



Monitoramento orientado pela equidade no contexto da cobertura universal de saúde*

Ahmad Reza Hosseinpoor,^{1*} Nicole Bergen,¹ Theadora Koller,² Amit Prasad,³
Anne Schlotheuber,¹ Nicole Valentine,⁴ John Lynch⁵ e Jeanette Vega⁶

Como citar (publicação original)

Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, Prasad A, Schlotheuber A, Valentine N, et al. Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage. PLoS Med. 2014;11(9): e1001727.

RESUMO

O monitoramento das desigualdades na saúde é fundamental para a realização equitativa e progressiva da cobertura universal de saúde. Para que tenha êxito, o monitoramento mundial das desigualdades deve ser intuitivo o bastante para que possa ser adotado amplamente, porém deve manter a credibilidade técnica. O presente artigo discute considerações metodológicas para o monitoramento da cobertura universal de saúde orientado pela equidade e propõe recomendações para o monitoramento e a definição de metas. Como a desigualdade é multidimensional, o grau de desigualdade pode variar consideravelmente ao longo das diversas dimensões, como a situação econômica, a escolaridade, o sexo, e a residência urbana/rural. Em consequência, o monitoramento mundial deve abranger dimensões complementares da desigualdade (como a situação econômica e a residência urbana/rural) e o sexo. Para uma dada dimensão da desigualdade, devem ser estabelecidos subgrupos para o monitoramento levando em consideração a aplicabilidade dos critérios entre os países e a heterogeneidade dos subgrupos. No caso da desigualdade relacionada à situação econômica, recomendamos formar subgrupos usando quintis e, no caso da desigualdade urbana/rural, recomendamos uma categorização binária. Como a desigualdade abarca as populações, os enfoques apropriados para o monitoramento devem se basear em comparações entre dois subgrupos (enfoque da brecha) ou entre múltiplos subgrupos (enfoque do espectro completo). Ao medir a desigualdade, as medidas absolutas e relativas devem ser informadas ao mesmo tempo, junto com os dados desagregados; a desigualdade deve ser informada junto com a média nacional. Recomendamos metas baseadas em reduções proporcionais da desigualdade absoluta nos grupos populacionais. A formação das capacidades para o monitoramento das desigualdades em saúde é oportuna, pertinente e importante. O desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde de alta qualidade, inclusive as práticas de coleta, análise, interpretação e prestação de informações dos dados vinculadas aos ciclos de revisão e avaliação nos sistemas de saúde, permitirá o monitoramento eficaz das desigualdades em saúde em escala mundial e nacional. Essas medidas apoiarão a realização progressiva da cobertura universal de saúde orientada pela equidade.

© Organização Pan Americana da Saúde, 2015, versão em português. Todos os direitos reservados.

© 2014 Hosseinpoor et al., versão em inglês. Artigo Open Access distribuído sob os termos da *Creative Commons*, permitindo o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sempre que sejam citados os autores e fontes originais.

¹ Departamento de Estatísticas e Sistemas de Informação de Saúde, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça. Correspondência: Ahmad Reza Hosseinpoor, hosseinpoor@who.int

² Gênero, Equidade e Direitos Humanos, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça.

³ Centro para o Desenvolvimento da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Kobe, Japão.

⁴ Departamento de Saúde Pública, Determinantes Ambientais e Sociais da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça.

⁵ Escola de Saúde Populacional, Universidade de Adelaide, Adelaide, Austrália.

⁶ Rockefeller Foundation, Nova York, Estados Unidos.

* Tradução oficial ao português feita pela Organização Pan Americana da Saúde com permissão dos autores do artigo original (em inglês). Em caso de discrepância entre as duas versões, prevalecerá o original em inglês. A versão original deste artigo é parte da coleção de PLOS sobre cobertura universal de saúde.

Pontos principais

- A realização equitativa da cobertura universal de saúde requer um enfoque de monitoramento orientado pela equidade; os defensores da equidade devem se unir em torno da proposta de uma plataforma tecnicamente sólida para o monitoramento que seja de fácil compreensão e comunicação.
- O monitoramento mundial deve abranger dimensões complementares da desigualdade (como a situação econômica e a residência urbana/rural, além do sexo), adotar o enfoque da brecha ou do espectro completo e conceitualizar as medidas relacionadas à situação econômicas usando quintis.
- As medidas absolutas e relativas da desigualdade, assim como os dados desagregados, devem ser informadas, as médias nacionais devem ser apresentadas junto com o monitoramento da desigualdade.
- As metas para o monitoramento mundial das desigualdades em saúde devem se basear na redução proporcional da desigualdade absoluta.
- Os países podem desenvolver a capacidade para o monitoramento das desigualdades em saúde mediante o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde para a coleta, análise, prestação de informações e difusão de dados.

Antecedentes

Nos últimos anos, o monitoramento das desigualdades em saúde — definidas como as diferenças em saúde observadas entre subgrupos de uma população — ganhou impulso na esfera mundial (1–4). O monitoramento das desigualdades em saúde pode ser considerado uma plataforma para avaliar a iniquidade em saúde, um conceito normativo que designa as diferenças em saúde evitáveis e injustas entre subgrupos de uma população decorrentes de algum tipo de desvantagem social (5). O monitoramento mundial das desigualdades em saúde dentro de um país (ou seja, comparações entre países das desigualdades registradas dentro de cada país com base em indicadores e enfoques de mensuração padronizados) é uma prática importante para promover a equidade em saúde, pois facilita as comparações através das fronteiras e ao longo do tempo, além de permitir aos países fazer análises comparativas com base em indicadores de referência (*benchmarking*) e aprender com as experiências dos demais (6). O monitoramento concorrente das desigualdades no nível nacional é valioso porque, além de contribuir para o monitoramento mundial, permite levar em consideração fatores e prioridades específicos de cada contexto.

Com a aproximação do fim do prazo para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, os planos para o quadro de desenvolvimento mundial pós-2015 dão atenção especial à cobertura universal de saúde (7), um movimento que, além de ser uma prioridade crescente e de longa data para a Organização Mundial da Saúde e seus Estados Membros (8), conta com o respaldo da Assembleia Geral das Nações Unidas (9). O objetivo final da cobertura universal de saúde está diretamente vinculado à eliminação das iniquidades:

assegurar que todas as pessoas que necessitam de serviços de saúde consigam ter acesso a tais serviços sem enfrentar dificuldades financeiras indevidas (8, 10). Contudo, a menos que sejam formulados com um enfoque orientado pela equidade, os movimentos rumo à cobertura universal de saúde podem proporcionar ganhos iniciais e/ou acelerados aos subgrupos favorecidos e deixar para trás os demais (11). Essa implementação “gota a gota” pode piorar a situação das populações desfavorecidas segundo a chamada lei dos cuidados inversos (12) e pode agravar as desigualdades se a universalidade não for alcançada plenamente (13). Assim, o monitoramento das desigualdades é fundamental para rastrear o impacto das intervenções de saúde que visam à universalidade, para assegurar que o processo não deixe nenhum grupo desfavorecido para trás e para promover o progresso concorrente ou acelerado entre os mais desfavorecidos e ao longo do gradiente social (14). As recomendações sobre a agenda de desenvolvimento pós 2015 (7, 15), bem como sobre a cobertura universal de saúde (8, 16, 17) exigiram concentrar a atenção no monitoramento da redução das desigualdades (8, 16, 17). De fato, o movimento mundial emergente rumo à cobertura universal de saúde apresenta oportunidades para a promoção e integração generalizadas do monitoramento das desigualdades em saúde no nível mundial. Seria sensato que os defensores da equidade em saúde adotassem uma frente unida para defender os indicadores e metas relacionados com a equidade que provavelmente seriam aceitos e implementados pelos diversos interessados diretos. A definição de métodos e metas para o monitoramento mundial facilita que as comparações mundiais sejam maneiras significativas e substantivas de medir o progresso e informar sobre ele usando um conjunto de indicadores comuns.

