

Alcançando Equidade em Saúde: Um Guia para Organizações na Área da Saúde



UM MATERIAL DO IHI

20 University Road, Cambridge, MA 02138 • ihi.org

Como citar este estudo: Wyatt R, Laderman M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. *Alcançando Equidade em Saúde: Um Guia para Organizações na Área da Saúde*. Relatório Branco do IHI. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2016. (Disponível no site da ihi.org)



AUTORES:

Dr. Ronald Wyatt, Mestre em Administração de Saúde: *Diretor Médico e de Segurança do Paciente, Agência de Qualidade e Segurança do Paciente, Comissão Conjunta*

Mara Laderman, Mestre em Saúde Pública: *Pesquisadora Sênior Associada, IHI*

Laura Botwinick, MS: *Diretora, Programa de Pós-graduação em Administração e Políticas de Saúde, Universidade de Chicago*

Dr. Kedar Mate: *Diretor de Inovação e Educação, IHI*

Dr. John Whittington: *Pesquisador Sênior e Professor-chefe da área Triple Aim, IHI*

Tradução para o Português em 2023: Revisão por Paulo Borem, MD, Jacqueline Torres, RN, e Andreia Cavaco.

Reconhecimentos:

Os autores agradecem a contribuição inestimável dos seguintes colaboradores que revisaram este Relatório Branco com um olhar crítico durante todo o processo de escrita: Dr. Ronald Copeland, Vice-presidente sênior, Estratégias e Políticas de Diversidade e Inclusão, e Diretor de Diversidade e Inclusão do Plano de Saúde da Fundação Kaiser; Cheri Wilson, Mestre em Administração e Mestre em Saúde, Diretora de Diversidade e Inclusão do Hospital Universitário Robert Wood Johnson; Dra. Kimberlydawn Wisdom, Mestre em Saúde, Vice-presidente de Equidade e Saúde Comunitária, e Diretora de Bem-estar e Diversidade do Henry Ford Health System; Carol Beasley, Mestre em Gestão e Políticas Públicas, Vice-presidente Sênior do IHI; Dr. Don Goldman, Diretor Médico e Científico do IHI; Alex Anderson, Pesquisador Associado e membro do Conselho de Diversidade e Inclusão do IHI; Amy Reid, Mestre em Saúde Pública, Diretora e membro do Conselho de Diversidade e Inclusão do IHI; e Ann Whittington. Também gostaríamos de agradecer a Jane Roessner e Val Weber, do IHI, por seu apoio na criação e edição deste Relatório Branco. Os autores assumem total responsabilidade por quaisquer informações deturpadas ou incorretas.

O IHI (Institute for Healthcare Improvement, Instituto para Melhoria da Saúde, em tradução livre) é líder em inovação na saúde em promoção de melhorias no atendimento médico no mundo inteiro. Há mais de 25 anos trabalhamos em parceria com uma comunidade cada vez maior de visionários, líderes e profissionais de saúde que trabalham na linha de frente em todo o mundo em busca de novas maneiras engenhosas e arrojadas de melhorar a saúde de indivíduos e populações inteiras. Juntos, criamos o ímpeto para mudança, buscamos modelos inovadores de atendimento e divulgamos melhores práticas comprovadas. Para avançarmos em nossa missão, o IHI dedica-se a otimizar sistemas de atendimento na área de saúde, promovendo o Triple Aim (tríplice objetivo) para as populações, o atendimento centrado na pessoa e na família, e o desenvolvimento da capacidade de melhoria. Os Relatórios Brancos do IHI foram produzidos com a finalidade de promover a nossa missão. As ideias e conclusões desses relatórios brancos representam o trabalho inovador do IHI e das organizações que colaboraram conosco. Nossos Relatórios Brancos são elaborados para compartilhar os desafios que o IHI está trabalhando para superar, as ideias que estamos desenvolvendo e testando para ajudar as organizações a implementar melhorias, além dos resultados iniciais, quando houver.

Copyright © 2016 Institute for Healthcare Improvement. Todos os direitos reservados. É permitido fazer fotocópia desses materiais para uso educacional e sem fins lucrativos, desde que nenhuma alteração seja feita em seu conteúdo e o IHI seja devidamente citado como fonte. Não é permitida a reprodução desses materiais para uso comercial e com fins lucrativos, de nenhuma forma ou por nenhum meio, tampouco sua publicação sob quaisquer circunstâncias, sem a permissão expressa e por escrito do Institute for Healthcare Improvement.

Conteúdo

Introdução da versão traduzida para Português	4
Prefácio	4
Resumo executivo	6
Introdução	6
Impacto econômico da equidade em saúde	10
Um modelo conceitual para ajudar organizações a alcançar equidade em saúde	11
Avaliando a equidade em saúde	25
Conclusão	29
Apêndice A: Entrevistas e visitas técnicas	30
Apêndice B: Estudo de caso	31
Apêndice C: Ferramentas de avaliação de equidade em saúde	33
Referências	39

Introdução da versão traduzida para Português

Limitações da Tradução: A decisão pela tradução desse conteúdo para o português é uma contribuição do IHI e do contexto norte-americano para estimular o debate sobre a promoção da equidade usando a lente da melhoria da qualidade em outros países e realidades. Os tradutores decidiram não adaptar os exemplos ao contexto dos países de Língua Portuguesa, porque alteraria em demasiado o texto original, portanto é necessário que os leitores façam uma correlação com os exemplos a sua realidade. Esta é umas das limitações deste Relatório Branco.

O relatório branco original em Inglês traz um modelo conceitual e algumas estratégias genéricas, que podem ser adaptadas e aplicadas à realidade de serviços de saúde de outros países. Os leitores irão se deparar com exemplos do contexto Norte Americano.

Reconhecemos que os desafios para a promoção da equidade em saúde são reflexos dos processos históricos e políticos de cada país e que recomendações baseadas na realidade norte-americana são insuficientes para contemplar a demanda local por ações de redução das desigualdades em saúde. Recomendamos que a leitura deste Relatório Branco seja complementada com a leitura de pesquisas, políticas e relatórios técnicos locais para maior aprofundamento e proposição de ideias de mudança adaptadas ao contexto local. A tradução deste documento para o português utilizou como base o português falado no Brasil.

Prefácio

Em 2001, o Instituto de Medicina descreveu os “Seis Objetivos para Melhoria” no célebre relatório, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. (Transpondo o Abismo da Qualidade: Um Novo Sistema de Saúde para o Século XXI). Os “Seis Objetivos” ou domínios recomendam que o cuidado em saúde seja seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo. Nesses 15 anos, desde a publicação do relatório *Crossing the Quality Chasm*, tivemos avanços significativos em cinco dos seis objetivos (embora ainda haja muito trabalho a ser feito em todos). Mas o avanço no sexto objetivo — equidade — ficou aquém do esperado. Houve progresso entre organizações de vanguarda na saúde e começamos a ver o surgimento de nichos de excelência, mas a falta de um avanço generalizado fez com que alguns apontassem a equidade como o “objetivo esquecido”.

No IHI, tomamos medidas para priorizar os seis objetivos – até as paredes dos nossos corredores não nos deixam esquecer. Apesar desse lembrete diário, devo admitir, como presidente do IHI, uma certa frustração por não termos conseguido ajudar a equidade em saúde a sair da inércia. Sei que essa frustração também é sentida por todos os meus colegas do IHI, assim como muitos de vocês. Esperamos que este Relatório Branco do IHI ajude a estabelecer um alicerce para alcançarmos melhorias reais na promoção da equidade em saúde.

É claro que esperança não significa planejamento. Portanto, este relatório branco oferece recomendações práticas, ações executáveis e um modelo conceitual para orientar qualquer organização de saúde a traçar sua própria jornada rumo a uma maior equidade em saúde. Esse modelo conceitual enfatiza não só a importância de tornar a equidade em saúde uma prioridade estratégica em todos os níveis de uma organização, especialmente no topo, mas também uma visão sistêmica de como chegamos a equidades em saúde, e como elas podem ser mitigadas. Esse modelo conceitual também nos encoraja a trabalharmos internamente, derrubando as barreiras do racismo institucional e de vieses cognitivos que impedem o nosso avanço. Externamente, o modelo conceitual nos estimula a criar e fomentar novas parcerias com a comunidade que gerem um impacto real em todos os determinantes da saúde.

Mas acima de tudo, tanto esse modelo conceitual quanto todo o trabalho repleto de dedicação e inovação descrito neste relatório branco requer de nós um entendimento mais amplo de como o sistema de saúde pode melhorar a equidade em saúde. Melhorar apenas o que já estamos fazendo não é o bastante. Melhorias reais exigem que aprofundemos e ampliemos as conexões com nossas equipes, nossos pacientes e nossas comunidades.

Os Estados Unidos têm uma história própria de racismo que produziu desfechos clínicos discrepantes e injustos. É inegável que o racismo institucional ocorre no mundo inteiro. Ao mesmo tempo, quanto mais aprendemos sobre como fatores como raça, gênero, etnia, orientação sexual, idade, saúde mental, deficiências e localização geográfica, entre outros, contribuem para desigualdades em resultados de saúde, maior a nossa determinação para gerar um impacto positivo. Este Relatório Branco do IHI faz parte de uma iniciativa mais ampla de envolver todos vocês para que coloquem suas habilidades singulares, seu conhecimento, entusiasmo e boas ideias a serviço de quem mais precisa.

Agradecemos a leitura.

Derek Feeley
Presidente e CEO
Institute for Healthcare Improvement

Resumo executivo

Diferenças significativas na expectativa de vida e outros desfechos clínicos ainda são uma realidade nos Estados Unidos. O sistema de saúde desempenha um papel significativo para alcançar a equidade na saúde. Embora as organizações de saúde por si só não tenham o poder de melhorar a vasta gama de determinantes da saúde para a sociedade como um todo, elas têm o poder de enfrentar as disparidades diretamente no momento do atendimento e de impactar muitos dos determinantes que produzem tais disparidades.

Este relatório branco fornece orientações sobre como as organizações de saúde podem reduzir as disparidades relacionadas a: raça ou etnia, religião, nível socioeconômico, gênero; idade; saúde mental, deficiência cognitiva, sensorial ou física, orientação sexual ou identidade de gênero, localização geográfica ou outras características historicamente associadas à discriminação ou exclusão.

Para fundamentar este trabalho, o IHI analisou a literatura selecionada, entrevistou inúmeros especialistas e visitou organizações de saúde exemplares que trabalham para melhorar a equidade em saúde em suas comunidades. O resultado, apresentado neste relatório branco, é um modelo conceitual para que as organizações de saúde melhorem a equidade em saúde das comunidades que atendem. Há cinco componentes-chave no modelo conceitual:

- Tornar a equidade em saúde uma prioridade estratégica;
- Desenvolver uma estrutura e processos para apoiar o trabalho de promoção da equidade em saúde;
- Implantar estratégias específicas para lidar com os inúmeros determinantes da saúde sobre os quais as organizações podem ter um impacto direto, tais como assistência à saúde, nível socioeconômico, ambiente físico e comportamentos saudáveis;
- Diminuir o racismo institucional dentro da organização; e
- Desenvolver parcerias com organizações da comunidade e sociedade civil para melhorar a saúde e a equidade.

Este relatório branco também descreve questões práticas na utilização de indicadores para medição da equidade em saúde, apresenta um estudo de caso do Henry Ford Health System e inclui uma ferramenta de autoavaliação para que as organizações de saúde avaliem seu estado atual com relação a cada componente do modelo conceitual. O modelo conceitual é uma continuação do trabalho do IHI com o Triple Aim, ou Triplo Objetivo, que começou em 2007: melhorar a experiência individual do atendimento, melhorar a saúde das populações e reduzir o custo per capita do atendimento para as populações. Equidade em saúde não é um quarto objetivo, mas um elemento desses três componentes do Triplo Objetivo. O Triplo Objetivo não será cumprido até que seja alcançado para todos.

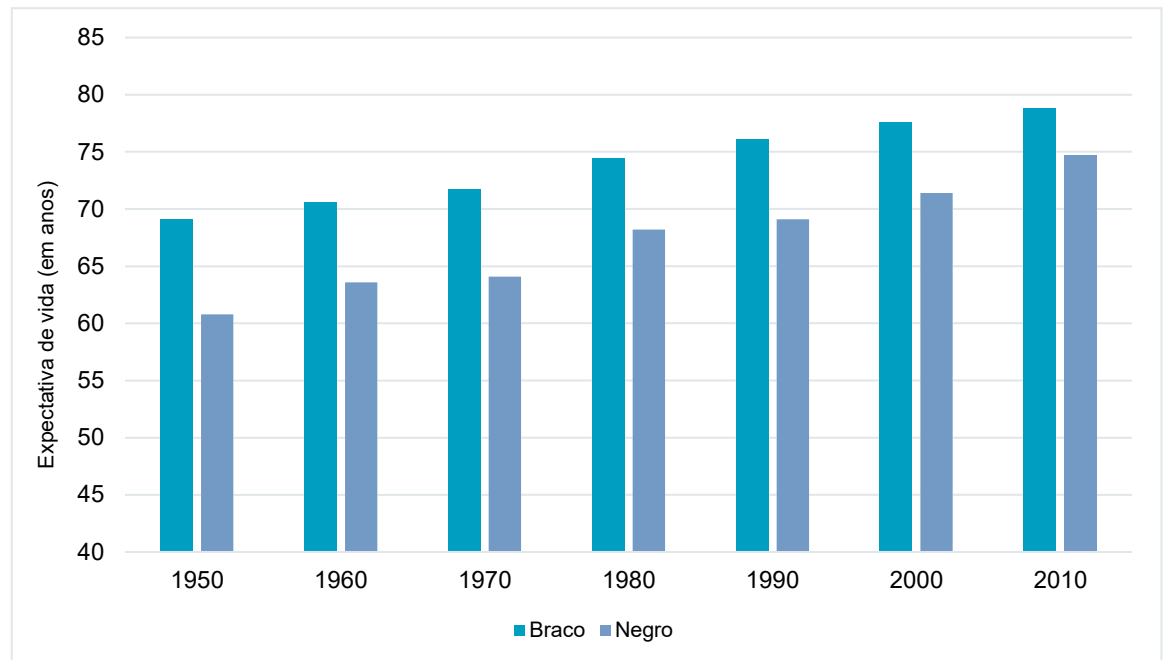
Introdução

Tommy Cannon faleceu aos 62 anos de idade. Ele era afro-americano e viveu a vida inteira na Rodovia 29 no condado de Perry, próximo da cidade de Marion, no estado do Alabama, em uma região conhecida como o Cinturão Negro. Cannon era conhecido por ser um homem religioso, trabalhador, honesto e generoso.

