



ARTIGO DE REVISÃO

Desigualdades sociais e suas repercussões na saúde das crianças: uma perspectiva atual e global

Poliana Rebouças ^{a,*}, Ila R. Falcão ^a, Mauricio L. Barreto ^{a,b}

^a Fundação Oswaldo Cruz Center, Centro de Integração de Dados e Conhecimento para Saúde (CIDACS), Salvador, BA, Brasil

^b Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, BA, Brasil

Recebido em 31 de outubro de 2021; aceito em 1 de novembro de 2021

PALAVRAS-CHAVE

Iniquidades sociais em saúde;
Determinantes sociais;
Saúde da criança

Resumo

Objetivo: Apresentar as consequências das desigualdades sociais sobre a saúde das crianças como um problema global e persistente, demonstrando as suas raízes históricas e estruturais nas diferentes sociedades.

Fontes dos dados: Artigos relevantes na base de dados PubMed/MEDLINE, além dos encontrados em busca manual e nas referências bibliográficas dos estudos selecionados e consulta a sites de organismos internacionais para obter dados e documentos relevantes.

Síntese dos dados: Para entender como as iniquidades afetam a saúde, é necessário conhecer a distribuição desigual dos seus determinantes sociais entre grupos populacionais. No caso das crianças, a via parental de determinação é central. A forma não equânime como muitas famílias ou agrupamentos sociais vivem, determinada por desigualdades sociais e econômicas, produzem resultados desiguais na saúde, em particular das crianças. Isto se observa entre e dentro dos países. Crianças de grupos populacionais mais vulneráveis consistentemente têm piores condições de saúde. Intervenções voltadas para a saúde das crianças devem ir além do cuidado e atuar de forma integrada sobre a pobreza e sobre as desigualdades sociais e econômicas, visando acabar com diferenças sistemáticas e injustas.

Conclusões: Apesar dos consideráveis avanços observados na saúde das crianças nas últimas décadas em nível global, as desigualdades medidas por diferentes indicadores mostram que estas se mantêm. Este cenário merece atenção por parte de pesquisadores e tomadores de decisão, ainda mais em contexto de crise sanitária mundial causada pela pandemia de COVID-19, que vem aprofundando ainda mais a situação de vulnerabilidade e as desigualdades sociais em saúde em todo o mundo.

2255-5536/© 2021 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome da Sociedade Brasileira de Pediatria. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Na história das sociedades humanas, as diferenças existentes entre os indivíduos ou entre os grupos que as compõem são

características persistentes, ou mesmo que se agravam. Nesse contexto, ressalta-se a importância das diferenças que são geradas pelo desigual acesso e distribuição do que a sociedade produz e pelas formas como seus diferentes grupos se relacionam. Assim, enquanto uma pequena parcela da população concentra grande parte do que é produzido ou dos mecanismos de poder, a maioria tem que se contentar com uma menor parte.

DOI se refere ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2021.11.004>

* Autor para correspondência.

E-mail: polianareboucas@gmail.com (P. Rebouças).

2255-5536/© 2021 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome da Sociedade Brasileira de Pediatria. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Então, estabelecem-se as iniquidades, na medida em que se definem relações e acessos assimétricos no tocante aos frutos dos esforços coletivos. Essas iniquidades transmitem-se pelas gerações, existindo no presente e nos mais diversos momentos históricos da humanidade.¹ Enquanto as desigualdades econômicas têm tido centralidade na explicação dessas iniquidades, análises mais recentes enfatizam a importância de outros fatores, em particular as questões etno-raciais e de gênero.²

As desigualdades e iniquidades, materiais ou não materiais, verificadas em diferentes esferas da vida de diferentes sociedades, com frequência, são observadas e registradas por seus efeitos na saúde de indivíduos e de populações. As desigualdades, em suas variadas formas, irão expressar-se no que se tem denominado como determinantes sociais da saúde. Esses determinantes estão expressos não somente no mundo material (habitação, saneamento, transporte, acesso a alimentos adequados, acesso a serviços de saúde, escolaridade etc.), mas também nas relações imateriais que se estabelecem entre os indivíduos e grupos sociais e que engendram formas de opressão e sofrimento psicossocial.³

Não por acaso, as desigualdades observadas na saúde têm sido consistentemente relacionadas com aquelas vistas em outros planos da vida social. Assim, os mais diferentes problemas de saúde, sejam infecciosos, crônicos, mentais, violências etc., consistentemente ocorrem com maior frequência entre os grupos mais vulneráveis de qualquer sociedade, mesmo as mais afluentes. Os efeitos podem ser observados em todas as fases do ciclo da vida, do nascimento à morte. Porém, as crianças, por suas características, constituem-se um grupo sensível e vulnerável às adversidades sociais que afetam sua saúde e seu desenvolvimento.

O Brasil é um país caracterizado pelo alto grau de desigualdades, o que o coloca entre os países mais desiguais do planeta.⁴ Os efeitos dessas desigualdades sobre as condições de vida da grande maioria da população brasileira são marcantes, assim como seus efeitos sobre a saúde,⁵ seja da população, em geral, ou das crianças, em particular.⁶

O objetivo deste artigo é apresentar as consequências das desigualdades sociais sobre a saúde das crianças como um problema global que aflige as populações não somente dos países pobres, mas também aquela dos países ricos, locais em que sua persistência demonstra as raízes históricas e estruturais desse problema. Apesar de relacionado, diferencia-se da discussão sobre a pobreza e a saúde.⁷ A pobreza refere-se à carência absoluta e manifesta-se por meio da fome e da desnutrição, do acesso limitado à educação e a outros serviços básicos, da discriminação e da exclusão social, bem como da falta de participação na tomada de decisões. Por sua vez, a desigualdade é um conceito relacional e refere-se à existência de diferenças iníquas entre indivíduos e grupos sociais, mesmo sem a existência de pobreza, como acontece em algumas sociedades afluentes. Certamente é um dos mais relevantes problemas no campo da saúde das populações a nível global, e um imenso desafio para todos que buscam elaborar soluções.

Desigualdades sociais e desigualdades em saúde

Em qualquer sociedade são observadas diferenças nos níveis de saúde entre indivíduos e grupos populacionais. Isso pode ocorrer por fatores como variações genéticas, envelhecimento, questões biológicas relativas ao sexo, entre outros. Contudo, as variações ou diferenças na saúde podem não ser aleatórias ou geradas por fatores puramente biológicos. Logo, quando são sistemáticas,

apresentando padrões consistentes em sua distribuição, e quando são socialmente produzidas, constituindo-se diferenças injustas, geradas e mantidas por modelos injustos de organização social, tais “diferenças” são, na verdade, “iniquidades” em saúde.³

As iniquidades em saúde são, desse modo, geradas por fatores socioeconômicos e ambientais e por estilos de vida, influenciados pela estrutura social, e são, em princípio, passíveis de mudanças. No sentido oposto, a equidade em saúde está relacionada à ideia de justiça, em que todas as pessoas poderiam atingir todo seu potencial de saúde e ninguém deveria ser prejudicado por sua posição social ou outro motivo determinado socialmente.³ O conceito de equidade inclui a noção de necessidade, partindo do princípio de que há diferentes necessidades individuais e os recursos deveriam ser partilhados de acordo com essas diferenças.^{3,5}