O monitoramento mundial das desigualdades em saúde requer um enfoque amplo e unificado. O monitoramento mundial para a cobertura universal de saúde deve ser objetivo e de fácil compreensão, além de, ao mesmo tempo, manter rigor técnico suficiente para embasar a tomada de decisões com base em evidências. Além de identificar um conjunto comum de indicadores de saúde entre os países, devem ser considerados os seguintes aspectos: a seleção das dimensões pertinentes da desigualdade (com base em qual ou quais dimensões serão definidos os subgrupos da população?); a formação dos subgrupos (como as dimensões da desigualdade devem ser definidas para medir a desigualdade entre os desfavorecidos e os favorecidos?); a seleção dos enfoques apropriados para o monitoramento (como as comparações entre as populações serão feitas?); a mensuração e comunicação da desigualdade (como as situações de desigualdade podem ser expressas de forma abrangente?) e a definição de metas (como o êxito será medido?).

O objetivo deste artigo é examinar considerações metodológicas do monitoramento das desigualdades em saúde, propondo recomendações para o monitoramento e definição de metas. Caso seja adotado e posto em prática de maneira ampla, um protocolo bem construído para o monitoramento mundial das desigualdades dentro dos países reunirá interessados diretos em torno de uma finalidade clara e comum, catalisando o progresso rumo à cobertura universal de saúde orientada pela equidade.

Dimensões pertinentes da desigualdade

A desigualdade é multidimensional, e tem sido recomendado amplamente que seu monitoramento abarque várias

QUADRO 1. Parâmetros para definir a situação econômica e a residência urbana/rural

A seleção de parâmetros que possam ser aplicados nos países para definir as dimensões da desigualdade está sujeita a limitações. Os desafios surgem ao se tentar construir uma medida comum da situação econômica que possa ser aplicada mundialmente, pois os construtos da situação econômica diferem entre os países de alta renda e os países de baixa e média renda (22, 34). A renda individual ou familiar se encontra entre os parâmetros preferíveis da posição econômica nos países de alta renda (onde é maior a probabilidade de que a remuneração seja monetária e recebida por meio de emprego formal), ao passo que os índices de detenção de ativos pelas famílias — reflexo da posse de bens duráveis e das características familiares — talvez sejam uma medida mais factível nos países de baixa e média renda. Os dados sobre o consumo estão relacionados com o uso final de bens e serviços e são obtidos, principalmente, por meio da coleta de dados das despesas (22). Essa é a metodologia fundamental usada para o monitoramento internacional da pobreza.

No caso da residência urbana/rural, os critérios usados para diferenciar os residentes urbanos e rurais não são padronizados nos países. Em algumas situações, as classificações de residência urbana/rural talvez sejam objetivas e bem definidas, enquanto, em outros, pode existir uma ambiguidade considerável.

desigualdades em saúde na cobertura universal de saúde abarcasse quatro dimensões essenciais da desigualdade: situação econômica, escolaridade, sexo e residência urbana/rural. Em consequência, uma gama razoavelmente ampla de dimensões da desigualdade com alta pertinência — e disponibilidade de dados — seria incluída em âmbito mundial.

Uma vez que talvez não seja viável que o monitoramento mundial abarque quatro dimensões diferentes, a situação econômica e a residência urbana/rural são as opções apropriadas para inclusão. A situação econômica é um parâmetro válido e amplamente aplicado para mostrar a distribuição da saúde em uma população, com sistemas estabelecidos de coleta de dados e estudos metodológicos rigorosos em diversos meios (22). Além disso, é oportuno considerar a residência urbana/rural como uma segunda dimensão, pois as dimensões da desigualdade baseadas na geografia oferecem pontos claros e de fácil identificação para a intervenção de políticas. A situação econômica e a residência urbana/rural têm ampla aplicabilidade a todos os indicadores de saúde. No caso dos indicadores pertinentes, o sexo também deve ser incluído no monitoramento da desigualdade, pois a desagregação com base no sexo é essencial para os esforços tendentes a promover a igualdade de gênero. A escolaridade é um fator importante, pois os níveis podem ser comparados entre os países.

Formação de subgrupos

Para uma dada dimensão da desigualdade, a formulação dos critérios, do número e do tamanho dos subgrupos da população é uma consideração metodológica importante, com implicações para o monitoramento. Embora algumas dimensões da desigualdade possam se apresentar naturalmente como subgrupos óbvios (por exemplo, residência urbana/rural ou sexo feminino/masculino), um exame mais detido pode revelar ambiguidades significativas; outras dimensões, como a situação econômica, exigem uma classificação mais arbitrária — ainda que justificada — dos subgrupos (veja o quadro 1). A formação de subgrupos para o monitoramento mundial da desigualdade deve refletir as classificações que sejam pertinentes entre os países.

dimensões distintas (6, 18, 19). O monitoramento das múltiplas dimensões da desigualdade não é apenas conceitualmente importante para captar diferentes eixos da desigualdade, mas também é pertinente em um nível prático, pois diferentes dimensões da desigualdade costumam implicar diferentes intervenções. É pouco provável que as intervenções destinadas a melhorar a desigualdade relacionada à situação econômica na cobertura dos serviços de saúde, por exemplo, sejam as mesmas intervenções que visam a reduzir a desigualdade relacionada com o sexo na cobertura dos serviços de saúde.

Certas dimensões da desigualdade, como o sexo e a idade, constituem importantes fatores, mas talvez não se apliquem a todos os indicadores de saúde. Por exemplo, os dados devem ser desagregados por sexo sempre que possível, levando em conta que o sexo talvez não seja uma dimensão pertinente da desigualdade no caso de indicadores que se apliquem apenas a um dos sexos, como os serviços especificamente femininos como os de saúde reprodutiva e materna. A idade só é considerada uma dimensão pertinente da desigualdade quando a discriminação com base na idade gera uma cobertura não equitativa dos serviços de saúde, como talvez ocorra com a prevalência do uso de contraceptivos entre adolescentes em comparação com as mulheres em idade adulta.

A Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre a Saúde da Mulher e da Criança antes recomendava a desagregação de dados da saúde materno-infantil de acordo com seis dimensões essenciais (riqueza, sexo, idade, residência

urbana/rural, localização geográfica e etnia), bem como, conforme o caso, segundo a escolaridade, o estado civil, o número de filhos e a infecção ou não pelo HIV (19). A Resolução 62.14 da Assembleia Mundial da Saúde, que endossa as constatações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, instou os países a desagregar os dados por idade, sexo, etnia, raça, casta, ocupação, escolaridade, renda e situação empregatícia, dentro do permitido pela legislação e contexto nacionais (20). É importante observar que a pertinência de certas dimensões da desigualdade (como raça/etnia, casta, condição de aborígene, população migrante, religião e outras condições minoritárias) pode variar de acordo com o meio. Embora o monitoramento mundial dessas dimensões talvez não seja prático, o monitoramento no nível nacional deve ser projetado de modo a incorporar dimensões da desigualdade pertinentes e específicas do meio. Com a incorporação da cobertura universal de saúde à agenda mundial de saúde, especialistas e grupos de consulta fizeram recomendações sobre o monitoramento mundial da desigualdade de acordo com dimensões da desigualdade que pudessem ser medidas de maneira a permitir a comparação entre os países, como a posição socioeconômica, o sexo, a distribuição geográfica e outros fatores pertinentes (8, 16, 21).

Recomendamos que as atividades do monitoramento mundial abranjam dimensões complementares da desigualdade, como a situação econômica e a residência urbana/rural; o sexo também deve ser incluído.

