

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

YANICK ADOLFO LEAL CORREIA SILVA

**DESIGUALDADES NA COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS DE 12 A 23
MESES DE IDADE NA GUINÉ-BISSAU EM 2006 E 2014**

PORTO ALEGRE-RS
2019

YANICK ADOLFO LEAL CORREIA SILVA

**DESIGUALDADES NA COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS DE 12 A 23
MESES DE IDADE NA GUINÉ-BISSAU EM 2006 E 2014**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: **Prof^a Dra. Camila Giugliani**

Porto Alegre-RS

2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço á Deus pela vida e saúde, agradeço a minha querida orientadora, professora Dra. Camila Giugliani, pela atenção, dedicação, paciência e pelos ensinamentos durante este percurso. És uma pessoa espetacular.

Também gostaria de agradecer o pessoal do Centro Internacional de Equidade de Pelotas, em especial ao Professor Fernando Wehrmeister e á Bianca Cata Preta pelo apoio e colaboração.

Ainda agradeço a minha tia (considero mãe) Maria Filomena Martins Leal, ao meu pai Adolfo Correia Silva, e de maneira especial á melhor esposa do mundo Benvinda Route Lamba Leal Silva, minha companheira de todos os momentos, e aquela que sempre me motiva, fazendo acreditar é possível; á minha princesa Adelina Yawinda Leal Lamba Leal Silva, minha alegria e a razão de enfrentar os novos desafios de cada dia.

Ao meu mano Francklin Butler ,aos meus irmãos, irmãs, tios, primos, a todos colegas e amigos que duma forma direta ou indiretamente contribuíram para este momento, esta vitória também é vossa. Meu muito obrigado também ao professor Dr. Marcelo Z. Goldani, á Ciliana , Monique, Carol.

Agradeço a coordenação do Curso e aos professores.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	12
3. JUSTIFICATIVA.....	13
4. OBJETIVOS.....	16
4.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	16
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
5. METODOLOGIA.....	17
6. RESULTADOS.....	21
7. DISCUSSÃO.....	30
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
9. REFERÊNCIAS.....	37

ABREVIATURAS E SIGLAS

AF- Agregado Familiar

BCG- Bacilo Calmette-Guérin

CVC- cobertura vacinal completa

CIX - Índice de concentração (*Concentration Index* -)

DR- Distritos de Recenseamento

DPT Difteria Tosse Convulsa e Tétano

GVAP - Plano de Ação Global das Vacinas

MICS Multiple Indicator Cluster Surveys

ODM Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

OMS Organização Mundial de Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

PAV Plano Alargado de Vacinação

SII- Índice absoluto de desigualdade (*Slope Index of Inequality*)

SAB Sector Autónomo de Bissau

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIGME - Grupo de Interagências das Nações Unidas para Estimativas de mortalidade infantil

RESUMO

Introdução: A melhoria do bem-estar de uma população, que é o principal objetivo de um processo de desenvolvimento, pressupõe a identificação e a determinação correta das suas necessidades. A vacinação é uma das medidas mais efetivas para prevenir mortes e doenças evitáveis e pode ser considerada uma das estratégias mais importantes no nível mundial para redução da mortalidade infantil, indicador que traduz o nível de desenvolvimento de uma nação. As desigualdades de acesso às vacinas são uma barreira para a sua universalização, devendo, por isso, ser constantemente monitoradas. **Objetivo:** Analisar a cobertura vacinal em crianças menores de 12 e 23 meses de idade na Guiné-Bissau, estratificada por nível de riqueza, área de moradia, região geográfica e sexo da criança, em 2006 e 2014. **Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo transversal, a partir da base de dados do Centro Internacional de Equidade em Saúde (*International Center for Equity in Health*), situado em Pelotas, Rio Grande do Sul. Foi conduzido um estudo de prevalências e análise da evolução temporal com dados oriundos de inquéritos do tipo *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS), desenvolvidos pelo UNICEF desde os anos 90. As prevalências de cobertura vacinal completa (CVC) foram estimadas, com seus respectivos intervalos de confiança, em cada ponto no tempo, considerando as ponderações necessárias em relação ao delineamento dos inquéritos, assim incluindo efeito de conglomerado, para permitir a geração de estimativas representativas da população nacional. A seguir, as prevalências de cobertura vacinal foram analisadas de forma estratificada, segundo sexo da criança, área de moradia e níveis de riqueza da população, também em cada ponto no tempo. Para a análise por quintis de riqueza, foram calculados os índices compostos *Slope Index of Inequality* (SII) e *Concentration Index* (CIX). As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico Stata (*versão 15*). **Resultados:** De 2006 a 2014, houve um aumento na CVC em nível nacional de 51,1% para 69,5%. Quanto ao sexo da criança, existe uma diferença percentual insignificante entre 2006 e 2014, com discreta predominância do sexo feminino. No que diz respeito à área de residência, houve aumento da cobertura vacinal e diminuição da diferença urbano-rural em pontos percentuais, muito embora ainda persista uma diferença de 3,5 pontos percentuais em 2014, favorável à população da área urbana. Em relação ao nível de riqueza, nota-se maior cobertura entre os mais ricos, no entanto o aumento da cobertura foi maior entre os mais pobres, o que explica uma diminuição da desigualdade de 2006 a 2014, expressa pela diminuição do SII de 24,3 para 11,1. **Conclusões:** Este estudo revelou a persistência de desigualdades no acesso à vacinação relacionadas ao nível de riqueza e à área de residência, apesar de importantes avanços na cobertura e da redução da magnitude das desigualdades ao longo do período estudado. Assim, certos grupos populacionais, nomeadamente os habitantes da zona rural e os do quintil mais pobre, em 2014, ainda estavam sem acesso a uma ação tão básica de saúde quanto a imunização. Estudos como este, que podem ser reproduzidos utilizando dados de outros países, são fundamentais como subsídio para elaborar e implementar políticas e ações de saúde voltadas para toda a população sob a ótica da equidade.

Palavras-chave: Imunização; Cobertura Vacinal; Desigualdade em Saúde; Equidade em Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A melhoria do bem-estar de uma população, que é o principal objetivo de um processo de desenvolvimento, pressupõe a identificação e a determinação correta das suas necessidades. A vacinação é uma das medidas mais efetivas para prevenir mortes e doenças evitáveis e pode ser considerada uma das estratégias mais importantes no nível mundial para redução da mortalidade infantil, indicador que traduz o nível de desenvolvimento de uma nação. Além disso, a vacinação deve ser entendida como um direito e um dever dos cidadãos, os quais devem participar ativamente na decisão de se vacinarem, com a consciência de que estão protegendo não só a sua saúde, mas também a saúde pública.

Melhorar os resultados de saúde nos países mais pobres do mundo por meio do aumento do número e da qualidade dos serviços e ações de saúde, bem como criar consciência pública sobre questões de saúde nos países em desenvolvimento, são aspectos que têm dominado o discurso político da Organização Mundial da Saúde desde a década de 1970 (WHO, 2016). Segundo o plano de ação mundial sobre vacinas (2011-2020), nos últimos 10 anos aconteceram importantes progressos no que diz respeito ao desenvolvimento e à expansão de novas vacinas e programas de imunização. Graças a essa e a outras medidas de prevenção e de desenvolvimento, tais como a higienização das mãos, o melhor acesso à água e à educação, as mortes de crianças menores cinco anos diminuíram consideravelmente, passando de 9,6 milhões em 2000 a 7,6 milhões em 2010, apesar do aumento do número de nascimentos (OMS, 2013).

A problemática da imunização continua sendo uma preocupação para muitos pesquisadores e governos no mundo todo. Isso porque a cobertura vacinal é um indicador que propicia a identificação e o monitoramento de grupos populacionais suscetíveis, além de informar sobre a situação da saúde infantil e da atuação dos serviços de saúde, servindo assim de meio para subsidiar o planejamento e a reestruturação de ações preventivas (MIRANDA et al., 1995).

Ainda persistem alguns hábitos que direta ou indiretamente influenciam a população na aderência às vacinações. Nos países em desenvolvimento, os fatores que interferem na cobertura vacinal incluem: falta de políticas de imunização, estrutura da distribuição de vacinas, conhecimento da população sobre as vacinas,

características familiares, falta de informação, comunicação, condições socioeconômicas, idade e escolaridade maternas, residência em área rural, acessibilidade, dentre outros fatores (OLIVEIRA, M.F.S.; Martinez, E. Z.; ROCHA, J. S. Y.,2014). No entanto sabe-se que o declínio das taxas de mortalidade infantil em países em desenvolvimento se deve, em grande parte, ao papel dos serviços e das medidas de saúde pública (CALDEIRA, A.P.; FRANÇA, E.; GOULART,E.A.M, 2002).

Em setembro de 2000, a Cúpula do Milênio reuniu, na sede das Nações Unidas, em Nova Iorque, o maior número de dirigentes mundiais da história da humanidade. Nessa data de importância crucial, representantes de 189 países-membros das Nações Unidas juntaram-se para refletir a propósito do destino comum da humanidade. A Declaração do Milênio (NAÇÕES UNIDAS, 2016) consiste em uma série de prioridades coletivas para paz e segurança, luta contra a pobreza, meio ambiente e direitos humanos. São medidas imprescindíveis para o progresso da humanidade, bem como para a sobrevivência imediata de parte importante da população mundial. Nessa reunião, os líderes mundiais também concordaram que o desenvolvimento humano é fundamental para o progresso social e econômico sustentáveis em todos os países, e que, por isso, contribuem para a segurança global. Todos os países estavam interconectados de maneira mais ampla e profunda do que em qualquer outra época da história, e a aceleração do processo de globalização prometia um crescimento mais rápido, assim como a melhoria das condições de vida e o aparecimento de novas oportunidades.