O preconceito e a discriminação racial são exemplos de fatores que levam a diferenças injustas de acesso a recursos e oportunidades de saúde entre os diferentes grupos. Há evidências do quanto pessoas negras têm pior situação de saúde do que pessoas brancas, desde o nascimento até a morte.^{8,9} Desigualdades de gênero também são capazes de provocar situações injustas de saúde e estão bem documentadas na literatura científica.¹⁰ Além disso, já foi demonstrado de maneira conclusiva o quanto circunstâncias materiais em geral - como desvantagem educacional, pobreza e condições ruins de trabalho - podem aumentar as chances de adoecimento e morte.¹¹

O acesso aos serviços de saúde também pode ser prejudicado por iniquidades sociais. Isso é de fundamental importância, pois, sem cuidados de saúde eficazes, que forneçam prevenção e promoção da saúde e tratamento de doenças, todas as outras atividades humanas são afetadas.³ Existem três tipos de barreiras de acesso aos serviços de saúde: barreiras de acesso geográfico, quando a localização do serviço é pior em regiões menos favorecidas; barreiras de acesso econômico, relativas aos altos valores cobrados em serviços indisponíveis no sistema público; e por fim, as barreiras de acesso cultural, referentes ao tratamento inadequado oferecido a grupos socialmente vulneráveis por profissionais de saúde, interferindo na qualidade do atendimento.³

As iniquidades em saúde ocorrem numa perspectiva global, afligindo todas as sociedades humanas, porém nem sempre são consideradas injustas e sujeitas a ações políticas globais.¹ As iniquidades globais em saúde são mantenedoras de condições históricas de desvantagens entre regiões mais favorecidas do mundo, onde, por exemplo, a mortalidade infantil é uma condição muito rara, e as regiões mais pobres, onde é um problema ainda alarmante.¹²

Para modificar essa realidade são necessárias políticas que visem eliminar todas as diferenças sistemáticas em saúde entre grupos populacionais, considerando suas diversas necessidades. Contudo, é preciso que as ações não sejam apenas centradas em grupos mais vulneráveis, mas que tenham referência na redução das diferenças de saúde entre os mais e os menos privilegiados, sempre visando o aumento da melhoria da situação de saúde, sem reduzir o nível geral. Os determinantes sociais da saúde que influenciam o surgimento de iniquidades devem receber atenção especial das estratégias políticas, construídas sobre princípios de equidade.

Saúde das crianças e seus determinantes

Desde antes do nascimento, as crianças cujos pais vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômica podem ter piores

condições de saúde em comparação com as que vivem em melhores circunstâncias.¹³ Os caminhos pelos quais as condições de vida afetam a saúde da criança são complexos e impulsionados por iniquidades sociais, ou seja, pela distribuição desigual e injusta de poder e recursos, que determinam as circunstâncias em que as crianças vão crescer.

Para entender como as iniquidades afetam a saúde de uma população, é necessário entender seus determinantes, ou seja, as condições sob as quais as pessoas nascem, crescem, trabalham e vivem, e levar em conta a distribuição desigual desses determinantes entre grupos populacionais.¹⁴ No caso das crianças, é imprescindível considerar a via parental de determina-

ção social, já que dependem dos adultos responsáveis para sobreviver.

Um modelo dos determinantes sociais da saúde da criança está representado na **figura 1**, com desfechos de saúde resultando da interrelação de fatores em vários níveis.^{15,16} O modelo se inicia com os desfechos de saúde, influenciados de maneira direta pelas condições biológicas da criança (sexo, anomalias congênitas) e da mãe (gravidez múltipla, gestações anteriores) e, a partir disso, dispõem-se outros níveis que podem ser modificáveis. No nível seguinte, intermediário, estão elementos que mediam a relação entre os fatores estruturais e os desfechos de saúde, composto de circunstâncias materiais e não materiais.

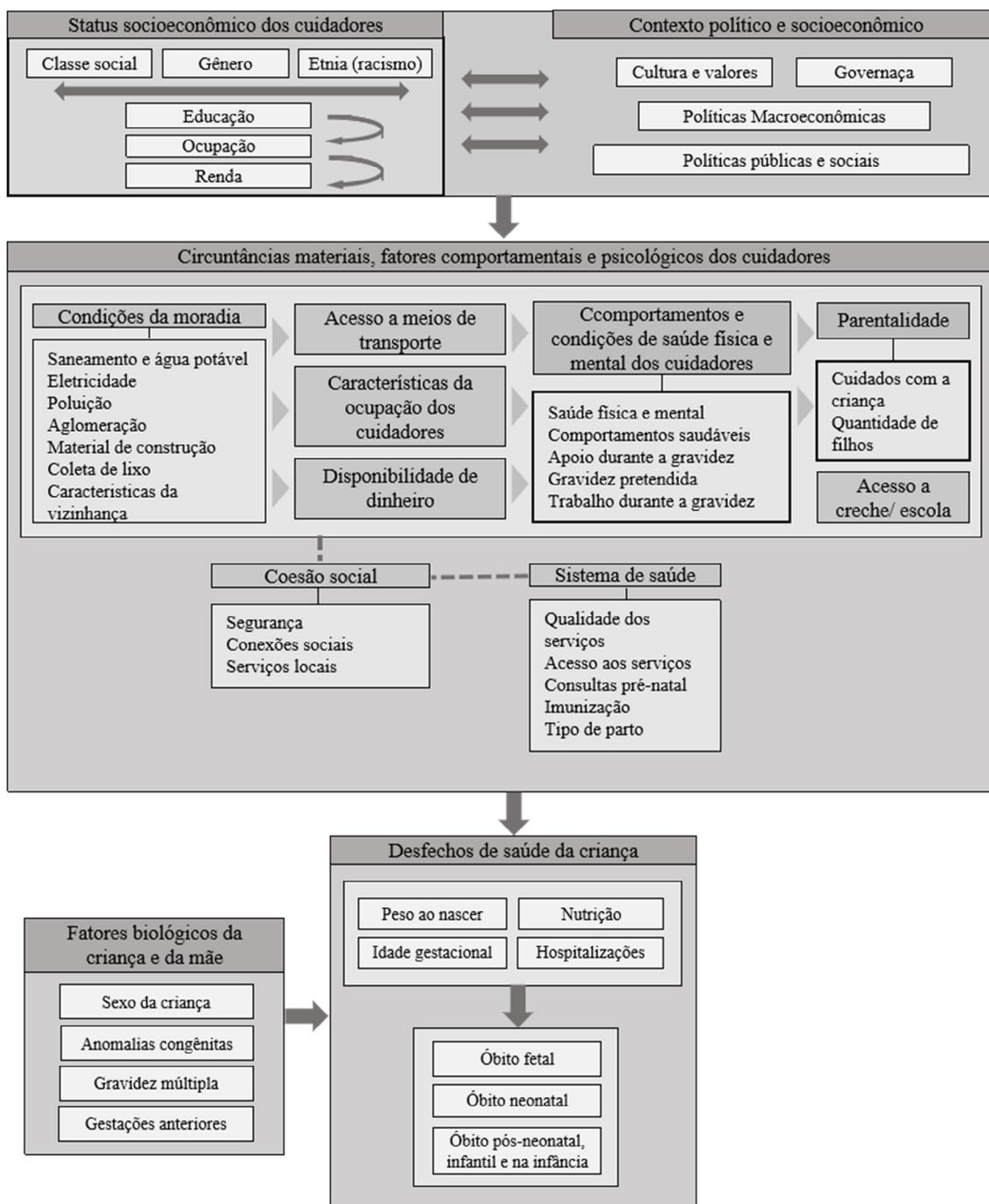


Figura 1 Modelo de determinantes sociais da saúde da criança (Adaptado de Mosley & Chen, 1984 e Solar & Irwin, 2010).^{15,16}