Do ponto de vista técnico, o ideal seria que o monitoramento mundial das

Uma importante consideração ao formar subgrupos diz respeito à heterogeneidade do subgrupo. Essa questão pode surgir quando os subgrupos são amplos demais, o que oculta diferenças importantes no seu interior. Por exemplo, o monitoramento dos esforços baseados nos 40% mais pobres pode ocultar o que está ocorrendo entre os mais pobres entre os pobres; uma situação em que os 20% mais pobres têm cobertura muito inferior à recebida pelo segundo grupo de 20% mais pobres seria ocultada porque apenas os dados referentes aos 40% mais pobres em conjunto seriam apresentados. As implicações de ocultar a situação no quintil mais baixo podem deter os avanços rumo à consecução da meta de reduzir as desigualdades em saúde mais nítidas. Da mesma forma, o ritmo acelerado da urbanização em muitos países, sobretudo nos de baixa renda, mudou a natureza das desigualdades entre as áreas urbanas e rurais, bem como dentro dessas áreas. Com um número cada vez maior de pessoas morando em favelas urbanas e assentamentos informais (23), as desigualdades em saúde dentro dos próprios meios urbanos podem constituir uma prioridade importante para o monitoramento dentro de determinados países (24, 25). Para uma dada dimensão da desigualdade, contudo, o grau de heterogeneidade pode variar entre os países e entre os indicadores de saúde.

Recomendamos que, para fins do monitoramento mundial, a desigualdade relacionada à situação econômica seja conceitualizada usando quintis e que a residência urbana/rural seja conceitualizada como um resultado binário.

Os quintis de riqueza, que dividem a população em cinco segmentos com base na situação econômica, podem ser comunicados e entendidos facilmente por públicos não técnicos e têm sido amplamente aplicados em relatórios de saúde. O uso dos quintis para conceitualizar a desigualdade relacionada à situação econômica ajuda a atenuar o problema da ocultação. Enquanto as categorias urbana e rural podem ser decompostas ainda mais no nível nacional, a classificação binária oferece uma descrição concisa e aceitável da área de residência e pode ser aplicada nos países para fins do monitoramento mundial (reconhecendo que os critérios nacionais usados para definir subgrupos urbanos e rurais podem variar).

Enfoques para o monitoramento das desigualdades em saúde

As escolhas sobre como enquadrar e mensurar as desigualdades em saúde têm implicações importantes para o monitoramento (26); as conclusões sobre as desigualdades em saúde e interpretações da evolução da desigualdade com o passar do tempo podem diferir com base na forma como a situação é conceitualizada. Três enfoques são comumente usados para conceitualizar e medir as desigualdades em saúde: a pior situação (*worst-off*), a brecha (*gap*) e o espectro completo (gradiente) (27, 28).

O enfoque da pior situação para o monitoramento concentra-se unicamente na situação do subgrupo mais desfavorecido, que está efetivamente dissociada do progresso em outros subgrupos mais favorecidos. Por exemplo, o enfoque da pior situação pode prestar informações sobre o progresso rumo à cobertura total de um serviço de saúde entre os 40% mais pobres de uma população em que a cobertura inicial é a mais baixa. Esse enfoque não fornece uma indicação da desigualdade entre os subgrupos dentro de um país, mas sim um meio para acompanhar a situação no subgrupo mais desfavorecido (17). Sem dados de outros subgrupos, o enfoque da pior situação não consegue fornecer informações pertinentes sobre as políticas nem sobre os programas de que os Ministérios da Saúde necessitam para assegurar a realização progressiva da cobertura universal de saúde orientada pela equidade.

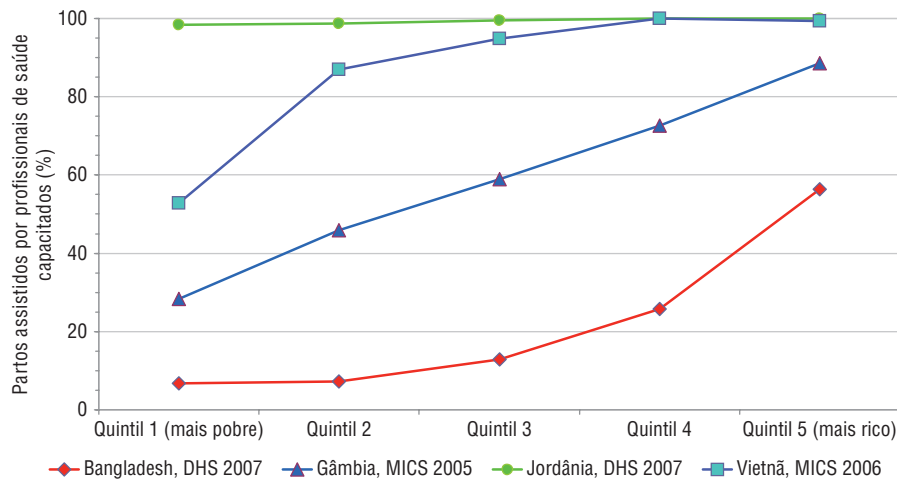
A desigualdade é um conceito relacional; por esse motivo, a verdadeira desigualdade em saúde é conceitualizada usando os enfoques da brecha e/ou do espectro inteiro que vinculam a situação em um setor desfavorecido da população com um subgrupo mais favorecido (27, 28). O enfoque da brecha considera as diferenças de saúde entre dois subgrupos. Pode ser aplicado para expressar a desigualdade usando as dimensões da desigualdade que têm somente duas categorias, mas também para demonstrar a disparidade entre grupos extremos (como os 20% mais ricos frente aos 20% mais pobres). Na realização progressiva da cobertura universal de saúde, a situação ótima é a nivelção até a cobertura completa, com um aumento da cobertura tanto nos subgrupos desfavorecidos como nos favorecidos, acompanhada de uma redução da brecha em decorrência

de melhorias mais rápidas no grupo desfavorecido (29).

O enfoque do gradiente ou espectro completo se aplica a dimensões da desigualdade que contêm múltiplos subgrupos e considera a situação de toda a população. Os subgrupos podem ter um ordenamento inerente, como ocorre com a situação econômica ou a educação, ou carecer de um ordenamento natural, como no caso da região ou raça. Embora a distinção entre os subgrupos intrinsecamente ordenados e não ordenados possa implicar diferentes métodos, a desigualdade pode ser expressa efetivamente ao longo das dimensões da desigualdade que contenham múltiplos subgrupos.

No caso das dimensões da desigualdade que podem ser ordenadas, a desigualdade ao longo do gradiente social pode ser demonstrada efetivamente ao identificar padrões de desigualdade nos dados desagregados. Conforme ilustrado pelo uso da cobertura dos partos assistidos por profissionais de saúde capacitados em quatro países, há quatro modelos característicos de desigualdade ao longo dos gradientes sociais, cada um sugerindo uma diferente resposta de política (figura 1). Nas situações de privação generalizada, conforme demonstrado em Bangladesh, o grupo desfavorecido abrange um amplo segmento da população, para além dos 20% mais pobres ou mesmo dos 40% mais pobres. Um padrão de privação generalizada pode indicar uma necessidade de políticas com um foco amplo que alcancem toda a população.

