

O uso de indicadores de iniquidade em saúde para formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas

The use of health inequity indicators for policy formulation, monitoring, and evaluation

Raphael Mendonça Guimarães^{1,2}

DOI: 10.1590/2358-28982026E311499P

RESUMO Este ensaio crítico-propositivo tem como objetivo requalificar o papel dos indicadores de iniquidade no ciclo de formulação, monitoramento, avaliação e auditoria das políticas públicas de saúde, argumentando que tais indicadores devem ser compreendidos como instrumentos centrais de auditoria substantiva e de responsabilização democrática. O método empregado consiste em uma análise conceitual e normativa, apoiada em revisão crítica da literatura nacional e internacional sobre desigualdades em saúde, avaliação de políticas públicas e justiça distributiva, complementada por evidências empíricas selecionadas estrategicamente para fins ilustrativos. Sustenta-se que avaliações baseadas predominantemente em indicadores médios tendem a produzir cegueira institucional diante de desigualdades persistentes, limitando a capacidade do Estado de identificar falhas distributivas e orientar correções redistributivas. Argumenta-se que a incorporação sistemática de indicadores de iniquidade nos processos de auditoria permite deslocar o enfoque do controle procedimental para uma lógica orientada à equidade, à melhoria das políticas e à geração de valor público. Conclui-se que, em contextos marcados por desigualdades estruturais e baixa mobilidade social, a ausência desses indicadores nos sistemas de auditoria representa uma limitação institucional relevante, reforçando a necessidade de sua adoção como critério substantivo de qualidade na avaliação das políticas públicas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Auditoria em saúde. Equidade em saúde. Avaliação em saúde. Políticas públicas. Sistemas de saúde.

ABSTRACT This critical and propositional essay aims to reframe the role of health inequality indicators within the policy cycle of formulation, monitoring, evaluation, and auditing of public health policies, arguing that such indicators should be understood as core instruments of substantive auditing and democratic accountability. The method consists of a conceptual and normative analysis grounded in a critical review of national and international literature on health inequalities, public policy evaluation, and distributive justice, complemented by strategically selected empirical evidence for illustrative purposes. It argues that evaluations predominantly based on average indicators tend to produce institutional blindness to persistent inequalities, thereby limiting the capacity of the State to identify distributive failures and to guide redistributive corrective action. It further argues that the systematic incorporation of inequality indicators into auditing processes enables a shift from procedural control toward an equity-oriented approach focused on policy improvement and the generation of public value. The conclusion emphasizes that, in contexts marked by structural inequalities and low social mobility, the absence of such indicators in auditing systems constitutes a significant institutional limitation, supporting their adoption as a substantive criterion of quality in public health policy evaluation.

KEYWORDS Health auditing. Health equity. Health evaluation. Public policies. Health systems.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
raphael.guimaraes@fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

A discussão sobre iniquidades em saúde tornou-se central no debate acadêmico e político contemporâneo. Se, por um lado, o progresso científico e tecnológico das últimas décadas proporcionou avanços expressivos na medicina, na prevenção de doenças e na ampliação da expectativa de vida, por outro, esses benefícios não foram distribuídos de maneira equitativa entre os diferentes grupos sociais. A literatura internacional aponta que as desigualdades em saúde não são meramente reflexo de diferenças biológicas ou escolhas individuais, mas sim produto de estruturas sociais, políticas e econômicas que limitam o acesso de determinados segmentos populacionais a bens e serviços essenciais¹⁻³.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito universal e dever do Estado, consolidando um dos sistemas públicos mais abrangentes do mundo: o Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios da universalidade, integralidade e equidade constituem não apenas diretrizes normativas, mas também compromissos éticos com a justiça social. Entretanto, a distância entre o marco legal e a realidade concreta permanece significativa. Persistem diferenças sistemáticas no acesso a serviços de saúde, na qualidade da atenção recebida e nos desfechos clínicos, associadas, sobretudo, a fatores como raça/cor, gênero, renda, escolaridade e território⁴.

Nesse cenário, o papel dos indicadores de iniquidade em saúde é fundamental. Eles permitem identificar disparidades, mensurar desigualdades persistentes e avaliar a eficácia das políticas públicas. Mais do que instrumentos técnicos, constituem ferramentas políticas que tornam visível o que, de outro modo, poderia permanecer naturalizado ou invisibilizado. É por meio deles que gestores e pesquisadores podem formular diagnósticos situacionais, definir prioridades, monitorar processos e avaliar impactos das intervenções.

Este ensaio tem por objetivo discutir a utilização de indicadores de iniquidade no ciclo de políticas públicas, abordando seus fundamentos conceituais, sua relevância em contextos de desigualdade estrutural, sua articulação com a noção de complementariedade de políticas e sua aplicação prática na formulação, implementação e avaliação de estratégias voltadas à redução das desigualdades em saúde. A abordagem predominante da auditoria em saúde no Brasil tem operado sob um paradigma procedimentalista e agregativo, no qual a conformidade normativa, a execução financeira e os indicadores médios de desempenho são tratados como sinônimos de efetividade. Nesse modelo, a equidade aparece, quando muito, como atributo retórico ou variável secundária, e não como critério substantivo de julgamento das políticas públicas. É precisamente esse paradigma que o presente ensaio busca tensionar. Ao fazê-lo, o trabalho também sustenta que a auditoria em saúde precisa incorporar dispositivos analíticos capazes de julgar a distribuição dos resultados das políticas entre grupos sociais, e não apenas sua conformidade formal ou seu desempenho médio agregado.

Este estudo se configura, portanto, como um ensaio crítico-propositivo, cujo objetivo não é produzir uma avaliação empírica inédita, mas requalificar o uso dos indicadores de iniquidade no ciclo das políticas públicas de saúde, situando-os no campo da auditoria, da avaliação e da *accountability* do SUS. Sustenta-se como tese central que, em contextos de desigualdade estrutural e baixa mobilidade social, como o brasileiro, os indicadores de iniquidade não podem ser tratados apenas como métricas descritivas ou complementares, mas como instrumentos políticos e institucionais centrais para a auditoria democrática das políticas públicas, capazes de revelar falhas distributivas persistentes, orientar correções redistributivas e tensionar os limites operacionais do Estado na promoção da equidade. Ao

articular fundamentos conceituais, evidências empíricas acumuladas e o debate sobre complementariedade de políticas, o ensaio busca preencher uma lacuna na literatura nacional, aproximando o campo da mensuração das iniquidades do debate institucional sobre avaliação, controle e melhoria das políticas públicas no SUS.