Quando estava com quase 60 anos, ele foi diagnosticado com diabetes tipo 2. Como muitos outros afro-americanos na terceira idade, em alguns momentos da vida ele não teve acesso a atendimento médico preventivo. Um dia em 1973, quando Cannon ficou muito doente, ele passou horas na sala de espera de um consultório médico só para a população negra tentando receber algum atendimento. Quando finalmente foi atendido, o médico lhe disse para ir até um hospital a 80 quilômetros dali porque seu quadro era muito grave. Aos 62 anos de idade, Tommy Cannon morreu no dia seguinte num hospital em Selma, Alabama, de infecção generalizada em decorrência de uma apendicite, sem nunca ter sido atendido por um médico.¹

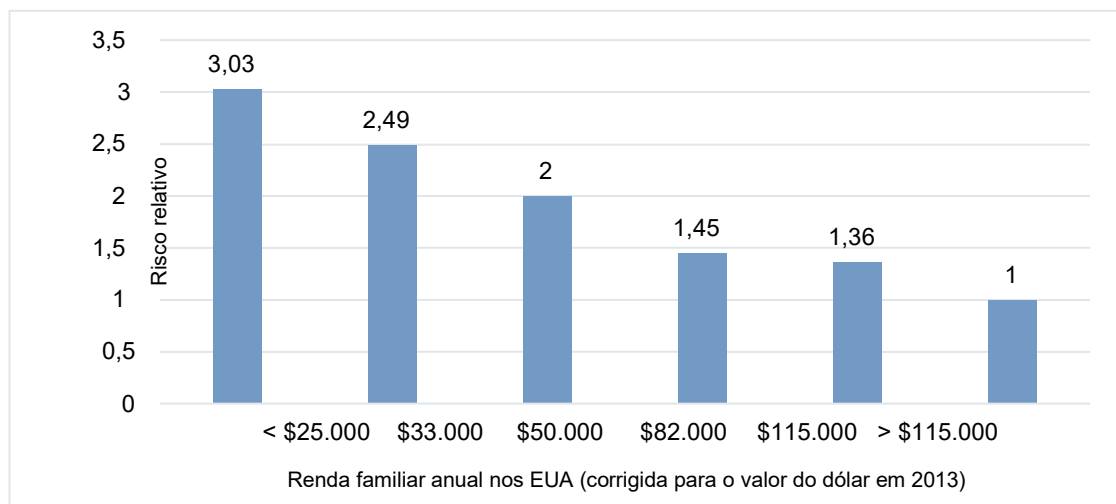
Em 2013, a expectativa de vida para homens no condado de Perry no Alabama, era de 67,4 anos² — 9 anos a menos que a média nacional de 76,3 naquele mesmo ano.³ O condado de Perry é uma região pobre e rural, e seus moradores são majoritariamente negros. Geografia, renda e raça são três fatores decisivos para a saúde nos Estados Unidos. A expectativa de vida para homens do condado de Perry deve ser maior nos dias de hoje, e a morte de Tommy Cannon em 1973 talvez pudesse ter sido evitada se ele tivesse sido atendido antes. A figura 1 mostra que, mesmo com melhorias ao longo do tempo, desde 1950 a expectativa de vida dos negros americanos ficou abaixo da dos brancos; na verdade, a expectativa de vida dos negros americanos em 2010 foi igual à dos brancos americanos em 1980.

Figura 1. Expectativa de vida de negros e brancos nos EUA (1950-2010)⁴



Diferenças em saúde não se limitam à raça e etnia. A figura 2 mostra o gradiente de risco relativo de mortalidade para diferentes faixas de renda familiar nos EUA. Quando comparamos famílias com renda anual acima de US\$115.000 (referência), famílias com renda mais baixa apresentam maior risco relativo de mortalidade, que aumenta à medida que a renda diminui.

Figura 2. Risco* relativo de mortalidade por qualquer causa por faixa de renda familiar anual nos EUA^{5,6}



**OBSERVAÇÃO: O risco relativo é definido como uma medida do risco de determinado evento acontecer em um grupo em comparação com o risco desse mesmo evento acontecer em outro grupo.*

Mesmo em 2016, continuavam existindo nos Estados Unidos disparidades significativas na expectativa de vida e em outros desfechos clínicos.⁷ Essas iniquidades em saúde foram observadas em diferentes grupos demográficos que se cruzam formando intersecções. O objetivo deste relatório branco é fornecer orientações sobre como organizações de saúde podem reduzir as diferenças relacionadas a características historicamente associadas a discriminação ou exclusão, como “raça ou etnia, religião, nível socioeconômico, gênero, idade, localização geográfica, saúde mental, deficiência física, sensorial ou cognitiva, entre outras.”⁸

Esses fatores, sem dúvida, estão fortemente associados. As populações costumam ser separadas em grupos distintos: heterossexuais ou LGBTQIA+; negros ou brancos, mulheres ou minorias. É importante fazer essas distinções para entender as diferenças entre essas populações. Essas distinções, no entanto, apresentam um sério problema, uma vez que as pessoas costumam ter muitas características diferentes, simultaneamente. Mulheres hispânicas e LGBTQIA+ são, ao mesmo tempo e com a mesma relevância, mulheres e hispânicas e LGBTQIA+. Não é possível entender toda a complexidade de um indivíduo se tentarmos enxergá-lo através de apenas umas dessas lentes. Esta ideia é chamada de “interseccionalidade” — um modelo conceitual que nos ajuda a entender como “múltiplas identidades sociais, como raça, gênero, orientação sexual, nível socioeconômico e deficiência se cruzam formando intersecções no nível da experiência individual para refletir sistemas interconectados de privilégio e opressão.”⁹ Um número crescente de estudos que examina os efeitos relativos de diferentes características sociodemográficas sobre a saúde (por exemplo, os efeitos relativos de raça e status socioeconômico sobre o risco de mortalidade) continuará elucidando os efeitos conjuntos e independentes de diversas características sobre os desfechos clínicos.¹⁰ Por enquanto, o impacto relativo que a raça/etnia, por exemplo, tem sobre o status socioeconômico, ou que o gênero tem sobre a raça, ou a renda sobre o gênero, continua sendo uma questão que os pesquisadores buscam entender.

A evidência sugere que a contribuição proporcional do sistema de saúde com a morte prematura é de aproximadamente 10 por cento, sendo que o restante se deve a múltiplos determinantes não relacionados a questões médicas: comportamento (40 por cento); predisposição genética

(30 por cento); circunstâncias sociais, como emprego, moradia, transporte e pobreza (15 por cento); e exposição ao ambiente (5 por cento).¹¹ Esses fatores não existem de forma isolada; por exemplo, a capacidade de manter bons hábitos (alimentação saudável, por exemplo) é determinada pelas circunstâncias sociais de um indivíduo (acesso a alimentos saudáveis e baratos, por exemplo). Sozinhas, as organizações de saúde não têm o poder de melhorar toda a gama de determinantes de saúde para a sociedade como um todo, mas têm o poder de lidar com as disparidades diretamente no atendimento, bem como impactar muitos dos fatores que geram tais disparidades.

O sistema de saúde desempenha um papel significativo para alcançar a equidade na saúde. A intenção deste relatório branco é fornecer orientações para as organizações de saúde tornarem a equidade em saúde uma prioridade estratégica, criarem uma estrutura de governança e processos para apoiar esse trabalho, lidar com a gama de fatores que podem ser impactados por essas organizações, reconhecer e expurgar o racismo institucional em suas próprias organizações, e firmar parcerias com outras organizações e pessoas na comunidade para aumentar a equidade em saúde.

Definições

É importante estabelecer definições claras para os termos usados neste relatório branco: saúde populacional, determinantes sociais da saúde, equidade em saúde, disparidade em saúde, iniquidade em saúde e disparidade no sistema de saúde.

- **Saúde populacional:** Em um artigo publicado em 2003 no *American Journal of Public Health*, os autores, Dr. David Kindig, PhD e Greg Stoddart, PhD, definem saúde populacional como “os desfechos clínicos de um grupo de indivíduos, incluindo a distribuição de tais desfechos dentro do grupo”¹² As organizações de saúde geralmente definem população de duas maneiras diferentes: as comunidades em sua área geográfica de serviço ou os pacientes atendidos por sua organização.
- **Determinantes sociais da saúde:** A Organização Mundial de Saúde (OMS) define determinantes da saúde como “as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e os sistemas existentes para lidar com as doenças. Essas circunstâncias, por sua vez, são moldadas por uma gama mais ampla de fatores: economia, políticas sociais e ações políticas.”¹³
- **Equidade em saúde:** Para definir equidade em saúde, usamos como referência o trabalho da professora Margaret Whitehead, Diretora do Centro de Colaboração da OMS para Pesquisa de Políticas para Determinantes Sociais da Saúde. A maioria dos países usa o termo “iniquidades” para se referir a diferenças socioeconômicas em saúde — ou seja, diferenças em saúde “que são desnecessárias e evitáveis, mas que também são consideradas injustas”. Whitehead afirma que sempre que houver equidade em saúde, “idealmente todas as pessoas teriam uma oportunidade justa de alcançar todo o seu potencial e, de maneira mais pragmática, ninguém teria alguma desvantagem que impedisse que esse potencial fosse alcançado, se isso puder ser evitado.”¹⁴ Esta é a definição usada pelo IHI para orientar o nosso trabalho sobre melhoria na equidade em saúde.
- **Disparidade em saúde e iniquidade em saúde:** Disparidade em saúde é definida como a diferença em desfechos clínicos entre grupos dentro de uma população. Embora os termos pareçam intercambiáveis, “disparidade em saúde” é diferente de “equidade em saúde”. “Disparidade em saúde” denota diferenças, sejam elas injustas ou não. Por outro lado, “iniquidade em saúde” denota diferenças em desfechos clínicos que são sistemáticas, evitáveis e injustas.
- **Disparidade em serviços de saúde:** Segundo o Instituto de Medicina, trata-se de “diferenças raciais ou étnicas na qualidade do serviço de saúde que não são decorrentes de fatores relacionados a acesso, necessidades médicas, preferências e adequabilidade do

tratamento.”¹⁵ Este relatório branco foca em disparidades em saúde em desfechos clínicos, e não na prestação de serviços de saúde. No entanto, é essencial prestar serviços de saúde de forma justa e equitativa para reduzir as disparidades em desfechos clínicos.

Organizações de saúde têm uma oportunidade significativa de melhorar a equidade em saúde nas comunidades que atendem. Antony Sheehan, ex-presidente do Church Health Center em Memphis, Tennessee, disse em uma entrevista que “serviços de saúde deveriam ser um conduíte para mitigar determinantes sociais que representam obstáculos para a saúde e o bem-estar.”

Métodos

Como parte do nosso trabalho para entender como sistemas de saúde podem impactar a equidade em saúde nas comunidades, em 2015, o IHI conduziu quatro Projetos de Inovação em 90 dias, voltados para a promoção da equidade.¹⁶ A finalidade desses ciclos sequenciais de 90 dias era criar e testar um modelo conceitual para sistemas de saúde para impactar os diversos determinantes da saúde e fazer melhorias significativas na equidade em saúde nas comunidades atendidas. O IHI desenvolveu o modelo conceitual descrito neste relatório branco com base nesses Projetos de Inovação, que incluíram revisão da literatura publicada recentemente sobre equidade em saúde; mais de 30 entrevistas com especialistas, entrevistas com pacientes, visitas e aprendizagens de modelos de sistemas de saúde que estão na vanguarda do trabalho para melhorar a equidade em suas comunidades (ver Apêndice A).

Impacto econômico da equidade em saúde

Além do argumento moral para que a equidade em saúde seja alcançada e o fato de que a melhoria na qualidade do atendimento médico e na saúde populacional como um todo requer a redução das disparidades, do ponto de vista econômico seria vantajoso acelerar esse trabalho no sistema de saúde em nível nacional, estadual e individual. Disparidades em saúde não só resultam em desfechos clínicos piores para populações marginalizadas ao longo da história; esse fardo excessivo de doenças também gera maiores custos para sistemas de saúde, seguradoras, empregadores, além dos próprios pacientes e familiares, bem como menor produtividade devido a maiores taxas de absenteísmo e baixo desempenho (isto é, quando o profissional de saúde desempenha seu trabalho mesmo estando doente).^{17,18}

Disparidades em saúde geraram prejuízos financeiros significativos para o sistema de saúde dos EUA. O custo total das disparidades raciais/étnicas em 2009 foi de aproximadamente US\$82 bilhões — US\$60 bilhões a mais que os custos de saúde e US\$22 bilhões em perda de produtividade.¹⁹ O fardo econômico dessas disparidades em saúde nos EUA deve chegar a US\$126 bilhões em 2020 e US\$353 bilhões em 2050 caso permaneçam inalteradas. De acordo com uma análise feita pelo Urban Institute em 2009, as disparidades raciais custariam às seguradoras norte-americanas aproximadamente US\$337 bilhões entre 2009 e 2018, incluindo US\$220 bilhões gastos no programa Medicare devido aos maiores índices de doenças crônicas entre afro-americanos e hispânicos, e devido ao envelhecimento da população.²⁰ Além disso, há um custo de oportunidade quando as disparidades em saúde não são reduzidas. Por exemplo, se os índices de mortalidade e desfechos clínicos de indivíduos com ensino médio fossem equivalentes aos de indivíduos com diplomas universitários, as melhorias na saúde e expectativa de vida representariam uma economia anual de US\$1,02 trilhão nos EUA.²¹

Pacientes com necessidades de saúde complexas representam uma porcentagem desproporcional de gastos em saúde nos EUA,²² e minorias raciais/étnicas e indivíduos com nível socioeconômico mais baixo têm maior probabilidade de apresentar condições de saúde crônicas, o que se reflete em custos de saúde mais altos.²³ Além disso, minorias raciais/étnicas, assim como indivíduos com domínio limitado da língua inglesa, estão mais propensos a passar por situações adversas, ter exames caros e frequentemente inúteis solicitados, permanecer mais tempo que o necessário no hospital, ser

internados novamente e hospitalizados sem necessidade (isto é, em casos de doenças que poderiam ser tratadas em casa e que geralmente não resultam em internação se forem adequadamente tratadas).²⁴ Isso se deve, em grande parte, a um sistema de saúde (no caso, norte-americano) com processos de comunicação ineficazes, capacidade limitada de adaptação a diferentes culturas e incapacidade de ir ao encontro das pessoas onde elas estão, o que costuma ser chamado de “letramento em saúde”. Esses eventos aumentam os custos e reduzem a pontuação nos indicadores de qualidade.

