4
Q3	574	61,9	57,9	65,9	687	74,6	70,8	78,3	1036	86,6	80,0	93,2
Q4	415	75,2	70,2	80,2	642	80,6	77,0	84,1	1276	85,7	77,4	94,1
Q5	498	88,9	85,8	92,1	590	83,9	80,2	87,7	980	94,7	90,2	99,1
Sexo da criança												
Masculino	1220	59,6	55,9	63,2	1841	69,1	66,7	71,6	2768	83,5	78,8	88,3
Feminino	1143	58,6	54,7	62,6	1794	65,7	63,1	68,3	2973	81,2	75,3	87,0
Escolaridade materna												
<4	944	40,3	35,7	44,8	919	45,8	42,0	49,7	228	67,1	52,6	81,5
4 a 8	986	64,7	60,7	68,6	1836	71,0	68,6	73,4	2340	74,4	66,8	82,0
9 a 11	315	84,8	80,5	89,1	698	80,1	77,0	83,2	2585	89,5	86,0	93,0
12 ou mais	114	96,2	93,0	99,4	182	92,1	87,0	97,2	533	92,2	84,3	†

†Valor estimado superior a 100%



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

E - Parto cesáreo												
Estrato	1986				1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%		N	%	IC95%	
Nacional	3487	29,2	26,3	32,0	4782	36,4	34,2	38,7	9350	44,5	41,1	48,0
Área de residência												
Urbana	2321	36,2	33,1	39,4	3605	41,8	39,2	44,3	7547	46,7	42,9	50,5
Rural	1165	15,1	11,4	18,8	1177	20,1	16,3	23,9	1803	35,5	27,4	43,7
Região geográfica												
Centro-Oeste	476	33,0	24,4	41,5	341	49,1	43,1	55,0	716	48,0	42,4	53,7
Nordeste	1304	15,7	12,1	19,3	1647	20,4	18,0	22,7	2609	32,6	25,8	39,4
Norte	201	31,3	23,6	39,0	256	25,5	20,3	30,8	933	35,1	29,6	40,6
Sudeste	934	45,4	39,8	51,0	1835	46,9	42,9	50,9	3901	51,8	45,7	57,9
Sul	572	29,2	23,8	34,7	703	44,6	38,9	50,2	1190	52,2	46,2	58,1
Quintis de nível econômico												
Q1	773	7,1	4,3	10,0	1428	16,3	13,9	18,8	1720	28,5	22,0	34,9
Q2	706	14,3	10,9	17,6	1067	30,0	26,6	33,4	1662	35,0	27,7	42,4
Q3	807	31,3	26,9	35,8	857	42,6	38,5	46,7	1695	42,0	35,2	48,9
Q4	541	40,0	34,1	45,9	753	48,5	44,1	53,0	2043	54,1	46,9	61,2
Q5	635	60,4	55,9	64,8	677	67,7	63,0	72,4	1510	73,4	66,2	80,6
Sexo da criança												
Masculino	1802	31,3	28,1	34,6	2448	37,2	34,5	39,8	4737	45,0	40,7	49,4
Feminino	1684	26,8	23,7	29,9	2335	35,7	32,9	38,4	4613	44,0	38,3	49,7
Escolaridade materna												
<4	1557	16,7	13,6	19,8	1378	17,2	14,4	19,9	749	28,7	21,1	36,3
4 a 8	1349	33,4	30,0	36,8	2363	37,2	34,5	39,9	4149	36,7	31,6	41,8
9 a 11	417	49,1	42,9	55,2	830	54,8	50,4	59,3	3650	48,5	43,2	53,8
12 ou mais	156	63,0	52,8	73,2	211	81,3	75,1	87,5	720	83,4	75,4	91,4