Procedimento do ensaio

Este manuscrito configura-se como um ensaio crítico-propositivo, de natureza conceitual, normativa e aplicada, orientado a requalificar o lugar dos indicadores de iniquidade no ciclo de formulação, monitoramento, avaliação e auditoria de políticas públicas de saúde. Para tanto, mobiliza três conjuntos de fontes: literatura conceitual e teórica sobre equidade, desigualdades em saúde, justiça distributiva e avaliação de políticas públicas; documentos normativos e institucionais relevantes para o debate sobre governança, monitoramento e responsabilização no SUS; e evidências empíricas selecionadas com finalidade ilustrativa, não exaustiva, voltadas a demonstrar como distintas escolhas de mensuração produzem interpretações substantivamente diferentes sobre o desempenho das políticas.

A seleção das evidências empíricas obedeceu a critérios de pertinência analítica e utilidade argumentativa, priorizando estudos com interface direta com o SUS, a Atenção Primária à Saúde, a avaliação de políticas redistributivas ou a mensuração de desigualdades sociais em saúde, sem pretensão de cobertura sistemática da literatura. Sempre que possível, privilegiaram-se estudos com clareza metodológica, relevância para o debate público e capacidade de exemplificar o contraste entre indicadores médios e indicadores de iniquidade. Esse procedimento implica limites assumidos: o ensaio não visa à exaustividade, mas à construção de um argumento teoricamente ancorado e institucionalmente orientado sobre o papel desses indicadores na qualificação das políticas públicas.

Políticas públicas como instrumentos de redução de iniquidades

A formulação de políticas públicas está intrinsecamente relacionada à busca pela justiça social. Historicamente, o Estado moderno assumiu a responsabilidade de intervir em áreas estratégicas como saúde, educação, trabalho e habitação, justamente porque se reconheceu que o mercado e as dinâmicas espontâneas da sociedade não seriam capazes de garantir igualdade de oportunidades e de resultados⁵.

No campo da saúde, esse compromisso ganha contornos ainda mais significativos, pois a própria noção de direito à vida e ao bem-estar depende da garantia de condições mínimas de acesso universal e equitativo. A experiência brasileira com o SUS é emblemática. Desde sua criação, buscou-se superar a lógica de segmentação entre os que tinham acesso a planos privados e aqueles que dependiam de serviços públicos muitas vezes precarizados. A Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada a partir da década de 1990, é exemplo concreto de política orientada à redução de desigualdades regionais e socioeconômicas, expandindo a cobertura da atenção primária especialmente em áreas de maior vulnerabilidade⁶.

Não obstante, políticas públicas não são neutras: expressam correlações de forças, disputas ideológicas e prioridades políticas. Assim, embora sirvam como instrumentos de correção de desigualdades, também podem reforçá-las quando mal desenhadas ou insuficientemente implementadas. Programas de focalização extrema, por exemplo, podem criar estigmas ou deixar de lado parcelas vulneráveis da população. Do mesmo modo, políticas universais sem mecanismos de compensação podem reproduzir desigualdades preexistentes, beneficiando mais os que já se encontram em melhores condições. É nesse sentido que a equidade deve ser

compreendida como princípio normativo que orienta o desenho, a execução e a avaliação das políticas públicas.

Desigualdades estruturais e iniquidades

O debate sobre desigualdades em saúde exige distinguir três conceitos fundamentais: diferença, desigualdade e iniquidade. Diferenças podem ser meramente descritivas e não implicam necessariamente injustiça (como a prevalência de determinadas doenças em diferentes faixas etárias). Já as desigualdades referem-se a variações sistemáticas entre grupos, muitas vezes associadas a determinantes sociais. Entretanto, quando essas desigualdades são evitáveis, desnecessárias e injustas, configuram iniquidades⁷.

As desigualdades estruturais, por sua vez, remetem a processos históricos e institucionais de longa duração, que moldam oportunidades de vida e acesso a recursos. No Brasil, a escravidão – abolida apenas em 1888 – legou uma herança de marginalização da população negra, perpetuada no acesso desigual à terra, à educação e ao trabalho. Esse legado se manifesta até hoje em indicadores de saúde: a mortalidade materna é significativamente maior entre mulheres negras, e a expectativa de vida da população preta e parda é, em média, três anos inferior à da população branca⁸.

Da mesma forma, o machismo estrutural mantém barreiras à plena participação das mulheres na sociedade. Embora tenham maior escolaridade média do que os homens, as mulheres ainda recebem salários inferiores e assumem a maior parte do trabalho doméstico não remunerado. Essas condições afetam sua saúde física e mental e limitam o acesso a serviços especializados de saúde sexual e reprodutiva.

O racismo estrutural e o machismo estrutural, portanto, são expressões contemporâneas de desigualdades históricas que, ao se traduzirem em diferenças injustas em saúde, configuram iniquidades. É nesse ponto que se evidencia a necessidade de políticas públicas

orientadas à equidade, capazes de romper com padrões estruturais de exclusão.

Mobilidade social e o caso brasileiro

O relatório ‘A Broken Social Elevator?’, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico⁹, revelou que, em média, nos países-membros da organização, seriam necessárias cinco gerações para que um indivíduo nascido em uma família de baixa renda alcançasse a renda média nacional. No Brasil, esse número é quase o dobro: 9,8 gerações.

Esse dado, por si só, é revelador. Ele indica que a mobilidade social no País é extremamente restrita, o que significa que desigualdades são transmitidas de uma geração a outra com pouca possibilidade de reversão no curto prazo. Em termos históricos, isso ajuda a compreender por que o Brasil, mais de um século após a abolição da escravidão, ainda enfrenta um racismo estrutural tão arraigado. Da mesma forma, explica a persistência do machismo estrutural e do *gender gap*, uma vez que transformações culturais e institucionais profundas dependem de horizontes temporais longos.