Entre as circunstâncias materiais, pode-se destacar o exemplo das moradias em tamanho e condições inadequadas, caracterizadas por aglomeração de pessoas e falta de saneamento, ambientes de risco para diarreias, problemas respiratórios e outras doenças infecciosas transmissíveis.¹⁷ Famílias em situação de pobreza podem não ter recursos para aquisição de produtos de higiene, medicamentos ou alimentos, ou quando os obtêm são de baixa qualidade nutricional.⁷ Ocupações que não garantam direitos básicos, como licença maternidade ou afastamento parental quando a criança adoce, tornam o cuidado das crianças insuficiente e os expõe a condições adversas.^{7,13}

Entre os fatores não materiais estão a saúde mental dos cuidadores, seus comportamentos de saúde, a parentalidade e a coesão social. A saúde mental dos cuidadores é um determinante importante, pois pode afetar a saúde física e mental da criança por duas vias: quando sentimentos negativos gerados por iniquidade afetam caminhos neuroendócrinos, prejudicando-os,^{18,19} ou quando estressores gerados em contextos de desigualdade social influenciam comportamentos de saúde.¹³

Por ainda não ter controle sobre decisões, nem os próprios comportamentos desenvolvidos, a criança depende dos comportamentos de saúde dos cuidadores. A escolha de alimentos menos saudáveis, o hábito de fumar, baixo conhecimento sobre a importância da imunização e a não adoção de práticas para prevenir doenças e promover saúde podem ser mais comuns em grupos mais vulneráveis.²⁰ Além disso, a decisão tardia pela procura por serviços de saúde pelos responsáveis e a adesão deficiente ao tratamento recomendado à criança estão associados ao status socioeconômico e podem aumentar o risco de morte ou agravar doenças existentes.^{21,22}

A parentalidade, que diz respeito às atividades de cuidado desempenhadas pelos adultos para sobrevivência e pleno desenvolvimento da criança, sob circunstâncias sociais negativas, pode resultar no cuidar inconsistente.²³ Há evidências de que sintomas depressivos elevados em mães são associados a menos uso de puericultura até os 12 meses, mais hospitalizações do bebê, menos posicionamento de costas para dormir, menos vacinações atualizadas,²⁴⁻²⁶ desmame precoce²⁷ e maior risco de desnutrição.¹⁸

Comunidades com fraca coesão social, ou seja, sem laços de solidariedade suficientes para formar conexões e redes de apoio, podem afetar negativamente a saúde.¹⁶ As relações entre os cuidadores da criança e a comunidade têm o potencial de fornecer um ambiente de apoio para uma parentalidade saudável e positiva. A coesão social pode ter um papel protetor em situações de negligência, e é capaz de satisfazer necessidades básicas da criança.²⁸

A saúde da criança é sensível a vários aspectos relacionados aos serviços de saúde, último elemento no nível intermediário do modelo. Famílias mais pobres podem encontrar pior acesso, como barreiras geográficas, tendo que percorrer longos trajetos, sejam econômicas, quando o serviço tem algum custo, ou culturais, quando os profissionais têm preconceito com os cuidadores/criança.⁷ A indisponibilidade de serviços como consultas pré-natal, atendimento ao parto ou pediatria e/ou insumos, como medicamentos, vacinas e suplementos nutricionais, pode ser maior onde os mais pobres são atendidos.⁷ Pior qualidade organizacional também pode ser encontrada, como maior tempo de espera para atendimento, por exemplo.⁷

No último nível do modelo estão os fatores estruturais, compostos pelo status socioeconômico dos cuidadores, determina-

do transversalmente pela classe social, relações de gênero e pelo racismo, e influenciado pela cultura, políticas públicas, sociais e macroeconômicas. Como crianças não apresentam ocupação nem renda, elas não têm um status socioeconômico, mas vivem sob uma circunstância socioeconômica proporcionada pelos status dos adultos com quem convivem.¹³

Os fatores estruturais determinam a distribuição de todos os recursos no nível intermediário do modelo. O racismo, por exemplo, exerce forte influência sobre toda a cadeia de determinação social, produzindo iniquidades sociais de saúde da criança. No Brasil, mães negras (pretas e pardas) e indígenas têm menor frequência ou início tardio do pré-natal e maior peregrinação em busca de atendimento durante o parto em comparação às brancas.^{8,29,30} Isso resulta em maior risco de baixo peso ao nascer, nascer pequeno para a idade gestacional ou prematuridade, fatores que aumentam o risco de mortalidade infantil.⁸

Mesmo em contexto de transição nutricional e epidemiológica, quando determinantes que não demonstravam ter tanta influência sobre a saúde da criança em contextos de maior pobreza passam a ganhar destaque, a desigualdade pode ser observada. Por exemplo, mesmo com a redução da taxa de mortalidade infantil, sobretudo por causas ligadas à pobreza, crianças pretas, pardas e indígenas ainda sofrem mais hospitalizações por doenças infecciosas e parasitárias.³¹ As crianças indígenas ainda são mais acometidas por desnutrição, embora as taxas de desnutrição estejam sendo substituídas por um aumento nas taxas de excesso de peso na população de crianças em geral.³² Somado a isso, a morbimortalidade por doenças crônicas, acidentes e violências passam a ganhar destaque e devem se tornar o foco de ações de saúde.^{33,34}

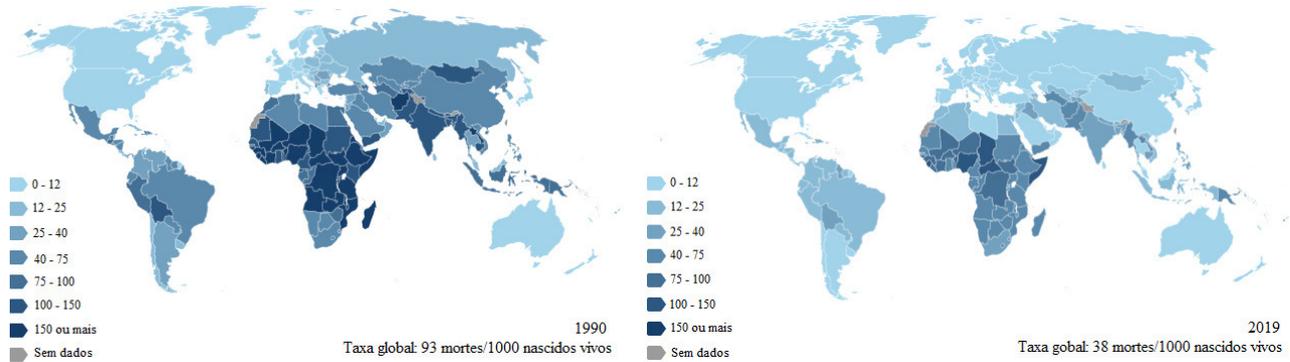
Conhecer detalhadamente as vias pelas quais os determinantes sociais afetam a saúde é fundamental para identificar de que maneira as iniquidades em saúde são produzidas e como podem ser evitadas.¹³ Associado a essa ideia, é preciso considerar que nenhuma dessas vias se sobrepõe às outras.³⁵ Políticas e ações sociais e de saúde, que são determinantes estruturais da saúde, são fundamentais para melhoria das condições de vida de populações mais vulneráveis socioeconomicamente e, por consequência, evitam e minimizam desfechos negativos na saúde da criança, reduzindo iniquidades sociais na saúde.