Em 2015, na sequência dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que haviam sido firmados em 2000, os líderes mundiais concordaram com um novo plano de desenvolvimento, resumidos em um conjunto de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Segundo as Nações Unidas, expandir o acesso à imunização é crucial para alcançar os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (NAÇÕES UNIDAS, 2016), portanto o investimento em vacinação é fundamental para promover o desenvolvimento humano e o bem-estar da população.

Em 2010, durante o Fórum Econômico Mundial, foi lançado o esforço mundial conhecido como Década das Vacinas (*Decade of Vaccines Collaboration*), que promoveu a ideia de fixar-se um valor único para as vacinas, no intuito de estender os benefícios da imunização para todos até 2020, tendo sido apoiado por muitas

partes interessadas. Em 2012, os 194 estados membros da OMS endossaram o Plano de Ação Global das Vacinas (GVAP – *Global Vaccine Action Plan*) na 65ª Assembleia Mundial de Saúde (OMS, 2013). Esse plano, cujo ponto de partida são os resultados obtidos com a estratégia mundial de imunização para 2006-2015, tem como objetivo melhorar o acesso às vacinas em todas as regiões do mundo e, assim, prevenir milhões de mortes até 2020. O documento fornece uma análise cuidadosa do progresso e dos desafios, e indica que, embora haja pontos muito positivos nos esforços globais de imunização, o quadro geral é preocupante.

Globalmente, houve uma redução de mortalidade infantil nas últimas duas décadas (1990-2007), mas ainda persistem marcantes desigualdades entre os países. De acordo com o relatório da UNICEF, publicado em 2018, em parceria com o Grupo de Interagências das Nações Unidas para Estimativas de mortalidade infantil (UNIGME), a África Subsaariana, apesar dos progressos já alcançados, continua sendo a região com a mais alta taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos do mundo, com 76 mortes por 1000 nascidos vivos. Em contraste, o mesmo indicador para a região da Europa e da América do Norte é de apenas seis mortes por 1000 nascidos vivos. (UNIGME, 2018). Assim, fica evidente que existem grandes desigualdades em saúde no mundo.

A abordagem dos determinantes sociais da saúde identifica a distribuição da saúde medida pelo espectro das desigualdades como um importante indicador não só do nível de igualdade e justiça social existente numa sociedade, como também do seu funcionamento como um todo. As desigualdades em saúde funcionam, portanto, como indicadores claros do sucesso e da coerência interna do conjunto de políticas de uma sociedade visando ao bem-estar da população. Os sistemas de saúde que reduzem as desigualdades, oferecendo melhor desempenho e, assim, melhorando rapidamente as condições de saúde dos grupos populacionais mais vulneráveis, acabarão por oferecer um desempenho mais eficiente para todos os estratos sociais (CARVALHO, AI, 2013).

Dada a importância que as vacinas têm na prevenção de doenças, e conseqüentemente na mortalidade infantil, convém reforçar a necessidade de a cobertura vacinal ser mais equitativa e acessível nos países em desenvolvimento, uma vez que o maior número de mortes de crianças menores de cinco anos

acontece nessas regiões. Nos países desenvolvidos, a cobertura vacinal é maior em comparação aos países em desenvolvimento. Por exemplo, na Guiné-Bissau a cobertura de vacinação de DPT (DPT3) em 2017 foi de 87%, diferente da Austrália, que atingiu os 95% (WHO, 2017). Em 2017, foram vacinadas globalmente cerca de 123 milhões de crianças, mas 20 milhões ainda não receberam imunização completa. E dentre essas, 8 milhões ainda estão em situação vulnerável ou vivendo em situações de conflito. Além disso, uma parcela dessas crianças pertence aos países de renda média, onde existem grandes desigualdades e marginalização de certos grupos populacionais, sobretudo nas áreas urbanas .

A Guiné-Bissau é um país da África Ocidental, que faz fronteira com o Senegal ao norte, com a Guiné-Conacri ao sul e ao leste, e com o Oceano Atlântico a Oeste (Figura 1). O território guineense abrange 36.125 quilômetros quadrados e possui uma população de 1,8 milhão de habitantes. Para além do território continental, o país inclui ainda cerca de 88 ilhas, que constituem o arquipélago dos Bijagós. Situada aproximadamente a meia distância entre o Equador e o Trópico de Câncer, a Guiné-Bissau tem clima tropical, caracteristicamente quente e úmido. Antiga colônia de Portugal, desde o século XV até a independência, em 1974, era também conhecida como Guiné-Portuguesa. O país tem vivido situações de instabilidades políticas e institucionais. O poder é legalmente exercido através de um sistema de democracia multipartidária, semipresidencialista, com um Presidente eleito para um mandato de cinco anos e uma Assembleia Nacional Popular eleita por quatro anos.

A Guiné-Bissau faz parte dos países da África Subsaariana, que são países situados no sul do deserto de Saara, que antigamente era conhecida como África negra. Esta região é uma das regiões do mundo que apresenta os piores indicadores socioeconômicos do mundo. E isto se deve á inúmeros fatores como a falta de assistência médica de qualidade, falta de saneamento adequado, conflitos armados, e entre outros, que de uma forma direta ou indiretamente interfere no processo de desenvolvimento de uma nação.

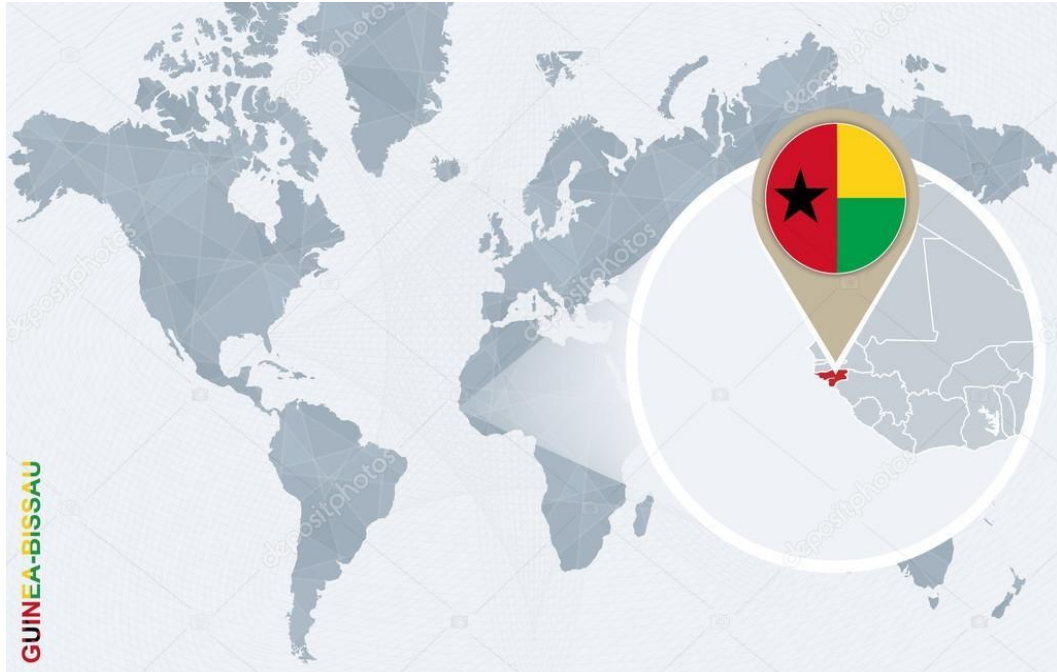


Figura 1: Mapa mundi com Guiné-Bissau em destaque (Fonte: br.depositphotos.com) Acesso em Jan.2019

De modo geral, o perfil de saúde é caracterizado por acentuadas assimetrias regionais nos indicadores de saúde da população e na infraestrutura de prestação de cuidados existentes.

Segundo dados da OMS em 2015, na Guiné-Bissau, a taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade era de 90 por 1000 nascidos vivos, a taxa de mortalidade infantil era de 59 por 1000 nascidos vivos, a taxa de mortalidade neonatal era de 39 por 1000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade materna era de 549 por 100 mil nascidos. (WHO,2016). Comparando a taxa de mortalidade infantil da Guiné-Bissau com outros países lusófonos (Cabo-verde 21,9; Portugal 4,3; Brasil 17,5; São Tomé e Príncipe 45,3), tem-se uma visão clara de que é preciso melhorar a situação de saúde materno-infantil no país, dando ênfase aos serviços de cuidados básicos e de prevenção em saúde.

Dentro de um país, é importante conhecer a distribuição de um determinado indicador de saúde, considerando diferentes estratos da população, para que se possa visualizar o cenário de desigualdades e identificar onde estão as maiores necessidades e lacunas para as ações de saúde pública. Isso se aplica para a cobertura vacinal, ou seja, entender a sua distribuição conforme determinadas características da população, ajudará no direcionamento de estratégias de saúde pública para os grupos populacionais mais desfavorecidos e, em uma perspectiva

mais ampla, contribuirá para o entendimento de que a redução de desigualdades é necessária para o desenvolvimento de uma nação.

2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Diante do cenário acima descrito, a seguinte pergunta de pesquisa se impõe: Quão desigual é a distribuição da cobertura vacinal em crianças na Guiné-Bissau?

A pobreza é o grande determinante da realidade sanitária no país. As vacinas não só previnem o sofrimento e a morte associados às doenças infecciosas, como pneumonia, diarreia, coqueluche, sarampo e poliomielite, mas também ajudam a conquistar progressos na educação e no desenvolvimento geral da nação. A saúde é um fator chave para um amplo espectro de metas da sociedade.

O problema da desigualdade no acesso às ações de saúde é um entrave para conquistar as metas de bem-estar na sociedade, pois gera iniquidade e, por consequência, impede a universalização dos cuidados de saúde. Considerando a importância das vacinas para a saúde pública, a existência de desigualdades no acesso às mesmas representa uma barreira para melhorar a saúde de determinadas populações e deve ser abordada com a devida importância para que estratégias apropriadas sejam direcionadas aos povos que mais precisam e assim se atinja a meta da universalização.