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

F - Parto em instituição de saúde												
Estrato	1986				1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%		N	%	IC95%	
Nacional	3487	81,2	77,7	84,8	4723	92,7	91,1	94,3	9338	98,6	98,1	99,2
Área de residência												
Urbana	2321	92,0	89,8	94,2	3566	96,9	96,0	97,8	7537	99,1	98,6	99,6
Rural	1165	59,8	53,4	66,1	1157	79,6	74,4	84,7	1801	96,8	94,8	98,7
Região geográfica												
Centro-Oeste	476	86,0	76,5	95,4	336	98,3	97,2	99,4	716	99,4	99,0	99,8
Nordeste	1304	67,4	60,6	74,1	1630	84,3	80,7	88,0	2606	98,2	96,8	99,5
Norte	201	77,7	69,6	85,9	250	83,8	76,7	90,9	933	94,3	91,2	97,5
Sudeste	934	95,0	91,5	98,4	1813	98,1	96,8	99,3	3893	99,6	99,1	†
Sul	572	87,7	81,9	93,6	693	98,8	97,7	99,9	1190	99,4	98,9	99,9
Quintis de nível econômico												
Q1	773	48,8	41,1	56,4	1404	79,3	75,2	83,4	1719	98,1	97,0	99,3
Q2	706	77,4	73,1	81,6	1052	96,3	94,9	97,7	1661	99,5	99,1	99,9
Q3	807	91,2	88,1	94,2	845	98,9	98,2	99,6	1687	98,8	97,6	100,0
Q4	541	97,0	95,2	98,8	750	99,2	98,4	99,9	2043	99,0	97,8	†
Q5	635	98,8	97,7	99,8	672	100,0	100,0	100,0	1510	99,9	99,7	†
Sexo da criança												
Masculino	1802	81,8	78,2	85,5	2413	92,6	90,8	94,4	4734	98,7	98,0	99,4
Feminino	1684	80,6	76,9	84,3	2309	92,8	91,1	94,4	4604	98,6	97,8	99,3
Escolaridade materna												
<4	1557	67,2	62,1	72,2	1350	81,2	77,3	85,0	747	94,0	90,3	97,6
4 a 8	1349	89,9	87,2	92,7	2339	96,7	95,6	97,7	4141	98,5	97,6	99,3
9 a 11	417	98,7	97,4	100,0	823	98,4	97,3	99,4	3649	99,5	99,0	100,0
12 ou mais	156	99,4	98,3	100,0	211	100,0	100,0	100,0	720	99,9	99,7	†

†Valor estimado superior a 100%



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

G- Amamentação na primeira hora de vida								
Estrato	1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%	
Nacional	3389	31,8	29,6	33,9	5742	36,8	31,8	41,7
Área de residência								
Urbana	2630	31,4	28,9	33,9	4719	35,5	30,0	41,0
Rural	759	33,1	28,9	37,3	1023	42,7	32,4	53,1
Região geográfica								
Centro-Oeste	260	27,9	22,4	33,5	441	34,9	27,2	42,6
Nordeste	1057	35,8	32,7	38,9	1564	42,9	34,3	51,4
Norte	178	39,6	32,0	47,2	499	44,6	37,6	51,7
Sudeste	1356	31,0	27,2	34,9	2519	34,6	25,3	44,0
Sul	538	24,9	19,0	30,8	719	26,8	19,6	34,0
Quintis de nível econômico								
Q1	855	37,2	33,3	41,0	1066	42,5	30,8	54,2
Q2	735	31,9	28,1	35,6	950	40,4	29,8	50,9
Q3	645	30,8	26,7	35,0	1036	38,3	28,3	48,3
Q4	605	26,9	22,6	31,2	1276	34,0	24,5	43,4
Q5	549	29,6	24,2	35,0	980	26,8	16,6	37,0
Sexo da criança								
Masculino	1706	30,8	28,0	33,5	2768	37,2	31,3	43,1
Feminino	1683	32,8	30,1	35,5	2973	36,4	29,5	43,3
Escolaridade materna								
<4	856	36,1	32,4	39,7	228	36,4	21,8	50,9
4 a 8	1710	31,1	28,3	34,0	2340	40,8	33,2	48,4
9 a 11	652	27,8	23,9	31,8	2585	35,8	29,0	42,7
12 ou mais	172	31,7	24,0	39,5	533	25,3	13,7	36,8

Nota: Em 1986, não foi coletada informação sobre amamentação na primeira hora de vida.