Problemas de saúde da criança: principais indicadores e novos desafios em contexto da pandemia do COVID-19

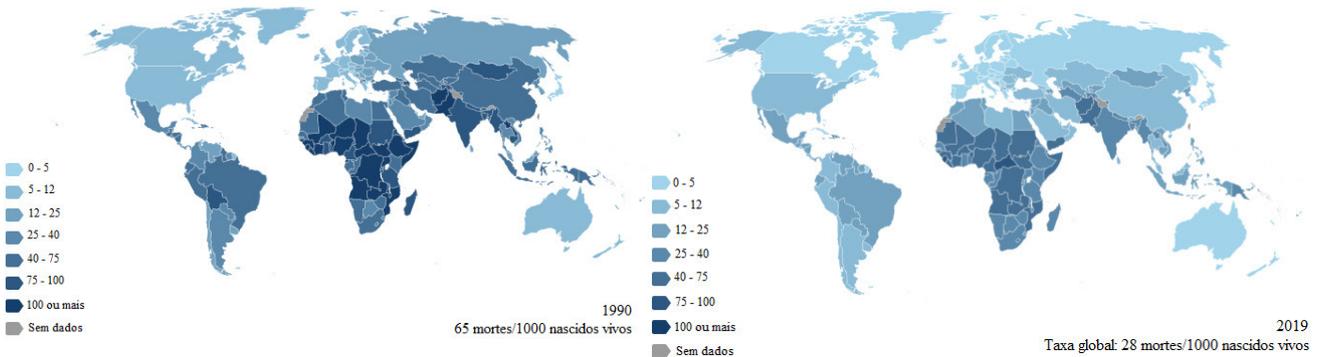
Os problemas de saúde da criança estão desigualmente distribuídos no mundo, com os piores níveis consistentemente observados em regiões mais pobres. Por revelarem níveis de desigualdade e pobreza, os indicadores de saúde também são utilizados no acompanhamento do desenvolvimento social e econômico, já que estão relacionados às condições de vida, segurança alimentar e nutricional e acesso a serviços de saúde. Entre os indicadores relevantes e mais utilizados estão: as taxas de mortalidade em menores que 5 anos, infantil e neonatal, de prematuridade e de baixo peso ao nascer e as medidas do estado nutricional, como o déficit de estatura ou desnutrição crônica (*stunting*), de desnutrição aguda (*wasting*) e de excesso de peso (*overweight*).³⁶

É importante destacar o declínio das taxas de mortalidade em menores de 5 anos em todas as regiões do planeta, com reduções de mais de 40% entre 1990 e 2019, porém nem todos os lugares alcançaram níveis considerados aceitáveis.³⁷ A [figura 2](#)

Taxa de Mortalidade em menores que cinco anos



Taxa de Mortalidade Infantil



Taxa de Mortalidade neonatal

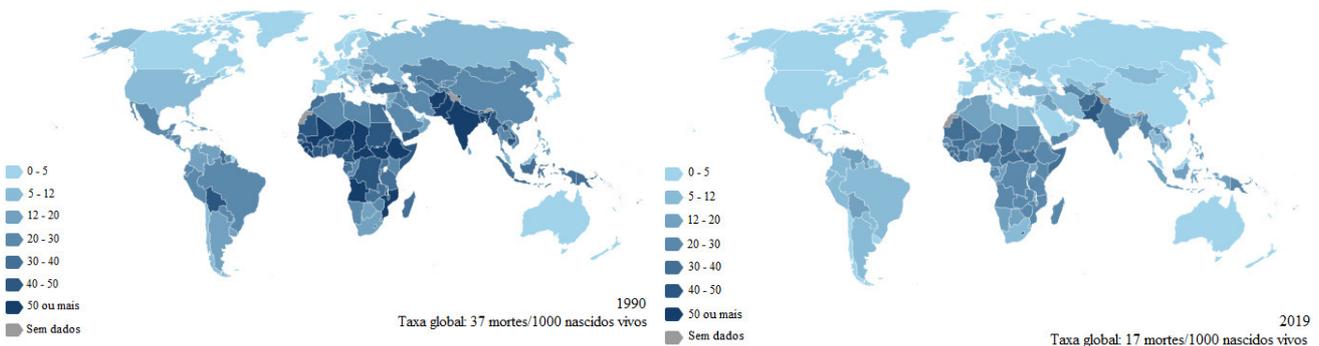


Figura 2 Taxas de mortalidade em menores que 5 anos, infantil e neonatal (por 1000 nascidos vivos) para 1990 e 2019. Fonte: Estimativas desenvolvidas pela UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA Population Division). Disponível em: www.childmortality.org.

mostra as taxas de mortalidade em menores que 5 anos, infantil e neonatal para os anos de 1990 e 2019.³⁷ Em 2019, a taxa global de mortalidade em menores de 5 anos (38,0/1000 nascidos vivos) ainda estava muito acima da meta estabelecida para 2030 pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) (25,0/1000 nascidos vivos).³⁸ Por região geográfica, essa taxa variou consideravelmente entre as regiões do planeta, alcançando 96,8/1000 nascidos vivos na África Ocidental e Central contra 6,3/1000 nascidos vivos na América do Norte. Essa diferença de aproximadamente 15 vezes em um importante indicador de saúde da criança expressa de modo contundente os altos níveis de iniquidades globais existentes.³⁷ O mesmo abismo se observa quando se compara a taxa média de mortalidade em menores de 5 anos entre

os países de baixa renda (67,6/1000 nascidos vivos) com os de alta renda (taxa média de 5,0/1000 nascidos vivos). O Brasil manteve níveis médios, esperados para grupos de países de renda média alta (13,9/1000 nascidos vivos).³⁷

Quando a análise é feita por subgrupos etários, observa-se que os períodos pós-neonatal (28 dias a 1 ano) e de 1 a 4 anos são mais vulneráveis ao contexto social e econômico, enquanto no período neonatal são mais sensíveis às características do nascimento e da gravidez.³⁹ Não por acaso, nos países de baixa renda as taxas média de mortalidade em menores de 5 anos (67,6/1000 nascidos vivos) e infantil (47,9/1000 nascidos vivos) são maiores que a taxa média de mortalidade neonatal (26,6/1000 nascidos vivos).³⁷

Em relação às causas de morte, também são observadas disparidades. Globalmente, as quatro causas principais de óbitos entre crianças, no ano de 2017, foram prematuridade (6,9/1000 nascidos vivos), infecções respiratórias agudas (5,8/1000 nascidos vivos), asfixia e trauma no parto (4,8/1000 nascidos vivos) e doenças diarreicas (3,0/1000 nascidos vivos). Contudo, ao observar as regiões geográficas, o continente africano tem a maior carga de óbito por cada uma dessas causas - chegando a uma taxa de mortalidade por prematuridade de 8,9/1000 nascidos vivos, por infecções respiratórias agudas de 11,5/1000 nascidos vivos, por asfixia e trauma no parto 8,9/1000 nascidos vivos e doenças diarreicas 6,4/1000 nascidos vivos. Em contrapartida, a Europa conta com a menor carga (taxa de mortalidade por prematuridade de 2/1000 nascidos vivos, por infecções respiratórias agudas de 0,8/1000 nascidos vivos, por asfixia e trauma no parto de 0,8/1000 nascidos vivos e por doenças diarreicas de 0,3/1000 nascidos vivos).⁴⁰

A prematuridade, o baixo peso ao nascer e a desnutrição aguda estão entre as principais causas de morte em menores de 5 anos.^{36,41} Já a desnutrição crônica é responsável por danos físicos e cognitivos irreversíveis, e o excesso de peso está mais relacionado a doenças crônicas.³⁶ As estimativas globais para prematuridade são limitadas em decorrência da qualidade das informações sobre os partos, em particular a dificuldade de obtenção da idade gestacional. Os dados mais atuais, disponíveis em nível global, datam de 2014, com a prevalência variando entre 13,4% no Norte da África e 8,7% na Europa.⁴¹ A persistência de altas prevalências de prematuridade em países mais ricos muitas vezes está relacionada com a maior sobrevivência em razão do adequado cuidado do nascido vivo.⁴¹

No ano de 2015, a incidência de baixo peso ao nascer em nível global foi de 14,6% (aproximadamente 20,5 milhões de nascidos vivos), 91% destes nascidos em países de baixa e média renda.⁴² A tendência de queda da prevalência do baixo peso ao nascer foi pouco expressiva, observando-se uma leve redução no período de 2000 a 2015 (fig. 3).