3. JUSTIFICATIVA

A vacinação é uma das medidas mais importantes na prevenção das doenças. Ela não só protege os que recebem a vacina, mas também protege a comunidade como um todo de doenças infectocontagiosas. Assim, se amplamente aplicada, tem importante impacto na redução da mortalidade infantil e na melhora da qualidade de vida da população.

Nos países em desenvolvimento, grupo que inclui a maioria dos países africanos, ainda persistem altos níveis de mortalidade infantil. Sabe-se que fatores socioeconômicos influenciam significativamente nesse cenário. O nível de escolaridade da mãe, por exemplo, dá condições à mulher no sentido de buscar informações e compreendê-las, inclusive aquelas relativas à imunização das suas crianças, além de poder prevenir, reconhecer e providenciar o tratamento de doenças em tempo hábil, melhorando assim os indicadores que interferem nos resultados gerais ligados à saúde infantil (OLIVEIRA, M.F.S; Martinez, E.Z.; Rocha, J.S.Y., 2014).

Sabe-se que as desigualdades em saúde têm impacto no nível de saúde e bem-estar de uma população. Ainda, existem estudos que apontam que o local de residência (urbano ou rural) e aspectos demográficos como a idade da mulher, por exemplo, afetam indiretamente a mortalidade infantil, principalmente pela determinação do acesso a serviços de atenção à saúde. Na área urbana, as famílias têm maior probabilidade de encontrar meio de locomoção até os serviços de saúde, e geralmente têm melhores condições financeiras para custear despesas com saúde, assim como têm mais oportunidade de receber informações sobre as campanhas vacinas (Miranda AS, et al., 1995).

Tradicionalmente, políticas públicas de investigação epidemiológica na área da saúde têm sido desvalorizadas nos países africanos, principalmente na África subsaariana, devido à falta de estrutura, de recursos humanos, de não continuidade no monitoramento dos dados e pela constante instabilidade política na maioria dos países, algo que impede o seguimento e o oferecimento de níveis adequados de cuidados e de programas de imunização regulares e controlados para as populações.

A proporção de profissionais da saúde por população nesses países é muito baixa, em comparação com os países desenvolvidos. Na Guiné-Bissau, por exemplo, o número de profissionais por 1000 habitantes é 0,07(CIA World Factbook, 2009),. Os investimentos com a saúde, de igual modo, são muito baixos: os gastos com saúde equivalem a 5,5 % do orçamento geral. O subdesenvolvimento e a pobreza generalizada tornam as comunidades vulneráveis em todos os determinantes importantes de doenças. Assim, todas essas questões acabam por impedir o atendimento às necessidades da população. As comunidades das áreas rurais e periurbanas têm acesso, quando têm, apenas a tratamentos de emergência, seja por escassez de prestação de cuidados de saúde, de falta de informação ou de dificuldade de acesso.

Ao contrário do que acontece nos países desenvolvidos, não existe na Guiné-Bissau uma política consistente e contínua para redução da mortalidade infantil baseada na imunização das crianças. A pesquisa em matéria de saúde é uma atividade que está ainda numa fase embrionária e existem poucos dados e estatísticos disponíveis sobre a saúde (PNDS, 2008), por isso, não há dados suficientes para analisar os índices de cobertura vacinal em crianças, sobretudo na faixa etária mais vulnerável, naquelas menores de dois anos, conforme sua distribuição nos diferentes estratos populacionais, como por nível de riqueza por exemplo. Tampouco se tem uma análise das tendências temporais deste indicador segundo os últimos inquéritos disponíveis.

Mediante esta situação, fica clara a necessidade de se obter dados concretos sobre a situação dos programas de vacinação no nível nacional, de modo que possibilitem o conhecimento da realidade e o planejamento de ações efetivas para a diminuição das desigualdades e para melhorar o acesso às vacinas para toda a população, independentemente do seu local de moradia e do seu nível socioeconômico.

Na Guiné-Bissau, há muito a se fazer em relação à prevenção e promoção da saúde, pois a grande maioria das recomendações da OMS ainda são objetivos para o futuro. Em um cenário com graves problemas de saúde pública, os programas de imunização são falhos e a distribuição de suas ações é desigual nas populações. Na Guiné-Bissau, as vacinas são doadas, não se tem uma produção local que leve

em consideração o tamanho da população e suas singularidades, dependendo quase que exclusivamente de programas de outros países ou de ONGs internacionais. A necessidade de melhorar a cobertura vacinal, sobretudo nas crianças menores de dois anos e nas populações de baixa renda, constitui uma preocupação individual para mim, no sentido de poder contribuir para a redução da mortalidade infantil no meu país, sobretudo nos grupos mais vulneráveis. Levando em consideração a importância inquestionável das vacinas na prevenção de doenças, entendo a necessidade de uma maior produção científica para um melhor entendimento da real situação, justificando-se a realização deste estudo.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a cobertura vacinal em crianças de 12 a 23 meses de idade na Guiné-Bissau, estratificada por nível de riqueza, área de moradia, região geográfica e sexo da criança, em 2006 e 2014.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as taxas de cobertura vacinal na Guiné-Bissau em 2006 e 2014;
- Analisar as desigualdades existentes nos indicadores de cobertura vacinal quanto ao nível de riqueza, área de moradia, região geográfica e sexo da criança; e
- Refletir sobre o impacto das desigualdades socioeconômicas no estado de saúde da população, especialmente a mais vulnerável.

5. METODOLOGIA

Este estudo foi realizado a partir da base de dados do Centro Internacional de Equidade em Saúde (*International Center for Equity in Health*—www.equidade.org), situado em Pelotas, Rio Grande do Sul.

Foi conduzido um estudo de prevalências e análise da evolução temporal com dados oriundos de inquéritos do tipo *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS), desenvolvidos pelo UNICEF nos anos 90 para recolher dados internacionalmente comparáveis e construir uma vasta gama de indicadores sobre a situação das crianças e das mulheres. O inquérito do MICS mede indicadores chaves que permitem aos países dispor de dados para utilização em políticas e programas e monitorizar os progressos no contexto dos ODS e de outros compromissos internacionais firmados. Os MICS apresentam dados de pesquisas domiciliares transversais, de representatividade nacional, e são geralmente realizados a cada cinco anos (UNICEF,2016).

Na Guiné-Bissau, até o momento, foram realizados cinco inquéritos MICS, o sexto está em andamento. Para este estudo, foram utilizados os dados dos MICS de 2006 (MICS 3) e 2014 (MICS 5). Por haver somente dois inquéritos disponíveis para análise, não foi possível analisar tendência temporal. No MICS 5, o levantamento de dados foi feito entre os meses de março e julho de 2014 a partir de entrevistas com 6820 agregados familiares (AF), distribuídos equitativamente entre as nove regiões de estudo no país, a saber: Tombali, Quinara, Gabu, Bafatá, Oio, Biombo, Cacheu e Bolama/Bijagós, com 720 AF cada, e o Setor Autônomo de Bissau (SAB) com 1080 AF.

Os meios urbano e rural, dentro de cada região, foram identificados como principais estratos de amostragem, e a amostra foi selecionada em duas fases. Dentro de cada estrato, um número específico de Distritos de Recenseamento (DR) foi selecionado sistematicamente com probabilidade proporcional ao tamanho. Depois de uma listagem de AF feita nos DR selecionados, uma amostra sistemática de 20 AF foi extraída de cada DR da amostra. Um DR selecionado não foi visitado por falta de acesso devido à época chuvosa durante o período de atualização cartográfica. A amostra foi estratificada por região e meios urbano e rural.

A seleção dos AF ocorreu de forma aleatória, para assegurar que todos os AF no nível dos setores tivessem a mesma probabilidade de serem selecionados.

Dentro de cada AF, foram selecionadas todas as mulheres com idade entre 15 e 49 anos para o preenchimento do questionário da mulher, e todas as crianças menores de cinco anos.

As informações sobre a cobertura da vacinação foram recolhidas para todas as crianças com menos de três anos de idade, em que os entrevistadores pediam a todas as mães ou cuidadoras que mostrassem o cartão de vacinação. As informações disponíveis no cartão eram copiadas por entrevistadores para o questionário, e quando não havia informação disponível, os entrevistadores perguntavam à mãe se a criança tinha tomado cada uma das vacinas (Pólio, DPT, BCG, Sarampo) e quantas doses tinha tomado. Assim, as estimativas finais da cobertura de vacinação se baseiam em informações obtidas por meio do cartão de vacinação e da informação dada pela mãe/cuidadora sobre as vacinas que a criança tomou.

De acordo com as diretrizes do UNICEF e da OMS, uma criança deve receber: uma vacina BCG para se proteger da tuberculose, três doses de DPT contra difteria, coqueluche e tétano, três doses da vacina contra a poliomielite e uma primeira dose da vacina contra o sarampo antes do seu primeiro aniversário. Em relação ao sarampo, dependendo da epidemiologia da doença num determinado país, a primeira dose da vacina pode ser recomendada aos 12 meses ou mais tarde.

O plano de vacinação seguido pelo Programa Nacional de Vacinação da Guiné-Bissau prevê todas as vacinas supracitadas, bem como uma dose ao nascer da vacina contra hepatite B, três doses subsequentes da vacina contra a hepatite B, três doses da vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), três doses de vacina pneumocócica conjugada, duas ou três doses de vacinas contra o rotavírus (dependendo da vacina utilizada) e uma dose de vacina contra a febre amarela. Todas as vacinas devem ser tomadas durante o primeiro ano de vida, exceto a do sarampo, que é aplicada aos 12 meses. Tendo em conta este plano de vacinação, as estimativas para cobertura total da imunização do MICS 5 da Guiné-Bissau baseiam-se em crianças de 12-23 e de 24-35 meses. Neste estudo, a população analisada são as crianças da faixa de 12 a 23 meses apenas.