Dessa forma, a simples espera pelo ‘curso natural’ da mobilidade social não é suficiente para superar desigualdades. Sem intervenção estatal decidida, as iniquidades se perpetuam e se agravam. Esse quadro justifica a centralidade das políticas públicas como instrumentos de aceleração do processo de transformação social, de modo a reduzir o intervalo entre gerações necessário para ascensão social.

Complementariedade de políticas públicas

Diante da lentidão da mobilidade social, a ideia de complementariedade de políticas públicas emerge como estratégia essencial. Políticas públicas não devem ser vistas como ações isoladas, mas como engrenagens de um

sistema mais amplo de promoção da equidade. No curto prazo, políticas focalizadas corrigem distorções imediatas. Programas de vacinação, ampliação de cobertura da atenção primária ou subsídios alimentares são capazes de reduzir desigualdades agudas em poucos anos. No médio prazo, políticas setoriais consolidadas – como a expansão do ensino fundamental, a universalização do saneamento básico e a ampliação de programas de saúde da família – criam condições para que os ganhos imediatos sejam sustentados. No longo prazo, políticas estruturais voltadas à redistribuição de renda, igualdade de gênero e combate ao racismo permitem enfrentar as raízes profundas das desigualdades.

A complementariedade reside justamente na articulação entre políticas com diferentes temporalidades. Enquanto algumas atacam os sintomas mais urgentes, outras operam sobre as causas estruturais. Essa conexão entre temporalidades e públicos-alvo assegura que a transformação, embora lenta, seja consistente e duradoura. No caso da saúde, a complementariedade se expressa na integração de políticas como a ESF, programas de saúde da mulher e da criança, políticas de saneamento e de segurança alimentar, todas orientadas pela diretriz da equidade.

Indicadores de iniquidade: definições, mensuração e usos em políticas públicas

A escolha de indicadores adequados para analisar iniquidades em saúde é um dos pontos centrais do debate contemporâneo sobre avaliação de políticas públicas. A literatura especializada distingue múltiplas dimensões de análise: medidas absolutas e relativas, que quantificam diferenças entre grupos; índices de concentração, que mensuram desigualdades ao longo da distribuição socioeconômica; índices compostos e multidimensionais, que sintetizam várias dimensões em uma métrica

integrada; e indicadores de qualidade de vida, que capturam a experiência subjetiva da saúde. Cada um desses instrumentos possui vantagens e limitações, e seu uso deve ser adequado ao objetivo da análise e ao contexto da política. A literatura especializada reconhece que não há uma única métrica capaz de capturar toda a complexidade das iniquidades em saúde. Por isso, utiliza-se um conjunto de indicadores complementares. A seguir, cada um será discutido detalhadamente.

Medidas absolutas

As medidas absolutas são fundamentais porque mensuram a diferença concreta em termos de unidades do próprio desfecho de saúde. Em outras palavras, indicam quantos casos adicionais de um evento ocorrem em grupos vulneráveis em comparação com grupos favorecidos, sem relativização. Essa característica confere a tais medidas uma clareza comunicacional particularmente relevante para gestores, pois traduz desigualdade em números absolutos de óbitos, consultas ou eventos evitáveis.

A Diferença Absoluta (DA) é a forma mais simples. Requer apenas dois insumos: i) a taxa ou proporção de um desfecho em um grupo vulnerável (por exemplo, taxa de mortalidade infantil entre mães sem escolaridade); e ii) a mesma taxa no grupo favorecido (como taxa entre mães com ensino superior). O cálculo é uma subtração direta. Sua dimensão é concreta: traduz em unidades de ocorrência quantas vidas poderiam ser poupadas ou quantos casos poderiam ser evitados caso os grupos vulneráveis tivessem o mesmo padrão de saúde dos mais favorecidos. A simplicidade é uma potencialidade, mas ela ignora o gradiente intermediário e é sensível ao nível médio do desfecho: quando as taxas gerais caem, diferenças absolutas podem parecer pequenas, mesmo que persistam desigualdades sistemáticas¹⁰⁻¹³.

O Slope Index of Inequality (SII) aprofunda essa perspectiva ao considerar toda a distribuição socioeconômica. Para construí-lo, procede-se da seguinte forma: i) estratificação

da população em quintis ou decílios de uma variável de status socioeconômico (renda, escolaridade, índice de privação); ii) atribuição de uma posição relativa a cada estrato (valores entre 0 e 1, chamados *ridit scores*); iii) ajuste de um modelo de regressão ponderada em que o desfecho de saúde é a variável dependente e a posição relativa é o preditor. O coeficiente do preditor representa a DA esperada entre os extremos da distribuição. O SII permite captar o gradiente social e fornece robustez para comparações longitudinais. No entanto, exige dados estratificados de boa qualidade e parte do pressuposto de linearidade do gradiente, o que pode não se verificar em realidades mais complexas^{14,15}.

Medidas relativas

As medidas relativas expressam desigualdade como razão proporcional entre grupos. Essa abordagem permite compreender não apenas quantos casos a mais existem entre os vulneráveis, mas também quantas vezes maior é o risco ou a ocorrência em relação aos favorecidos.

A Razão de Taxas (RT) é a mais elementar. Calcula-se dividindo a taxa de um evento em grupos vulneráveis pela taxa correspondente nos grupos favorecidos. Sua dimensão é proporcional, tornando-a útil para comparações internacionais, nas quais os níveis médios de desfechos diferem. As variáveis necessárias são as mesmas da DA, mas o resultado é interpretado como multiplicador. A principal potencialidade está na clareza do risco relativo: por exemplo, populações em situação de rua podem ter risco 20 vezes maior de tuberculose. No entanto, a RT ignora o gradiente intermediário e pode sugerir grandes disparidades quando a taxa de referência é muito baixa, inflando a razão^{16,17}.