Os esforços de prevenção, a melhoria no atendimento a essas populações e a redução dessas diferenças na qualidade dos serviços pode gerar economias significativas para organizações de saúde e seguradoras, especialmente considerando que o perfil demográfico continua mudando e minorias raciais e étnicas representam uma porcentagem cada vez maior da população nos EUA.²⁵ Empresas de pequeno e médio porte também estão preocupadas com o aumento nos custos da saúde e como enfrentá-lo. Responsáveis por empregar um grande número de pessoas nas comunidades em que atuam, organizações de saúde também têm um interesse financeiro em reduzir as disparidades entre seus próprios funcionários, bem como entre os pacientes que atendem. Funcionários saudáveis são mais produtivos e faltam menos no trabalho por razões médicas, consumindo menos serviços de saúde, o que resulta em menos gastos para o plano de saúde oferecido pelo empregador.

À medida que os sistemas de saúde aumentam o foco no gerenciamento da saúde da população e novas estruturas de pagamento fazem com que elas sejam responsáveis pelo risco total ou parcial da saúde de cada paciente atendido, tais sistemas precisam considerar o risco financeiro associado às disparidades em saúde que continuam existindo nos desfechos clínicos. Não é possível cumprir metas de pagamento-por-desempenho para as doenças crônicas mais comuns, como diabetes, sem reduzir as disparidades. Embora não seja fácil defender a equidade em saúde do ponto de vista empresarial, recomendações para lidar com alguns dos problemas financeiros associados à redução de disparidades foram incluídas na próxima seção, que aborda o modelo conceitual da equidade em saúde.

Um modelo conceitual para ajudar organizações a alcançar equidade em saúde

No artigo “Producing Health, Consuming Health Care” (Produzindo Saúde e Consumindo Cuidado em Saúde, em tradução livre), Evans e Stoddart começam com um tipo de argumentação simplista: Indivíduos têm doenças e o sistema de saúde pode curá-las. Portanto, se indivíduos tiverem acesso ao sistema de saúde, sua saúde melhorará.²⁶ No entanto, a evidência sugere que apenas o acesso ao sistema de saúde é insuficiente para reduzir as disparidades em saúde. Os autores se baseiam neste argumento simplista e a partir dele desenvolvem uma abordagem mais refinada que leva em consideração os ambientes físico, social e econômico, bem como fatores genéticos, comportamentos individuais e as interações entre eles.²⁷

Em nosso trabalho com organizações de saúde que buscam aumentar a equidade em saúde, adaptamos essa abordagem mais complexa que considera os inúmeros determinantes da saúde, conforme mostra o modelo conceitual de equidade em saúde descrito abaixo. Atualmente, a maioria dos sistemas de saúde foi concebida para produzir desfechos injustos. Como disse o Dr. Paul Batalden, “”Todo sistema é perfeitamente desenhado para obter o resultado que obtém”.”²⁸ Se uma organização quiser aumentar a equidade, ela deve estar preparada para mudar totalmente o sistema atual que está produzindo disparidades em desfechos clínicos. Portanto, qualquer organização que priorize a redução das disparidades em saúde deve estar preparada para tornar a equidade parte

integral do sistema — ou seja, prioridade em todos os níveis da organização — e reformar por inteiro o sistema atual que está produzindo resultados injustos. Esse não é um problema que possa ser delegado. Lidar com a equidade em saúde requer um compromisso firme dos principais líderes na organização. (Consulte o Apêndice B para ver um estudo de caso do Henry Ford Health System, que descreve o compromisso da liderança com a equidade em saúde em todos os níveis da organização.)

Para as organizações de saúde que estão prontas para começar ou acelerar esta mudança, descrevemos um modelo conceitual com cinco ideias centrais, com base em nossa pesquisa, que serve de guia para tornar a equidade em saúde parte integral do sistema (consulte a Figura 3). O IHI oferece a Ferramenta de Autoavaliação da Equidade em Saúde para Organizações de Saúde (consulte o Apêndice C), que ajuda as organizações a avaliarem seu foco atual nessa questão e esforços para melhoria relacionados aos cinco componentes do modelo conceitual de equidade em saúde.

Figura 3. Um modelo conceitual para ajudar organizações a alcançar equidade em saúde

<p>1. Tornar a equidade em saúde uma prioridade estratégica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar o compromisso da liderança com a melhoria na equidade em saúde em todos os níveis da organização • Assegurar um financiamento sustentável através de novos modelos de pagamento
<p>2. Desenvolver uma estrutura e processos para apoiar o trabalho focado na equidade em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um comitê de governança para supervisionar e gerenciar o trabalho com foco na equidade em toda a organização • Dedicar recursos no orçamento para apoiar o trabalho focado na equidade
<p>3. Implantar estratégias específicas para lidar com os inúmeros determinantes da saúde sobre os quais as organizações podem ter um impacto direto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de saúde • Nível socioeconômico • Ambiente físico • Comportamentos saudáveis
<p>4. Diminuir o racismo institucional dentro da organização</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico: edifícios e design • Planos de seguro saúde aceitos pela organização • Mitigar vieses cognitivos nas políticas, estruturas e normas da organização, bem como no atendimento ao paciente
<p>5. Desenvolver parcerias com organizações locais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver parcerias com agentes valiosos da comunidade para trabalhar em conjunto em problemas relacionados com a melhoria da saúde e da equidade em saúde

1. Tornar a equidade em saúde uma prioridade estratégica

- Compromisso da liderança
- Financiamento sustentável



1. Tornar a equidade em saúde uma prioridade estratégica para a organização

Demonstrar o compromisso da liderança com a equidade em saúde em todos os níveis da organização

Os líderes na área de saúde devem deixar claro que a melhoria da equidade na saúde é uma prioridade organizacional, tanto para apoiar a alocação de recursos para este trabalho quanto para demonstrar que a organização está seriamente empenhada em reduzir as disparidades em saúde. Por exemplo, Bernard Tyson, CEO da Kaiser Permanente (KP), tem sido um defensor ferrenho da eliminação das

disparidades no sistema de saúde.²⁹ As organizações precisam que seus líderes mais seniores defendam a mudança e estabeleçam a equidade em saúde como parte integral do sistema. Uma maneira de sinalizar que a equidade em saúde é considerada uma prioridade estratégica é incorporá-la no plano de remuneração executiva ou de avaliação de desempenho. Por exemplo, no Hospital Universitário Robert Wood Johnson (RWJUH) 15 por cento da remuneração dos executivos está vinculada às metas de equidade em saúde. O desempenho relacionado a essas metas é uma medida-chave para todos os funcionários no nível de diretoria e acima. Além disso, para assegurar que os funcionários estejam trabalhando nas metas de equidade em todos os departamentos e não isoladamente, o RWJUH alinha metas individuais horizontalmente no nível de diretoria e acima. A equidade também foi incorporada em todos os pilares do planejamento estratégico da organização.

As organizações devem estudar a integração da melhoria da equidade em saúde e do impacto dos múltiplos determinantes da saúde em seu plano de negócios. Por exemplo, os líderes da HealthPartners, no estado de Minnesota, adotaram com sucesso um modelo de negócios que envolve parcerias multissetoriais em toda a comunidade para lidar com os determinantes sociais não-médicos e saúde para acelerar a melhoria da saúde pública na região metropolitana de Minneapolis-St. Paul.³⁰ Como parte dessa iniciativa, a liderança da organização priorizou a melhoria equidade e da saúde da comunidade, que até então era considerada “diferencial” para se tornar um item “essencial” em seu plano de negócios.

Assegurar um financiamento sustentável através de novos modelos de pagamento

Tornar a equidade em saúde uma prioridade estratégica é muito mais viável quando há uma forma de financiamento sustentável através de novos sistemas de pagamento, tanto em nível federal quanto estadual. Organizações de saúde em ambientes predominantemente baseados em pagamento por procedimento não costumam ser incentivadas a investir para manter as pessoas saudáveis. Ao contrário, o sistema é concebido para recompensar o volume e tratar de problemas de saúde depois que as pessoas adoecem. Já as organizações que assumem riscos financeiros com modelos de pagamentos de base populacional podem fazer mais. Métodos de financiamento, como aqueles usados por *Accountable Care Organizations – ACO**, são um passo na direção certa porque recompensam intervenções que melhoram a saúde da população, embora modelos de pagamento ainda mais robustos, como capitação total, provavelmente sejam necessários. O Modelo de pagamento do tipo pagamento por pacote[†] que responde pelas necessidades de assistência médica de populações marginalizadas e não penalizam os provedores na rede de segurança têm o potencial de melhorar a equidade em saúde, redirecionando os recursos para a saúde populacional.³¹

À medida que os sistemas de saúde assumem riscos financeiros em nível populacional, a redução das disparidades nos desfechos clínicos se tornará indispensável para gerenciar este risco. A análise de modelos financeiros e contratos com convênios com o intuito de identificar desfechos que podem estar ou estão vinculados a incentivos financeiros para reduzir disparidades em tais desfechos pode ajudar a identificar áreas de foco para redução de disparidades sob esses novos modelos de pagamento. Com os sistemas de pagamento apropriados em vigor, as organizações estarão mais bem equipadas para implementar intervenções em nível populacional para aumentar a equidade em saúde.

* Optamos por não traduzir algumas denominações de modelos de remuneração comumente usadas no setor saúde americano. Para maior aprofundamento sobre as diferenças entre esses modelos consultar O Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valores, Brasil, 2019, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

† O modelo de pagamento por pacote comumente adotado no Brasil, difere do modelo americano. Para maior aprofundamento sobre as diferenças entre esses modelos consultar O Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valores, Brasil, 2019, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

2. Desenvolver estrutura e processos

- Criar um comitê de governança
- Alocar recursos



2. Desenvolver estrutura e processos de apoio ao trabalho com foco na equidade em saúde

Criar um comitê de governança para supervisionar e gerenciar o trabalho com foco na equidade em toda a organização

Uma estratégia de equidade em saúde requer uma estrutura organizacional de apoio que possa gerenciar o trabalho. Como muitos elementos relacionados à equidade precisam ser considerados na estratégia (por exemplo, contratação, compra de suprimentos, planejamento de novos edifícios, treinamento da equipe interna, redefinição de atendimento e tratamento), as organizações precisarão de uma estrutura de supervisão e coordenação para permitir que todas as pessoas da organização trabalhem juntas em metas compartilhadas de equidade em saúde. Tyler Norris, Vice-presidente de Total Health Partnerships, na Kaiser Permanente, observa que as organizações precisam de uma estratégia que envolva a todos para fazer isso acontecer. A equidade em saúde deve ser uma responsabilidade de todos na organização. Entretanto, sem um líder destacado e uma estrutura de governança para aumentar a equidade em saúde por toda a organização, é menos provável que a atenção e os recursos à disposição sejam suficientes para causar um impacto significativo. Por exemplo, no Henry Ford Health System (HFHS), a Dra. Kimberlydawn Wisdom, Mestre e Vice-Presidente Sênior para Equidade, Saúde da Comunidade e Diretora de Bem-estar e Diversidade, ocupa um papel liderança para toda a organização e garante que eles tenham os recursos necessários para impactar a equidade em saúde. Em breve, o HFHS estabelecerá um Centro especialmente dedicado à equidade em saúde.

Dedicar recursos no orçamento para apoiar o trabalho focado na equidade

Em outro exemplo de incorporação da equidade na estrutura corporativa, o RWJUH criou sete Grupos de Recursos Empresariais (GREs) compostos por funcionários de todas as divisões.³² Cada GREs tem um orçamento anual que deve ser usado em atividades focadas equidade em saúde que gerem um impacto para a força de trabalho, os pacientes e a comunidade. Mais de 5 por cento dos funcionários faz parte de pelo menos um GRE. Cada GRE tem um responsável executivo, demonstrando que essas unidades estão integradas na estrutura organizacional com o apoio da liderança sênior. Um benefício adicional para o hospital é que os membros dos GREs têm a maior pontuação de engajamento dos funcionários.

Esses exemplos da KP, do HFHS e RWJUH ilustram como essas organizações criaram estruturas para apoiar e fornecer recursos para o trabalho focado na equidade.

3. Implantar estratégias para lidar com determinantes da saúde

- Serviços de saúde
- Nível socioeconômico
- Ambiente físico
- Comportamentos saudáveis



3. Implantar estratégias específicas para lidar com os inúmeros determinantes da saúde sobre os quais as organizações podem ter um impacto direto

Para apoiar a equidade em saúde como prioridade estratégica, as organizações de saúde precisam desenvolver atividades específicas para lidar com os determinantes da saúde sobre os quais podem ter um impacto direto, tais como serviços de saúde, nível socioeconômico, ambiente físico e comportamentos saudáveis. Embora questões-chave na prestação equitativa de serviços de saúde, tais como letramento em saúde, competência e sensibilidade cultural e disponibilidade de serviços de tradução para outras línguas de alta qualidade estejam além do escopo deste documento, essas questões são essenciais para melhorar a equidade em saúde, e devem ser consideradas na concepção de serviços de saúde para populações desfavorecidas.^{33,34,35,36}

Serviços de saúde

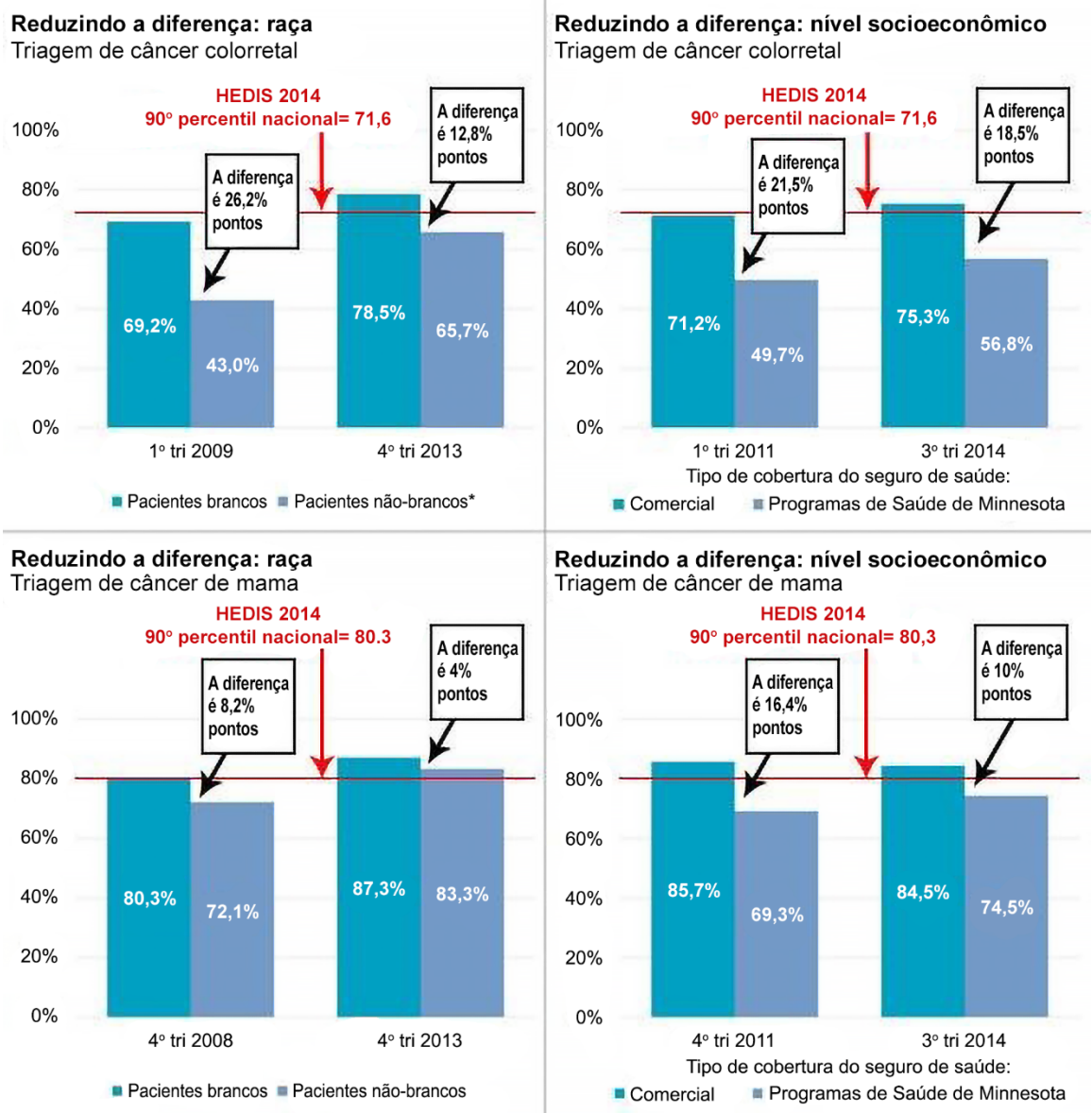
Coletar e analisar dados para identificar onde há disparidades.