Os indicadores de saúde que demonstram a exclusão marginal, como no Vietnã, onde o desfavorecimento é experimentado, em maior medida, por uma pequena parcela da população, podem ser mais bem abordados se a atenção for direcionada, principalmente, para o subgrupo mais desfavorecido. Os modelos de alinhamento gradual (Gâmbia) exigem uma combinação do enfoque na população em geral com uma atenção especial aos mais desfavorecidos. Por último, o padrão da cobertura completa na Jordânia exige monitoramento contínuo para assegurar que essa situação favorável seja mantida. O exame das formas da desigualdade ao longo de um gradiente é um aspecto importante do monitoramento nacional, revelando padrões nos dados desagregados e gerando evidências para apoiar políticas apropriadas

FIGURA 1. Padrões de desigualdade por quintis de riqueza, ilustrados usando a cobertura de partos assistidos por profissionais de saúde capacitados^a

^a São apresentados quatro padrões característicos de desigualdade ao longo dos quintis de riqueza das famílias para a cobertura dos partos assistidos por profissionais de saúde capacitados em quatro países: Bangladesh (privação generalizada), Gâmbia (alinhamento gradual), Jordânia (cobertura completa) e Vietnã (exclusão marginal). Os dados coletados são de Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) e Inquéritos por Conglomerados de Múltiplos Indicadores (MICS), 2005–2007. Os quintis de riqueza foram determinados usando os índices de detenção de ativos pelas famílias.

Fonte: (18). doi:10.1371/journal.pmed.1001727.g001

e tomar como meta a promoção da cobertura universal de saúde (18).

Recomendamos monitorar as desigualdades em saúde de acordo com o enfoque da brecha ou, como opção, com o enfoque do espectro completo ou gradiente.

Cumprir destacar a necessidade de considerar simultaneamente a situação em pelo menos dois subgrupos da população, especialmente quando se acompanha o progresso ao longo do tempo. Essa prática é saliente, sobretudo, no que diz respeito à realização progressiva da

cobertura universal de saúde, pois o ideal é que as melhorias sejam aceleradas entre os grupos desfavorecidos.

Embora uma dimensão binária da desigualdade, como a residência urbana/rural ou o sexo, só possa ser medida usando o enfoque da brecha, a desigualdade relacionada com a situação econômica poderia ser monitorada usando o enfoque da brecha (comparando dois subgrupos, como os quintis mais pobres e mais ricos) ou o enfoque do espectro completo (em todo o espectro da riqueza). Do ponto de vista técnico, este último enfoque oferece uma representação mais matizada e completa da desigualdade, o que permite uma apresentação e mensuração mais complexas da desigualdade (18, 30). O enfoque do espectro completo (gradiente) considera as informações em toda a população e, assim, possibilita uma apreciação integral da forma de desigualdade em uma população, o que gera evidências para direcionar políticas e iniciativas voltadas para a redução do gradiente social na saúde (18, 27, 28). No entanto, o uso uniforme do enfoque da brecha no caso das desigualdades relacionadas à situação econômica, à residência urbana/rural e ao sexo é vantajoso para transmitir o progresso no monitoramento mundial da desigualdade.

Mensuração e comunicação da desigualdade

As medidas da desigualdade em saúde resumem os dados desagregados dos subgrupos e expressam as desigualdades entre os subgrupos de maneira concisa. As medidas da desigualdade podem ser classificadas de forma rudimentar em: 1) comparações pareadas simples entre dois subgrupos ou 2) comparações complexas com base nos dados entre múltiplos subgrupos, usadas quando se adota o enfoque do gradiente ou quando se mede a desigualdade entre subgrupos sem ordenamento natural (18, 30). O quadro 2 delinea algumas medidas da desigualdade e as considerações para selecioná-las.

As medidas da desigualdade comunicam uma desigualdade absoluta ou relativa. As medidas absolutas refletem a magnitude da desigualdade e mantêm unidade de medida igual ou semelhante ao indicador de saúde, o que torna a interpretação intuitiva. As medidas relativas mostram diferenças proporcionais e não mantêm a unidade de medida, o que é útil para comparações entre os indicadores de saúde com diferentes unidades

QUADRO 2. Medidas da desigualdade

A escolha de uma medida apropriada da desigualdade depende da natureza da dimensão da desigualdade (se os subgrupos estão ordenados ou não), bem como de várias outras considerações como o ponto de referência desejado (como a média global frente ao subgrupo de melhor desempenho) e se os subgrupos são ponderados ou não ponderados (levando em conta o tamanho da população de cada subgrupo ou tratando os subgrupos como se fossem classificados igualmente por tamanho, respectivamente). Enquanto as comparações pareadas geralmente não são ponderadas, as medidas complexas podem ser não ponderadas ou ponderadas. Embora a interpretação de medidas complexas de desigualdade possa ser menos intuitiva que simples diferenças ou razões, medidas complexas têm certas vantagens sobre as comparações pareadas. A saber, são úteis para expressar a desigualdade entre subgrupos de tamanho diferente e podem levar em conta mudanças no tamanho da população dos subgrupos. Quando há múltiplos subgrupos, as medidas complexas apresentam a desigualdade para toda a população.

O coeficiente angular da desigualdade e o índice de concentração são dois exemplos de medidas complexas que expressam a desigualdade em um gradiente de subgrupos ordenados, como quintis de riqueza ou níveis de escolaridade (18, 35). O coeficiente angular da desigualdade é uma medida absoluta, mostrando, para um dado indicador de saúde, a magnitude da diferença no espectro completo, levando em consideração o valor médio da saúde e o tamanho da população em cada subgrupo. O índice de concentração é uma medida relativa da desigualdade e expressa o grau de concentração do indicador de saúde nos grupos desfavorecidos ou favorecidos.

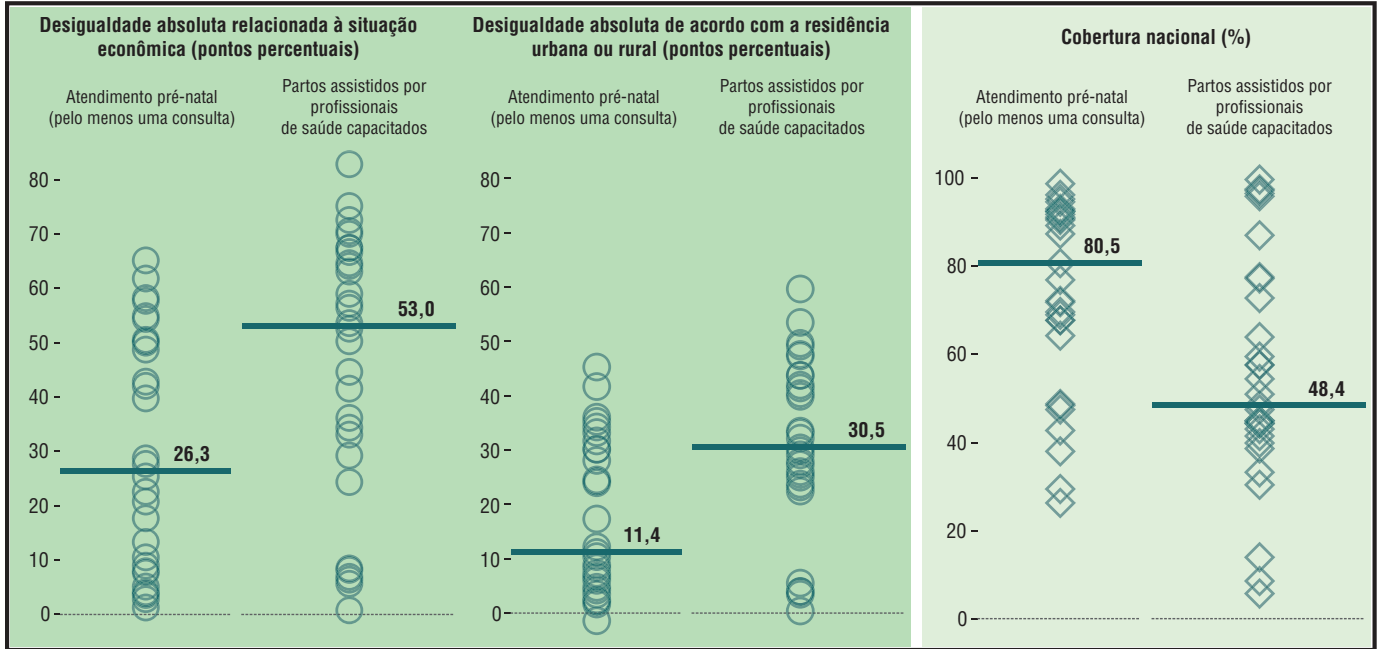
Outras medidas, como as do tipo de variância ou o índice de Theil, podem ser aplicadas a dimensões da desigualdade que têm subgrupos não ordenados, como as regiões ou grupos raciais/étnicos.