O Relative Index of Inequality (RII) é o equivalente relativo do SII. Utiliza o mesmo procedimento de estratificação, atribuição de posições relativas e regressão ponderada, mas com transformação logarítmica da variável resposta para que o coeficiente represente

uma razão entre os extremos da hierarquia. Assim, um RII de 2 indica que o grupo mais favorecido apresenta duas vezes melhores condições de saúde que o mais vulnerável, considerando todo o gradiente social. Sua principal potencialidade é a comparabilidade ao longo do tempo e entre contextos diferentes, mesmo com taxas médias muito distintas. No entanto, sua interpretação é menos intuitiva para gestores e requer esforço de tradução técnica^{10-12,14}.

Índices de concentração

Os índices de concentração fornecem uma visão mais refinada da desigualdade ao mensurar como os desfechos se distribuem ao longo da hierarquia socioeconômica inteira, e não apenas entre dois extremos.

O Índice de Gini, clássico na economia, pode ser adaptado para a saúde. Ele se baseia na Curva de Lorenz, que relaciona a proporção acumulada da população (ordenada pela renda, escolaridade ou privação) com a proporção acumulada do desfecho de saúde. O valor do Gini varia de 0 (igualdade perfeita) a 1 (máxima desigualdade). Suas variáveis de construção são a posição socioeconômica e o desfecho de saúde acumulado. Sua potencialidade é a comparabilidade internacional e a ampla difusão, o que o torna comunicacionalmente forte. No entanto, é pouco sensível a variações nos extremos e pode ser inadequado para desfechos binários limitados, como cobertura vacinal¹⁸⁻²⁰.

O Concentration Index (CI), por sua vez, mede a covariância entre o desfecho de saúde e a posição relativa na distribuição de status socioeconômico, normalizada pela média do desfecho. Um CI positivo indica concentração entre ricos; negativo, concentração entre pobres. Ele combina três elementos: i) o desfecho em saúde, ii) a posição relativa na hierarquia, e iii) pesos populacionais. Sua potencialidade reside em fornecer não apenas a magnitude, mas também a direção da desigualdade, além de permitir decomposição para

identificar contribuições de determinantes específicos. Sua limitação está na aplicação a variáveis binárias ou limitadas, que distorcem o resultado. Nesse caso, recomenda-se o uso de versões corrigidas, como o índice de Erreygers. Revisões recentes destacam que pesquisadores devem explicitar qual versão do CI utilizam para garantir comparabilidade^{21,22}.

Índices compostos e multidimensionais

As desigualdades em saúde são raramente unidimensionais; elas combinam privações simultâneas em educação, renda, habitação e acesso a serviços. Nesse contexto, índices compostos e multidimensionais têm grande valor por captarem a sobreposição de vulnerabilidades.

O Índice de Theil e o Índice de Atkinson são derivados da teoria da informação e da economia da desigualdade, sendo particularmente sensíveis à dispersão nos extremos. Ambos permitem decompor a desigualdade em componentes intra e intergrupos e incorporar parâmetros normativos de aversão à desigualdade, o que confere flexibilidade interpretativa.

No campo aplicado, o Multidimensional Poverty Index (MPI), desenvolvido pelo Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), combina dez indicadores agrupados em três dimensões: saúde (mortalidade infantil, nutrição), educação (anos de estudo, frequência escolar) e condições de vida (acesso à água, saneamento, eletricidade, combustíveis, habitação e bens domésticos). A regra de agregação define como pobres aqueles privados em pelo menos um terço desses indicadores. Sua potencialidade é identificar pobreza ‘aguda’ e suas sobreposições, orientando políticas intersectoriais. No entanto, depende de escolhas normativas de pesos e pontos de corte^{23,24}.

No Brasil, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), e o Índice Brasileiro de Privação (IBP),

desenvolvido pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Cidacs-Fiocruz), são exemplos relevantes. O IVS combina indicadores de renda, educação e condições urbanas para medir vulnerabilidade municipal. O IBP, por sua vez, é construído a partir de dados censitários, combinando escolaridade, renda e características domiciliares para capturar privações territoriais. Ambos permitem estratificação espacial das desigualdades em saúde. Suas potencialidades incluem orientação precisa de políticas locais e identificação de áreas críticas. Já suas limitações incluem dependência de dados censitários, atualização pouco frequente e a sensibilidade às escolhas metodológicas^{25,26}.

Do ponto de vista da auditoria em saúde, essas métricas são particularmente relevantes porque permitem identificar não apenas falhas médias de desempenho, mas padrões sistemáticos de exclusão que escapam às avaliações tradicionais baseadas em cobertura agregada. A ausência desses indicadores nos processos rotineiros de avaliação e auditoria do SUS contribui para a naturalização de desigualdades persistentes, mesmo em políticas formalmente universais. O quadro 1 apresenta medidas de desigualdade em saúde, enquanto o quadro 2 descreve índices compostos de contexto/vulnerabilidade e qualidade de vida. Em termos operacionais, a incorporação desses indicadores à auditoria em saúde exige ao menos quatro deslocamentos: a inclusão de estratificações sistemáticas por raça/cor, renda, escolaridade, sexo/gênero e território nos painéis rotineiros de monitoramento; a adoção combinada de medidas absolutas e relativas, de modo a evitar leituras parciais do desempenho; a definição de parâmetros de aceitabilidade para desigualdades persistentes, de forma que a equidade deixe de ser apenas princípio abstrato e passe a constituir critério explícito de julgamento; e a vinculação dos achados de auditoria a recomendações corretivas orientadas à redistribuição e à priorização de grupos historicamente vulnerabilizados.

Nessa perspectiva, auditar não significa apenas verificar conformidade normativa ou execução procedimental, mas examinar se a política produz, reduz ou reproduz padrões injustos de distribuição de oportunidades e resultados em saúde. Portanto, o propósito desses indicadores não é penalizar gestores por contextos estruturais adversos, mas tornar visíveis desigualdades sistemáticas e qualificar decisões redistributivas, prioridades programáticas e processos de auditoria substantiva.