O indicador Cobertura de Vacinação Completa (CVC) é composto por: uma dose de BCG, três doses de DPT (DPT3), três doses de Polio (Polio3) e uma dose de sarampo. As prevalências de cobertura vacinal foram estimadas, com seus respectivos intervalos de confiança, em cada ponto no tempo, considerando as

ponderações necessárias em relação ao delineamento dos inquiridos, assim incluindo efeito de conglomerado, para permitir a geração de estimativas representativas da população nacional. A seguir, as prevalências de cobertura vacinal foram analisadas de forma estratificada segundo sexo da criança, área de residência e níveis de riqueza da população, também em cada ponto no tempo. As análises segundo níveis de riqueza, por conter vários estratos, foram realizadas utilizando o pacote estatístico Stata (versão 15). A evolução temporal das prevalências será demonstrada em gráficos elaborados utilizando o software Excel do Microsoft Office 2010.

Os quintis de riqueza foram calculados a partir de informações sobre posse de bens e características do domicílio por meio da Análise de Componentes Principais (BARROS, A.J.; VICTORA, C.G.,2013). Os escores foram divididos em quintis, sendo que o primeiro quintil (Q1) representa os 20% que se encontram no extremo da distribuição com piores condições socioeconômicas, isto é, os 20% mais pobres e, de maneira semelhante, o quinto quintil (Q5) representa os 20% no outro extremo da distribuição, ou seja, os mais ricos.

Foram calculadas medidas de desigualdade absolutas e relativas para cada estratificador (sexo da criança, área de moradia e quintis de riqueza). A desigualdade absoluta foi calculada subtraindo-se a cobertura vacinal de grupos extremos, por exemplo: cobertura vacinal no sexo feminino – cobertura vacinal no sexo masculino. A desigualdade relativa foi calculada pela razão da cobertura vacinal entre os mesmos grupos, por exemplo cobertura vacinal no sexo feminino/cobertura vacinal do no sexo masculino.

Além disso, foram calculadas duas medidas complexas: o índice absoluto de desigualdade (*Slope Index of Inequality-SII*) e o índice de concentração (*Concentration Index - CIX*). O SII foi calculado por meio de um modelo de regressão logística que pega o logaritmo natural das probabilidades dos quintis de riqueza para criar um critério contínuo no qual a regressão linear é conduzida (RESTREPO-MENDEZ MC et al,2015). Essa abordagem permite o cálculo da diferença em pontos percentuais entre os valores ajustados da cobertura vacinal para o topo e a base da distribuição de riqueza. Ele varia de -100 a +100, onde valores próximos de zero são esperados na ausência de desigualdade (SILVA,I.C.M., 2018). Valores positivos significam que a cobertura vacinal é mais frequente no grupo Q5, enquanto valores negativos refletem uma cobertura vacinal mais prevalente no grupo Q1.

De maneira similar ao índice de Gini, o CIX é calculado plotando-se no eixo x os quintis de riqueza e no y a cobertura de vacinação na população. Seu valor representa duas vezes a área entre a linha diagonal da igualdade (45°) e a curva expressa pela cobertura vacinal observada na população (RESTREPO-MENDEZ,2015;SILVA,2018). O CIX assume valores de -1 a +1, onde valores positivos refletem uma desigualdade em favor do grupo mais rico e valores negativos representam uma desigualdade em favor do grupo mais pobre.

Todas as análises se basearam em dados secundários de inquéritos nacionais, todos disponíveis publicamente e sem identificação dos participantes. Dessa forma, não foi necessária submissão a comitê de ética em pesquisa. A aprovação ética dos inquéritos foi responsabilidade das instituições envolvidas na sua administração.

6. RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a Cobertura de Vacinação Completa (CVC) bruta e estratificada segundo sexo da criança, área de residência e quintil de riqueza, bem como as medidas absolutas e relativas de desigualdades. Podemos observar que, de 2006 a 2014, houve um aumento na percentagem de CVC em nível nacional, de 51,1% para 69,5%. Em relação ao sexo da criança, verificou-se que existe uma diferença percentual insignificante em 2006 e 2014, com discreta predominância do sexo feminino. No entanto, no que diz respeito à área de residência, houve aumento da cobertura vacinal e diminuição da diferença urbano-rural em pontos percentuais, muito embora ainda persista uma diferença de 3,5 pontos percentuais em 2014, favorável à população da área urbana. Em relação aos níveis de riqueza, nota-se maior cobertura entre os mais ricos, no entanto o aumento da cobertura foi maior entre os mais pobres, o que explica uma diminuição da desigualdade em 2006 e 2014, expressa pela diminuição do SII de 24,3 para 11,1.

Na Figura 1, é possível visualizar o aumento ao longo do tempo da CVC, bruto e em cada estrato, e, na Figura 2, observa-se claramente que os maiores aumentos ocorrem nas coberturas das vacinas DPT e Pólio. Por esse motivo, essas duas vacinas foram exploradas com maior detalhe, e os dados são demonstrados nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 1 - Cobertura de vacinação completa* em crianças de 12 a 23 meses estratificada segundo sexo, área de residência e quintis de riqueza, e medidas absolutas e relativas de desigualdades, Guiné-Bissau, 2006 e 2014.

	Imunização completa*					
	2006			2014		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Nacional	1232,5	51,1	46,7; 55,4	1603,4	69,5	65,4; 73,3
Sexo						
Feminino	608,2	51,1	45,7;65,4	783,0	69,7	63,5;75,3
Masculino	624,2	51,0	45,7;56,3	820,5	69,3	64,9;73,3
Diferença fem-masc (p.p.)		0,1			0,4	
Razão feminino/masculino		1,0			1,0	
Área						
Urbano	360,9	59,0	51,7;65,8	611,7	71,7	63,7;78,5
Rural	871,5	47,8	42,4;53,2	991,7	68,2	63,4;72,6
Diferença urbano-rural (p.p.)		11,2			3,5	
Razão urbano/rural		1,2			1,1	
Quintis de riqueza						
Q1 (20% mais pobres)	268,2	40,7	34,1;47,8	364,9	61,1	54,6;67,1
Q2	291,1	51,2	43,5;58,9	355,6	73,2	66,8;78,8
Q3	260,5	47,5	39,9;55,2	350,9	73,0	66,0;79,0
Q4	232,8	54,2	46,0;62,1	315,0	66,1	54,2;76,3
Q5 (20% mais ricos)	179,8	67,3	58,0;75,4	217,0	76,8	67,6;84,1
Diferença Q5-Q1 (p.p.)		26,6			15,7	
Razão Q5/Q1		1,7			1,3	
CIX (erro-padrão)		7,9 (2,1)			2,8 (1,5)	
SII (erro-padrão)		24,3 (6,0)			11,1 (6,7)	

* Considerado vacinação completa uma dose de BCG, uma dose de sarampo, três doses de DPT e três doses de Pólio.

Figura 1 – Aumento na cobertura vacinal completa em crianças de 12 a 23 meses em 2014 com relação a 2006 na Guiné-Bissau, segundo sexo, área de residência e quintis de riqueza.

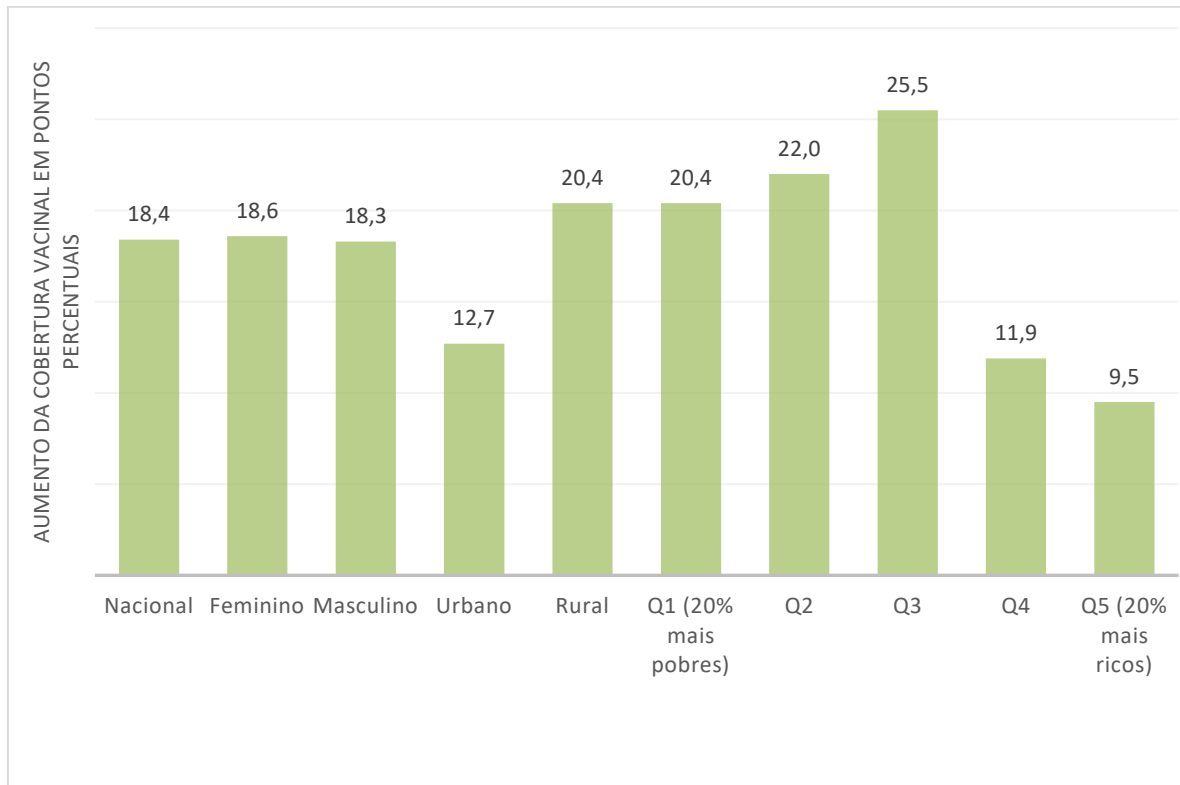
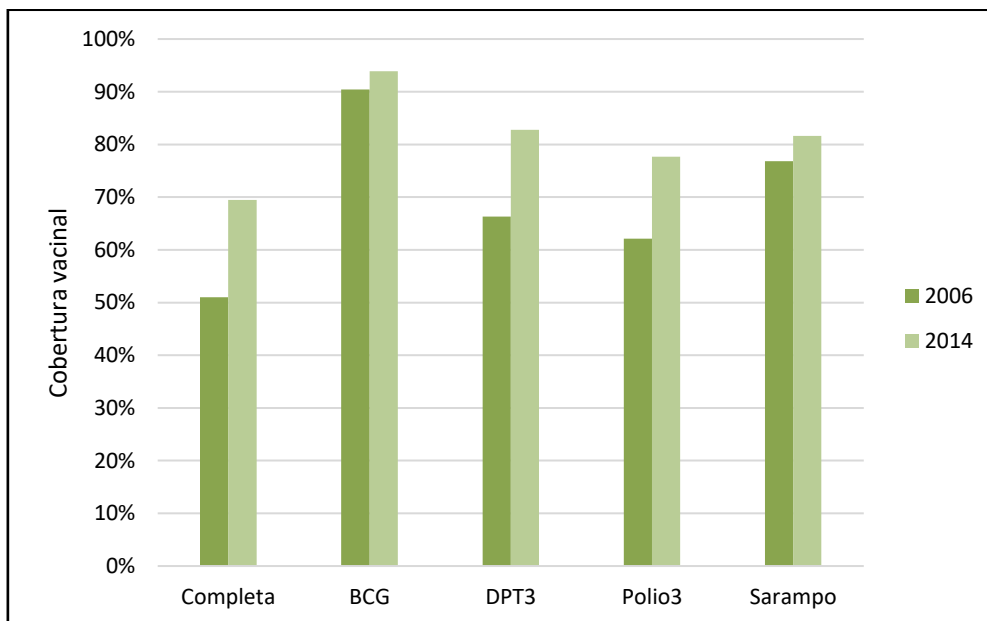