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

H - Déficit de altura/idade								
Estrato	1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%	
Nacional	3831	12,9	11,5	14,3	8474	6,2	4,6	7,7
Área de residência								
Urbana	2914	9,8	8,5	11,2	6836	6,0	4,2	7,8
Rural	916	22,7	19,2	26,3	1638	6,8	4,0	9,5
Região geográfica								
Centro-Oeste	259	9,7	6,5	12,9	639	4,9	2,9	6,9
Nordeste	1339	21,6	18,9	24,3	2418	5,1	2,9	7,3
Norte	214	20,2	16,7	23,6	863	11,7	8,0	15,5
Sudeste	1516	6,9	5,1	8,8	3525	5,4	2,2	8,5
Sul	503	6,4	3,6	9,3	1028	7,7	4,9	10,5
Quintis de nível econômico								
Q1	1099	27,4	24,4	30,5	1569	6,8	4,3	9,2
Q2	862	11,5	9,3	13,7	1568	9,2	4,6	13,9
Q3	685	7,0	5,0	9,1	1510	5,5	0,6	10,3
Q4	627	4,3	2,4	6,1	1865	2,9	0,8	5,0
Q5	557	3,4	1,6	5,3	1298	3,2	0,9	5,5
Sexo da criança								
Masculino	1932	14,7	12,7	16,7	4308	7,3	4,8	9,8
Feminino	1899	11,1	9,5	12,7	4165	5,0	3,4	6,6
Escolaridade materna								
<4	1066	24,2	21,2	27,2	666	15,7	10,4	21,0
4 a 8	1905	10,1	8,4	11,7	3793	6,3	4,2	8,4
9 a 11	684	5,8	3,9	7,6	3350	5,1	2,3	7,9
12 ou mais	176	2,9	0,4	5,4	627	0,9	0,0	1,8

Nota: Em 1986, os dados antropométricos somente foram coletados para a região Nordeste.



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

I - Déficit de peso/idade								
Estrato	1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%	
Nacional	3831	4,1	3,4	4,8	8651	2,0	1,3	2,8
Área de residência								
Urbana	2914	3,5	2,8	4,3	6991	2,1	1,2	3,0
Rural	916	5,9	4,1	7,7	1660	1,8	0,8	2,8
Região geográfica								
Centro-Oeste	259	1,7	0,6	2,8	651	1,4	0,6	2,2
Nordeste	1339	6,2	4,7	7,6	2445	2,2	0,7	3,6
Norte	214	5,4	2,8	7,9	864	3,1	1,5	4,7
Sudeste	1516	3,5	2,3	4,6	3618	1,6	0,5	2,8
Sul	503	1,2	0,0	2,5	1073	2,7	0,0	5,4
Quintis de nível econômico								
Q1	1099	8,1	6,3	9,9	1572	2,2	1,1	3,2
Q2	862	3,4	2,2	4,7	1602	0,6	0,2	1,0
Q3	685	2,1	0,9	3,3	1534	1,7	0,0	3,5
Q4	627	1,8	0,7	2,9	1894	1,4	0,0	3,2
Q5	557	2,3	0,7	3,8	1365	1,8	0,1	3,5
Sexo da criança								
Masculino	1932	4,4	3,4	5,4	4383	2,0	1,0	3,1
Feminino	1899	3,8	2,9	4,7	4268	2,1	1,0	3,1
Escolaridade materna								
<4	1066	8,3	6,4	10,2	697	5,1	2,6	7,7
4 a 8	1905	2,8	2,0	3,5	3869	1,7	0,7	2,6
9 a 11	684	2,4	1,0	3,9	3399	1,8	0,4	3,2
12 ou mais	176	0,0	0,0	0,0	647	2,4	0,1	4,7

Nota: Em 1986, os dados antropométricos somente foram coletados para a região Nordeste.