Para melhorar a equidade em saúde, as organizações precisam primeiro identificar onde há disparidades. Isto requer a coleta precisa de dados sobre raça, etnia, gênero e idioma (REAL), juntamente com os recursos para analisá-los.³⁷ Esses dados nem sempre foram coletados por organizações de saúde. A Lei Americana de Recuperação e Reinvestimento de 2009 incentivou a adoção e o uso significativo da tecnologia interoperável de informação da saúde por hospitais e profissionais de saúde qualificados. A Etapa 1 da implementação requeria dados demográficos registrados, que incluíam idioma de preferência, gênero, raça, etnia e data de nascimento.³⁸

As organizações ainda estão lutando para coletar e analisar efetivamente esses dados, pois nem sempre contam com processos eficazes para coletar as informações dos pacientes ou sistemas que incorporem as informações em todas as interfaces. Para resolver este problema, o Henry Ford Health System implementou a abordagem "We Ask Because We Care" (Perguntamos porque nos importamos, em tradução livre. Ver o estudo de caso do Apêndice B).³⁹ O Hospital Universitário RWJUH, por sua vez, coletou dados REAL, mas não de forma confiável para todos os elementos de dados (por exemplo, dados de raça/etnicidade foram coletados de forma confiável, mas dados de preferência de idioma não foram coletados). Ao descobrir que uma das causas desta variação estava relacionada à forma como os dados eram coletados e armazenados em seus vários sistemas de informação, o RWJUH empreendeu uma iniciativa de melhoria baseada na metodologia Lean para corrigir seus sistemas de TI, conduziu sessões de treinamento com a equipe de enfermagem e acesso do paciente (registro) e implementou um processo aprimorado em dezembro de 2015. O novo processo inclui a criação de uma ordem permanente que preenche a folha de fluxo de enfermagem sempre que "Sim" for assinalado na pergunta "Requer intérprete? S/N." Conforme exigido pelo estatuto estadual de Nova Jersey, o RWJUH também documenta o idioma de preferência do responsável pelo paciente e se essa pessoa também precisa de um intérprete. Embora haja alguns recursos de treinamento da equipe para que seja feita a coleta desses dados, ainda existem desafios.

Uma vez coletados os dados REAL, os sistemas de saúde precisam analisá-los para identificar as disparidades e principalmente os desfechos clínicos. A HealthPartners de Minnesota é um exemplo de organização que utilizou seus dados para identificar disparidades nas triagem de mamografia e colonoscopia com base em grupos raciais e tipos de seguro saúde, e então implementou melhorias para fechar essas lacunas (ver Figura 4). Os resultados foram impressionantes: eles reduziram as lacunas na triagem para câncer de mama em 4 por cento entre grupos raciais e em 5 por cento entre tipos de seguro; e reduziram as lacunas na triagem para câncer colorretal em 13 por cento entre grupos raciais e em 2 por cento entre tipos de seguro.⁴⁰

Figura 4. Índices da HealthPartners de triagem de câncer de mama e colorretal por raça e renda

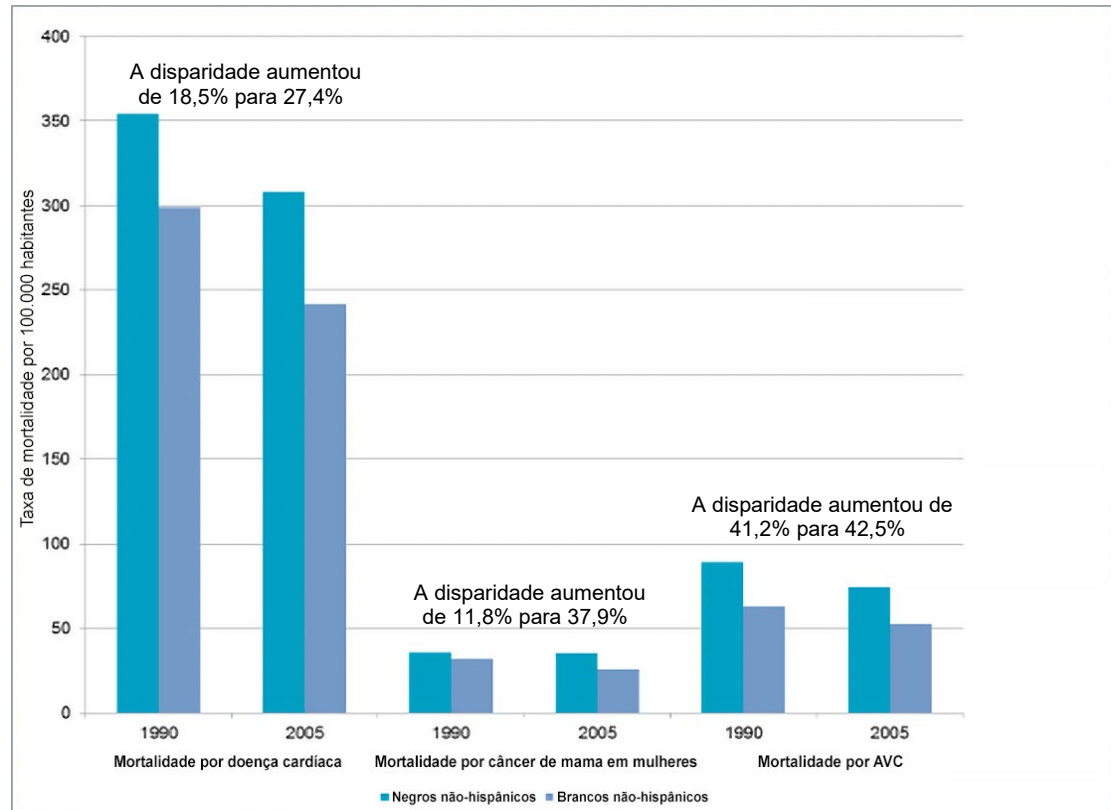


Adaptar o trabalho de melhoria da qualidade para atender às necessidades das populações marginalizadas.

Ocasionalmente, a melhora na qualidade pode piorar de modo não intencional as disparidades em saúde para algumas subpopulações.⁴¹ Por exemplo, quando a qualidade melhora para um grupo racial (muitas vezes o grupo que já está melhor) a um ritmo mais rápido do que para outros grupos (muitas vezes o grupo que já está pior), a qualidade para toda a população melhora, mas a diferença entre as subpopulações aumenta. Manter o foco no índice que mede a população inteira obscurece o

fato de que as disparidades para algumas subpopulações estão na verdade piores do que antes. Por exemplo, a Figura 5 mostra que, entre 1990 e 2005, a disparidade nos índices de mortalidade entre indivíduos negros e brancos nos EUA aumentou para três indicadores de status de saúde, apesar das melhorias de maneira geral.⁴²

Figura 5. Disparidades nos índices de mortalidade para três indicadores de status de saúde: Negros e brancos nos EUA (1990 e 2005)



Para evitar este agravamento das disparidades, recomendamos cinco atividades-chave relacionadas a serviços de saúde para ajudar a aumentar a equidade em saúde:

- **Iniciar o trabalho de melhoria considerando as necessidades e os problemas enfrentados pelas populações que apresentam os piores desfechos clínicos.**

Manter o foco nas populações com piores resultados de saúde e usar dados para identificar disparidades são medidas que ajudam a visar oportunidades específicas para melhorias. Em alguns casos, as melhorias podem até resultar em melhores processos de atendimento para a população como um todo. Na HealthPartners, por exemplo, a melhoria resultou na prestação de múltiplos serviços durante uma única visita médica e em processos aprimorados de atendimento para todos os pacientes.

Geralmente, as organizações começam se concentrando primeiro em melhorias para pacientes com necessidades menos complexas. Uma vez que tenham alcançado sucesso com esta população inicial de pacientes, as equipes voltam sua atenção para a implementação de melhorias para pacientes com necessidades mais complexas, e então descobrem que o projeto inicial é inadequado para esta última população. A obtenção de desfechos clínicos comparáveis para diferentes populações, particularmente em grupos desfavorecidos, requer diferentes

informações e estratégias para melhorar os determinantes da saúde sobre os quais os serviços de saúde geram um impacto direto para essas populações. Estratégias de melhoria consideradas eficazes para populações mais favorecidas não necessariamente serão eficazes para populações menos favorecidas sem alguma adaptação para atender às necessidades específicas dessa população. O trabalho visando melhorias precisa ser concebido desde o início para atender às necessidades das populações marginalizadas. Ou seja, deve ser focado, direcionado e culturalmente adaptado, em vez de adotar uma abordagem padrão e genérica.⁴³

- **Ao elaborar estratégias de melhoria, levar em consideração os recursos disponíveis para populações específicas, como o local onde vivem, sua situação financeira, nível de escolaridade e acesso a transporte.**

Por exemplo, iniciativas para reduzir a hipertensão em uma população de pessoas não seguradas ou precariamente seguradas deve levar em conta o custo de medicamentos hipertensivos, o acesso ao transporte para consultas médicas, acesso a alimentos saudáveis, segurança comunitária e acesso a calçadas e parques/espacos verdes públicos (se for recomendando exercício físico como caminhadas). O trabalho de melhoria também deve levar em conta questões culturais que podem ser barreiras ou facilitadores para o sucesso da intervenção. Por exemplo, indivíduos de diferentes culturas podem ter diferentes preferências ao discutir decisões médicas importantes, tais como quem está na sala para participar essas discussões.

- **Estabelecer a confiança entre médicos e pacientes, especialmente ao elaborar novos processos e planos de tratamento em parceria com os pacientes.**

Isto é de grande importância no trabalho que visa melhorar a equidade em saúde. O sistema de saúde tem gerado uma falta de confiança entre pacientes de minorias devido a experiências passadas e eventos históricos (por exemplo, o estudo sobre sífilis feito em 1932 pelo Tuskegee Institute, “Study of Syphilis in the Untreated Male”⁴⁴ e pesquisa genética entre membros da tribo Havasupai do Arizona⁴⁵), o que fez com que alguns pacientes deixassem de procurar serviços de saúde e bem-estar. A experiência de Henrietta Lacks, mulher negra cuja amostra de tecido foi usada para desenvolver a primeira linhagem celular para pesquisa – sem a permissão de sua família –, também levou alguns pacientes negros a se perguntarem se pacientes brancos estariam recebendo atendimento de melhor qualidade.⁴⁶ Além disso, experiências prévias negativas com profissionais de saúde e dúvidas acerca de incompetência, racismo (na maioria das vezes estrutural, e não preconceito), foco no lucro e um possível caráter experimental do tratamento são fatores que contribuem para a desconfiança em profissionais da saúde.^{47,48} Essa desconfiança, infelizmente, é justificada. Portanto, iniciativas que buscam reduzir disparidades devem necessariamente lidar com o problema da confiança.

Uma estratégia que as organizações de saúde podem adotar para estabelecer confiança é investir no desenvolvimento e no avanço da comunidade local. O HFHS colaborou com a Mesa Redonda para Diversidade e Inclusão do estado de Michigan para conduzir pesquisas com grupos raciais/étnicos e culturalmente diversos. O HFHS divulgou amplamente as descobertas das pesquisas junto à comunidade e as colocou em prática no atendimento a pacientes em sua própria organização, nos trabalhos de grupos religiosos e no trabalho de educação cultural e linguística para atender às Normas Nacionais para Serviços Culturalmente e Linguisticamente Apropriados (CLAS) para Serviços de Saúde da Agência de Saúde de Minorias do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (normas criadas em 2001 e aprimoradas em 2013).^{49,50}

- **Prestar serviços atenção primária à saúde acessíveis e focados em atender as necessidades de indivíduos marginalizados na comunidade.**

A atenção primária à saúde pode ter um impacto maior sobre a saúde de determinadas populações ao longo da vida. Por exemplo, ao expandir seu papel tanto na assistência pré-natal quanto na primeira infância, médicos de atenção primária à saúde podem procurar identificar crianças em

situação de risco físico, social e de desenvolvimento no início da vida, e conectá-las com os serviços necessários de apoio. Serviços de atenção primária à saúde também podem ser distribuídos na comunidade, trabalhando com membros da comunidade e organizações para que indivíduos se engajem no gerenciamento de sua saúde, como o Programa Nacional de Prevenção de Diabetes do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC),⁵¹ treinando barbeiros em bairros negros para identificar sinais de hipertensão⁵² e fornecendo recursos de educação para triagem de câncer em igrejas.⁵³

Médicos e clínicas que fazem parte da rede de segurança já estão desempenhando um papel fundamental prestando serviços acessíveis atenção primária à saúde em comunidades carentes, portanto devem ser incluídos em qualquer esforço para expandir tais serviços. A iniciativa colaborativa multissetorial do Henry Ford Health System, a Rede WIN (Women-Inspired Neighborhood, Rede de Bairros de Inspiração Feminina em tradução livre), em Detroit, é um bom exemplo da melhoria no acesso a serviços de atenção primária à saúde para as populações carentes. A rede trabalha com profissionais de saúde da comunidade, que oferecem orientações, fazem visitas domiciliares, ajudam mulheres com planejamento de vida e educação, e indicam recursos locais para ajudá-las a enfrentar os determinantes sociais da saúde.