Figura 2 – Cobertura vacinal completa (BCG, DPT, Pólio e Sarampo) em crianças de 12 a 23 meses em 2014 com relação a 2006 na Guiné-Bissau.



Na Tabela 2, constata-se o aumento da cobertura da vacina DPT3, de 66,3% para 82,8% no período estudado. Nota-se também uma redução na diferença urbano-rural, mas a população da área rural continua com uma desvantagem de 7,6 pontos percentuais. Em relação aos quintis de riqueza, percebe-se redução da desigualdade, expressa no decréscimo dos índices SII e CIX nos anos 2006 e 2014, mas a população mais pobre continua com cobertura de DPT3 bem menor que a população mais rica, conforme o SII de 2014, equivalente a 16,2 pontos percentuais.

Tabela 2 – Cobertura de DPT3* em crianças de 12 a 23 meses estratificada segundo sexo, área de residência e quintis de riqueza, e medidas absolutas e relativas de desigualdades, Guiné-Bissau, 2006 e 2014.

	DPT3*			
	2006		2014	
	%	IC95%	%	IC95%
Nacional	66,3	62,2;70,3	82,8	79,9;85,4
Sexo				
Feminino	66,0	60,8;70,9	82,8	78,9;86,1
Masculino	66,6	61,4;71,5	82,9	79,2;86,0
Diferença fem-masc (p.p.)	-0,6		-0,1	
Razão feminino/masculino	1,0		1,0	
Área				
Urbano	73,5	67,2;78,9	87,5	83,2;90,9
Rural	63,4	58,0;68,4	79,9	75,8;83,5
Diferença urbano-rural (p.p.)	10,1		7,6	
Razão urbano/rural	1,2		1,1	
Quintis de riqueza				
Q1 (20% mais pobres)	58,3	50,6;65,7	74,6	68,2;80,2
Q2	64,1	56,5;71,0	82,1	77,2;86,1
Q3	65	57,4;72,0	86	81,4;89,6
Q4	69	60,8;76,1	84,3	77,7;89,3
Q5 (20% mais ricos)	80,3	72,2;86,6	90,5	83,5;94,7
Diferença Q5-Q1 (p.p.)	22,0		15,9	
Razão Q5/Q1	1,4		1,2	
CIX (erro-padrão)	5,0(1,5)		3,3(0,9)	
SII (erro-padrão)	21,4(5,8)		16,2(4,6)	

*DPT3: 3 doses da vacina contra difteria-pertussis-tetano.

Na Tabela 3, que ilustra os dados de cobertura da vacina Polio3, percebem-se as mesmas tendências demonstradas na Tabela 2: diminuição da diferença urbano-rural e da desigualdade por nível de riqueza, embora ainda persistam diferenças importantes entre os subgrupos, desfavoráveis à população rural e mais pobre.

Tabela 3 – Cobertura de Polio3* em crianças de 12 a 23 meses estratificada segundo sexo, área de residência e quintis de riqueza, e medidas absolutas e relativas de desigualdades, Guiné-Bissau, 2006 e 2014.

	Polio3			
	2006		2014	
	%	IC95%	%	IC95%
Nacional	62,1	58,2;65,8	77,7	74,7;80,5
Sexo				
Feminino	63,1	58,3;67,7	78,1	74,4;81,7
Masculino	61,1	56,2;65,8	77,3	73,4;80,8
Diferença fem-masc (p.p.)	2,0		0,8	
Razão feminino/masculino	1,0		1,0	
Área				
Urbano	68,9	62,9;74,4	80,0	75,3;84,1
Rural	59,2	54,4;63,9	76,3	72,2;79,9
Diferença urbano-rural (p.p.)	9,7		3,7	
Razão urbano/rural	1,2		1,0	
Quintis de riqueza				
Q1 (20% mais pobres)	52,5	45,6;59,4	69,0	62,5;74,8
Q2	62,0	55,1;68,4	80,1	75,1;84,3
Q3	61,9	54,8;68,5	83,3	78,4;87,2
Q4	63,4	54,9;71,0	74,3	67,7;79,9
Q5 (20% mais ricos)	75,3	68,0;81,4	84,4	75,4;90,5
Diferença Q5-Q1 (p.p.)	22,8		15,4	
Razão Q5/Q1	1,4		1,2	
CIX (erro-padrão)	5,4(1,5)		2,5(1,1)	
SII (erro-padrão)	20,9(5,5)		11,9(5,1)	

* Polio3: 3 doses da vacina contra poliomielite

As Figuras 3 e 4 demonstram a cobertura vacinal em 2006 e 2014, respectivamente, segundo as regiões geográficas da Guiné-Bissau. Pode-se constatar que no ano 2006 a cobertura foi maior na província Leste (71,4%), nomeadamente nas regiões de Gabú e Bafatá. A zona sul teve uma baixa cobertura vacinal neste ano (24,3%). Em 2014, observa-se o aumento da cobertura vacinal

nas zonas que apresentavam baixa percentagem em 2006 (Quinara, Tombali, Biombo, Oio, Cacheu, Bolama e SAB), enquanto nas regiões de Gabú e Bafatá houve uma queda na cobertura.

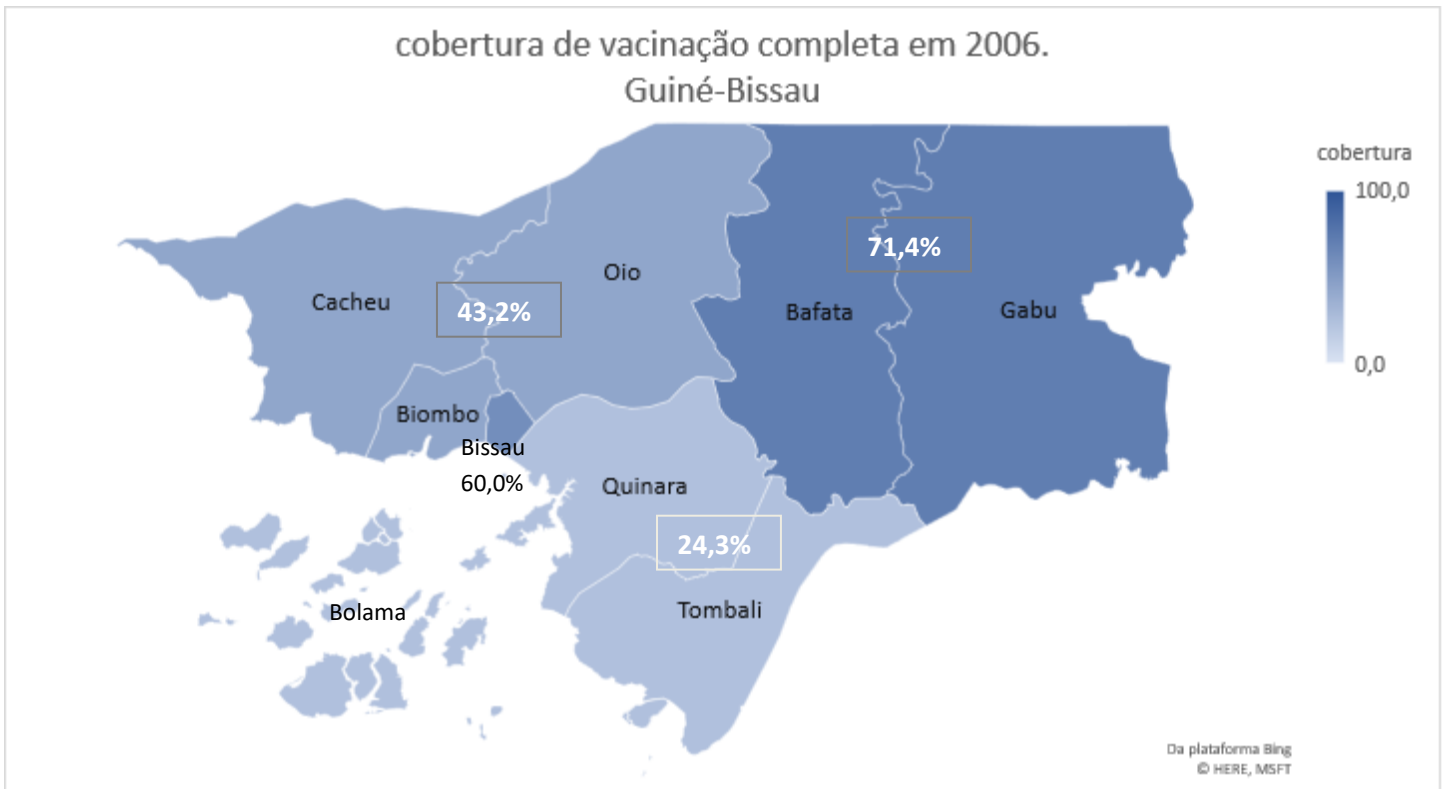


Figura 3: Cobertura de vacinação completa segundo as regiões da Guiné-Bissau em 2006