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

J - Índice de massa corporal acima de 2 desvio-padrão.

Estrato	1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%	
Nacional	3831	6,9	6,0	7,8	8455	6,6	5,3	7,9
Área de residência								
Urbana	2914	6,8	5,8	7,9	6820	6,7	5,2	8,1
Rural	916	7,1	5,5	8,8	1635	6,5	3,9	9,0
Região geográfica								
Centro-Oeste	259	5,1	3,0	7,1	636	6,7	4,5	9,0
Nordeste	1339	7,7	6,4	9,1	2416	6,9	4,4	9,5
Norte	214	6,9	4,6	9,2	859	5,2	3,3	7,1
Sudeste	1516	6,6	5,0	8,3	3519	5,7	3,7	7,7
Sul	503	6,7	4,0	9,3	1025	10,1	6,0	14,2
Quintis de nível econômico								
Q1	1099	7,1	5,6	8,5	1565	5,8	3,1	8,4
Q2	862	5,4	3,8	6,9	1564	7,5	4,1	10,8
Q3	685	7,7	5,4	10,1	1503	6,7	3,7	9,7
Q4	627	8,1	5,7	10,6	1862	5,5	3,2	7,9
Q5	557	6,7	4,0	9,4	1297	9,0	4,8	13,1
Sexo da criança								
Masculino	1932	7,5	6,3	8,8	4300	7,2	5,5	8,9
Feminino	1899	6,3	5,1	7,5	4155	6,0	4,3	7,8
Escolaridade materna								
<4	1066	7,2	5,5	8,8	665	7,7	4,0	11,4
4 a 8	1905	6,9	5,6	8,1	3790	7,1	5,0	9,2
9 a 11	684	7,2	5,0	9,4	3335	5,6	3,9	7,3
12 ou mais	176	5,1	1,2	9,0	626	8,0	1,8	14,2

Nota: Em 1986, os dados antropométricos somente foram coletados para a região Nordeste.



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

K - Água encanada no domicílio (casa ou terreno)												
Estrato	1986				1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%		N	%	IC95%	
Nacional	403874	65,8	59,9	71,7	54232	74,6	71,9	77,4	181250	86,1	79,1	93,1
Área de residência												
Urbana	270277	85,4	81,4	89,4	42843	87,9	86,1	89,7	161233	92,6	88,3	96,8
Rural	133596	26,2	18,8	33,6	11389	24,8	19,1	30,5	20017	34,4	26,2	42,7
Região geográfica												
Centro-Oeste	59032	72,0	62,5	81,5	3932	70,0	61,3	78,7	7823	76,0	70,4	81,6
Nordeste	145725	43,9	32,7	55,1	16045	61,1	55,9	66,3	34159	72,9	64,2	81,7
Norte	24562	78,8	69,4	88,1	2685	64,6	56,1	73,0	30312	82,0	58,5	100,0
Sudeste	104902	89,2	84,3	94,1	22742	85,8	81,5	90,0	73703	93,3	87,1	99,5
Sul	69654	66,5	54,6	78,4	8828	75,7	68,9	82,6	35253	89,8	77,2	100,0
Quintis de nível econômico												
Q1	79732	9,1	4,2	13,9	10831	31,0	26,7	35,3	7198	100,0	-	-
Q2	80342	45,7	36,0	55,5	10849	66,5	62,0	71,0	8710	100,0	-	-
Q3	94786	84,5	79,6	89,4	10857	84,0	81,1	86,9	11863	100,0	-	-
Q4	67713	90,4	85,8	95,1	10843	92,3	90,5	94,1	20382	100,0	-	-
Q5	81301	99,0	98,2	99,7	10851	99,4	99,1	99,8	22780	100,0	-	-