Nos últimos 20 anos, globalmente, a prevalência de desnutrição crônica variou de 33,1% em 2000 a 22,0% em 2020 - ou

seja, uma redução de 67% no período considerado.⁴³ Contrariamente, a prevalência média mundial de excesso de peso teve um ligeiro aumento, passando de 5,4% em 2000 para 5,7% das crianças em 2020.⁴³ O Leste Asiático e o Pacífico e o Oriente Médio e Norte da África responderam por quase 50% de todas as crianças afetadas por excesso de peso no mundo e tiveram os maiores aumentos no número de crianças afetadas por excesso de peso entre 2000 e 2020.⁴³

As estimativas de desnutrição crônica e excesso de peso, de acordo com os países com maiores e menores prevalências para o ano de 2020, são apresentadas no [figura 4](#). Estimativas de desnutrição aguda, crônica e excesso de peso, de acordo com regiões, para o ano de 2020, podem ser observadas na [tabela 1](#).⁴³ Podem-se observar os piores níveis de desnutrição quanto menor o grau de desenvolvimento. A prevalência de desnutrição aguda variou de 6,9% em países de baixa renda para 0,4% em países de alta renda. A prevalência de desnutrição crônica 34,6% e 3,4%, de acordo com o pior e o melhor nível de renda, respectivamente. Contrariamente, a prevalência de excesso de peso foi maior em países classificados como de alta renda (7,8%) comparado com os de baixa renda (3,7%). A má nutrição pode gerar problemas mais imediatos e ao longo da vida, e a manutenção de altos índices é uma das consequências da pobreza e o conjunto de fatores a ela relacionados.

Em 2020, a pandemia de COVID-19 desencadeou uma série de eventos que repercutiram na economia global e no agravamento das desigualdades sociais.⁴⁴ Entre os vários eventos decorrentes da pandemia estão a descontinuidade dos serviços e de cuidados em saúde, interrupção do aprendizado ou mudanças do ambiente escolar, interrupção dos esquemas de proteção social, aumento do desemprego e informalidade, aumento do preço dos alimentos, entre outros.⁴⁴⁻⁴⁶ Em seu conjunto, representam uma ameaça real e com potencial de afetar a saúde, a nutrição, o desenvolvimento e o bem-estar das crianças, principalmente para aquelas pertencentes aos grupos mais vulneráveis da população.^{44,47}

As evidências existentes demonstram que as crianças e também as gestantes foram os grupos mais afetados pela pande-

Regiões/Ano	2000	2005	2010	2015
Regiões da UNICEF				
Leste Asiático e Pacífico	8,9	8,5	8,1	7,9
Europa e Ásia Central	8,2	7,4	7,1	7,0
Oriente Médio e Norte da África	12,5	12,0	11,6	11,3
Sul da Ásia	33,1	30,6	28,6	27,0
África Subsaariana	16,5	15,5	14,7	14,0
<i>África Oriental e Austral</i>	16,2	15,2	14,3	13,7
<i>África Ocidental e Central</i>	16,8	15,8	15,0	14,3
Subdivisão do Banco Mundial de países de acordo com renda				
Baixa renda	7,2	7,6	7,6	7,6
Renda média-baixa	17,3	16,1	15,1	14,3
Renda média-alta	24,9	22,9	21,2	19,9
Alta renda	8,1	7,7	7,4	7,3
Global	17,5	16,4	15,3	14,6
Brasil	7,8	8,2	8,4	8,4

Figura 3 Tendência de baixo peso ao nascer por regiões, 2000 a 2015.

Fonte: UNICEF/WHO. Low birthweight estimates, 2019. <https://data.unicef.org/resources/low-birthweight-prevalence-interactive-dashboard/>.

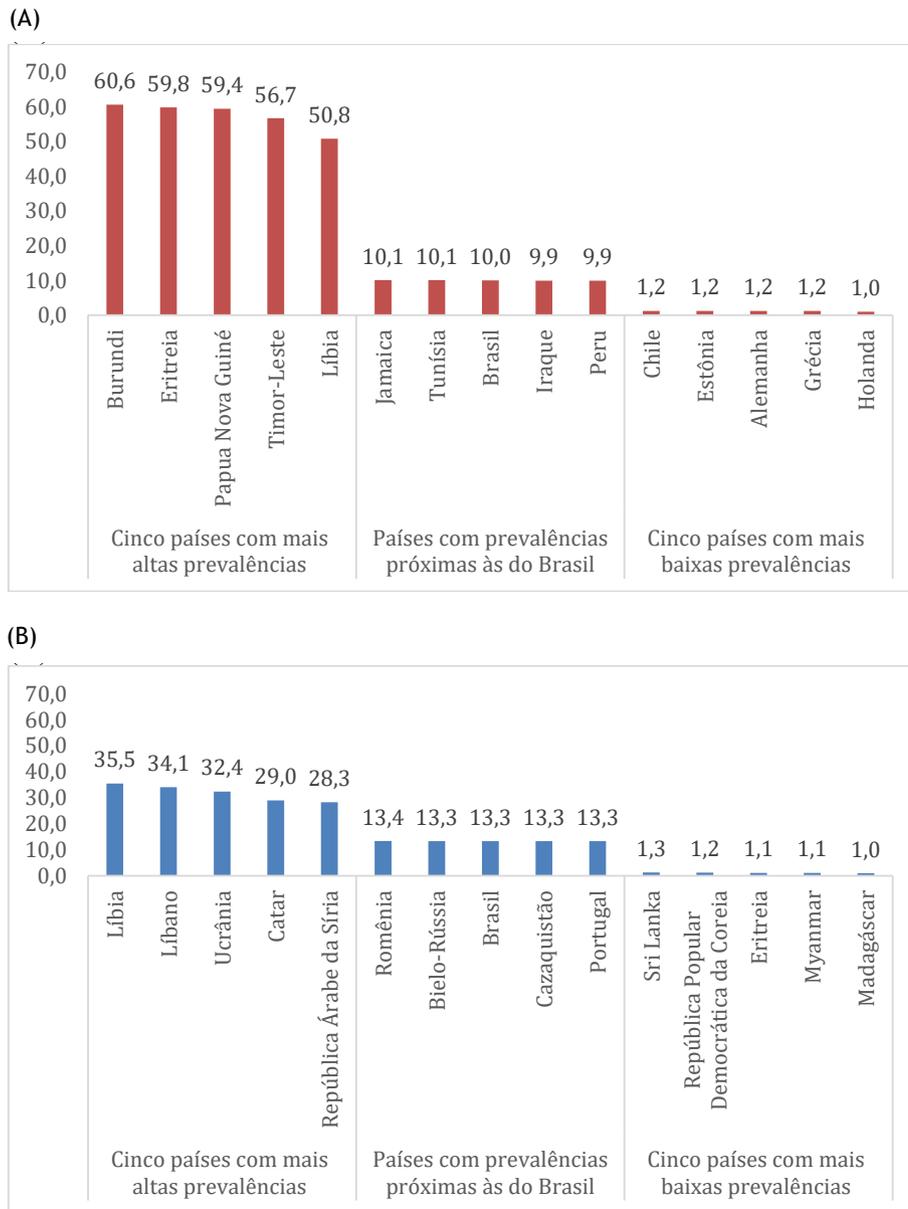


Figura 4 Prevalências de déficit de estatura (A) e excesso de peso (B) em crianças menores que 5 anos, de acordo com países com maiores e menores prevalências, 2020.