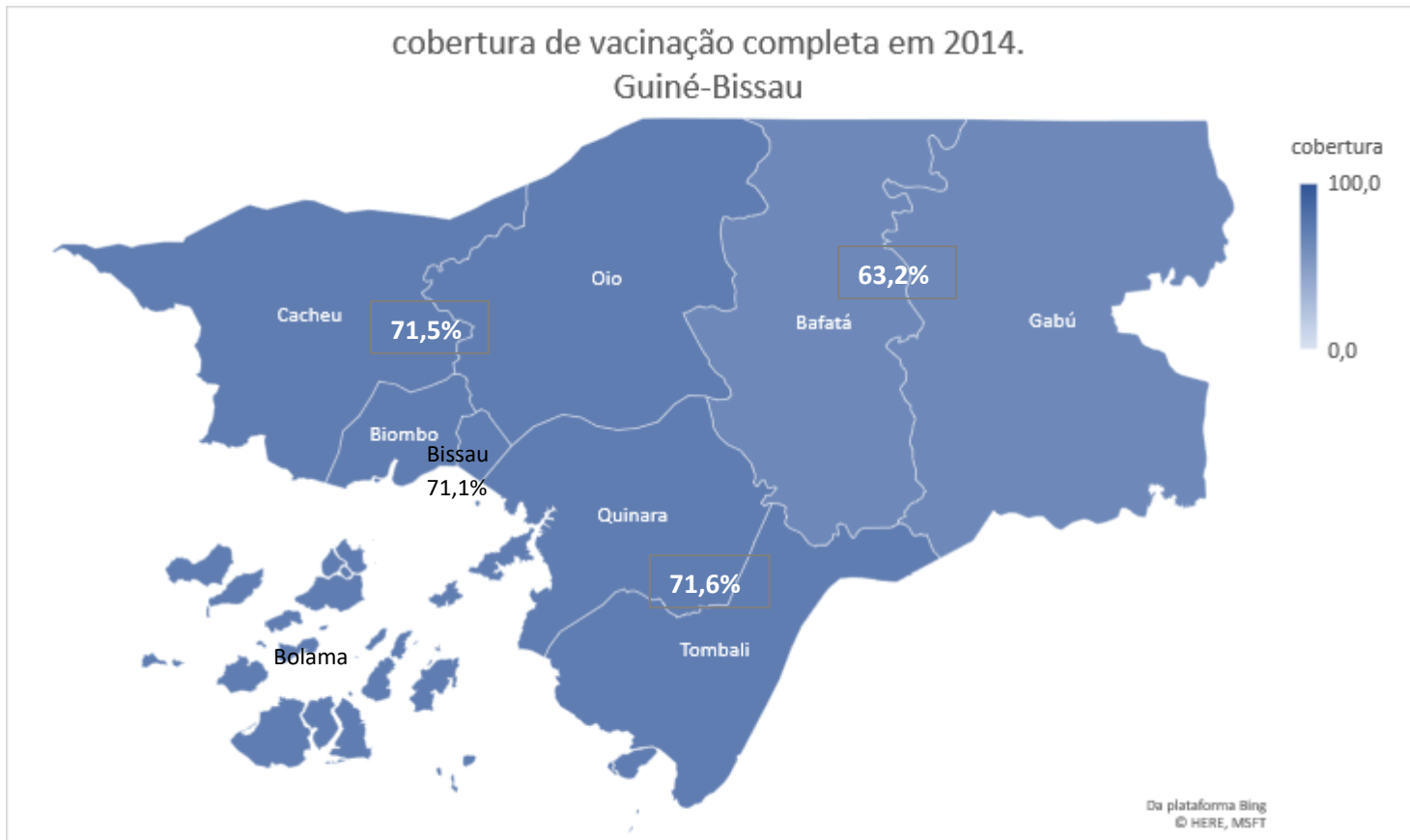


Figura 4: Cobertura de vacinação completa segundo as regiões da Guiné-Bissau em 2014

Em todas as análises realizadas, observou-se o aumento da cobertura vacinal ao longo do tempo, o que implica em uma redução do *gap* ou lacuna para atingir a meta de 100%, ilustrada na Figura 5. Nas Figuras 6 e 7, podemos observar a redução de desigualdades, de 2006 para 2014, por área de residência e por quintil de riqueza, respectivamente.

Figura 5: Redução do gap ou lacunas para atingir 100% de Cobertura de Vacinação Completa e para cada uma das vacinas na Guiné Bissau em 2006 e 2014.

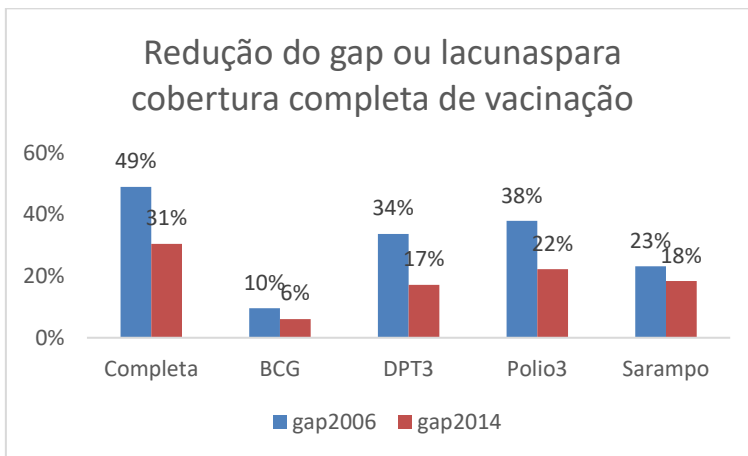


Figura 6: Representação gráfica da cobertura de vacinação completa por área de residência urbana ou rural na Guiné Bissau em 2006 e 2014.

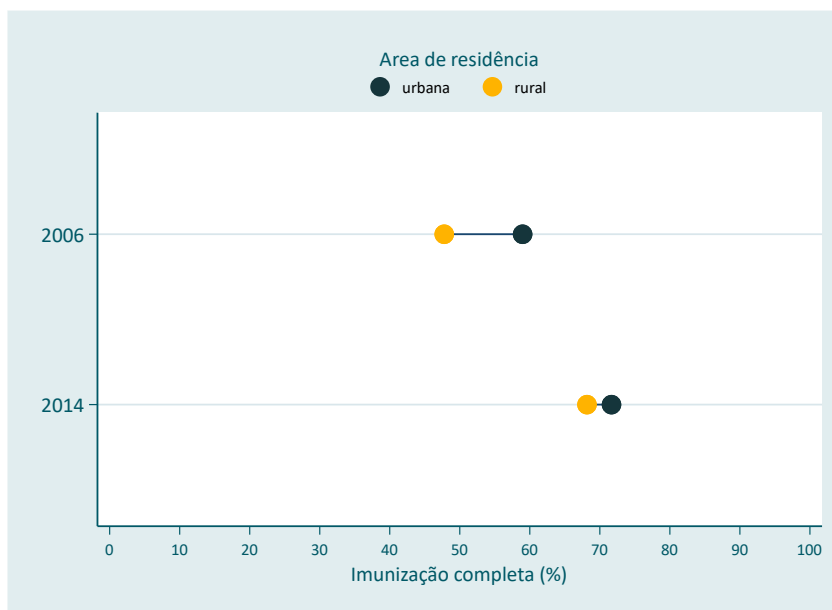
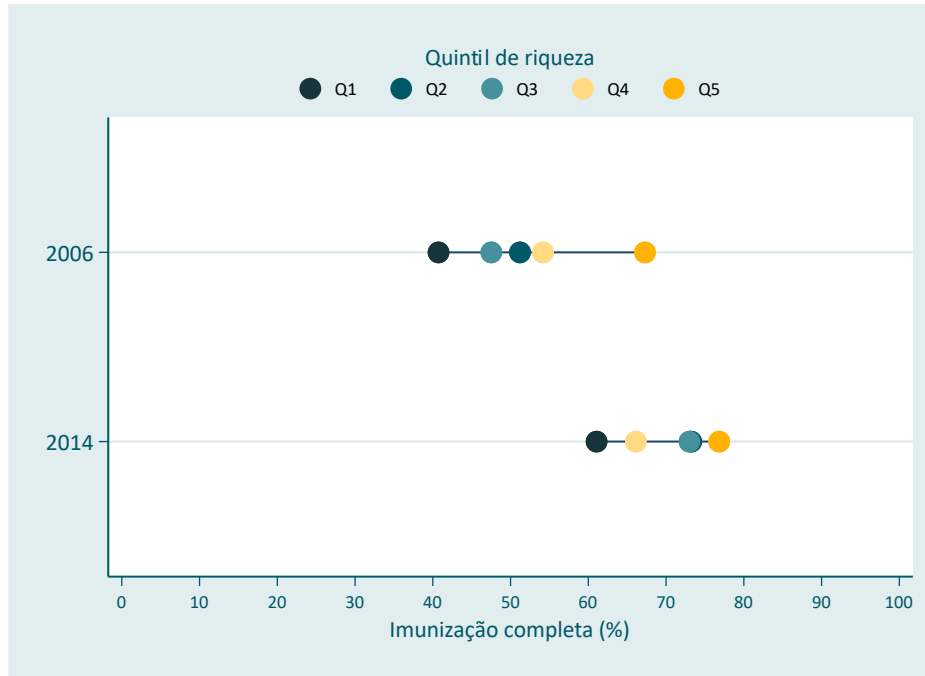


Figura 7: Representação gráfica da cobertura de vacinação completa por quintis de riqueza na Guiné Bissau em 2006 e 2014 (Q1 = 20% mais pobres e Q5 = 20% mais ricos).