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

L - Utilização de instalações sanitárias melhoradas

Estrato	1986				1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%		N	%	IC95%	
Nacional	403874	75,4	70,6	80,1	54232	81,7	79,8	83,6	181250	81,5	71,7	91,3
Área de residência												
Urbana	270277	89,9	87,4	92,4	42843	89,9	88,5	91,3	161233	86,1	77,5	94,8
Rural	133596	45,9	37,6	54,2	11389	50,9	45,0	56,8	20017	44,0	36,2	51,7
Região geográfica												
Centro-Oeste	59032	77,1	67,8	86,5	3932	88,9	85,4	92,4	7823	65,0	55,0	75,0
Nordeste	145725	53,2	43,5	62,8	16045	64,8	60,5	69,0	34159	56,2	43,2	69,3
Norte	24562	87,6	81,7	93,4	2685	77,3	71,2	83,5	30312	79,5	52,9	100,0
Sudeste	104902	91,8	88,1	95,4	22742	89,5	87,1	91,8	73703	90,6	81,7	99,5
Sul	69654	91,3	86,2	96,4	8828	90,6	87,3	93,8	35253	92,3	82,7	100,0
Quintis de nível econômico												
Q1	79732	10,7	5,1	16,2	10831	36,4	32,8	40,0	7198	89,6	65,2	†
Q2	80342	78,2	73,6	82,9	10849	84,7	82,3	87,0	8710	91,4	72,7	†
Q3	94786	91,2	88,4	94,0	10857	92,2	90,5	94,0	11863	93,8	80,5	†
Q4	67713	96,8	94,9	98,8	10843	96,0	94,8	97,1	20382	97,3	91,1	†
Q5	81301	99,6	99,3	100,0	10851	99,1	98,5	99,6	22780	97,7	92,3	†

† Valor estimado superior a 100%



Anexo 4 – Tabelas com coberturas e intervalos de confiança de 95% usados para a construção dos gráficos. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

M - Domicílios com eletricidade								
Estrato	1996				2006			
	N	%	IC95%		N	%	tIC95%	
Nacional	54232	92,9	91,4	94,4	181250	97,0	95,4	98,6
Área de residência								
Urbana	42843	98,8	98,4	99,1	161233	97,9	96,7	99,1
Rural	11389	70,9	64,7	77,1	20017	90,1	85,2	95,0
Região geográfica								
Centro-Oeste	3932	95,4	92,2	98,6	7823	96,3	95,4	97,2
Nordeste	16045	83,1	79,2	86,9	34159	93,8	90,6	96,9
Norte	2685	92,9	85,0	100,8	30312	97,1	93,2	†
Sudeste	22742	98,0	96,8	99,1	73703	98,1	96,3	99,9
Sul	8828	96,8	93,9	99,6	35253	98,1	95,7	†
Quintis de nível econômico								
Q1	10831	65,4	60,2	70,6	7198	100,0	-	-
Q2	10849	99,6	99,3	99,8	8710	100,0	-	-
Q3	10857	99,7	99,6	99,9	11863	100,0	-	-
Q4	10843	99,8	99,7	100,0	20382	100,0	-	-
Q5	10851	100,0	100,0	100,0	22780	100,0	-	-

†Valor estimado superior a 100%

Nota: Em 1986, não foi coletada informação sobre eletricidade.

Anexo 5 – Porcentagem e medidas de desigualdade (diferença absoluta e razão) de indicadores de saúde materno-infantil e condições domiciliares de acordo com área de residência. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