O risco atribuível à população é uma medida do impacto, com base no conceito de que a desigualdade poderia ser eliminada se todos os subgrupos melhorassem até chegar ao mesmo nível de saúde do mais favorecido ou do subgrupo de melhor desempenho. O risco atribuível à população é uma medida útil para mostrar o progresso rumo à cobertura universal de saúde (18, 36).

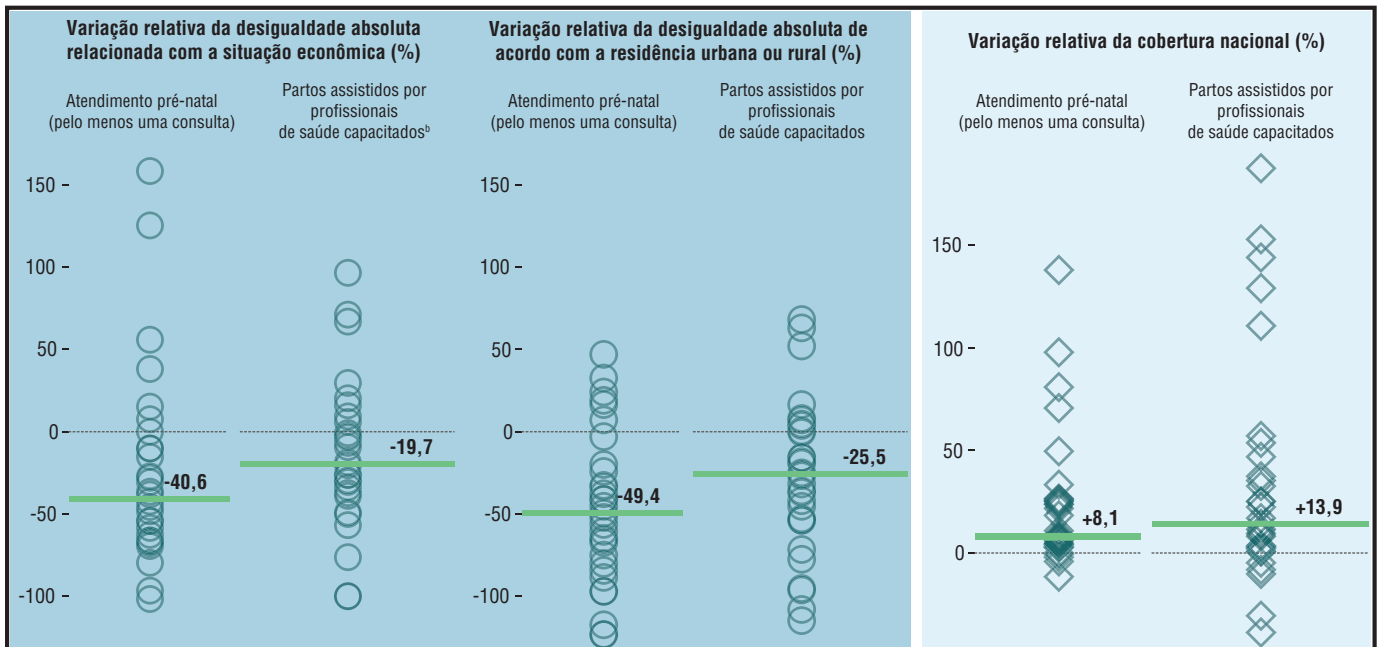
Em certos temas de saúde, talvez seja preferível usar medidas específicas da desigualdade em detrimento de outras para se adaptar a um contexto específico (37).

FIGURA 2. Visualização de metas da amostra para o monitoramento mundial da desigualdade da cobertura dos serviços de saúde^a

A. Ponto de referência



B. Variação relativa em 10 anos



^a Uma visualização de duas metas da amostra para o monitoramento mundial da cobertura dos serviços de saúde (quadro 3), aplicadas ao atendimento pré-natal (pelo menos uma consulta) e aos partos assistidos por profissionais de saúde capacitados em 30–31 países. A) Desigualdade absoluta no ponto de referência entre os quintis mais rico e mais pobre (quintis determinados usando índices de detenção de ativos pelas famílias), e áreas urbana e rural, juntamente com a cobertura global nacional no ponto de referência; B) a evolução relativa da desigualdade absoluta em 10 anos, juntamente com a evolução relativa da cobertura nacional. As formas representam os países; dentro de cada painel, cada país é representado por uma forma. As linhas horizontais indicam os valores medianos de todos os países dentro do painel. Os dados coletados são de Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) e Inquéritos por Conglomerados de Múltiplos Indicadores (MICS). Como os anos das pesquisas não são os mesmos em todos os países, dados no nível nacional abrangendo intervalos de 9 a 11 anos foram extraídos das pesquisas em dois pontos no tempo entre 1993 e 2011. doi:10.1371/journal.pmed.1001727.g002

^b Os dados de dois países atípicos não são apresentados.

de medida. Uma limitação importante das medidas relativas é a ausência de informações sobre a magnitude da diferença. Por exemplo, uma diferença relativa de dois poderia representar

coberturas de 100% e 50% ou de 10% e 5%, que refletem diferenças absolutas muito diferentes (50 pontos percentuais em comparação com cinco pontos percentuais). Em conjunto, as medidas de

desigualdade absoluta e relativa embasam um entendimento integral das desigualdades em saúde, principalmente quando são informadas junto com dados desagregados e a média nacional.

TABELA 1. Resumo das recomendações para o monitoramento mundial orientado pela equidade

Recomendação	Fundamento	Considerações técnicas e limitações
As atividades de monitoramento mundial devem abranger dimensões complementares da desigualdade, como a situação econômica e a residência urbana/rural; o sexo deve ser incluído.	A desigualdade é multidimensional.	Em condições ideais, o monitoramento mundial deve abarcar a situação econômica, a escolaridade, o sexo e a residência urbana/rural. As dimensões talvez não sejam igualmente aplicáveis entre os países e indicadores de saúde.
Para o monitoramento mundial, a desigualdade relacionada à situação econômica deve ser conceitualizada usando os quintis; a residência urbana/rural, como um resultado binário.	Existe heterogeneidade dentro dos subgrupos populacionais.	A formação dos subgrupos por quintis relacionados à situação econômica segue a convenção anterior e ajuda a atenuar os problemas de ocultação. A formação dos subgrupos pela residência urbana/rural é intuitiva e pode ser aplicada em todos os países.
As desigualdades em saúde mundiais devem ser monitoradas usando o enfoque da brecha ou, como opção, o enfoque do espectro completo.	A desigualdade abarca as populações.	No caso das dimensões da desigualdade baseadas em dois subgrupos (como a residência urbana/rural), o enfoque da brecha é apropriado; no caso de mais de dois subgrupos (como os quintis de riqueza), pode ser usado o enfoque do espectro completo para expressar a desigualdade em todos os subgrupos.
Deve ser informada tanto a desigualdade absoluta como a relativa; se as informações precisam ser concisas, convém enfatizar a desigualdade absoluta.	A desigualdade é um conceito tanto absoluto como relativo.	Medidas absolutas ou relativas usadas isoladamente não transmitem plenamente a desigualdade e, assim, devem ser informadas juntas. A desigualdade absoluta mostra a magnitude e pode ser de entendimento mais intuitivo do que a desigualdade relativa.
O monitoramento das desigualdades deve ser informado junto com uma indicação da média nacional.	O monitoramento das desigualdades em saúde junto com a média nacional apresenta um contexto mais completo.	Quando se compara um grupo de países, a apresentação da mediana talvez seja apropriada tanto para a desigualdade como para a média nacional.
As metas devem se basear na redução proporcional da desigualdade absoluta.	O nível de referência da desigualdade para os diferentes serviços de saúde pode variar substancialmente.	Em condições ideais, as metas devem transmitir tanto a desigualdade absoluta como a relativa. Quando se estabelecem metas para a evolução da desigualdade ao longo do tempo, as metas devem especificar uma redução proporcional da desigualdade absoluta.