7. DISCUSSÃO

No presente estudo, constatamos que progressos importantes foram alcançados em relação à cobertura vacinal de crianças menores de dois anos na Guiné-Bissau de 2006 a 2014. No entanto, ainda é preciso redobrar o esforço para que a sua distribuição seja mais equitativa, atingindo o acesso universal em todo o território nacional.

A Guiné-Bissau, um país que apresenta constantes instabilidades políticas, tem avançado a passos lentos na diminuição da taxa de mortalidade infantil, e, para isso, a atuação das organizações internacionais tem se mostrado relevante no cumprimento dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). A Aliança GAVI (*Global Alliance for Vaccines and Immunizations*), por exemplo, tem tido um papel importante no fornecimento de vacinas para muitos países em desenvolvimento. Em 2010, a OMS, para chegar a 90% de cobertura vacinal, associou-se com várias organizações, em particular com a GAVI (WHO, 2005).

Em 2008, a Guiné Bissau recebeu o apoio da GAVI para substituir a vacina DTP pela Pentavalente. Essa intervenção foi acompanhada pelo apoio de estratégias de extensão dos serviços de vacinação de rotina nos centros de saúde (GAVI,2009). Na mesma direção, com objetivo de melhorar o acesso aos cuidados básicos da saúde e de melhorar a sua qualidade, foi criado o segundo Programa Nacional de Desenvolvimento Sustentável II (PNDS II, de 2008-2017), que visa analisar a situação de saúde (indicadores do estado de saúde da população e descrição da situação do serviço nacional de saúde) e dar uma resposta nacional aos problemas prioritários de saúde na Guiné-Bissau.

Essas estratégias parecem ter contribuído para o aumento da cobertura vacinal que foi observado de 2006 a 2014, especialmente notável nas vacinas DTP3 e Polio3, que apresentaram incrementos maiores, comparando com as demais vacinas. Essas duas vacinas são as que requerem maior número de doses, e, portanto, contatos mais frequentes com o serviço de saúde. Vale ressaltar que o aumento de cobertura foi maior nos subgrupos mais desfavorecidos economicamente, achado que também foi encontrado no grupo maior de países de baixa e média renda que compôs o Relatório de Monitoramento da OMS sobre Desigualdades em Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e da Criança, publicado em 2015 (WHO, 2015).

Nas análises por regiões, percebe-se um resultado interessante: uma das regiões (Bafatá e Gabú) apresentou diminuição da CVC entre 2006 e 2014, de 71,4% par 63,2%. Provavelmente, o foco na região desfavorecida em 2006 levou à transferência de parte dos recursos de uma região para outra, deixando parte da população de Bafatá e Gabú desassistida. Isso mostra a dificuldade que muitas vezes existe na gestão dos programas de saúde, em ter que fazer escolhas que favoreçam um determinado grupo populacional em detrimento de outro.

De acordo com o Relatório de Monitoramento da OMS sobre Desigualdades nos países de baixa e média renda (WHO, 2015), supracitado, as diferenças dentro dos países estão diminuindo, impulsionadas por progressos mais acelerados nos subgrupos menos favorecidos. No entanto, o relatório chama atenção para a persistência de importantes desigualdades na maioria dos indicadores de saúde reprodutiva, materna, neonatal e da criança. Os achados do presente estudo, específicos de um país, a Guiné-Bissau, vão ao encontro das mesmas conclusões às quais a OMS chegou no contexto mais abrangente de países.

Com relação especificamente aos indicadores de imunização, o relatório da OMS apontou pouca ou nenhuma desigualdade com relação ao sexo da criança, o que também foi observado na Guiné-Bissau, segundo as análises que estamos apresentando neste estudo. No que concerne o indicador cobertura vacinal completa (CVC), o relatório afirma que um *gap* menor que 5 pontos percentuais entre área de residência urbana e rural foi identificado em mais de um terço dos países, o que é o caso da Guiné-Bissau, com uma diferença de 3,5 pontos percentuais em 2014, em comparação com 11,2 pontos percentuais em 2006. Ao mesmo tempo em que se mantêm evidentes as dificuldades da área rural no acesso aos cuidados de saúde, também vêm à tona as barreiras existentes no meio urbano, principalmente nos grandes centros, onde a população vulnerável muitas vezes fica inviabilizada.

Da mesma forma, os achados aqui reportados a partir da estratificação por quintis de riqueza também corroboram com a tendência demonstrada no grupo maior de países de baixa e média renda, de que muitos países possuem diferenças marcantes na CVC entre os mais ricos e os mais pobres (WHO, 2015). Na Guiné-Bissau, apesar de uma redução de 10,9 pontos percentuais nessa diferença ao longo do tempo, a população mais pobre continuava com uma desvantagem de 15,7 pontos percentuais com relação aos mais ricos em 2014.

As análises estratificadas realizadas neste estudo, além de permitirem identificar desigualdades relacionadas à área de residência e ao nível de riqueza, demonstram também certos padrões de desigualdades já relatados na literatura (Silva, Inácio et al., 2018). O padrão *bottom inequality* ou exclusão marginal é identificado quando a cobertura de uma determinada intervenção atinge a maior parte da população, mas não consegue chegar a um grupo menos privilegiado, como o quintil mais pobre da população. Quando esse padrão acontece, a cobertura é marcadamente menor no quintil mais pobre, com relação aos demais quintis. Já o padrão *top inequality* ou privação generalizada ocorre quando uma dada intervenção que deveria atingir toda a população acaba sendo aplicada em maior monta para aqueles mais favorecidos em relação ao nível de riqueza. Os achados descritos neste estudo mostram um padrão de *top inequality* em 2006, que se desfez em 2014, uma vez que houve redução da desigualdade com maiores incrementos nos grupos mais desfavorecidos.

Este estudo também traz a contribuição do uso dos índices compostos como medidas de desigualdades. Segundo a OMS (WHO, 2013), as medidas de desigualdades podem ser divididas em simples e complexas. As medidas simples são originadas de comparações entre dois subgrupos (quintil mais pobre e quintil mais rico, por exemplo), enquanto as medidas complexas consideram todos os subgrupos em uma análise mais sofisticada (considera os cinco quintis de riqueza e não somente os dois extremos, por exemplo). As medidas simples, embora mais intuitivas e fáceis de entender, podem esconder dados importantes que se encontram nos subgrupos que estão entre os extremos. Ainda, as medidas complexas apresentam a vantagem de levar em conta, na análise, o tamanho populacional de cada subgrupo. De acordo com a OMS, as medidas complexas mais utilizadas são o índice absoluto de desigualdade ou *Slope Index of Inequality* (SII) e o índice de concentração ou *Concentration Index* (CIX). Ambas medidas apresentam as vantagens de um índice complexo: consideram todos os subgrupos e levam em conta o tamanho populacional de cada um. Na Guiné-Bissau, foi notável a redução do SII e do CIX para CVC de 2006 para 2014, com destaque para a redução absoluta da desigualdade expressa pelo primeiro.

O monitoramento da cobertura de intervenções em saúde materna e infantil continua sendo central para avaliar o progresso rumo aos objetivos de desenvolvimento em nível mundial (WHO, 2013). Porém, se analisarmos a cobertura

vacinal simples, sem nenhum estratificador, estaremos deixando de enxergar diferenças entre os subgrupos, que expressam desigualdades conforme área de residência ou situação socioeconômica. Ou seja, sem fazer esta análise estratificada, não se visualizam as injustiças que, embora mostrem tendência de redução, ainda persistem e impedem o acesso da população rural e mais pobre a uma das mais básicas ações de saúde: as vacinas. Analisar os dados com um olhar para as desigualdades permite identificar áreas ou grupos populacionais com menor cobertura, os quais se tornarão foco prioritário para futuras ações.

Outra questão importante na análise de desigualdades é a ótica dos grupos sociais e quais grupos serão definidos como estratos. A OMS destaca os seguintes estratificadores como particularmente relevantes nessa definição: área de residência, raça/etnia, ocupação, gênero, religião, escolaridade e nível de riqueza (WHO, 2013). Neste estudo sobre a Guiné-Bissau, apresentamos uma análise baseada em três desses subgrupos: sexo da criança, área de residência urbana/rural e nível de riqueza, além de uma análise por região geográfica. Enxergar as disparidades em saúde através das lentes de grupos sociais pode ajudar a guiar intervenções, possibilitar a vigilância de questões de equidade e ampliar o conhecimento em saúde por meio de novas informações que não se mostrem evidentes de início (GLOBAL HEALTH ACTION, 2015).