Notas: Excesso de peso (moderado e grave): porcentagem de crianças de 0 a 59 meses que estão acima de 2 desvios-padrão da mediana de peso para altura dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS.

Baixa estatura (moderada e grave): porcentagem de crianças de 0 a 59 meses que estão abaixo de -2 desvios-padrão da altura média para a idade dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS.

Fonte: UNICEF, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates. April 2021 Edition.

mia, sobretudo aqueles que já viviam em áreas assoladas por crises, em situação de insegurança alimentar e/ou com baixa cobertura, qualidade ou acesso aos sistemas de saúde.^{45,46} A interrupção abrupta da renda ocorrida nesse período, especialmente entre os mais pobres, exacerbou as desigualdades em saúde já existentes e fez emergir de maneira intensa outros como a violência de gênero, afetando a saúde física e mental.^{45,47} Tais condições podem levar a consequências adversas para a saúde mental a longo prazo para a família, em especial a mulher,⁴⁸ podendo afetar também nos desfechos de saúde da criança, pois têm na saúde mental dos adultos responsáveis um importante determinante.

Apesar dos avanços observados na saúde da criança nas últimas décadas, desfechos adversos podem voltar a se exacerbar em momentos de agravamento da pobreza, insegurança alimentar e fome, como a que ocorre no momento em consequência da crise sanitária mundial. Os impactos da pandemia COVID-19 são de longo alcance, com provável piora dos indicadores de saúde, comprometendo, inclusive, o alcance das metas previstas nos ODS estabelecido pelas Nações Unidas.^{36,38,41,42}

Desse modo, as políticas sociais e de enfrentamento da crise agravada pela pandemia de COVID-19, no sentido de amenizar seus efeitos sobre a saúde das crianças, devem se concentrar na implementação de estratégias para alívio imediato da po-

Tabela 1 Estimativas de desnutrição aguda, déficit de estatura e excesso de peso de acordo com regiões, 2020.1

Regiões	Desnutrição aguda (wasted) %	Déficit de estatura (stunting) %	Excesso de peso (overweight) %
Global	6,7	22,0	5,7
Regiões da UNICEF			
Leste Asiático e Pacífico	3,7	13,5	7,8
Europa e Ásia Central	-	5,7	7,9
Europa Oriental e Ásia Central	1,9	8,1	8,7
Europa Ocidental	-	2,8	7,0
América Latina e Caribe	1,3	11,3	7,5
Oriente Médio e Norte da África	6,3	15,6	12,0
América do Norte	0,2	3,2	9,1
Sul da Ásia	14,7	31,8	2,2
África Subsaariana	6,2	32,4	3,9
África Oriental e Austral	5,3	32,3	4,5
África Ocidental e Central	7,2	32,5	3,4
Subdivisão do Banco Mundial de países de acordo com renda			
Baixa renda	6,9	34,6	3,7
Renda média	6,8	21,8	5,9
Renda média-baixa	9,9	29,1	4,0
Renda média-alta	2,1	10,8	8,8
Alta renda	0,4	3,4	7,8

Fonte: UNICEF, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, April 2021 Edition. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>.
1. As estimativas para o ano de 2020 não consideram o impacto do COVID-19. Dados de pesquisas domiciliares sobre altura e idade das crianças não foram coletados em 2020 em decorrência de políticas de distanciamento físico.

2. Europa Oriental e Ásia Central, exceto Rússia.

3. Para estimativas de desnutrição aguda moderada e grave, a média regional da América do Norte é baseada apenas em dados dos Estados Unidos.

Notas: Desnutrição aguda (moderada e grave): porcentagem/número de crianças de 0 a 59 meses que estão abaixo de -2 desvios-padrão do peso médio para a altura dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS.

Déficit de estatura (moderada e grave): porcentagem de crianças de 0 a 59 meses que estão abaixo de -2 desvios-padrão da altura média para a idade dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS.

Excesso de peso (moderado e grave): Número (milhões) de crianças de 0 a 59 meses que estão acima de 2 desvios-padrão da mediana de peso para altura dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS.

breza e fome, além de priorizar medidas para garantir a segurança alimentar a médio e longo prazo e garantir o acesso aos serviços de educação e saúde.

Intervenções para reduzir iniquidades em saúde da criança

Como visto, os problemas de saúde atingem crianças de modo desigual entre as várias regiões e países do mundo, e isso acontece também dentro de cada país, estado ou município. Tais desigualdades são evitáveis, não havendo nenhuma razão biológica para, por exemplo, crianças até 5 anos que vivem em países de baixa renda terem 15 vezes maior risco de morrer do que as que vivem nos países de renda alta.³⁷ Em outras palavras, se a causa do adoecimento e morte é social, é importante que o remédio também seja. Tratar doenças existentes é imprescindível; porém, nenhum tratamento deve excluir intervenções sobre os determinantes sociais da saúde.

As políticas voltadas para a redução das iniquidades em saúde exigem a articulação de um grande número de ações de diferentes áreas e níveis. Portanto, uma abordagem abrangente deve: 1) considerar os níveis de determinação social da saúde; 2) incluir a intersetorialidade das políticas;

e 3) fomentar a participação social.¹⁶ Assim, o combate às desigualdades exige coordenação de diferentes atores com interesses diversos, de maneira vertical e também horizontal, com capacidade para amenizar divergências e identificar soluções, sempre guiada pelo princípio da redução de iniquidades.

Atualmente, é possível identificar três abordagens políticas distintas para reduzir iniquidades em saúde: as que buscam melhorar a saúde de grupos mais pobres por meio de ações focalizadas; acabar com lacunas de saúde entre os grupos menos e mais favorecidos; e as que abordam todo o gradiente de saúde. Todas essas linhas são eficazes e não são excludentes, podendo ser complementares, porém têm diferenças estruturantes. A primeira e a segunda estão mais focadas na pobreza, a fim de aliviar o fardo da doença suportado pelos mais desfavorecidos. Já a terceira está voltada para o efeito generalizado que a desigualdade tem sobre a saúde em toda a hierarquia socioeconômica. Embora seja muito mais abrangente, este modelo enfrenta mais dificuldades políticas e técnicas do que os primeiros.¹⁶ Uma combinação dessas três linhas de ação deve ser relevante em países com muita pobreza e desigualdade.