- **Usar a Avaliação das Necessidades de Saúde da Comunidade (CHNA) como uma oportunidade para coordenar a atividade de avaliação dentro de uma comunidade, e para avaliar o custo da organização de saúde e os problemas de equidade em saúde usando uma abordagem mais coordenada.**

Nos Estados Unidos, de acordo com a lei do Affordable Care Act (ACA), a Receita Federal do país exige que hospitais sem fins lucrativos conduzam uma avaliação CHNA pelo menos uma vez a cada três anos. Os hospitais então desenvolvem e executam uma estratégia de implementação juntamente com um conjunto de métricas de desempenho para atender às necessidades identificadas na CHNA. Os relatórios da CHNA devem descrever a comunidade atendida, identificar os recursos de saúde existentes e priorizar as necessidades de saúde da comunidade. Ao mesmo tempo, o Conselho de Acreditação de Saúde Pública dos EUA (Public Health Accreditation Board) exige que os departamentos de saúde conduzam uma Avaliação de Saúde Comunitária em colaboração com a comunidade para elaborar um Plano de Melhoria da Saúde Comunitária. O esforço conjunto dos sistemas de saúde, de órgãos de saúde pública e de organizações locais para produzir uma avaliação abrangente da comunidade representa uma oportunidade importante para melhorar a saúde das populações desfavorecidas. O Hospital Universitário Robert Wood Johnson é um exemplo de organização que foi além do requisito básico para desenvolver uma avaliação CHNA e um Plano de Melhoria da Saúde da Comunidade com um hospital concorrente que atende a mesma população.⁵⁴

Nível socioeconômico

Proporcionar oportunidades econômicas e de desenvolvimento a funcionários de todos os níveis.

As organizações de saúde devem recrutar, reter e capacitar todos os funcionários, especialmente o pessoal de apoio de nível inferior, para ajudar a garantir contribuições significativas em todos os níveis para a equidade em saúde. Os níveis salariais dos profissionais menos qualificados, juntamente com a orientação de carreira para esses mesmos funcionários, podem gerar um impacto positivo em seu nível socioeconômico de longo prazo. A indústria da saúde emprega aproximadamente 10 por cento da força de trabalho dos Estados Unidos e representa 17,5 por cento do Produto Interno Bruto do país; portanto, se as organizações de saúde se concentrassem na saúde e no bem-estar de seus próprios funcionários, poderiam gerar um enorme impacto positivo na saúde populacional como um todo. Os programas de saúde e bem-estar patrocinados pelo empregador (por exemplo, parar de fumar, alimentação saudável e exercícios) são bem-intencionados e têm algum efeito, mas essas organizações podem alcançar um impacto ainda maior ao empreender um esforço significativo de planejamento da prestação de serviços que busque eliminar o desperdício e priorizar os cuidados preventivos enquanto reduz os custos de maneira geral. As organizações de saúde devem buscar essa redução de custos e transferir o que foi

economizado de volta para seus funcionários na forma de aumento salarial.

Com um papel importante na maioria das comunidades, as organizações de saúde atuam como grandes empregadoras e podem influenciar a saúde econômica da comunidade de diversas maneiras. Por exemplo, o Hospital Universitário Robert Wood (RWJUH) oferece aulas de inglês para funcionários durante o expediente para que eles possam fazer essas aulas.⁵⁵ Dez alunos se formaram no programa até o momento. Esse tipo de capacitação ajuda a aumentar as oportunidades disponíveis para que esses funcionários possam se qualificar para empregos mais bem pagos dentro da organização. Em 1999, por meio de uma parceria firmada entre o Conselho de Educação de New Brunswick, Programas Educacionais Inovadores e o RWJUH, foi fundada a New Brunswick Health Sciences Technology High School, uma escola pública de ensino médio de New Jersey que prepara alunos para carreiras na medicina e na saúde. Os alunos adquirem os conhecimentos que vão prepará-los para o ensino técnico e superior nas áreas da saúde, e muitos já foram contratados pelo RWJUH. Esses alunos também participam do Programa de Bolsistas para Profissões na Saúde.⁵⁶

A organização da saúde Wake Forest Baptist Health, localizada em Winston-Salem, Carolina do Norte, considerou terceirizar seus serviços de governança, mas decidiu não fazê-lo quando os líderes perceberam que muitos desses funcionários vivem nos mesmos bairros que os pacientes atendidos pelo sistema que apresentam o status social mais complexo. Quatro funcionários dessa área foram transferidos para uma nova função, chamada de “apoio ao serviço de saúde”, na qual ajudam indivíduos com necessidades complexas a cuidarem melhor de sua saúde.⁵⁷

Adquirir suprimentos e serviços de empresas pertencentes a mulheres e minorias.

Incentivar políticas de compras de empresas fornecedoras que pertencem a mulheres e minorias é outra forma pela qual as organizações de saúde podem contribuir para a equidade em saúde na comunidade. Em 2014, a Kaiser Permanente adquiriu US\$ 1,5 bilhão em suprimentos e serviços de empresas pertencentes a mulheres e minorias.⁵⁸ O hospital RWJUH e o HFHS também dão prioridade a empresas que pertencem a mulheres e minorias, e incentivam as empresas que contratam a usar práticas de contratação que promovam a diversidade e a inclusão.

Construir unidades de saúde em comunidades carentes.

A localização de novas instalações médicas também pode fazer uma grande diferença para a comunidade. Organizações de saúde muitas vezes constroem instalações em áreas mais afluentes buscando aumentar sua participação no mercado. Ao construir também em áreas menos afluentes, essas organizações podem atender melhor as populações carentes. Por exemplo, o Church Health Center de Memphis, Tennessee, está transferindo todas as suas instalações para um edifício da cidade que está vago há muitos anos, a fim de ajudar a revitalizar esta área da comunidade.⁵⁹ Além disso, ao construir quando novas instalações, as organizações de saúde devem considerar a possibilidade de contratar empreiteiras pertencentes a minorias e mulheres.

Ambiente físico

O espaço físico e as práticas ambientais de uma organização de saúde afetam a comunidade de diversas formas. A saúde gera uma quantidade significativa de lixo médico e poluição que pode ser reduzida. As organizações de saúde podem melhorar o bairro ou região criando caminhos para pedestres em seu próprio terreno e patrocinando melhorias no entorno, como espaços comunitários, parques e trilhas para caminhadas. As organizações de saúde também estão começando a fazer investimentos financeiros na comunidade, que vão além do financiamento de benefícios para a comunidade, para trabalhar em determinantes da saúde a montante. A californiana Dignity Health, por exemplo, criou um fundo separado de investimento na comunidade em 1994 e a organização investe tanto em clínicas comunitárias quanto em determinantes sociais, como moradias populares.⁶⁰ A Trinity Health, de Michigan, desenvolveu um programa de investimento para populações marginalizadas em sua

comunidade com o intuito de financiar moradias, revitalizar áreas urbanas e rurais, prestar atendimento infantil, apoiar empresas de indivíduos de baixa renda, melhorar o ambiente físico e promover comunidades saudáveis.⁶¹

Comportamentos saudáveis

Embora muitos aspectos da saúde de um indivíduo sejam influenciados por suas circunstâncias socioeconômicas, indivíduos podem mudar alguns comportamentos para melhorar sua saúde. A população mais óbvia para começar é a dos próprios funcionários da organização de saúde. A Bellin Health de Wisconsin desenvolveu um portfólio de atividades para seus funcionários, incluindo “programa de benefícios de seguro saúde, treinamento em cuidados de saúde, alta participação em uma avaliação anual de risco de saúde (ARS), serviços de atenção primária à saúde e segmentação populacional a fim de redesenhar serviços para pacientes de alto custo com necessidades complexas.”⁶² Devido a esta iniciativa, os funcionários da Bellin melhoraram continuamente sua pontuação geral de saúde, medida por uma avaliação anual de risco fisiológico de saúde.

Outro exemplo de uma organização de saúde que trabalha para promover uma mudança de comportamento é o Projeto South Side Diabetes de Chicago, que envolve a Universidade de Chicago. Em uma das várias iniciativas deste projeto, os médicos receitam “alimentos para objetivos dietéticos específicos (por exemplo, dietas com baixo teor de gordura e baixo teor de carboidratos) e têm um valor em dinheiro resgatável (cupom ou voucher) para alimentos saudáveis nos supermercados Walgreens participantes ou na feira de produtores rurais da região.”⁶³ Outros parceiros comunitários em Chicago, como ONGs que coletam doação de alimentos, também trabalham no desenvolvimento de parcerias para atividades saudáveis.

4. Diminuir o racismo institucional

- Espaço físico
- Planos de seguro saúde
- Mitigar vieses cognitivos



4. Diminuir o racismo institucional dentro da organização

As organizações de saúde devem compreender as formas pelas quais contribuem para o racismo estrutural ou institucional. Racismo institucional não é o preconceito no qual muitas pessoas pensam quando ouvem o termo “racismo”. Camara Jones, Diretora de Pesquisa sobre Determinantes Sociais da Saúde e Equidade e o CDC, explica: “O racismo institucionalizado é definido como o acesso diferenciado a bens, serviços e oportunidades da sociedade de acordo com a raça. O racismo institucionalizado é normativo, às vezes legalizado, e muitas vezes se manifesta como uma desvantagem herdada. É estrutural, tendo sido codificado em nossas instituições de costume, na prática e no direito, portanto não precisa haver um perpetrador identificável.”⁶⁴

Na tentativa de entender melhor o racismo institucional, descrevemos as estruturas, normas, os regulamentos e políticas que as organizações de saúde têm controle e que contribuem para as disparidades na saúde.

Espaço físico: edifícios e design

A questão do espaço físico no sistema de saúde como fator contribuinte para o racismo institucional manifesta-se de inúmeras maneiras – o design e as condições dos edifícios, as dificuldades para chegar à organização de saúde, as facilidades de estacionamento e até mesmo quais pacientes são atendidos em quais edifícios. As organizações de saúde precisam avaliar se estão criando uma atmosfera acolhedora para todos os pacientes. Estes são alguns elementos do design físico a considerar:

- **Acessibilidade:** A organização de saúde é acessível via transporte público?
- **Decoração e design de interiores das instalações:** As instalações são acolhedoras? Os sinais afixados comunicam aos pacientes que são bem-vindos e confiáveis? O design do interior deve refletir a cultura do bairro que está sendo atendido.
- **Estacionamento:** Em hospitais urbanos, em particular, o valor cobrado pelo estacionamento podem exceder o que os indivíduos de baixa renda podem pagar.

- **Limpeza:** Todas as áreas de atendimento nas instalações estão limpas e arrumadas?
- **Tempos de espera:** Identificar maneiras de melhorar o acesso ao atendimento, reduzindo os tempos de espera em todas as áreas da organização de saúde.
- **Design dos edifícios em si:** Muitos hospitais mais antigos foram construídos para facilitar o acesso dos médicos a seus consultórios, e não para que os pacientes tivessem acesso ao atendimento que buscam. Tais edifícios podem ser difíceis de navegar, e até mesmo o pronto-socorro pode estar localizado em áreas de difícil acesso.
- **Prestação de serviços de atendimento em instalações mais novas:** A alocação de novas instalações ou áreas de atendimento para a prestação de serviços é equitativa para todas as populações de pacientes? Quando as instituições constroem novas alas ou novos edifícios inteiros, às vezes as novas instalações abrigam pacientes com condições que geram mais receita. Muitos hospitais agora também oferecem acesso especial "VIP", geralmente em instalações recém-construídas, que estão disponíveis apenas para os pacientes que podem pagar estes serviços. O Centro de Design de Saúde oferece alguns recursos úteis para organizações que estudam como os ambientes construídos e comunitários podem impactar a saúde populacional.⁶⁵

Planos de saúde

Outro aspecto do racismo institucional se reflete no tipo de seguro saúde aceito pela organização. O Affordable Care Act (Lei de Proteção e Cuidado Acessível ao Paciente) permite que mais americanos tenham acesso a seguro saúde, isso não necessariamente resulta no acesso a organizações de saúde. Algumas questões a considerar:

- **O Medicaid paga um valor menor do que o Medicare ou um seguro médico privado.** Quando organizações de saúde dizem que é preciso "melhorar a proporção de pacientes [ou segurados]", isso pode ser uma forma implícita de negar atendimento a pacientes do Medicaid – muitas vezes, pessoas negras e pobres. Esse é um desafio difícil de ser superado em virtude das políticas estaduais e federais, sobre as quais as organizações de saúde não têm controle. Contudo, é importante avaliar como as organizações poderiam reagir a essas políticas de modo a promover igualdade, e como poderiam se comprometer com a defesa de mudanças em leis e políticas que ainda perpetuam desigualdades na saúde.
- **Os sistemas de saúde decidem quais planos de saúde contratar.** Em muitos casos, pessoas negras e de baixo poder aquisitivo não têm acesso aos sistemas de saúde em virtude do tipo de seguro aceito nesses sistemas. Esta é um problema de difícil solução devido aos processos tradicionais que regem as decisões de contratação, que geralmente se baseiam apenas em considerações financeiras. É importante estudar maneiras diferentes por meio das quais as organizações poderiam suprir as necessidades das populações que atendem.
- **Os novos planos oferecidos nos intercâmbios de seguros de saúde criados pelo Affordable Care Act podem ser confusos.** As organizações de saúde podem fazer mais para aumentar a literacia do seguro de saúde, ajudando a explicar esses planos a seus clientes e orientando-os acerca das opções mais apropriadas. Durante as inscrições abertas para o intercâmbio anual de seguros de saúde, algumas organizações de saúde estão fazendo parcerias com organizações comunitárias para fazer a ponte entre pacientes não segurados e precariamente segurados, além de membros da comunidade, com um seguro de saúde através de navegadores e assistentes.^{66,67}

Mitigar vieses cognitivos

Há uma literatura crescente sobre o viés cognitivo nos serviços de saúde. O viés cognitivo, também conhecido como viés inconsciente, é "o viés no julgamento e/ou comportamento que resulta de processos cognitivos sutis (por exemplo, atitudes implícitas e estereótipos implícitos) que frequentemente operam em um nível subconsciente e sem controle intencional."⁶⁸ Em uma revisão

sistemática feita por Hall e colegas em 2015, os pesquisadores descobriram que o viés cognitivo está fortemente relacionado às interações paciente-médico, às decisões de tratamento, à adesão ao tratamento e aos resultados de saúde do paciente. Os autores observam que são necessárias pesquisas adicionais para examinar as relações entre o viés cognitivo e os desfechos clínicos. Os autores também citam vários estudos que mostram que a maioria dos profissionais de saúde tem vieses raciais/étnicos cognitivos na mesma proporção que a população em geral.⁶⁹ O viés cognitivo não se limita à raça; o viés cognitivo pode existir por características como sexo, idade, orientação sexual, identidade de gênero, deficiência e aparência física, como altura ou peso.