Indicador	1986						1996						2006					
	Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão		Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão		Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão	
	Rural	Urbano	Urbano - Rural	Rural - Urbano	Urbano / Rural	Rural / Urbano	Rural	Urbano	Urbano - Rural	Rural - Urbano	Urbano / Rural	Rural / Urbano	Rural	Urbano	Urbano - Rural	Rural - Urbano	Urbano / Rural	Rural / Urbano
Uso atual de contraceptivo moderno	43,3	63,6	20,3	-20,3	1,5	0,7	61,2	72,6	11,4	-11,4	1,2	0,8	76,0	77,4	1,4	-1,4	1,0	1,0
Cuidado pré-natal (1 ou mais consultas)	56,8	88,2	31,4	-31,4	1,6	0,6	72,0	92,0	20,0	-20,0	1,3	0,8	87,1	95,8	8,7	-8,7	1,1	0,9
Cuidado pré-natal (6 ou mais consultas)	--	--	--	--	--	--	42,6	70,7	28,1	-28,1	1,7	0,6	64,2	82,6	18,4	-18,4	1,3	0,8
Controle pré-natal no primeiro trimestre da gestação	35,9	69,2	33,3	-33,3	1,9	0,5	49,3	72,7	23,4	-23,4	1,5	0,7	73,8	84,1	10,3	-10,3	1,1	0,9
Parto cesáreo	15,1	36,2	21,1	-21,1	2,4	0,4	20,1	41,8	21,7	-21,7	2,1	0,5	35,5	46,7	11,2	-11,2	1,3	0,8
Parto em instituição de saúde	59,8	92,0	32,2	-32,2	1,5	0,7	79,6	96,9	17,3	-17,3	1,2	0,8	96,8	99,1	2,3	-2,3	1,0	1,0

Continua...



Indicador	1986						1996						2006					
	Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão		Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão		Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão	
	Rural	Urbano	Urbano - Rural	Rural - Urbano	Urbano / Rural	Rural / Urbano	Rural	Urbano	Urbano - Rural	Rural - Urbano	Urbano / Rural	Rural / Urbano	Rural	Urbano	Urbano - Rural	Rural - Urbano	Urbano / Rural	Rural / Urbano
Amamentação na primeira hora de vida	--	--	--	--	--	--	33,1	31,4	-1,7	1,7	0,9	1,1	42,7	35,5	-7,2	7,2	0,8	1,2
Déficit de altura/idade	--	--	--	--	--	--	22,7	9,8	-12,9	12,9	0,4	2,3	6,8	6,0	-0,8	0,8	0,9	1,1
Déficit de peso/idade	--	--	--	--	--	--	5,9	3,5	-2,4	2,4	0,6	1,7	1,8	2,1	0,3	-0,3	1,2	0,9
Excesso de peso	--	--	--	--	--	--	7,1	6,8	-0,3	0,3	1,0	1,0	6,5	6,7	0,2	-0,2	1,0	1,0
Água encanada no domicílio	26,2	85,4	59,2	-59,2	3,3	0,3	24,8	87,9	63,1	-63,1	3,5	0,3	34,4	92,6	58,2	-58,2	2,7	0,4
Utilização de instalações sanitárias melhoradas	45,9	89,9	44,0	-44,0	2,0	0,5	50,9	89,9	39,0	-39,0	1,8	0,6	44,0	86,1	42,1	-42,1	2,0	0,5
Domicílios com eletricidade	--	--	--	--	--	--	70,9	98,8	27,9	-27,9	1,4	0,7	90,1	97,9	7,8	-7,8	1,1	0,9

*pp=pontos percentuais

Anexo 6 - Porcentagem e medidas de desigualdade (diferença absoluta e razão) de indicadores de saúde materno-infantil e condições domiciliares de acordo com quintis de nível econômico. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