O estudo das desigualdades é um passo fundamental para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Para bem compreender essa afirmação, é importante esclarecer os conceitos envolvidos. O termo desigualdade em saúde se refere genericamente à existência de diferenças na saúde de indivíduos ou grupos. Já o conceito de iniquidade em saúde se relaciona com a presença de diferenças sistemáticas na saúde quando poderiam ser evitadas. A distinção chave entre os conceitos é de que, enquanto a desigualdade ocorre sempre que houver diferenças quantitativas entre os indicadores de saúde, a iniquidade envolve o julgamento moral de que essa desigualdade é injusta, assumindo-se que quando uma desigualdade é evitável ou desnecessária, permitir que ela permaneça é uma injustiça (GLOBAL HEALTH ACTION, 2015). A equidade vem sendo reconhecida como uma prioridade a ser considerada nas políticas de saúde no contexto global, muito claramente exposta pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS em 2005 (WHO, 2008). Nos dias atuais, a perspectiva da equidade também está presente na agenda dos ODS para 2030.

Segundo Arcaya e colaboradores, podemos considerar que as explicações para a criação das desigualdades são de dois tipos principais: fatores materiais e fatores psicossociais. Enquanto os fatores materiais geram desigualdade devido à falta de recursos materiais para um determinado indivíduo ou grupo, os fatores psicossociais impactam na saúde em função da exclusão social, da discriminação, da falta de apoio social, do estresse, entre outros elementos relacionados à experiência social (GLOBAL HEALTH ACTION, 2015). Neste estudo sobre a Guiné-Bissau, as diferenças encontradas com relação à área de residência e ao nível de riqueza se reportam aos dois tipos de fatores. A população rural do país, ainda nos dias atuais, tem menos acesso aos serviços e ações de saúde por escassez material, mas também por falta de apoio e exclusão social. A população mais pobre, que muitas vezes coincide em também pertencer ao grupo dos que habitam a área rural, de igual forma, também sofre as consequências da escassez material, que se somam à exclusão social, à discriminação e à baixa autoestima tão marcadas nos grupos populacionais mais vulneráveis do ponto de vista econômico.

Assim, para que sejam cumpridos os objetivos de desenvolvimento almejados, considerando a equidade como prioridade, é importante que haja políticas de saúde que tenham essa ótica quando forem elaboradas e implementadas, o que passa pelo uso constante do monitoramento de desigualdades como uma ferramenta. E para que essas políticas, voltadas para toda a população, com universalização do acesso, sejam sustentáveis, é preciso que tenham foco no desenvolvimento da atenção primária à saúde e que estejam amparadas por instituições fortalecidas, sobretudo um sistema nacional de saúde integrado e sólido. Dentro disso, especificamente com relação à vacinação, é preciso melhorar a qualidade do monitoramento dos programas de imunização e expandir o acesso às vacinas de modo equitativo. A saúde das crianças de até dois anos de idade deve ser uma prioridade em todos os países, uma vez que se sabe da importância crucial dos primeiros 1000 dias de vida (equivalente aos nove meses de gestação mais os dois primeiros anos de vida extrauterina) para o desenvolvimento de adultos mais saudáveis no futuro (1000 days) .

Quanto às limitações deste estudo, destacamos dois aspectos. Primeiro, somente dois inquéritos MICS tinham dados disponíveis para análise, o que dificulta a realização de uma tendência temporal. Por isso, optamos por analisar os dois pontos no tempo como dois estudos transversais, sem avaliar estatisticamente a

evolução ao longo do tempo. Segundo, no inquérito MICS, a coleta de informação sobre a vacinação da criança é realizada mediante apresentação do cartão de vacinas ou, em caso de indisponibilidade deste, pergunta-se à mãe se a criança foi vacinada. Assim, é prudente considerar a possibilidade de viés de aferição (viés de memória); no entanto, o relato da mãe na ausência do cartão de vacinas é uma recomendação oficial da OMS, incorporada na maioria dos inquéritos. A OMS recomenda que as pesquisas de cobertura vacinal confirmem o histórico de vacinação da criança com o entrevistado. Existe uma preocupação no quão bem os entrevistados lembram corretamente de quais vacinas e quantas doses de vacinas recomendadas foram recebidas pelo seu filho (OMS, 2017).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou a persistência de desigualdades no acesso à vacinação relacionadas ao nível de riqueza e à área de residência, apesar de importantes avanços na cobertura e da redução da magnitude das desigualdades ao longo do período estudado. Assim, certos grupos populacionais, nomeadamente os habitantes da zona rural e os do quintil mais pobre, em 2014, ainda estavam sem acesso a uma ação tão básica de saúde quanto a imunização.

Um pré-requisito necessário para a criação de um programa ou política de saúde orientados pela equidade, é identificar sistematicamente onde as desigualdades existem e, em seguida, monitorar como as desigualdades mudam ao longo do tempo. Por isso, estudos como este, que podem ser reproduzidos utilizando dados de outros países, são fundamentais como subsídio para elaborar e implementar políticas e ações de saúde voltadas para toda a população sob a ótica da equidade.

O acesso universal às ações básicas de saúde é o melhor investimento que se pode fazer para o bem-estar de uma população. A melhoria da saúde caminha junto com melhores condições de vida, com a redução da pobreza, ajuda na criação de novos postos de trabalho, o que conseqüentemente também contribui para o crescimento da economia. No entanto, sem um foco específico na equidade, os esforços para melhorar a saúde de uma forma geral podem cair na armadilha de perpetuar ou até de intensificar as desigualdades dentro de um mesmo país, mesmo se a cobertura nacional efetivamente aumentar. Por isso, o monitoramento das desigualdades pode ser considerado um passo fundamental para atingir a equidade em saúde.

Referências

Barros AJ, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. *PLoS Med.* 2013 May;10(5):e1001390. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646214/> acessado em 19 Jun 2019

CALDEIRA, A. P.; FRANÇA, E.; GOULART, E. A. M. Mortalidade infantil pós-neonatal evitável: o que revelam os óbitos em domicílio. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 203-216, jan./jun. 2011
 Alberto, S.A. et al. Fatores associados aos óbitos neonatais e pós-neonatais em Moçambique. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p. 263-274, 2002

CARVALHO AI. **Determinantes sociais, economicos e ambientais da saude.** In Fundacao Oswaldo Cruz. A saude no Brasil em 2030-prospeccao estrategica do sistema de saude brasileiro: populacao e perfil sanitario [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministerio da Saude/Secretaria de Assuntos Estrategicos da Presidencia da Republica, 2013.

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, CIA WORLD FACTBOOK, Disponível em: https://www.indexmundi.com/guinea-bissau/physicians_density.html

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, CIA facts book disponível em <www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=29&l=pt Acesso em 04 Abr 2019

GAVI **Annual progress report Guinea-Bissau 2009** (frech) <www.gavialliance.org/country/guinea-bissau/proposals

GLOBAL HEALTH ACTION 2015, 8: 27106 – Mariana C. Arcaya¹, Alyssa L. Arcaya² and S. V. Subramanian¹, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>

GRUPO DE INTERAGÊNCIAS DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ESTIMATIVAS DE MORTALIDADE INFANTIL UNICEF UN-IGME report-2018 Disponível em: <<https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/09/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2018.pdf> Acesso em 01 Abr 2019

MIRANDA AS, Scheibel IM, Tavares MRG, Takeda SMP. Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida. **Rev Saúde Publica.** 1995;29(3):208-14. DOI:10.1590/S0034-89101995000300008[Links]

ONUBR Objetivos do desenvolvimento sustentável [online] Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu/> acessado em jan 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Plano Global de Ação em Vacinação 2011–2020. 2013.

Disponível em: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/en/ .
Acesso em: 23 Dec. 2018

OLIVEIRA, Manuel Falcão Saturnino de; Martinez, Edson Zangiacomi; Rocha, Juan Stuardo Yazlle. Fatores associados a cobertura vacinal em menores de cinco anos em Angola. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n.6, p. 906-915, Dec. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034891020140006906&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005284>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Plan de acción mundial sobre las Vacunas 2011–2020. Suíça, 2013. 77 p.

Restrepo-Mendez MC, Barros AJ, Black RE, Victora CG. Time trends in socio-economic inequalities in stunting prevalence: analyses of repeated national surveys. *Public Health Nutr.* 2015 Aug;18(12):2097-104. Disponível em :<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

SILVA, INÁCIO CROCHEMORE MOHNSAM DA et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro* * Este artigo foi elaborado no âmbito do Centro Internacional de Equidade em Saúde da Universidade Federal de Pelotas, que conta com o apoio da Wellcome Trust [Grant Number 101815/Z/13/Z]; Bill & Melinda Gates Foundation [Grant: OPP1135522] e **Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)**. . *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2018, v. 27, n. 1 Acesso em 28 Jun 2019 , e000100017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>>. Epub 05 Mar 2018. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>

1,000 days Disponível em: <https://thousanddays.org/why-1000-days>

UNICEF Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [online]
Disponível em: < https://www.unicef.br/pt/resources_9540.htm
<https://nacoesunidas.org/tema/odm/>, Acesso em Jan. 2019

United Nations Children’s Fund (2016) Multiple Indicator Cluster Surveys. MICS. Disponível em:< <http://mics.unicef.org/>>. Acesso em: Jan. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2013. **Handbook on health inequality monitoring**: with a special focus on low- and middle-income countries

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2015 STATE OF INEQUALITY: REPRODUCTIVE, MATERNAL, NEWBORN AND CHILD HEALTH

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health leaders launch Decade of Vaccines Collaboration.

http://www.who.int/immunization/newsroom/press/news_release_decade_vaccines/en/

WORLD HEALTH ORGANISATION. Meeting to share lessons learnt from the roll-out of the 2015 WHO Vaccination Coverage Cluster Survey Reference Manual and to set an operational research agenda around vaccination coverage surveys. Disponível em: <http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/Surveys_2017_GvaMtgReport.pdf?ua=1> Acesso em: 08 Aug.2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. 2016 midterm review of the Global Vaccine Action Plan. 2016.

Disponível

em: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/sage_assessment_reports/en/ Acesso em : 25 Jan.2019

WORLD HEALTH ORGANISATION, GLOBAL IMMUNIZATION VISION AND STRATEGY 2006-2015

Disponível em : <http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_IVB_05.05.pdf/>