Quadro 1. Quadro comparativo de medidas de desigualdade em saúde

Indicador	Definição	Fórmula / Cálculo	O que mede	Vantagens	Limitações	Exemplo de uso em políticas
Diferença Absoluta de Taxas (DA)	Subtração direta entre taxas de grupos sociais distintos.	$DA = Y_{\text{pobre}} - Y_{\text{rico}}$	Diferença real (absoluta) entre extremos.	Simples, intuitivo, fácil de comunicar.	Não capta a desigualdade proporcional; pode parecer pequena em contextos de baixas taxas.	Mortalidade infantil por escolaridade materna no Brasil.
Slope Index of Inequality (SII)	Gradiente absoluto de desigualdade considerando toda a distribuição socioeconômica.	Regressão: $Y_i = \alpha + \beta R_i$; $SII = (\beta)$	Diferença absoluta entre os extremos socioeconômicos, ajustada pela distribuição.	Captura gradiente social; comparável ao longo do tempo.	Requer estratificação socioeconômica robusta; interpretação técnica.	Redução do SII em mortalidade infantil associada à ESF.
Diferença Relativa (Razão) de Taxas (RT)	Proporção entre taxas de grupos distintos.	$RT = \frac{Y_{\text{pobre}}}{Y_{\text{rico}}}$	Quão maior (ou menor) é o risco em um grupo em relação ao outro.	Intuitivo; útil para comparações internacionais.	Superestima desigualdade em cenários de baixa prevalência; não usa a distribuição intermediária.	Desigualdade racial na mortalidade materna (mulheres negras/brancas).
Relative Index of Inequality (RII)	Gradiente relativo de desigualdade considerando toda a distribuição.	Regressão log-linear: $\log(Y_i) = \alpha + \beta R_i$; $RII = \exp(\beta)$	Razão relativa entre os extremos da distribuição.	Usa toda a distribuição; permite comparações temporais e internacionais.	Interpretação menos intuitiva; exige modelagem estatística.	Redução do RII em saúde bucal após políticas de expansão de acesso.
Índice de Gini	Medida clássica de desigualdade, aplicada à saúde.	$G = 1 - 2 \int_0^1 L(p) dp$	Grau de desigualdade na distribuição de um recurso ou desfecho.	Largamente conhecido; comparável internacionalmente.	Pouco sensível a extremos; concebido originalmente para renda.	Distribuição desigual de planos de saúde privados no Brasil.
Curva de Lorenz aplicada à saúde	Representação gráfica da distribuição cumulativa de um recurso/desfecho em relação à população.	Traçado gráfico (proporção acumulada de população × proporção acumulada do recurso).	Visualização intuitiva de concentração pró-rico ou pró-pobre.	Fácil de interpretar graficamente.	Não fornece métrica única; depende de leitura visual.	Visualização da cobertura vacinal por quintis de renda.
Concentration Index (CI)	Mede desigualdade de saúde ao longo da distribuição socioeconômica.	$CI = \frac{2}{\mu} Cov(Y, R)$	Concentração pró-rico (CI>0) ou pró-pobre (CI<0).	Síntese robusta; permite de-composição por determinantes.	Requer correções para variáveis binárias (Ereygers/Wagstaff).	CI da utilização de consultas médicas no Brasil (1998-2019).

Quadro 1. Quadro comparativo de medidas de desigualdade em saúde

Indicador	Definição	Fórmula / Cálculo	O que mede	Vantagens	Limitações	Exemplo de uso em políticas
Índice de Theil	Medida de entropia aplicada a desigualdade.	$T = \frac{1}{N} \sum \frac{y_i}{\mu} \ln \frac{y_i}{\mu}$	Desigualdades distributivas, sensível a extremos.	Permite decomposição intra/intergrupos.	Complexidade técnica; pouco usado diretamente em saúde.	Avaliação da desigualdade de regional em expectativa de vida.
Índice de Atkinson	Mede desigualdade considerando parâmetro de aversão à desigualdade (ϵ \varepsilon).	$A = 1 - \left(\frac{1}{N} \sum \left(\frac{y_i}{\mu} \right)^{1-\epsilon} \right)^{1-\epsilon}$	Grau de desigualdade ajustado por valor social atribuído aos mais pobres.	Flexível; incorpora valores normativos.	Exige escolha arbitrária de ϵ ; difícil de comunicar.	Simulações de políticas redistributivas em saúde.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Quadro comparativo de índices compostos de contexto/vulnerabilidade e qualidade de vida

Indicador	Definição	Fórmula / Cálculo	O que mede	Vantagens	Limitações	Exemplo de uso em políticas
Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)	Mede privações simultâneas em saúde, educação e condições de vida.	IPM = proporção de pessoas privadas $\times$ intensidade média das privações.	Multidimensionalidade da pobreza/iniquidade.	Mostra acúmulo de privações; útil para diagnósticos amplos.	Requer múltiplas bases de dados; cálculo complexo.	Estudo da pobreza multidimensional no Brasil (IBGE/ONU).
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desagregado	Mede desenvolvimento em três dimensões: longevidade, educação e renda.	$IDH = (I_{vida} * I_{educ} * I_{renda})^{1/3}$	Diferenças territoriais de desenvolvimento.	Ampla reconhecimento; comparável globalmente.	Não capta desigualdades intramunicipais; limitado a médias.	Disparidades regionais de IDH e saúde no Brasil.
Índice Brasileiro de Privação (IBP)	Índice nacional para medir privação socioeconômica em nível municipal.	Construído a partir de dados de censos (renda, educação, saneamento etc.).	Vulnerabilidade territorial.	Específico para contexto brasileiro.	Atualização dependente de censos; uso limitado fora do Brasil.	Planejamento de expansão da ESF em municípios prioritários.
Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)	Índice composto do IPEA que mede vulnerabilidade em infraestrutura, capital humano e renda.	Composto a partir de indicadores secundários padronizados.	Vulnerabilidade social multidimensional.	Permite mapear territórios vulneráveis; útil para políticas locais.	Não captura desfechos de saúde diretamente.	Avaliação da vulnerabilidade social nos territórios do SUS.
EQ-5D-3L	Instrumento padronizado de qualidade de vida relacionada à saúde.	Escala em 5 dimensões (mobilidade, autocuidado, atividades, dor, ansiedade) + VAS.	Diferenças subjetivas de qualidade de vida entre grupos.	Comparável internacionalmente; capta dimensões subjetivas.	Requer coleta primária; menos usado em políticas de rotina.	Avaliação da equidade em qualidade de vida no Brasil (PNS).
WHOQoL	Instrumento da OMS para avaliar qualidade de vida em quatro domínios (físico, psicológico, social, ambiental).	Questionário com escores normalizados.	Experiência subjetiva da saúde.	Abrangente; reconhecido pela OMS.	Longo; demanda aplicação estruturada.	Estudos de qualidade de vida em idosos no Brasil.