Devine e colegas enfatizam que o viés cognitivo é "automaticamente ativado e frequentemente não intencional."⁷⁰ Burgess e colegas observam que se os profissionais de saúde entenderem que os estereótipos e preconceitos raciais são "um aspecto normal da cognição humana", eles podem estar mais abertos a aprender sobre este fenômeno e como ele afeta seu trabalho.^{71,72}

O IHI incluiu este elemento no modelo conceitual de equidade em saúde porque o consideramos relevante. Outros também o consideram. Por exemplo, a Associação Americana de Faculdades de Medicina fez um treinamento sobre este tema e publicou um relatório sobre o viés cognitivo na medicina.⁷³ Além disso, a Joint Commission publicou uma edição de seu boletim informativo, "Quick Safety", sobre este tema, além de outras análises extensas sobre o viés cognitivo publicada por outras pessoas e instituições.^{74,75,76}

Mitigar vieses cognitivos nas políticas, estruturas e normas da organização.

As organizações de saúde também têm a responsabilidade de mitigar o efeito do viés cognitivo na tomada de decisões organizacionais. Por exemplo, o viés cognitivo influencia a contratação e promoção de funcionários, médicos e professores.⁷⁷ Isso, por sua vez, afeta múltiplos grupos, incluindo mulheres, minorias étnicas/raciais, indivíduos que não falam inglês como primeira língua, e indivíduos obesos e com excesso de peso, para citar alguns.^{78,79,80} Nos artigos mencionados acima, Burgess e Devine também descrevem programas de educação e treinamento que podem impactar o comportamento dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, mitigar quaisquer impactos adversos do viés cognitivo.

Mitigar o viés cognitivo no atendimento ao paciente.

Para alcançar a equidade em saúde, as organizações de saúde têm a responsabilidade de mitigar o efeito do viés cognitivo em todas as interações e em todos os pontos de contato com os pacientes. Isso é importante porque o viés cognitivo tem o potencial de afetar não apenas os desfechos dos tratamentos, mas também a probabilidade de os pacientes retornarem para ou simplesmente buscarem atendimento na organização.⁸¹ Embora a maioria dos estudos sobre o viés cognitivo na área da saúde se concentre no racismo, outros fatores sociais, tais como língua nativa, gênero, orientação sexual, nível educacional e status profissional também estão associados a vieses cognitivo e diferenças na comunicação e tratamento.⁸²

O viés cognitivo pode afetar a forma como médicos e outros profissionais de saúde interagem com os pacientes em termos de comunicação, protocolos de tratamento ou opções de tratamento recomendadas, ou opções de tratamento para dor.^{83,84,85} O viés cognitivo pode afetar tanto a percepção quanto a tomada de decisões clínicas, e estudos mostram que o viés cognitivo está significativamente relacionado às interações paciente-médico e às decisões de tratamento.⁸⁶ Um estudo identificou que um número significativo de estudantes de medicina e residentes tinham crenças falsas sobre diferenças biológicas entre indivíduos brancos e negros (tais como acreditar que a pele negra é "mais dura" que a pele branca), e descobriu que essas crenças predizem o viés racial nas recomendações de tratamento da dor.⁸⁷

Como pacientes negros são mais propensos que os brancos a morrer em tratamento na UTI do que

em casas de assistência a doentes terminais, recebendo cuidados paliativos,⁸⁸ Elliott e colegas testaram se os médicos usam diferentes comunicações verbais e/ou não verbais ao conversar com pacientes negros e brancos, e seus familiares, sobre cuidados paliativos. Eles descobriram que embora a comunicação verbal fosse semelhante, as pontuações de comunicação não-verbal eram significativamente mais baixas com pacientes negros do que com brancos, com menos comportamentos positivos e de construção de uma relação de confiança e empatia. Essa diferença pode afetar o desfecho das conversas sobre cuidados paliativos e contribuir para uma maior incidência de pacientes negros morrendo na UTI em vez de morrer em casa.⁸⁹

O viés cognitivo pode afetar negativamente outros elementos da interação do paciente com o sistema de saúde. Um estudo de 2015 revelou que minorias raciais/étnicas, indivíduos com níveis educacionais mais baixos e indivíduos desempregados passam significativamente mais tempo esperando para receber atendimento médico, sendo que negros e latinos esperam 19 e 25 minutos a mais, respectivamente, do que pacientes brancos para consultar um médico.⁹⁰ Além disso, a ansiedade da expectativa em relação às interações com pessoas de cor pode fazer com que médicos brancos passem menos tempo com os pacientes.⁹¹

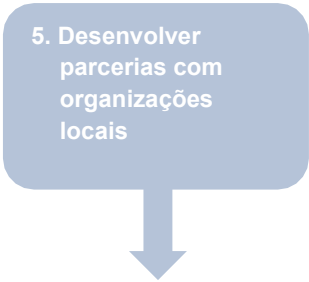
Implementar estratégias para mitigar o viés cognitivo.

O viés cognitivo nas interações individuais pode ser abordado e combatido se tomarmos consciência de nosso viés e tomarmos medidas para redirecionar nossas reações. Devine e colegas oferecem seis estratégias para mitigar o viés cognitivo:^{92,93}

- Substituição de estereótipos: Reconhecer que uma reação é baseada em estereótipo e ajustar conscientemente a reação
- Representação que combata estereótipos: Imaginar o indivíduo como o oposto do estereótipo
- Individação: Enxergar a pessoa como um indivíduo e não como um estereótipo (por exemplo, imaginar ou aprender sobre sua história pessoal e o contexto que a levou ao consultório médico ou hospital)
- Tomada de perspectiva: “Colocar-se no lugar da outra pessoa”
- Aumentar as oportunidades de contato com indivíduos de diferentes grupos: Expandir a rede de amigos e colegas ou participar de eventos em que pessoas de outras raças e etnias, identidades de gênero, orientação sexual e outros grupos possam estar presentes
- Desenvolvimento de parcerias: Redefinir a interação com o paciente como uma interação entre iguais, e não entre uma pessoa de alto status e uma pessoa de baixo status.

Da mesma forma, em seu livro *Seeing Patients*, o Dr. Augustus White oferece estas dicas práticas para combater o viés cognitivo no cuidado da saúde:⁹⁴

- Tenha uma compreensão básica das culturas de origem de seus pacientes.
- Procure não estereotipar seus pacientes, mas individualizá-los.
- Entenda e respeite a força do viés cognitivo.
- Reconheça situações que potencializam os estereótipos e o viés.
- Conheça as Normas Nacionais de Serviços Culturalmente e Linguisticamente Apropriados (CLAS).
- Faça um “Teach Back.” “Teach Back” (ensinar de volta) é um método para confirmar se o paciente entendeu as orientações médicas para melhor aderência, qualidade e segurança do paciente.⁹⁵
- Pratique sempre a “medicina baseada em evidências”.



5. Desenvolver parcerias com organizações locais

5. Desenvolver parcerias com organizações locais para trabalhar em conjunto em problemas relacionados com a melhoria da saúde e da equidade em saúde

Um dos principais focos deste documento é identificar oportunidades que as organizações de saúde podem aproveitar por conta própria para melhorar a saúde e a equidade em saúde. Entretanto, há um grande benefício adicional em trabalhar com parceiros locais para lidar com determinantes da saúde que estão além do alcance dos serviços de saúde. Isso inclui prestadores da rede de segurança, que muitas vezes já têm parcerias na comunidade e estão familiarizados com as necessidades das populações marginalizadas. Organizações locais já conhecem a comunidade local e suas necessidades, e frequentemente já estão engajadas em trabalhos que envolvem aquela comunidade. Ao invés de reinventar a roda, as organizações de saúde devem firmar parcerias com outras organizações e parceiros locais. Essas parcerias podem ser informais ou formais, e podem se concentrar em alguns dos trabalhos de equidade descritos neste documento ou se expandir para outras áreas.⁹⁶

Os sistemas de saúde podem investir financeiramente e fornecer materiais e serviços por meio de parcerias multisetoriais para melhorar a saúde fora do ambiente clínico e hospitalar, como em iniciativas para redução da obesidade infantil, oferecendo almoços mais saudáveis nas escolas e desenvolvendo programas que fornecem apoio escolar a crianças em situação de risco. Um exemplo é a Parceria para Melhoria da Saúde do Condado de Santa Cruz, Califórnia, que inclui 26 organizações membros em “uma coalizão sem fins lucrativos de líderes de saúde pública e privada dedicados a aumentar o acesso à saúde e fortalecer os sistemas de saúde locais”. A Parceria tem trabalhado em várias iniciativas desde sua formação em 2004. Uma delas tinha como foco bebês atendidos pelo programa Medicaid; o objetivo era diminuir o uso de salas de emergência no primeiro ano de vida, capacitando as mães para cuidar de seus recém-nascidos e conectando-as com profissionais de atenção primária à saúde. Este trabalho levou a uma redução no uso de salas de emergência e nos custos para o Medicaid.⁹⁷ Outras parcerias colaborativas inovadoras estão descritas em um relatório branco do Commonwealth Center for Governance Studies.⁹⁸

Avaliando a equidade em saúde

Uma avaliação precisa e útil é essencial para os esforços de melhoria da equidade em saúde. Há inúmeras maneiras de medir as disparidades em saúde entre diferentes subpopulações. Essas medidas podem ser divididas em duas categorias: sumária (agregada) e estratificada (desagregada).⁹⁹ Medidas sumárias fornecem um quadro geral e podem incluir múltiplas subpopulações em uma única medida, enquanto medidas estratificadas fornecem uma visão mais detalhada de comparações específicas entre grupos. Cada uma oferece vantagens e desvantagens, mas ambas são essenciais para fornecer uma avaliação abrangente do desempenho na melhoria da equidade em saúde.

Keppel e colegas sugerem as seguintes diretrizes para medir as disparidades em saúde:¹⁰⁰

1. **Selecionar e identificar explicitamente um ponto de referência a partir do qual se medirá as disparidades.** O ponto de referência é o valor a partir do qual uma disparidade é medida. Geralmente, o grupo com os melhores resultados é usado como ponto de referência, para enfatizar o potencial de melhoria. Outra abordagem é usar o grupo que representa a maior proporção da população. A escolha de um ponto de referência terá implicações tanto para o tamanho quanto para a direção da disparidade (por exemplo, o grupo com a maior renda, o grupo com a maior escolaridade, indivíduos brancos não hispânicos).
2. **Medir as disparidades em termos absolutos e relativos** para entender sua magnitude, particularmente ao fazer comparações ao longo do tempo ou entre diferentes áreas geográficas, populações ou indicadores. Medidas absolutas de disparidade identificam as diferenças,

enquanto medidas relativas de disparidade identificam relações (coeficiente ou proporção). Pesquisadores discutem os méritos relativos do uso de comparações absolutas versus relativas, pois embora ambas sejam corretas, elas podem produzir diferentes expressões de disparidades em saúde, com implicações diferentes para comparações entre populações e orientações visando intervenções.^{101,102} Por exemplo, o número de mulheres que fazem mamografias pode aumentar tanto entre mulheres brancas quanto negras (medida da disparidade absoluta), porém a proporção de mulheres brancas e negras que fazem mamografias pode permanecer inalterada ou até mesmo diminuir (medida da disparidade relativa).

3. **Ao usar uma medida relativa de disparidade para comparar diferentes indicadores de saúde, todos os indicadores devem ser expressos em termos de eventos adversos** (e não de eventos favoráveis) para facilitar comparações entre indicadores e manter a consistência ao longo do tempo. Por exemplo, expressar a realização de rastreamento de câncer de mama usando mamografias como "mulheres que não fizeram uma mamografia no ano passado" (evento adverso) versus "mulheres que fizeram uma mamografia no ano passado" (evento favorável) produz valores diferentes que podem afetar a interpretação para saber se uma disparidade tem aumentado ou diminuído. É preferível trabalhar com eventos adversos, pois alguns indicadores (como as taxas de mortalidade) são mais bem expressos como eventos adversos do que favoráveis.
4. **Usar comparações em pares para descrever disparidades entre um ou mais grupos e um ponto de referência específico.** Por exemplo, comparar o índice de mulheres que não fizeram uma mamografia no ano passado usando o número de mulheres brancas versus o número de mulheres de minorias étnicas/raciais, ou comparar o índice de mulheres de alta renda versus as de mulheres de média e baixa renda.
5. **Usar uma medida sumária das disparidades ao longo do tempo para múltiplas populações.** Interpretar a medida sumária juntamente com os índices de grupos específicos em que se baseiam, e considerar pesos para diferentes grupos.

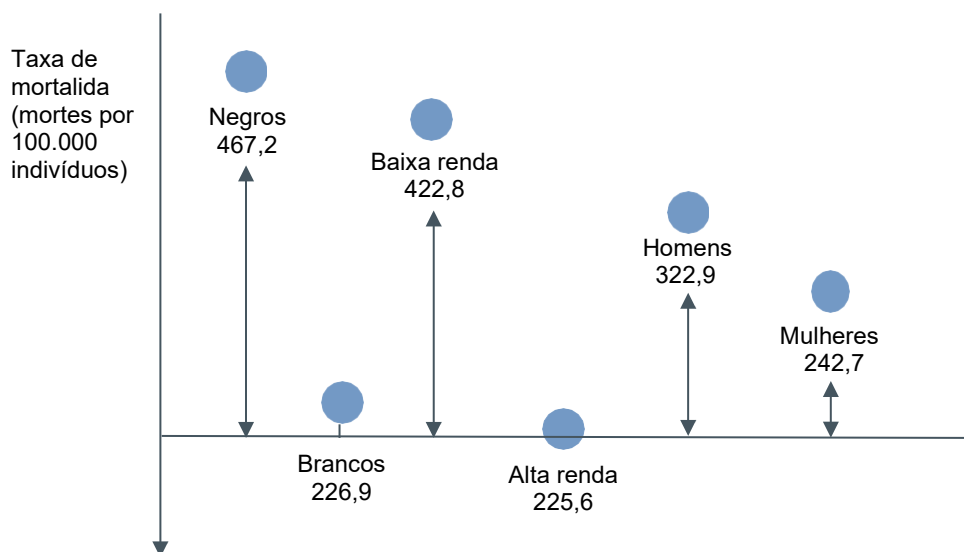
Ao comparar dois grupos específicos, comparações em pares podem ser suficientes. No entanto, muitas vezes estamos interessados em fazer comparações entre diversas subpopulações e, neste caso, uma medida sumária que inclua medidas absolutas e relativas de disparidade tende a ser necessária para fornecer um resumo em todos os grupos.^{103,104} Uma comparação em pares também não capta a interseccionalidade de diferentes características (por exemplo, mulher, negra, de baixa renda). Uma medida sumária é útil para relatórios de alto nível para a liderança e o conselho, responsáveis pela equidade em saúde como prioridade estratégica. Muitas das medidas sumárias existentes, tais como o Índice de Disparidade, Índice de Concentração de Saúde e Índice de Desigualdade Absoluta e Relativa, estão focadas em estudos e pesquisas, e não na atividade médica e formulação de políticas, de forma que pode ser muito desafiador para um sistema de saúde, um órgão público ou mesmo uma comunidade usar tais medidas porque sua análise e interpretação requer habilidades estatísticas sofisticadas.^{105,106,107,108}

Considerando essa questão, a Dra. Yukiko Asada propõe "a abordagem bottom-up" para elaborar uma medida sumária das disparidades de saúde.¹⁰⁹ Embora a abordagem bottom-up exija testes e validação adicionais, trata-se de uma das únicas medidas sumárias cuja construção e interpretação é viável mesmo sem treinamento e técnica estatística avançada. Esta abordagem envolve os seguintes passos:

1. Definir o desfecho clínico de interesse.
2. Definir características sociodemográficas de interesse.
3. Medir separadamente as disparidades em saúde bivariadas relacionadas a esses atributos.
4. Combinar as disparidades bivariadas em um índice sumário.
5. Usar o melhor nível de saúde entre todos os grupos como o grupo de referência.
6. Calcular a diferença entre o grupo de referência e cada grupo, somá-las e em seguida dividir a

soma pelo número de grupos menos 1.