Recomendamos informar tanto a desigualdade absoluta como a relativa; se as informações precisam ser concisas, recomendamos destacar a desigualdade absoluta.

O ideal é que as medidas da desigualdade absoluta e relativa sejam informadas juntas para compor um entendimento mais completo do que se teria se fosse apresentado um ou outro grupo. No caso do enfoque da brecha, a desigualdade costuma ser medida como uma diferença (medida absoluta de desigualdade) ou uma razão (medida relativa de desigualdade) entre os dois subgrupos. Essas medidas podem ser aplicadas a estratificadores binários (mostrando a desigualdade entre os residentes urbanos e rurais ou entre mulheres e homens, por exemplo), mas também às dimensões da desigualdade com múltiplos subgrupos (mostrando a desigualdade entre os quintis de riqueza mais ricos e mais pobres, por exemplo). No caso das dimensões da desigualdade com múltiplos subgrupos, a desigualdade absoluta e a relativa também podem ser mensuradas usando medi-

das complexas da desigualdade, que levam em consideração a cobertura em todos os subgrupos.

Quando a comunicação sobre as desigualdades em saúde precisa ser concisa, recomendamos concentrar-se na desigualdade absoluta, pois ela fornece uma indicação da magnitude da diferença entre os subgrupos e, assim, talvez seja mais simples de ser conceitualizada.

Recomendamos que os dados desagregados e as medidas resumidas da desigualdade sejam informados junto com a média nacional.

Sejam quais forem os enfoques e medidas escolhidos para monitorar a desigualdade, é importante informar sobre o progresso rumo à cobertura universal de saúde tanto no que diz respeito às médias como à desigualdade (18), o que proporciona um contexto para avaliar a situação mundial de maneira mais integral. A desigualdade e a média nacional informadas juntas transmitem uma avaliação mais completa da situação do que se fossem informadas separadamente.

Definição de metas

Em última análise, a meta da cobertura universal de saúde é 100% de cobertura dos serviços de saúde essenciais com 100% de proteção financeira e, por extensão, a eliminação da respectiva desigualdade. Uma vez que a cobertura universal de saúde deve ser implementada de maneira progressiva, metas mundiais realistas baseadas na equidade devem levar em consideração diferentes níveis de referência da desigualdade e as médias nacionais. Metas baseadas em uma redução proporcional foram usadas para determinadas metas dos ODMs relacionadas com a saúde, que especificavam uma redução proporcional da mortalidade materno-infantil ao longo de 25 anos (31) e, desse modo, tornaram as metas pertinentes para países com níveis iniciais variáveis de mortalidade.

Recomendamos uma meta com base na redução proporcional da desigualdade absoluta.

Para enfatizar a evolução da desigualdade ao longo do tempo e levar em conta diferentes níveis de referência da desigualdade, recomendamos uma meta

especificando uma redução proporcional da desigualdade absoluta. Como os níveis de referência da desigualdade para diferentes indicadores de saúde podem variar substancialmente, esse enfoque para a definição de metas oferece maior flexibilidade que uma meta absoluta fixa para todos os indicadores. Além disso, como o nível de cobertura factível talvez seja diferente para diferentes tipos de indicadores de saúde, esse enfoque atenua a necessidade de definir múltiplas metas que sejam específicas às categorias de indicadores de saúde.

Embora o ideal fosse estabelecer metas separadas e complementares com base na desigualdade absoluta e relativa, reconhecemos que talvez seja mais razoável defender o monitoramento da desigualdade enfocando um tipo de de-

sigualdade. Essa recomendação se baseia na desigualdade absoluta porque reflete a magnitude da diferença. As seis recomendações para o monitoramento mundial orientado pela equidade estão resumidas na tabela 1.

Um exemplo de base empírica usa os dados de pesquisas domiciliares de 1993 a 2011 para demonstrar como são aplicadas e informadas essas seis recomendações em países de baixa e média renda (quadro 3). A cobertura mediana de seis serviços de saúde mostrou reduções da desigualdade absoluta variando de 17,9% a 49,3% para a desigualdade relacionada à situação econômica (pelo menos quatro consultas de atendimento pré-natal e vacinação com a DTP3, respectivamente) e 25,5% a 54,7% para a desigualdade urbana/rural (partos assis-

tidos por profissionais de saúde capacitados e vacinação com a DTP3, respectivamente), em um período de 10 anos (tabela 2).

Próximos passos

Com vistas ao futuro pós-2015, é oportuno, pertinente e importante formar capacidades para o monitoramento das desigualdades em saúde em âmbito mundial e nacional. A capacidade de um país para fazer o monitoramento das desigualdades em saúde é determinada, em grande parte, pelo desempenho do sistema de informação em saúde que coleta e analisa dados, informa as desigualdades e divulga os resultados. Embora este artigo tenha explorado, sobretudo, algumas considerações sobre o monitoramento mundial das desigualdades em saúde, o fortalecimento da capacidade de um país para monitorar desigualdades em saúde facilitará, ao mesmo tempo, melhorias e a ampliação dos esforços nacionais de monitoramento das desigualdades nacionais.

São justificadas iniciativas para melhorar a coleta, a qualidade e o uso dos dados para o monitoramento das desigualdades em saúde (assegurando o estabelecimento dos mecanismos necessários de proteção de dados) (32) e o desenvolvimento da proficiência técnica para fazer o monitoramento regular das desigualdades em saúde. A força do sistema de informação em saúde de um país tem implicações para o monitoramento da desigualdade, pois oferece os dados para as comparações dos subgrupos populacionais. Dados comparáveis e de boa qualidade talvez não estejam disponíveis em vários países e/ou indicadores de saúde, sobretudo no que se refere aos dados de referência. Por exemplo, pesquisas sobre exames de saúde das famílias contendo indicadores de doenças não transmissíveis faltam em muitos países de baixa e média renda; embora o método passo a passo (Stepwise) da OMS tenha resultado em avanços rumo à consecução desse objetivo (33), seriam necessários investimentos consideráveis para ampliar e reforçar as pesquisas internacionais com dados e metodologia comparáveis. (Para mais informações sobre as fontes de dados, consulte o quadro 4.)

Tão logo haja dados disponíveis apropriados para análises da desigualdade, serão necessários conhecimentos especializados para fazer essas análises e comunicar os resultados. Para ter impacto e atrair uma variedade de interessados diretos (in-

QUADRO 3. Como aplicar uma meta baseada na redução proporcional da desigualdade absoluta e como informar sobre o progresso ao longo do tempo: um exemplo empírico

Com base no progresso anterior mensurado em diversos indicadores de serviços de saúde reprodutiva, materna e infantil, especificamos algumas metas tomadas como amostra para o monitoramento mundial das desigualdades em saúde:

- Alcançar uma redução de 50% da diferença absoluta na cobertura dos serviços de saúde entre os 20% mais pobres e os 20% mais ricos.
- Alcançar uma redução de 50% da diferença absoluta na cobertura dos serviços de saúde entre as áreas urbana e rural.