Para promover a saúde materno-infantil são necessárias políticas que incidam nos vários níveis de determinantes e abor-

dem tanto a pobreza quanto as desigualdades em saúde. Por exemplo, políticas que atuem na melhoria de renda e no acesso à educação e aos serviços de saúde são fundamentais, como as políticas redistributivas, positivamente associadas com menor mortalidade infantil e maior esperança de vida.⁵ Somam-se a isso, mais especificamente, programas de transferência condicionada de renda que atuam na pobreza, positivamente associados com a melhoria da situação nutricional e de saúde das crianças,⁴⁹ bem como com o aumento do uso de serviços de saúde e dos comportamentos preventivos.⁵⁰ Como o impacto dos programas sobre condições de saúde e nutrição das famílias depende, em grande medida, da oferta e da qualidade dos serviços básicos,⁵¹ uma abordagem intersetorial, que combine um programa de transferência de renda com uma atenção primária efetiva, pode reduzir consideravelmente a morbimortalidade, sobretudo por causas relacionadas à pobreza.⁴⁹

A prevenção dos desfechos adversos relacionados com o parto e a infância exige também a consideração das causas estruturais relacionadas à pobreza e às desigualdades sociais.⁵² A maioria das ações governamentais e dos programas de saúde ainda se preocupa, principalmente, com intervenções *a posteriori* que respondem às demandas incidentais dos indivíduos. Essas respostas são ineficazes para os problemas de saúde pública, que continuam a ser reproduzidos.⁵³

Assim, dependendo do contexto político e social do país, o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde pode incluir três níveis distintos de ação:⁵

- 1) Políticas macrosociais, tais como políticas econômicas e sociais que reduzam a pobreza e aumentem a equidade. Existem fartas evidências de que os países desenvolvidos e com indicadores positivos de saúde na infância sofreram mudanças importantes, antes que as tecnologias médicas e de saúde estivessem disponíveis. Por exemplo, os países da Europa ocidental ao final do século XIX ostentavam taxas de mortalidade infantil muito altas, porém uma série de transformações aconteceram nos planos econômicos, sociais e ambientais e fizeram com que no século XX essas taxas fossem reduzidas de maneira significativa.⁵⁴ Porém, quando se verifica na perspectiva da equidade no curso desses processos históricos de transformação socioeconômicas intensas, mesmo em países desenvolvidos determinados grupos étnico-raciais ou mesmo as classes sociais mais baixas tiveram menor benefício com essas mudanças, observando-se a manutenção de grandes desigualdades no tocante à saúde das crianças.⁵⁵
- 2) Políticas que modifiquem as condições de exposição e vulnerabilidade dos grupos sociais. Para que avanços na saúde da criança ocorram e acompanhem as transformações sociais, faz-se necessário ativar uma série de mecanismos compensadores e focados em uma estratégia de busca de equidade que possam não somente reduzir as desigualdades existentes de maneira sustentável, bem como barrar as forças que estimulam sua ampliação. A saúde em uma população ou país está vinculada a uma série complexa de determinantes, como já apresentado. Políticas centralizadas em determinantes específicos têm ajudado a melhorar a saúde da criança e mesmo as iniquidades existentes. Assim, políticas voltadas para melhorar as condições de saneamento,⁵⁶ nutrição⁵⁷ e em especial medidas para redução da pobreza, têm contribuído para a melhoria da saúde das crianças.^{58,59} Destaque especial merecem as intervenções recentes de redução da pobreza que se tornaram frequentes em muitos países em desenvolvimento, denominados de programas de transferência de renda, sejam

condicionais (quando estabelecem exigências aos recipientes, em geral relacionados a saúde e educação de crianças e gestantes) ou não. Revisões recentes mostram que elas têm tido papel importante na melhoria da saúde das crianças.^{60,61} No Brasil, o programa Bolsa Família tem tido um importante papel na redução da mortalidade infantil.⁵⁸

- 3) Políticas de saúde que atuem sobre as consequências negativas das desigualdades, buscando minimizar seus efeitos sobre a saúde. As ações de saúde, principalmente a atenção primária, têm sido de imensa relevância na saúde das crianças. Isso inclui desde a assistência pré-natal, assistência ao parto e acompanhamento da saúde da criança nos primeiros anos de vida. A falta dessa assistência ou sua distribuição de maneira não equânime contribui para as desigualdades em saúde entre crianças. Na atenção à saúde está o acesso a tratamentos adequados para diferentes tipos de doenças, a imunização (que hoje cobre um grande leque de doenças), a educação e orientação dos cuidadores. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em particular, a Estratégia de Saúde da Família, tem dado importantes contribuições para a melhoria da saúde em geral, e das crianças em particular,⁶² e para a redução das iniquidades.⁶³

Considerações finais

As consequências das desigualdades sociais na saúde das crianças configuram-se entre os importantes problemas de saúde global. Não são específicos para países pobres, mas também se mantêm quando os países enriquecem e se desenvolvem. As desigualdades são produzidas por meio da complexidade das relações de um conjunto de determinantes sociais, econômicos sanitários etc., gerando os problemas de saúde e sua desigual distribuição. Isso pode explicar, em parte, por que quando mesmo sanados “velhos problemas”, como a fome e a diarreia, a persistência das desigualdades faz emergir “novos problemas”, como a saúde mental materna como relevante no cuidado e na saúde da criança.

Apesar dos consideráveis avanços observados globalmente na saúde das crianças nas últimas décadas, as desigualdades expressas nos indicadores de saúde das crianças se mantêm. A persistência de baixos níveis de saúde nos grupos socialmente vulneráveis da população (expressos em altas taxas de mortalidade neonatal, infantil e de menores de 5 anos, desnutrição, prematuridade e baixo peso ao nascer, entre outros desfechos adversos) dificulta o alcance dos ODS estabelecidos pelas Nações Unidas. Todo esse cenário foi fragilizado ainda mais com a pandemia de COVID-19, fortalecendo e dando urgência à necessidade de políticas sociais e de saúde integrativas para lidar com a multidimensionalidade dos problemas de saúde das crianças.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

IRF e PRM recebem bolsa de pós-doutorado através do projeto de pesquisa NIHR Global Health Research Group on Social Policy and Health Inequalities financiado pelo National Institute of Health Research, Reino Unido (Ref Number 16/137/99).