Fonte: elaboração própria.

Evidências empíricas do uso de indicadores de iniquidade em políticas de saúde

As evidências empíricas aqui sintetizadas não são apresentadas com o objetivo de exaurir a literatura, mas de demonstrar como diferentes escolhas metodológicas de mensuração da iniquidade produzem leituras radicalmente distintas sobre o desempenho das políticas públicas, com implicações diretas para a auditoria, o monitoramento e a tomada de decisão no SUS.

O estudo das iniquidades em saúde mediante indicadores compostos e simples tem se consolidado como uma ferramenta essencial para compreender as desigualdades estruturais que afetam populações em diferentes contextos. Esses indicadores, como o SII, o RII, o CI e outros índices compostos, permitem quantificar e monitorar as disparidades em múltiplas dimensões da saúde, oferecendo um retrato mais abrangente do gradiente social do adoecimento. A utilização desses instrumentos não se limita à mensuração das diferenças entre grupos extremos, mas incorpora toda a distribuição socioeconômica, revelando nuances que medidas absolutas ou proporcionais isoladas não captariam.

A aplicação prática desses indicadores em estudos empíricos tem evidenciado não apenas a magnitude das iniquidades, mas também a efetividade das políticas públicas destinadas a reduzi-las. No Brasil, por exemplo, diversos trabalhos demonstraram a redução de desigualdades em mortalidade infantil e em acesso a serviços de saúde após a expansão da ESF, utilizando SII e RII como medidas centrais. Outros estudos, valendo-se do CI, revelaram persistentes desigualdades raciais e regionais em mortalidade materna e acesso a cuidados reprodutivos. Além disso, experiências internacionais reforçam a utilidade desses indicadores para monitorar políticas redistributivas, avaliar sistemas universais e identificar pontos críticos de vulnerabilidade.

A análise das iniquidades por meio desses indicadores, portanto, não é apenas um exercício

metodológico, mas também um instrumento estratégico para a tomada de decisão. A mensuração rigorosa das desigualdades em saúde fornece evidências robustas que subsidiam gestores na formulação de políticas mais equitativas, orientam a alocação de recursos e sustentam a *accountability* pública. Nesse sentido, os estudos empíricos aqui resumidos ilustram como diferentes contextos e escolhas metodológicas contribuíram para a compreensão do papel da desigualdade na determinação dos desfechos em saúde.

A análise aprofundada dos estudos de caso revela não apenas tendências pontuais, mas, sobretudo, lições estruturais de enorme relevância para o desenho, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde. Os indicadores de iniquidade cumprem papel fundamental nesse processo, pois permitem enxergar os padrões ocultos que os dados médios frequentemente mascaram. Sem a utilização sistemática desses instrumentos, conquistas aparentes – como o aumento da cobertura média de consultas médicas, a ampliação de procedimentos preventivos ou o crescimento da taxa de vacinação – poderiam ser celebradas como avanços inequívocos, ainda que escondam a persistência, ou até mesmo o agravamento, de desigualdades entre grupos sociais. Assim, os indicadores de iniquidade funcionam como lentes críticas, capazes de expor a distância entre a retórica da universalidade e a materialidade das disparidades no acesso e nos resultados em saúde²⁷.

Nessa perspectiva, torna-se evidente que políticas redistributivas de caráter universal desempenham um papel comprovadamente eficaz na mitigação das desigualdades relativas. A experiência do SUS, especialmente por meio da ESF e da ampliação da atenção em saúde bucal, constitui um exemplo paradigmático na realidade brasileira: ao priorizar territórios vulneráveis e grupos historicamente excluídos, essas políticas conseguiram, em um intervalo temporal relativamente curto, reduzir disparidades na utilização dos serviços de saúde²⁸⁻³¹. No plano internacional, a

trajetória dos países escandinavos, reconhecidos por seus arranjos de bem-estar social orientados pela equidade, confirma essa lógica, evidenciando que a combinação entre universalidade, integralidade e justiça distributiva é capaz de alterar estruturalmente o padrão de desigualdade em saúde³².

É preciso reconhecer, contudo, que as desigualdades absolutas se mostram muito mais resistentes ao impacto das políticas sociais. Ainda que se observe uma redução nas disparidades relativas, as diferenças concretas e palpáveis entre ricos e pobres continuam elevadas e, em muitos casos, inaceitáveis do ponto de vista da justiça social. Exemplos eloquentes desse fenômeno podem ser encontrados no Brasil: as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Icsap) ainda apresentam índices significativamente superiores entre a população mais vulnerável, e o edentulismo, marcador de exclusão e de falhas históricas no acesso à odontologia preventiva, permanece fortemente associado às condições socioeconômicas mais baixas^{33,34}. Esses achados revelam que a equalização relativa não basta: para enfrentar desigualdades absolutas persistentes, são necessárias políticas de maior intensidade redistributiva, sustentadas por investimentos maciços e de longo prazo.

Outro ponto que emerge dos estudos de caso é a constatação de que os retrocessos são não apenas possíveis, mas muitas vezes rápidos e devastadores. A queda recente na cobertura vacinal no Brasil ilustra de forma dramática como conquistas que levaram décadas para se consolidar podem ser revertidas em poucos anos, sobretudo quando há descontinuidade de políticas, fragilização da governança em saúde e proliferação de discursos desinformativos³⁵⁻³⁷. Situação semelhante foi observada nos Estados Unidos da América (EUA), onde as desigualdades raciais, já historicamente marcantes, foram exacerbadas durante a pandemia da covid-19, resultando em taxas desproporcionalmente mais elevadas de morbimortalidade entre populações negras

e latinas^{38,39}. Esses exemplos demonstram que a equidade não é uma conquista definitiva, mas sim um horizonte ético-político que exige manutenção constante, vigilância institucional e compromisso social renovado.