De acordo com as recomendações propostas para o monitoramento mundial da desigualdade, essas duas metas da amostra foram aplicadas a dados empíricos de pesquisas domiciliares feitas durante o período de 1993 a 2011, examinando a cobertura do atendimento pré-natal (pelo menos uma consulta) e dos partos assistidos por profissionais de saúde capacitados em 30–31 países de baixa e média renda. A figura 2 é uma representação visual de como essa meta poderia ser apresentada, usando valores medianos derivados dos múltiplos países em estudo para informar sobre a desigualdade e a média nacional da cobertura dos serviços de saúde. (Salientamos que esse exercício busca exemplificar uma meta da amostra e como o progresso pode ser medido e informado; o processo de estabelecer metas para o monitoramento mundial da cobertura universal de saúde exigirá uma exploração mais ampla dos dados empíricos, bem como a consulta a especialistas e representantes dos países.)

A desigualdade absoluta mediana no ponto de referência foi menor para o atendimento pré-natal do que para os partos assistidos por profissionais de saúde capacitados, tanto no caso da desigualdade relacionada à situação econômica (26,3 e 53,0 pontos percentuais, respectivamente) como no caso da desigualdade urbana/rural (11,4 e 30,5 pontos percentuais, respectivamente). A mediana da cobertura nacional no ponto de referência, informada junto com a desigualdade, foi 80,5% para pelo menos uma consulta de atendimento pré-natal e 48,4% para os partos assistidos por profissionais de saúde capacitados (figura 2a).

A figura 2b mostra a redução mediana da desigualdade em 10 anos, que variou entre uma redução mínima de 19,7% para a desigualdade relacionada à situação econômica na cobertura de partos assistidos por profissionais de saúde capacitados e uma redução máxima de 49,4% da desigualdade urbana/rural na cobertura de pelo menos uma consulta de atendimento pré-natal. Os aumentos relativos da cobertura global mediana foram 8,1% para pelo menos uma consulta de atendimento pré-natal e 13,9% para os partos assistidos por profissionais de saúde capacitados, respectivamente.

CONSIDERANDO esses resultados no contexto da meta da amostra que especifica uma redução de 50%, a cobertura do atendimento pré-natal está mais próxima de alcançar as metas do que a cobertura dos partos assistidos por profissionais de saúde capacitados: em 10 anos, foi alcançada uma redução de 40% a 50% nas duas dimensões da desigualdade na cobertura de atendimento pré-natal. Um progresso considerável precisaria ser obtido na cobertura dos partos assistidos por profissionais de saúde capacitados para alcançar essa meta, uma vez que as desigualdades nesse indicador foram reduzidas entre 20% e 25% durante o período de 10 anos.

TABELA 2. Aplicação das recomendações sobre a definição de metas para o monitoramento mundial da desigualdade em saúde relacionada à situação econômica e à residência urbana/rural^a

Indicador de saúde	Desigualdade absoluta relacionada à situação econômica no ponto de referência (pontos percentuais)	Redução da desigualdade absoluta relacionada à situação econômica em 10 anos (%)	Desigualdade absoluta urbana/rural no ponto de referência (pontos percentuais)	Redução da desigualdade absoluta urbana/rural em 10 anos (%)	Cobertura geral mediana no ponto de referência (%)	Aumento mediano da cobertura em 10 anos (%)
Necessidades de planejamento familiar satisfeitas	23,0	44,0	14,7	49,5	60,9	7,6
Atendimento pré-natal (pelo menos uma consulta)	26,3	40,6	11,4	49,4	80,5	8,1
Atendimento pré-natal (pelo menos quatro consultas)	32,2	17,9	22,3	34,7	51,5	22,2
Partos assistidos por profissionais de saúde capacitados	53,0	19,7	30,5	25,5	48,4	13,9
Vacinação com DTP3	23,2	49,3	10,8	54,7	72,1	17,3
Vacinação contra o sarampo	20,8	45,2	9,9	47,8	73,9	11,7

^a Apresentam-se dados pertinentes à aplicação das metas para o monitoramento mundial da cobertura dos serviços de saúde, aplicados a seis indicadores dos serviços de saúde reprodutiva, materna e infantil em 26-31 países. A desigualdade absoluta no ponto de referência foi calculada como a diferença mediana na cobertura entre os quintis mais rico e mais pobre (quintis definidos usando índices de detenção de ativos pelas famílias) ou entre as áreas urbana e rural. A redução da desigualdade absoluta em 10 anos foi calculada como a variação mediana relativa da diferença absoluta da cobertura entre os quintis mais rico e mais pobre, ou entre as áreas urbana e rural, em um intervalo de 10 anos. A cobertura global mediana e o aumento mediano da cobertura são apresentados ao lado. Os dados coletados são de Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) e Inquéritos por Conglomerados de Múltiplos Indicadores (MICS). Como os anos das pesquisas não são os mesmos em todos os países, dados no nível nacional abrangendo intervalos de 9 a 11 anos foram extraídos das pesquisas em dois pontos no tempo entre 1993 e 2011. doi:10.1371/journal.pmed.1001727.t002

clusive formuladores de políticas e o público em geral), o monitoramento mundial da desigualdade deve ser o mais direto e coerente possível. A tecnologia de visualização pode facilitar a apresentação e a interpretação de densas bases de dados da desigualdade, pois os resultados podem ser mostrados interativamente e/ou simultaneamente em muitos países (4). Às

vezes, a comunicação clara e eficaz de múltiplas dimensões da desigualdade talvez exija uma redução da quantidade de dados apresentados. A prestação de informações sobre as desigualdades pode exigir uma negociação cuidadosa para encontrar um equilíbrio entre apresentar uma mensagem simples e compreensível, mas, ainda assim, manter um nível suficiente de riqueza e

rigor para assegurar a comunicação precisa dos resultados. Quando essa precisão é alcançada, o monitoramento das desigualdades em saúde informa, de maneira significativa, os esforços para melhorar tanto a cobertura global como o progresso orientado pela equidade rumo à cobertura universal de saúde. No caso de alguns países, investimentos significativos podem ser necessários para formar as capacidades para o monitoramento das desigualdades em saúde.

QUADRO 4. Fontes de dados

As principais fontes de dados para monitorar a desigualdade na cobertura universal de saúde são as pesquisas domiciliares e os registros dos estabelecimentos. As pesquisas domiciliares são a melhor fonte de dados disponível para o monitoramento da desigualdade nos âmbitos mundial e nacional, e costumam fornecer uma riqueza de dados sobre os dois componentes principais da cobertura universal de saúde (acesso aos serviços de saúde e proteção contra riscos financeiros), além de muitas dimensões da desigualdade (18, 37). As pesquisas domiciliares são uma fonte de informação baseada na população, contendo dados sobre uma amostra representativa da população. Os registros dos estabelecimentos abrangem dados coletados no curso de atividades administrativas e operacionais, e estão limitados às pessoas que interagem com a instituição em questão. Esses registros baseados em instituições podem fornecer dados que não estão padronizados entre os estabelecimentos e são altamente fragmentados nos países que não fizeram esforços para harmonizá-los.

A obtenção de dados fidedignos para o monitoramento das desigualdades em saúde pode constituir um desafio, sobretudo em muitos países de baixa e média renda. Os países podem reforçar as fontes de dados — e, assim, aumentar sua capacidade para monitorar essas desigualdades — por meio de esforços para: ampliar e fazer pesquisas domiciliares regulares e recorrentes, a cada dois ou três anos, se possível, em todos os países (37) e harmonizar os dados coletados por meio dos estabelecimentos usando meios como a padronização dos registros eletrônicos em todas as instituições. Além disso, a utilidade das fontes de dados poderia ser melhorada ao incorporar identificadores individuais ou de uma área limitada (como os números da seguridade social ou códigos de endereçamento postal) para permitir a conexão entre as fontes e melhorar a capacidade de desagregar os dados. Por exemplo, dados do censo sobre uma dimensão da desigualdade como a situação econômica podem ser vinculados a dados de estabelecimentos específicos sobre a cobertura dos serviços de saúde.