Figura 6. Exemplo de medida sumária na abordagem “bottom-up” mostrando disparidades em taxas de mortalidade



- Soma das diferenças: 554,5
- A soma das diferenças (554,5) dividida pelo número de grupos menos 1 (6 grupos – 1 = 5): $554,5/5 = 110,9$

O exemplo da Figura 6 mostra que, ao combinar as diferenças nas taxas de mortalidade entre negros, brancos, indivíduos de baixa renda, homens e mulheres em comparação com o grupo de maior renda, a diferença média em relação ao grupo de referência é de 110,9 mortes por 100.000 indivíduos. Quanto maior a síntese estatística, maior o grau de iniquidade em uma população. Considerada isoladamente, esta estatística pode não ser especialmente útil, mas as organizações podem usá-la para mostrar melhorias ao longo do tempo e para entender seu desempenho em comparação com os parâmetros de referência.

Além de ser relativamente simples de calcular, a abordagem de medição “bottom-up” permite a inclusão de diferentes características de interesse para um sistema de saúde e uma comunidade e pode fornecer um bom quadro geral do desempenho de uma comunidade em relação ao grupo mais favorecido. Esta abordagem não foi bem testada em cenários práticos, mas tem sido usada em nível de condados nos EUA.¹¹⁰ A abordagem “bottom-up” coleta dados sobre disparidades na estrutura e nos processos, tais como satisfação de pacientes pertencentes a minorias e taxas de triagem para cânceres comuns e doenças crônicas,¹¹¹ além de dados de resultados para identificar onde existem disparidades no sistema.

O tamanho das amostras de diferentes grupos pode afetar a medição ao mostrar pequenas disparidades quando, na verdade, estão mostrando apenas uma pequena subpopulação. Por exemplo, em uma comunidade com uma pequena população negra, uma disparidade racial pode parecer pequena devido ao fato de amostra ser pequena, e não devido a uma real desigualdade. Para explicar isso, considere a ponderação dos grupos por tamanho populacional ao calcular a síntese estatística.^{112,113}

Neste momento, nossa pesquisa mostra que a abordagem “bottom-up” tem sido a mais prática e útil para se obter uma medida sumária da equidade em saúde em uma população, mas ainda são

necessários testes e validação adicionais. É essencial que as organizações usem medidas sumárias e estratificadas para avaliar seu progresso na redução de disparidades em diferentes desfechos clínicos, para fornecer diferentes perspectivas de progresso e para orientar o direcionamento das intervenções.

Outra questão-chave para as organizações de saúde é quando e como usar o ajuste de risco (um método estatístico para comparar resultados entre diferentes populações) para características sociodemográficas ao analisar e relatar dados relacionados à qualidade e desempenho, parâmetros de referência e pagamento. Por exemplo, para comparar as taxas de mortalidade entre clínicas que atendem diferentes populações de pacientes, um sistema de saúde poderia isolar fatores como raça, nível socioeconômico e status de seguro de saúde para examinar se as diferenças nas taxas de mortalidade persistem se as clínicas atenderem populações semelhantes. Embora existam benefícios e desvantagens no uso de dados ajustados ao risco para diferentes propósitos, ambos são essenciais para identificar, analisar e sanar as disparidades em saúde. Primeiro, as organizações de saúde devem estratificar a população em diferentes subpopulações e examinar comparações absolutas e relativas para identificar disparidades. Em seguida, deve-se considerar o uso de dados de resultados ajustados ao risco para atividades como pagamento por desempenho, relatórios públicos e parâmetros de desempenho.¹¹⁴

Dicas para as organizações de saúde medirem as iniquidades em suas comunidades

- **Garantir que recursos organizacionais sejam alocados para apoiar os esforços para medir as iniquidades.** Os esforços de medição não serão bem-sucedidos sem sistemas, recursos e estruturas de apoio adequados.
- **Coletar dados relevantes sobre as características sociodemográficas dos indivíduos.** Embora um número cada vez maior de organizações tenha sistemas de dados para coletar essas informações – e sejam agora obrigadas a relatar dados sobre raça/etnia e língua primária –, a coleta destes dados é um primeiro passo fundamental para poder medir as iniquidades. O Henry Ford Health System coleta informações demográficas detalhadas de pacientes, incluindo subgrupo racial/étnico.¹¹⁵ Dados de renda e escolaridade são mais difíceis de coletar rotineiramente, mas informações relevantes podem ser encontradas em departamentos de saúde pública estaduais ou municipais, associações hospitalares, fontes de dados como County Health Rankings¹¹⁶ ou Dartmouth Atlas of Health Care,¹¹⁷ ou mesmo inferidas a partir de outras informações, como dados do Censo dos EUA.¹¹⁸ As organizações devem não apenas analisar as medidas de desfechos clínicos, mas também examinar as medidas relacionadas aos determinantes sociais da saúde.
- **Selecionar o(s) desfecho(s) clínico(s) de interesse para medir as melhorias na equidade em saúde ao longo do tempo.** Assim que este processo estiver mais robusto, considere adicionar medidas de estrutura e processo.
- **Selecionar indicador(es) de posição social de interesse** (por exemplo, raça/etnia, nível socioeconômico [renda, educação], gênero).
- **Examinar os dados "brutos" em forma tabular e gráfica.** Observe as diferenças relativas e absolutas (comparações em pares) entre diferentes subpopulações e examine as mudanças ao longo do tempo. Selecione um ponto de referência para cada comparação relativa que seja o grupo mais privilegiado (ou favorecido).
- **Calcular medidas estratificadas de disparidades** para diferentes desfechos clínicos e indicadores sociais de interesse. Isso inclui examinar diferenças dentro do grupo, além das diferenças entre grupos, tais como subpopulações asiáticas (por exemplo, chinesa e indiana) e subpopulações negras (por exemplo, nascida nos EUA vs. haitiana vs. nigeriana). O exame das diferenças para o grupo geral pode, isoladamente, mascarar diferenças marcantes que identificariam populações específicas que poderiam se beneficiar de uma intervenção mais direcionada.^{119,120}

- **Considere usar a abordagem “bottom-up”** para elaborar uma medida sumária que avalie vários parâmetros e grupos simultaneamente. A medida sumária deve incluir, no mínimo, raça/etnia, nível socioeconômico, gênero e uma medida geográfica, como CEP ou região do Censo dos EUA.

Conclusão

Tommy Cannon enfrentou a pobreza e o racismo sistêmico e institucional. Sua vida – e morte –, como tantas outras, foram o resultado de baixa escolaridade, subemprego e subjugação pura e simples. Esta vida levou à exposição crônica a múltiplos fatores de risco, incluindo tabagismo, má nutrição, perda da autoestima e opressão racial ao longo da vida. Estes fatores contribuíram para que Tommy desenvolvesse hipertensão e diabetes mellitus tipo 2. Quando ele mais precisava ser resgatado pelo sistema de saúde e pela sociedade, foi abandonado apesar de suas tentativas de tratar suas doenças crônicas.

Sua vida reflete o estado atual de milhões de pessoas nos EUA que continuam a lutar para se conectar ao sistema de saúde, resultando muitas vezes em saúde precária, desenvolvimento de doenças crônicas e, para alguns, em morte evitável. Como disse o presidente emérito do IHI, Dr. Donald M. Berwick, o sistema de saúde gastará milhões para salvar um jovem depois que ele for baleado, mas não investirá para evitar que aquela bala o atinja.^{121,122,123}

Embora as organizações de saúde estejam hoje fazendo mais para melhorar a equidade em saúde, poucas fazem disso uma prioridade estratégica. Um obstáculo importante é o ponto de vista empresarial. Os líderes entendem os argumentos morais para trabalhar com equidade em saúde, mas eles precisam de fundos para manter o trabalho. A melhoria da equidade em saúde fará mais sentido do ponto de vista econômico e empresarial à medida que prestadores de serviços de saúde assumirem mais riscos financeiro para as populações.

Este relatório branco do IHI é uma continuação do trabalho iniciado em 2007 sobre o Triple Aim, ou Triplo Objetivo: melhorar a experiência individual do atendimento, melhorar a saúde da população e reduzir o custo per capita do atendimento à população.¹²⁴ A equidade em saúde não é um quarto objetivo, mas sim um elemento dos três componentes do Triplo Objetivo. Este relatório branco tem como intuito ajudar a acelerar o trabalho das organizações de saúde que estão perseguindo o Triplo Objetivo. O Triplo Objetivo não será cumprido até que seja alcançado para todos.

Apêndice A: Entrevistas e visitas técnicas

Para fundamentar o trabalho do IHI sobre como as organizações de saúde podem melhorar a equidade em saúde, conversamos com inúmeros indivíduos e visitamos várias organizações cujo trabalho para sanar as disparidades e iniquidades na saúde e no atendimento é considerado de vanguarda.

Organização
Associação Médica Americana – Comissão para Erradicar Disparidades em Serviços de Saúde, Chicago, Illinois
Ascension Health, St. Louis, Missouri
Associação de Centros Acadêmicos de Saúde, Washington, DC
Blue Cross Blue Shield de Novo México, Albuquerque, Novo México
Church Health Center, Memphis, Tennessee
Centro Médico do Hospital Infantil de Cincinnati, Cincinnati, Ohio
Consumers Advancing Patient Safety, Chicago, Illinois
Centro Médico Regional de Contra Costa, Condado de Contra Costa, Califórnia
Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canadá
Daughters of Charity Services of New Orleans, Nova Orleans, Louisiana
Duke University School of Medicine, Durham, Carolina do Norte
HealthPartners, Bloomington, Minnesota
Henry Ford Health System, Detroit, Michigan
The Joint Commission, Oakbrook Terrace, Illinois
Health Share of Oregon, Portland, Oregon
Kaiser Permanente, Oakland, Califórnia
Meharry Medical College, Nashville, Tennessee
Mercy Health, Cincinnati, Ohio
Methodist Le Bonheur Healthcare, Memphis, Tennessee
Molina Healthcare of New Mexico, Albuquerque, Novo México
Nemours Children's Health System, Jacksonville, Flórida
Northern Ontario School of Medicine, Sudbury, Ontário, Canadá
Qualis Health, Seattle, Washington
Hospital Universitário Robert Wood Johnson (agora chamado RWJBarnabas Health), West Orange, Nova Jersey
St. Thomas Community Health Center, Nova Orleans, Louisiana
Universidade de Medicina de Chicago, Chicago, Illinois
Universidade do Novo México, Albuquerque, Novo México
Universidade de Wisconsin, Madison, Wisconsin

Apêndice B: Estudo de caso

Equidade em saúde como parte integral do sistema para organizações de saúde: Henry Ford Health System

O Henry Ford Health System (HFHS) tem um histórico de engajamento na questão de equidade em saúde, mas o sistema entrou em uma nova fase de seu trabalho com o lançamento oficial da Campanha por Equidade em Saúde da organização em 2009. Para demonstrar que a equidade em saúde era uma prioridade estratégica para a organização, os líderes seniores investiram seu tempo e recursos na iniciativa, e o próprio CEO do HFHS foi o Presidente Honorário da campanha. Desde o início, a campanha foi liderada conjuntamente pelas áreas de saúde comunitária e qualidade do sistema de saúde, expandindo em seguida para incluir todos os cinco hospitais e mais de 30 ambulatórios, a área de atendimento gerenciado e outras unidades de negócios.

A ideia da campanha evoluiu a partir do trabalho anterior do projeto para abordar as disparidades de saúde, juntamente com um crescente reconhecimento da relação intrínseca entre qualidade e equidade. O objetivo da campanha era "aumentar o conhecimento, a conscientização e as oportunidades para assegurar que a equidade em saúde seja compreendida e praticada pelos médicos do Henry Ford Health System e demais funcionários, por pesquisadores e pela comunidade em geral; e vincular a equidade em saúde como um aspecto chave e mensurável da qualidade clínica."¹²⁵

O HFHS conduziu uma pesquisa no início da campanha para medir as mudanças na conscientização das disparidades em saúde. A campanha foi lançada em três fases ao longo de três anos. No momento, o HFHS continua seu trabalho para priorizar a equidade em saúde, integrando o que foi aprendido internamente e criando novas iniciativas.

O apoio à equidade em saúde como prioridade pode ser visto em todos os níveis da organização, começando com o Conselho do HFHS. Os membros do Conselho receberam treinamento sobre equidade e disparidades e, juntamente com outros líderes do HFHS, analisam relatórios de qualidade estratificados por dados autodeclarados de raça, etnia e idioma de preferência dos pacientes. O HFHS faz um rastreamento das atividades que representam a integração do sistema de equidade, tais como sessões educacionais, premiações, pesquisas da Gallup sobre engajamento de funcionários, diretrizes de profissionalismo, sessões em congressos e conferências de saúde, conteúdo em treinamento de residência e conteúdo para orientação de funcionários.