Indicador	1986						1996						2006					
	Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão		Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão		Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão	
	Q1	Q5	Q5-Q1	Q1-Q5	Q5/Q1	Q1/Q5	Q1	Q5	Q5-Q1	Q1-Q5	Q5/Q1	Q1/Q5	Q1	Q5	Q5-Q1	Q1-Q5	Q5/Q1	Q1/Q5
Uso atual de contraceptivo moderno	28,5	76,2	47,7	-47,7	2,7	0,4	55,8	76,8	21,0	-21,0	1,4	0,7	75,6	79,6	4,0	-4,0	1,1	0,9
Cuidado pré-natal (1 ou mais consultas pré-natais)	41,7	97,0	55,3	-55,3	2,3	0,4	71,1	97,0	25,9	-25,9	1,4	0,7	90,4	96,9	6,5	-6,5	1,1	0,9
Cuidado pré-natal (6 ou mais consultas pré-natais)	--	--	--	--	--	--	34,1	88,8	54,7	-54,7	2,6	0,4	67,5	94,0	26,5	-26,5	1,4	0,7
Controle pré-natal no primeiro trimestre da gestação	21,4	88,9	67,5	-67,5	4,2	0,2	44,7	83,9	39,2	-39,2	1,9	0,5	80,1	94,7	14,6	-14,6	1,2	0,8
Parto cesáreo	7,1	60,4	53,3	-53,3	8,5	0,1	16,3	67,7	51,4	-51,4	4,2	0,2	28,5	73,4	44,9	-44,9	2,6	0,4
Parto em instituição de saúde	48,8	98,8	50,0	-50,0	2,0	0,5	79,3	100,0	20,7	-20,7	1,3	0,8	97,0	99,7	2,7	-2,7	1,0	1,0
Amamentação na primeira hora de vida	--	--	--	--	--	--	37,2	29,6	-7,6	7,6	0,8	1,3	42,5	26,8	-15,7	15,7	0,6	1,6
Déficit de altura/idade	--	--	--	--	--	--	27,4	3,4	-24,0	24,0	0,1	8,1	6,8	3,2	-3,6	3,6	0,5	2,1
Déficit de peso/idade	--	--	--	--	--	--	8,1	2,3	-5,8	5,8	0,3	3,5	2,2	1,8	-0,4	0,4	0,8	1,2

Continua...



Indicador	1986						1996						2006					
	Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão		Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão		Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão	
	Q1	Q5	Q5-Q1	Q1-Q5	Q5/Q1	Q1/Q5	Q1	Q5	Q5-Q1	Q1-Q5	Q5/Q1	Q1/Q5	Q1	Q5	Q5-Q1	Q1-Q5	Q5/Q1	Q1/Q5
Excesso de IMC/idade	--	--	--	--	--	--	7,1	6,7	-0,4	0,4	0,9	1,1	5,8	9,0	3,2	-3,2	1,6	0,6
Água encanada no domicílio	9,1	99,0	89,9	-89,9	10,9	0,1	31,0	99,4	68,4	-68,4	3,2	0,3	--	--	--	--	--	--
Utilização de instalações sanitárias melhoradas	10,7	99,6	88,9	-88,9	9,3	0,1	36,4	99,1	62,7	-62,7	2,7	0,4	89,6	97,7	8,1	-8,1	1,1	0,9
Domicílios com eletricidade	--	--	--	--	--	--	65,4	100,0	34,6	-34,6	1,5	0,7	--	--	--	--	--	--

*pp=pontos percentuais

Anexo 7 - Porcentagem e medidas de desigualdade (diferença absoluta e razão) de indicadores de saúde materno-infantil e condições domiciliares de acordo com sexo da criança. Fonte: Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986, 1996 e 2006 (Elaboração: Centro Internacional de Equidade em Saúde -UFPel).