Conclusões

As discussões sobre a agenda de saúde mundial pós-2015, inclusive as relacionadas com a cobertura universal de saúde, constituem uma ocasião oportuna e apropriada para incorporar a prática do monitoramento das desigualdades à saúde em uma escala mundial. A promoção do monitoramento mundial da cobertura universal de saúde orientado pela equidade implica estabelecer um enfoque unificado para o monitoramento que permita comparações entre países em nível mundial (ou seja comparações entre países das desigualdades dentro de cada país). Com vistas ao futuro, garantir a precisão conceitual e técnica e, ao mesmo tempo, despertar o interesse

geral e promover sua adoção serão os principais desafios para estabelecer um protocolo para o monitoramento mundial das desigualdades em saúde.

Contribuições dos autores

ANÁLISE dos dados: AH AS NB. **Redação da primeira versão do manuscrito:** NB. **Colaboração na redação do manuscrito:** AH. **Leitura e cumprimento dos critérios da ICMJE de autoria:** AH NB TK AP NV AS JL JV. **Aceitação dos resultados e conclusões apresentados no manuscrito:** AH NB TK AP NV AS JL JV.

Conceitualização do estudo: AH, com a contribuição de TK AP NV JL JV. **Crítica, correção e observações das versões posteriores:** TK JL AP AS NV JV.

Agradecimentos. Este estudo foi apoiado, em parte, pela Fundação Rockefeller. JV, ex-Diretora Geral de Saúde da Rockefeller Foundation, contribuiu para a conceitualização do estudo, fez observações substanciais sobre o manuscrito e aprovou a versão em inglês submetida para publicação. JL contou com o apoio de uma Bolsa de Estudos do National Health and Medical Research Council (NHMRC),

da Austrália. Os pontos de vista aqui expressos são os dos seus autores e não necessariamente representam os pontos de vista nem as políticas da Organização Mundial da Saúde.

Conflitos de interesse. JV foi Diretora-Geral de Saúde da Rockefeller Foundation entre abril de 2012 e março de 2014.

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

REFERÊNCIAS

- Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Agenda para el Desarrollo Después de 2015 (2012) El futuro que queremos para todos: Informe para el Secretario General. Nova York: Organización das Nações Unidas.
- UNICEF (2010) Progreso para la infancia: lograr los Objetivos de Desarrollo para el Milenio con equidad. Nova York: UNICEF.
- Organización Mundial de la Salud (2013) Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
- World Health Organization (2013) Global Health Observatory: Health Equity Monitor. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
- World Health Organization (2014) Equity. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
- Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas para la consulta temática mundial sobre la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015 (2013) La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015. Informe de la consulta temática mundial sobre la salud.
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2014) Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. Marco de trabajo, medidas y metas. Ginebra: Organización Mundial da Saúde y Banco Mundial.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2012) Proyecto de resolución A/67/L.36. Salud mundial y política exterior. Nova York: Organización das Nações Unidas.
- Organización Mundial de la Salud (2010) Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
- Victora CG, Barros AJ, Axelson H, Bhutta ZA, Chopra M, et al. (2012) How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet* 380: 1149–1156.
- Hart JT (2004) Inverse and positive care laws. *Br J Gen Pract* 54: 890.
- Gwatkin DR, Ergo A (2011) Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet* 377: 2160–2161.
- Brearley L, Marten R, O'Connell T (2013) Universal health coverage: a commitment to close the gap. Londres: Save the Children.
- Global thematic consultation on the post-2015 development agenda: addressing inequalities. Synthesis report of global public consultation (2013). UNICEF e ONU Mulheres.
- Marmot M (2013) Universal health coverage and social determinants of health. *Lancet* 382: 1227–1228.
- Vega J, Frenz P (2013) La integración de los determinantes sociales de la salud en el marco de la vigilancia de la cobertura universal de salud. *Rev Panam Salud Pública* 34: 468–472.
- World Health Organization (2013) Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
- Commission on information and accountability for women's and children's health (2011) Keeping promises, measuring results. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
- Asamblea Mundial de la Salud (2009) Resolución WHA 62.14. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
- Meeting report: measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage (2012). Disponível em: www.worldwewant2015.org/file/279371/download/302866? Acessado em 15 de agosto de 2014.
- O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M (2008) Analyzing health equity using household survey data. Washington (DC): World Bank Publications.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (2013) World Urbanization Prospects, the 2011 Revision. Nova York: Organización das Nações Unidas.
- World Health Organization, United Nations Human Settlements Programme (2010) Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
- Van de Poel E, O'Donnell O, van Doorslaer E (2007) Are urban children really healthier? Evidence from 47 developing countries. *Soc Sci Med* 65: 1986–2003.
- Harper S, King NB, Meersman SC, Reichman ME, Breen N, et al. (2010) Implicit value judgments in the measurement of health inequalities. *Milbank Q* 88: 4–29.
- Graham H (2004) Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *J Soc Policy* 33: 115–131.
- Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martinez JM (2012) A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health* 67: 286–291.
- UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda (2013) Statistics and indicators for the post-2015 development agenda. Nova York: Organización das Nações Unidas.
- Harper S, Lynch J (2005) Methods for measuring cancer disparities: using data relevant to Healthy People 2010 cancer-related objectives. Bethesda: National Cancer Institute.
- United Nations Statistics Division (2013) Millennium Development Goals Indicators. Nova York: Organización das Nações Unidas.
- Oficina del Alto Comisionado (de las Naciones Unidas) para los Derechos

- Humanos (2012) Indicadores de derechos humanos: guía para la medición y la aplicación. Nova York: Organización das Nações Unidas.
33. El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas (STEPS) (2014). Disponível em: <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/es/>. Acessado em 15 de agosto de 2014.
34. Howe LD, Galobardes B, Matijasevich A, Gordon D, Johnston D, et al. (2012) Measuring socio-economic position for epidemiological studies in low- and middle-income countries: a methods of measurement in epidemiology paper. *Int J Epidemiol* 41: 871–886.
35. Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E (1991) On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med* 33: 545–557.
36. Hosseinpoor AR, Victora CG, Bergen N, Barros AJ, Boerma T (2011) Towards universal health coverage: the role of within-country wealth-related inequality in 28 countries in sub-Saharan Africa. *Bull World Health Organ* 89: 881–890.
37. Saksena P, Hsu J, Evans D (2014) Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med* 11: 1001701.

ABSTRACT**Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage**

Monitoring inequalities in health is fundamental to the equitable and progressive realization of universal health coverage (UHC). A successful approach to global inequality monitoring must be intuitive enough for widespread adoption, yet maintain technical credibility. This article discusses methodological considerations for equity-oriented monitoring of UHC, and proposes recommendations for monitoring and target setting. Inequality is multidimensional, such that the extent of inequality may vary considerably across different dimensions such as economic status, education, sex, and urban/rural residence. Hence, global monitoring should include complementary dimensions of inequality (such as economic status and urban/rural residence) as well as sex. For a given dimension of inequality, subgroups for monitoring must be formulated taking into consideration applicability of the criteria across countries and subgroup heterogeneity. For economic-related inequality, we recommend forming subgroups as quintiles, and for urban/rural inequality we recommend a binary categorization. Inequality spans populations, thus appropriate approaches to monitoring should be based on comparisons between two subgroups (gap approach) or across multiple subgroups (whole spectrum approach). When measuring inequality absolute and relative measures should be reported together, along with disaggregated data; inequality should be reported alongside the national average. We recommend targets based on proportional reductions in absolute inequality across populations. Building capacity for health inequality monitoring is timely, relevant, and important. The development of high-quality health information systems, including data collection, analysis, interpretation, and reporting practices that are linked to review and evaluation cycles across health systems, will enable effective global and national health inequality monitoring. These actions will support equity-oriented progressive realization of UHC.