Referências

- Barreto ML. Health inequalities: a global perspective. *Cien Saude Colet.* 2017;22:2097-108.
- Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* 2001;30:668-77.
- Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1. Copenhagen: World Health Organization; 2006. Contract No.: 2.
- WIID - World Income Inequality Database [Internet]. United Nations University World Institute for Development Economics Research 2015. [Cited 2021 Nov 1]. Available from: <https://www.wider.unu.edu/project/wiid-%E2%80%93-world-income-inequality-database>.
- Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde Políticas para o enfrentamento das desigualdades Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009. p. 95-107.
- Sousa A, Hill K, Dal Poz MR. Sub-national assessment of inequality trends in neonatal and child mortality in Brazil. Sousa A, Hill K, Dal Poz MR. Sub-national assessment of inequality trends in neonatal and child mortality in Brazil. *Int J Equity Health.* 2010;9:21.
- Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J, Claeson M, WHO-World Bank Child Health and Poverty Working Group. Child health: reaching the poor. *Am J Public Health.* 2004;94:726-36.
- Barros FC, Victora CG, Horta BL. Ethnicity and infant health in Southern Brazil. A birth cohort study. *Int J Epidemiol.* 2001;30:1001-8.
- Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet.* 2017;389:1453-63.
- Aquino EM. Gender and health: profile and trends of the scientific production in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2006;40 Spec no.:121-32.
- 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: final report: executive summary. World Health Organization; 2008.
- World Bank Group. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Mortality rate, infant (per 1,000 live births) [Internet]. World Bank Group. 2019 [cited 20 de setembro de 2021]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?name_desc=false.
- Pearce A, Dundas R, Whitehead M, Taylor-Robinson D. Pathways to inequalities in child health. *Arch Dis Child.* 2019;104:998-1003.
- Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health.* 2012;126:S4-10.
- Mosley WH, Chen LC. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. 1984. *Bull World Health Organ.* 2003;81:140-5.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*; Geneva: World Health Organization; 2010.
- Santos IS, Matijasevich A, Barros AJ, Albernaz EP, Domingues MR, Valle NC, et al. Avoidable deaths in the first four years of life among children in the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cad Saude Publica.* 2011;27:S185-97.
- Santos DS, Santos DN, Silva Rde C, Hasselmann MH, Barreto ML. Maternal common mental disorders and malnutrition in children: a case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:543-8.
- Jensen SK, Bouhouch RR, Walson JL, Daelmans B, Bahl R, Darmstadt GL, et al. Enhancing the child survival agenda to promote, protect, and support early child development. *Semin Perinatol.* 2015;39:373-86.
- de Azevedo Barros MB, Lima MG, Medina LP, Szwarcwald CL, Malta DC. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health.* 2016;15:148.
- Terra de Souza AC, Peterson KE, Andrade FM, Gardner J, Ascherio A. Circumstances of post-neonatal deaths in Ceara, Northeast Brazil: mothers' health care-seeking behaviors during their infants' fatal illness. *Soc Sci Med.* 2000;51:1675-93.
- al Fadil SM, Alrahman SH, Cousens S, Bustreo F, Shadoul A, Farhoud S, et al. Integrated management of childhood illnesses strategy: compliance with referral and follow-up recommendations in Gezira State, Sudan. *Bull World Health Organ.* 2003;81:708-16.
- Barroso RG, Machado C. [Definitions, dimensions and determinants of parenting]. *Psychologica.* 2010;52:211-29.
- Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics.* 2004;113:e523-9.
- Mandl KD, Tronick EZ, Brennan TA, Alpert HR, Homer CJ. Infant health care use and maternal depression. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:808-13.
- Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, et al. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics.* 2005;115:306-14.
- Falceto OG, Giugliani ER, Fernandes CL. Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. *J Am Board Fam Pract.* 2004;17:173-83.
- Maguire-Jack K, Showalter K. The protective effect of neighborhood social cohesion in child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 2016;52:29-37.
- Matijasevich A, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Marco PL, Albernaz EP, et al. Widening ethnic disparities in infant mortality in southern Brazil: comparison of 3 birth cohorts. *Am J Public Health.* 2008;98:692-8.
- Leal MdC, da Gama SG, da Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica.* 2005;39:100-7.
- Farias YN, Leite IdC, Siqueira MAMTd, Cardoso AM. [Ethnic and racial inequalities in hospital admissions due to avoidable causes in under-five Brazilian children, 2009-2014]. *Cad Saude Publica.* 2019;35S:e00001019.
- Brazil. National health and nutrition survey of indigenous peoples. Final report. Rio de Janeiro: Ministry of Health; 2009.
- Goldani MZ, Mosca PR, Portela AK, Silveira PP, Silva ChD. O impacto da transição demográfico-epidemiológica na saúde da criança e do adolescente do Brasil. *Rev HCPA* 2012;32:49-57.
- Malta DC, Mascarenhas MD, Bernal RT, Viegas AP, de Sá NN, da Silva Junior JB. [Accidents and violence in childhood: survey evidence of emergency care for external causes--Brazil, 2009]. *Cien Saude Colet.* 2012;17:2247-58.
- Benzeval M, Bond L, Campbell M, Egan M, Lorenc T, Petticrew M, et al. How does money influence health? Joseph Rowntree Foundation; 2014.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) WHO, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2021 edition of the joint child malnutrition estimates. New York: United Nations Children's Fund; 2021. Contract No.: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Most recent stillbirth, child and adolescent mortality estimates. 2020. [Cited 2021 Nov 1]. Available from: <https://child-mortality.org/>.
- Nations U. The sustainable development agenda 2020. [Cited 2021 Nov 1]. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>.
- Duarte CM. [Health policy effects on infant mortality trends in Brazil: a literature review from the last decade]. *Cad Saude Publica.* 2007;23:1511-28.

40. World Health Organization. The global health observatory 2021. [Cited 2021 Nov 1]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/deaths-per-1-000-live-births>.
41. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e37-46.
42. Blencowe H, Krusevec J, de Onis M, Black RE, An X, Stevens GA, et al. National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e849-60.
43. Child malnutrition estimates (global and regional). 2021.[Cited 2021 Nov 1]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>.
44. Pereira M, Oliveira AM. Poverty and food insecurity may increase as the threat of COVID-19 spreads. *Public Health Nutr*. 2020;23:3236-40.
45. UNICEF. COVID-19 and children: UNICEF data hub 2021.[Cited 2021 Nov 1]. Available from: https://data.unicef.org/covid-19-and-children/?utm_source=UNICEF%20Data&utm_medium=homepage&utm_campaign=COVID19-hub-unicef-data-hero-image.
46. World Food Programme. WFP Global Update on COVID-19: November 2020. Rome, Italy; 2020.
47. Singh DR, Sunuwar DR, Shah SK, Sah LK, Karki K, Sah RK. Food insecurity during COVID-19 pandemic: A genuine concern for people from disadvantaged community and low-income families in Province 2 of Nepal. *PLOS ONE*. 2021;16:e0254954.
48. Poudel K, Subedi P. Impact of COVID-19 pandemic on socioeconomic and mental health aspects in Nepal. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66:748-55.
49. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013;382:57-64.
50. Rivera JA, Sotres-Alvarez D, Habicht JP, Shamah T, Villalpando S. Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progresa) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study. *Jama*. 2004;291:2563-70.
51. Attanasio O, Mesnard A. The impact of a conditional cash transfer programme on consumption in Colombia. *Fiscal Studies*. 2006;27:421-42.
52. Masho SW, Cha S, Chapman DA, Chelmos D. Understanding the role of violence as a social determinant of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216:183.e1-7.
53. Blas E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: WHO Press; 2010. 300 p.
54. Szreter S. The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline c.1850-1914: a Re-interpretation of the Role of Public Health. *Social History of Medicine*. 1988;1:1-38.
55. Wickham S, Anwar E, Barr B, Law C, Taylor-Robinson D. Poverty and child health in the UK: using evidence for action. *Arch Dis Child*. 2016;101:759.
56. Rasella D. Impact of the Water for All Program (PAT) on childhood morbidity and mortality from diarrhea in the Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013;29:40-50.
57. Whitney R, Centrone WA, Mamani HS, Falkenstein K, Levine RS, Harris J, et al. Impact of a collaborative childhood anaemia intervention programme in Peru. *Trop Med Int Health*. 2021;26:680-6.
58. Ramos D, da Silva NB, Ichihara MY, Fiaccone RL, Almeida D, Sena S, et al. Conditional cash transfer program and child mortality: A cross-sectional analysis nested within the 100 Million Brazilian Cohort. *PLoS Med*. 2021;18:e1003509.
59. Barber SL, Gertler PJ. The impact of Mexico's conditional cash transfer programme, Oportunidades, on birthweight. *Trop Med Int Health*. 2008;13:1405-14.
60. Cooper JE, Benmarhnia T, Koski A, King NB. Cash transfer programs have differential effects on health: A review of the literature from low and middle-income countries. *Soc Sci Med*. 2020;247:112806.
61. Victora CG, Barros FC, Assunção MC, Restrepo-Méndez MC, Matijasevich A, Martorell R. Scaling up maternal nutrition programs to improve birth outcomes: a review of implementation issues. *Food Nutr Bull*. 2012;33:56-26.
62. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99:87-93.
63. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017;14:e1002306.