Indicador	1986						1996						2006					
	Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão		Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão		Estimativa (%)		Diferença (pp)*		Razão	
	Fem	Masc	Masc - Fem	Fem - Masc	Masc / Fem	Fem / Masc	Fem	Masc	Masc - Fem	Fem - Masc	Masc / Fem	Fem / Masc	Fem	Masc	Masc - Fem	Fem - Masc	Masc / Fem	Fem / Masc
Cuidado pré-natal (1 ou mais consultas pré-natais)	77,5	79,8	2,3	-2,3	1,0	1,0	86,6	88,4	1,8	-1,8	1,0	1,0	93,8	94,8	-1,0	1,0	1,0	1,0
Cuidado pré-natal (6 ou mais consultas pré-natais)	--	--	--	--	--	--	62,7	66,0	3,3	-3,3	1,1	1,0	73,7	73,7	0,0	0,0	1,0	1,0
Controle pré-natal no primeiro trimestre da gestação	58,6	59,6	1,0	-1,0	1,0	1,0	65,7	69,1	3,4	-3,4	1,1	1,0	81,2	83,5	-1,0	1,0	1,0	1,0
Parto cesáreo	26,8	31,3	4,5	-4,5	1,2	0,9	35,7	37,2	1,5	-1,5	1,0	1,0	44,0	45,0	-1,0	1,0	1,0	1,0
Parto em instituição de saúde	80,6	81,8	1,2	-1,2	1,0	1,0	92,8	92,6	-0,2	0,2	1,0	1,0	98,6	98,7	0,1	0,1	1,0	1,0
Amamentação na primeira hora de vida	--	--	--	--	--	--	32,8	30,8	-2,0	2,0	0,9	1,1	36,4	37,2	-0,8	0,8	1,0	1,0
Déficit de altura/idade	--	--	--	--	--	--	11,1	14,7	3,6	-3,6	1,3	0,8	5,0	7,3	2,3	-2,3	1,5	0,8
Déficit de peso/idade	--	--	--	--	--	--	3,8	4,4	0,6	-0,6	1,2	0,9	2,1	2,0	0,1	-0,1	1,0	1,1
Excesso de IMC/idade	--	--	--	--	--	--	6,3	7,5	1,2	-1,2	1,2	0,8	6,0	7,2	1,2	-1,2	1,2	0,8

*pp=pontos percentuais

Anexo 8 – Principais tópicos sobre saúde abordados nas pesquisas nacionais.

Tópicos/Pesquisa*	PNDS			PNAD			ENDEF	POF	PNSN	MAS	Estimativas de incidência de Câncer	Pesquisa sobre Prevalência de Amamentação	Pesquisa Brasileira de Saúde Bucal	Pesquisa Domiciliar sobre Doenças não comunicáveis	VIGITEL
	1986	1996	2006	1998	2003	2008	1974-1975	2002-2003 2008-2009	1989	1999 / 2002 / 2005	Bianual	1999 / 2009	1986 / 2006 / 2002-2003	2002-2003 / 2005	Anual desde 2006
Acesso à medicação	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amamentação e nutrição	x	x	x	-	-	-	x	-	x	-	-	x	-	-	-
Saúde da criança	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Doenças crônicas não comunicáveis	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	x	-	-	x	x
Despesas com saúde e alimentação	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-
Segurança alimentar	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviços de cuidados com a saúde (estrutura, acesso e utilização)	-	-	-	x	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-
Características domiciliares	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
Imunização	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Programas de transferência de renda	-	-	x	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-

Continua...



Tópicos/Pesquisa*	PNDS			PNAD			ENDEF	POF	PNSN	MAS	Estimativas de incidência de Câncer	Pesquisa sobre Prevalência de Amamentação	Pesquisa Brasileira de Saúde Bucal	Pesquisa Domiciliar sobre Doenças não comunicáveis	VIGITEL
	1986	1996	2006	1998	2003	2008	1974-1975	2002-2003 2008-2009	1989	1999 / 2002 / 2005	Bianual	1999 / 2009	1986 / 2006 / 2002-2003	2002-2003 / 2005	Anual desde 2006
Situação conjugal e atividade sexual	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Morbimortalidade materna	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado nutricional	-	x	x	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-
Saúde bucal	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-
Gravidez e parto	x	x	x	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Histórico reprodutivo	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Doenças sexualmente transmissíveis/ AIDS	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso e conhecimento de métodos contraceptivos	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS); Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD); Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF); Pesquisa de Orçamento Familiar (POF); Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN); Pesquisa sobre Assistência Médica e Sanitária (MAS); Estimativas de incidência de Câncer (Instituto Nacional de Câncer); Pesquisa sobre Prevalência de Amamentação nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal; Pesquisa Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidez de Doenças Não comunicáveis e Problemas de Saúde; Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não comunicáveis pela Pesquisa Telefônica (VIGITEL).