Por fim, a persistência das desigualdades estruturais aponta, de maneira inequívoca, para a necessidade de políticas complementares e intersetoriais. Nenhum indicador isolado fornece uma resposta mágica ou definitiva; antes, eles atuam como sinais de alerta que desvelam a complexidade do problema e a insuficiência das soluções fragmentadas. A redução das iniquidades em saúde requer a articulação consistente entre setores como educação, assistência social, habitação, saneamento básico e geração de emprego e renda. Apenas a convergência dessas políticas poderá produzir transformações duradouras, capazes de enfrentar as raízes históricas das desigualdades e romper o ciclo intergeracional de exclusão. Portanto, a lição maior que se depreende dos estudos de caso é que a busca pela equidade em saúde não pode ser concebida como tarefa isolada da esfera sanitária, mas deve constituir um projeto abrangente de justiça social, sustentado pela complementariedade e pela sinergia das políticas públicas^{40,41}.

Em conjunto, esses estudos revelam que avaliações baseadas exclusivamente em médias nacionais ou indicadores agregados tendem a superestimar o sucesso das políticas públicas, enquanto os indicadores de iniquidade funcionam como mecanismos de auditoria crítica, expondo desigualdades residuais, retrocessos silenciosos e falhas redistributivas que permanecem invisíveis aos instrumentos tradicionais de controle. Em contextos de retração social e regressão de direitos, avaliações baseadas exclusivamente em médias agregadas não apenas perdem sensibilidade analítica, mas também passam a operar como instrumentos de cegueira institucional, incapazes de detectar retrocessos distributivos até que seus efeitos se tornem socialmente irreversíveis.

Considerações finais

A análise empreendida ao longo deste ensaio permite sustentar que a equidade em saúde não é apenas uma diretriz técnica ou operacional, mas sim um compromisso político, ético e normativo do Estado brasileiro, consagrado constitucionalmente em 1988. No entanto, o caminho para sua concretização enfrenta obstáculos estruturais, enraizados em desigualdades históricas de raça, gênero, classe e território. O relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico⁹, ao indicar que o Brasil precisaria de 9,8 gerações para assegurar mobilidade social plena, fornece um dado emblemático dessa realidade: as mudanças estruturais no País são lentas e podem demandar séculos para se materializar espontaneamente. Tal diagnóstico ajuda a compreender a permanência do racismo estrutural, derivado de um passado escravocrata, e do machismo estrutural, que ainda molda o papel social das mulheres, expressando-se em lacunas de saúde, renda e oportunidades.

Nesse cenário de mobilidade social extremamente restrita, as políticas públicas assumem caráter de correção intergeracional. Elas operam como mecanismos capazes de interromper, ainda que parcialmente, a transmissão de desvantagens de uma geração à seguinte. O conceito de complementariedade de políticas públicas revela-se central: a equidade em saúde não pode ser conquistada por uma única intervenção, mas exige a articulação de diferentes políticas com horizontes temporais diversos. Políticas de curto prazo, como programas de transferência de renda e campanhas emergenciais de vacinação, são fundamentais para mitigar vulnerabilidades imediatas. Políticas de médio prazo, como a ESF e o Brasil Sorridente, consolidam avanços e reduzem desigualdades relativas em serviços básicos. Já as políticas de longo prazo, relacionadas à universalização da educação de qualidade, à redistribuição de renda e ao fortalecimento das instituições democráticas, atacam os determinantes estruturais da saúde.

É a interação entre essas temporalidades que assegura transformações lentas, mas consistentes, criando condições para que a equidade deixe de ser apenas um princípio normativo e se torne realidade vivida.

Nesse processo, os indicadores de iniquidade cumprem papel estratégico. Mais do que métricas técnicas, eles se configuram como instrumentos de *accountability* social e política. Por meio de medidas absolutas (como o SII), é possível quantificar as diferenças reais entre grupos sociais, indicando ‘quantas vidas poderiam ser salvas’ caso todos tivessem o mesmo padrão dos mais favorecidos. Com medidas relativas (como o RII), torna-se possível acompanhar a intensidade proporcional das desigualdades e compará-las entre diferentes contextos. Já os índices de concentração (como o CI e a Curva de Lorenz aplicada à saúde) permitem visualizar a distribuição desigual de bens e serviços ao longo da hierarquia social, fornecendo evidências claras sobre políticas que beneficiam seletivamente determinados grupos. Por fim, os índices compostos e multidimensionais (como o Índice de Pobreza Multidimensional, o Índice de Vulnerabilidade Social e o Índice Brasileiro de Privação) integram diferentes dimensões de privação, traduzindo, de maneira mais ampla e complexa, a realidade das desigualdades.

As experiências empíricas analisadas reforçam esse argumento. A expansão da ESF reduziu a concentração pró-rico no acesso a consultas médicas e diminuiu diferenças absolutas de mortalidade infantil, ainda que não tenha eliminado desigualdades regionais. A Política Nacional de Saúde Bucal mostrou avanços expressivos em desigualdades relativas, embora persistam disparidades absolutas em edentulismo. A cobertura vacinal, outrora exemplo de equidade, sofreu retrocessos recentes, penalizando os grupos mais vulneráveis, o que só pôde ser identificado com clareza por meio do uso de curvas de concentração. As Icsap, por sua vez, continuam revelando a resistência das desigualdades absolutas, mesmo em face de avanços na atenção

primária. Em nível internacional, os casos da Europa, da África do Sul e dos EUA reiteram que o sucesso ou fracasso no enfrentamento das desigualdades está diretamente associado à robustez e à continuidade das políticas redistributivas.

O que emerge desse conjunto de evidências é a constatação de que os indicadores de iniquidade em saúde não são meros instrumentos de monitoramento, mas elementos constitutivos da própria política pública. Sem eles, não há como identificar prioridades, dimensionar desigualdades, orientar recursos ou avaliar impactos. Mais ainda: sem indicadores, não há como responsabilizar governos pelo compromisso com a equidade, transformando a invisibilidade das desigualdades em um obstáculo político. A mensuração, portanto, não é apenas técnica, mas profundamente política, pois torna visível o que muitas vezes é naturalizado ou silenciado.

O enfrentamento das iniquidades em saúde exige três condições fundamentais: 1) o reconhecimento de que a mobilidade social espontânea é lenta demais para corrigir desigualdades históricas; 2) a implementação de políticas públicas complementares, que operem em diferentes horizontes temporais para corrigir iniquidades imediatas e transformar estruturas sociais a longo prazo; e 3) o uso sistemático de indicadores de iniquidade como ferramentas de formulação, monitoramento, avaliação e *accountability*. Apenas pela conjugação desses três elementos será possível avançar de forma consistente na construção de uma sociedade em que o direito à saúde não seja privilégio de alguns, mas realidade para todos.

Se indicadores de iniquidade revelam falhas distributivas persistentes, ignorá-los nos processos de auditoria equivale, do ponto de vista substantivo, a auditar mal. Uma auditoria que não incorpora medidas de iniquidade não é neutra: ela opera, ainda que involuntariamente, como mecanismo de invisibilização ou legitimação de desigualdades existentes.

Em um sistema federativo, desigual e marcado por fortes assimetrias de capacidade estatal, a incorporação regular e vinculante desses indicadores representa condição mínima para deslocar a auditoria de uma lógica predominantemente procedimental ou financeira para uma lógica substantiva, orientada à justiça distributiva, à *accountability* democrática e à correção de desigualdades persistentes. Em termos práticos, isso implica reconhecer como núcleo mínimo de monitoramento a adoção regular de estratificadores sociais e territoriais relevantes, a combinação entre medidas absolutas e relativas de desigualdade e a publicização periódica dos resultados como requisito de transparência e *accountability*. Sem esse deslocamento, a equidade permanecerá como princípio normativo retórico, e não como critério efetivo de julgamento da qualidade das políticas públicas em saúde. No SUS, não auditar a equidade é, em última instância, escolher não a ver.

Contribuições de autoria

Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22(3):429-45. DOI: <https://doi.org/10.2190/9861-lhq6-2vte-yrrn>
- Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health.* 2003;57(4):254-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet.* 2005;365(9464):1099-104. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)71146-6)
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1992.
- Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis.* 2007;17(1):77-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Sen A. Development as freedom. New York: Knopf; 1999.
- Rawls J. A theory of justice. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1971.
- Piketty T. Capital and ideology. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2020.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. A broken social elevator? How to promote social mobility. Paris: OECD Publishing; 2018.
- Bambra C. Health in hard times: austerity and health inequalities. Bristol: Policy Press; 2019.
- Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. London: Bloomsbury; 2015.
- Wagstaff A, O'Donnell O, van Doorslaer E, et al. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington, DC: World Bank; 2007.
- Barros AJD, Victora CG. Measuring coverage in maternal, newborn, and child health: determining and interpreting inequalities in coverage. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001390. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001390>
- Hosseinpoor AR, Bergen N, Schlotheuber A. Monitoring inequality: an emerging priority for health post-2015. *Bull World Health Organ.* 2015;93(9):591-A. DOI: <https://doi.org/10.2471/blt.15.162081>
- Ataguba JE. A short note revisiting the concentration index: Does the normalization of the concentration index matter? *Health Econ Rev.* 2022;31(7):1506-1512. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.4515>
- Contoyannis P, Neri M, Madadian N. When the technical is also normative: a critical assessment of concentration index variants. *Popul Health Metr.* 2022;20:1-15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12963-022-00299-y>
- Schlotheuber A, Naderi T, Hosseinpoor AR. Summary measures of health inequality: a review of existing measures and their application. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(7):3697. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19063697>
- Alkire S, Santos ME. Measuring acute poverty in the developing world: robustness and scope of the multidimensional poverty index. *World Dev.* 2014;59:251-74. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.01.026>
- Oxford Poverty and Human Development Initiative; United Nations Development Programme. Global multidimensional poverty index 2024: methodological notes. Oxford: Oxford Poverty and Human Development Initiative; 2024.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília, DF: Ipea; 2015.

23. Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Índice Brasileiro de Privação: ficha metodológica e aplicações. Salvador: Fiocruz; 2025.
24. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468-81. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmsa0707519>
25. Mackenbach JP, Kulhánová I, Artnik B, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *BMJ*. 2015;351:i1732. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i1732>
26. Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Serv*. 2014;44(4):643-710. DOI: <https://doi.org/10.2190/hs.44.4.b>
27. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60138-4)
28. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
29. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. *Int J Equity Health*. 2012;11:33. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-33>
30. Bambra C, Riordan R, Ford J, et al. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2021;75(9):964-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
31. Chowkwanyun M, Reeves RR. Racial health disparities and COVID-19—caution and context. *N Engl J Med*. 2020;383(3):201-3. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmp2012910>
32. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. Build back fairer: the COVID-19 Marmot Review. London: Institute of Health Equity; 2020.
33. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2023. Paris: OECD; 2023.
34. Organisation for Economic Co-operation and Development. Understanding and addressing inequalities in mental health. Paris: OECD; 2025.
35. World Health Organization. Health inequality monitoring: harnessing data to advance health equity. Geneva: WHO; 2024.
36. World Health Organization. Health Inequality Monitor: HEAT and HEAT Plus. Geneva: WHO; 2023-2025.
37. Barros FC, Victora CG, Scherpbier R, et al. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low- and middle-income countries. *Rev Saude Publica*. 2010;44(1):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000100001>
38. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, et al. The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(Supl 1):e00078816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816>
39. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, et al. Racial, social, and regional inequalities in maternal mortality in Brazil. *Lancet Glob Health*. 2020;8(7):e1018-26.
40. World Health Organization. A global health strategy for 2025–2028: advancing equity and resilience in a turbulent world: fourteenth general programme of work. Geneva: WHO; 2025.
41. Victora CG, Castro MC, Barreto ML, et al. Health inequalities in Latin America: child health and nutrition outcomes across cohorts. *Lancet Glob Health*. 2021;9(10):e1376-88.

Recebido em 08/01/2026

Aprovado em 18/05/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: rasgamoreira@gmail.com