Há muitos exemplos do trabalho da organização de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde para melhorar o atendimento e a saúde de maneira geral. Em 2008, HFHS liderou a reunião da Força Tarefa Regional de Redução da Mortalidade Infantil de Detroit, uma parceria público-privada multissetorial que desenvolveu e assegurou US\$ 3,4 milhões em financiamento para a Rede WIN (Women-Inspired Neighborhood, Rede de Bairros de Inspiração Feminina em tradução livre), em Detroit. A missão da Rede WIN Detroit: é engajar profissionais da saúde da comunidade (CHWs) que trabalham com mulheres em risco de parto prematuro, abaixo do peso. Os CHWs oferecem orientação, fazem visitas domiciliares e ajudam as mulheres oferecendo recursos de educação e planejamento de vida, além de conectá-las umas às outras e com recursos locais. O HFHS é um dos quatro sistemas de saúde colaboradores que, através da Força Tarefa, estabeleceu a Rede WIN: Detroit em 2011. A iniciativa é singular na medida em que envolve sistemas de saúde concorrentes em uma parceria de sucesso.

Durante o período inicial de financiamento, a Rede WIN: Detroit registrou 443 mulheres grávidas; 364 dessas mulheres estava qualificadas para inclusão no componente de avaliação do programa, e 323 foram incluídas na análise final dos dados. (Observe que 41 das 364 mulheres não foram incluídas na análise devido à falta de dados. 79 mulheres (a diferença entre 443 inscritas e 364 no componente de avaliação) não foram incluídas na avaliação, provavelmente porque tinham mais de 35 anos, eram hispânicas ou não falavam inglês fluentemente. Nenhum caso de morte infantil

evitável foi relatado durante o período de três anos. Além disso, o tempo médio de gestação foi de 38,3 semanas e apenas 12 por cento nasceram abaixo do peso, em comparação com cerca de 18 por cento das mulheres de Detroit. A WIN Network: Detroit também manteve contato com mais de 1.200 mulheres não grávidas com seu programa de saúde Fabulous, Young and Inspired (FYI, Fabuloso, Jovem e Inspirado em tradução livre).

O HFHS enxerga os CHWs, profissionais de saúde da comunidade, como um componente chave de sua estratégia para melhorar a equidade em saúde. A organização desenvolveu um Hub de treinamento e gerenciamento dos CHWs. Embora os CHWs tenham contado com o apoio de fundos subsidiados até recentemente, agora o HFHS está começando a usar fundos orçamentários de suas áreas operacionais. Ao mesmo tempo, a organização está trabalhando com outras organizações, lideradas pela Michigan Community Health Worker Alliance, para defender políticas estatais que garantam o financiamento dos CHWs pelo Medicaid. Modelos de pagamento estão sendo desenvolvidos com um alto nível de colaboração entre sistemas de saúde, convênios e seguradoras, e o Departamento de Saúde e Serviços Humanos do estado do Michigan.

Um dos principais objetivos da Campanha por Equidade em Saúde do HFHS era identificar e enfrentar as disparidades por raça, etnia e idioma primário. A fim de alcançar este objetivo, foi feito um grande esforço para atualizar os processos de coleta destes dados autodeclarados. Henry Ford implementou um programa chamado “We Ask Because We Care” (perguntamos por que nos importamos, em tradução livre) para explicar aos pacientes e familiares porque o sistema de saúde pede informações sobre sua raça, etnia e idioma de preferência. O programa foi adotado a partir da iniciativa Aligning Forces for Quality (Alinhando Forças para Qualidade, em tradução livre) do RWJF, com permissão para usar o slogan. Em março de 2016, estima-se que os dados sobre raça, etnia e idioma de preferência de 90 por cento dos pacientes do Henry Ford Health System em Detroit estejam no prontuário médico eletrônico.

Diversidade e inclusão estão entre as maiores prioridades nas práticas de contratação, promoções e compras do Henry Ford Health System. As políticas de diversidade de fornecedores nas compras e cadeia de fornecimento enfatizam o valor em fazer negócios com empresas locais de propriedade de mulheres e minorias. A organização compartilha esses valores com seus principais fornecedores, incentivando-os e ajudando-os a se tornarem mais inclusivos em suas próprias práticas de contratação e compras. Em 2015, o Henry Ford Health System gastou mais de US\$ 57,7 milhões com empresas pertencentes a mulheres e minorias.

O HFHS tem um programa inovador chamado Generation With Promise (GWP, Geração Com Promessa em tradução livre) que anualmente impacta mais de 37.000 vidas de jovens e adultos, com foco em nutrição, promoção de atividade física e liderança juvenil. O programa desenvolve confiança e parcerias em comunidades através de educação e treinamento de alta qualidade em habilidades, oferecido em escolas e comunidades com poucos recursos. Os jovens participantes do GWP tendem a se engajarem não apenas com o programa, mas também com os estudos de maneira geral, e vários deles agora trabalham na área da saúde.

Funcionários em todos os níveis do HFHS agora passam por treinamento de pessoal sobre disparidades e determinantes sociais da saúde. Com o treinamento, eles passam a abordar o trabalho de maneira bem-informada, acadêmica e atenciosa, incentivando a humildade cultural em vez de atribuir a culpa. Um treinamento sobre o viés cognitivo também será incorporado como parte do esforço de educação que continuará em vigor em todo o sistema de saúde.

Mais de 300 funcionários se engajaram em cursos desenvolvidos pelo HFHS e credenciados pelo CME para se tornarem Embaixadores de Equidade em Saúde. Um curso básico de equidade em saúde (Healthcare Equity 101) está disponível na plataforma de aprendizagem online dos funcionários da organização, a HFHS University. Além disso, o Programa Healthcare Equity Scholars oferece às lideranças do HFHS treinamento baseado em habilidades sobre tópicos relacionados à equidade em saúde.

A ênfase da organização na questão da equidade em saúde tem sido um propulsor para o engajamento dos funcionários. O HFHS administrou a pesquisa do Gallup sobre Engajamento do Funcionário e descobriu que os funcionários envolvidos no trabalho de equidade em saúde eram sete vezes mais engajados do que os demais.

O HFHS priorizou parcerias com organizações locais para tratar das questões de saúde identificadas em sua Avaliação Trienal das Necessidades de Saúde da Comunidade. Uma pesquisa informal no HFHS mostrou que a organização está envolvida com mais de 200 organizações comunitárias.

O HFHS foi generoso em compartilhar seu conhecimento com outras organizações dos EUA, um conhecimento que foi reconhecido com vários prêmios e distinções por seu trabalho focado na equidade em saúde. O próximo passo no importante compromisso organizacional do HFHS com a equidade em saúde e competência cultural será estabelecer um Centro para Equidade em Saúde, que terá uma equipe e orçamento dedicados.

Apêndice C: Ferramentas de avaliação de equidade em saúde

À medida que organizações de saúde começam a trabalhar para melhorar a equidade em saúde, ferramentas de autoavaliação podem orientar seus esforços e ajudá-las a identificar áreas específicas que estão prontas para melhoria.

A Ferramenta de Autoavaliação de Equidade em Saúde do IHI para Organizações de Saúde (mostrada nas páginas a seguir) tem como intuito ajudar as organizações a avaliar seu foco atual na equidade em saúde e seus esforços de melhoria com relação aos cinco componentes da estrutura de equidade em saúde descritos neste documento.

Outras ferramentas de avaliação que podem ser úteis para este trabalho:

- **Pesquisa da AREA para medir as mudanças no nível de conscientização acerca das disparidades em saúde**

Esta ferramenta foi desenvolvida por Matt Wynia e colegas da Associação Médica Americana.¹²⁶ Embora tenha sido criada para ser usada por médicos, o Henry Ford Health System modificou a ferramenta com permissão para usá-la com todos seus funcionários.

- **Clearview Organizational Assessments–360 (COA360)**

“A COA360 é uma ferramenta online de avaliação de competência cultural com base em evidências. A ferramenta avalia se uma organização de saúde ou unidade clínica está preparada para atender às necessidades da cada vez mais diversificada população americana. A COA360 foi desenvolvida para avaliar a competência cultural das organizações de saúde, e não dos indivíduos.” Esta ferramenta foi desenvolvida no Hopkins Center for Health Disparities Solutions (Centro Hopkins de Soluções para Disparidades em Saúde, em tradução livre).¹²⁷

- **Teste de viés cognitivo/ inconsciente**

O Project Implicit é uma colaboração entre pesquisadores que desenvolveram testes em vários domínios de viés cognitivo para ajudar indivíduos a entender seu próprio viés cognitivo.¹²⁸

Ferramenta de autoavaliação de equidade em saúde do IHI para organizações de saúde

Esta ferramenta de autoavaliação destina-se a ajudar as organizações a avaliar seu foco atual na equidade na saúde e nos esforços de melhoria relacionados aos cinco componentes da estrutura de equidade na saúde descritos neste relatório branco, *Alcançando Equidade em Saúde: Um Guia para Organizações na Área da Saúde*. Em uma escala de 1 a 5, classifique o nível de foco da sua organização atualmente em cada componente do modelo conceitual. Componentes com pontuações mais baixas podem ser usados para priorizar as áreas para iniciar ou reforçar seu trabalho.

Componente do Modelo Conceitual de Equidade em Saúde do IHI

Escala da autoavaliação: Nível 1 a 5 (*definições observadas em itálico*)

1. Tornar a equidade em saúde uma prioridade estratégica

Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
<i>Não estratégico</i>				<i>A equidade em saúde faz parte do planejamento estratégico e já está incorporada nas operações. Há uma fonte de financiamento sustentável para o trabalho focado na equidade em saúde.</i>
A equidade em saúde é uma prioridade estratégica para a organização?				Nível: 1 2 3 4 5
A liderança está comprometida com a melhoria da equidade em saúde em todos os níveis da organização?				Nível: 1 2 3 4 5
Há uma fonte de financiamento sustentável para o trabalho focado na equidade em saúde?				Nível: 1 2 3 4 5

2. Desenvolver estrutura e processos de apoio ao trabalho com foco na equidade em saúde

Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
<i>Nenhum para apoiar este trabalho</i>				<i>A organização tem departamentos bem organizados e comitês com múltiplos stakeholders para apoiar o trabalho. A organização tem recursos especificamente destinados para apoiar o trabalho de equidade em saúde.</i>
Existe uma estrutura de governança para apoiar o trabalho de equidade em saúde?				Nível: 1 2 3 4 5
Existem recursos dedicados para apoiar o trabalho de equidade em saúde?				Nível: 1 2 3 4 5

3. Implantar estratégias específicas para lidar com os inúmeros determinantes da saúde sobre os quais as organizações podem ter um impacto direto

Serviços de saúde: Coletar e analisar dados para identificar onde há disparidades									
Dados REAL (raça, etnia e idioma de preferência)									
Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5					
<i>Não há dados confiáveis</i>				<i>Há um processo padrão para coletar dados REAL em todos os atendimentos.</i> <i>Parte do tempo da equipe de analistas é dedicado a identificar disparidades.</i>					
Existe um processo padrão para coletar e analisar dados REAL para identificar disparidades?				Nível:	1	2	3	4	5

Serviços de saúde: Adaptar o trabalho de melhoria da qualidade para atender às necessidades das populações marginalizadas									
Trabalho de melhoria da qualidade focado na equidade em saúde									
Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5					
<i>Não há trabalhos nesta área</i>				<i>Dados de disparidades impulsionam o processo de melhoria.</i> <i>Todo o trabalho começa com uma consideração das populações em vulnerabilidade.</i> <i>Os recursos das populações em vulnerabilidade são considerados no design do trabalho.</i> <i>Coprodução e co-desenho fazem parte deste trabalho. A confiança é considerada em todo o trabalho.</i>					
A organização está usando dados de disparidade para impulsionar o trabalho focado em melhorar a equidade em saúde?				Nível:	1	2	3	4	5

3. Implantar estratégias específicas para lidar com os inúmeros determinantes da saúde sobre os quais as organizações podem ter um impacto direto

Serviços de saúde: Adaptar o trabalho de melhoria da qualidade para atender às necessidades das populações marginalizadas

Serviços de atenção primária à saúde são acessíveis e focados nas necessidades da comunidade mais carente

Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
<i>Não há trabalhos nesta área</i>				<p><i>Oferecer acesso e confiança para a comunidade em situação de vulnerabilidade são prioridade para a atenção primária à saúde.</i></p> <p><i>Ajudar indivíduos a alcançar seu máximo potencial de vida faz parte das operações diárias.</i></p>
O sistema de atenção primária à saúde da organização está trabalhando para ajudar a preencher as lacunas da disparidade em saúde?				<p>Nível: 1 2 3 4 5</p>

Nível socioeconômico Proporcionar oportunidades econômicas e de desenvolvimento a funcionários de todos os níveis. Adquirir suprimentos e serviços de empresas pertencentes a mulheres e minorias. Construir unidades de saúde em comunidades carentes

Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
<i>Não há trabalhos nesta área</i>				<p><i>A organização foca explicitamente no desenvolvimento dos funcionários e em práticas de contratação em todos os níveis.</i></p> <p><i>A organização faz compras significativas de fornecedores e construtoras pertencentes a minorias e mulheres.</i></p> <p><i>A organização dispõe de práticas para construir instalações em comunidades carentes.</i></p>
Existem práticas para ajudar a recrutar, reter e capacitar funcionários em todos os níveis?				<p>Nível: 1 2 3 4 5</p>
Existem práticas para incentivar processos de compras de fornecedores para promover diversidade?				<p>Nível: 1 2 3 4 5</p>
Existem práticas para construir instalações em comunidades carentes?				<p>Nível: 1 2 3 4 5</p>

3. Implantar estratégias específicas para lidar com os inúmeros determinantes da saúde sobre os quais as organizações podem ter um impacto direto

Ambiente físico					
Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	
<i>Não há trabalhos nesta área</i>				<i>A organização contribui para a saúde da comunidade através do ambiente físico (edifícios, parques etc.).</i>	
As instalações de saúde são acolhedoras para a comunidade?				Nível:	1 2 3 4 5
A organização investe na criação de espaços comunitários e em benefícios para a comunidade?				Nível:	1 2 3 4 5

Comportamentos saudáveis					
Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	
<i>Não há trabalhos nesta área</i>				<i>Influenciar comportamentos saudáveis entre os funcionários e membros da comunidade é fundamental para a organização.</i>	
A organização está contribuindo para promover comportamentos saudáveis entre os funcionários e na comunidade como um todo?				Nível:	1 2 3 4 5

4. Diminuir o racismo institucional dentro da organização					
Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	
<i>Não há trabalhos nesta área</i>				<p><i>Existe nitidamente diversidade no quadro de pessoas que compõem a equipe, os funcionários são totalmente engajados, e recebem treinamento adequado sobre vies cognitivo. Há um trabalho ativo em múltiplos processos para diminuir o racismo institucional.</i></p> <p><i>O espaço físico da organização é projetado para ser acessível e acolhedor a todos os pacientes.</i></p> <p><i>Todos os planos de saúde são aceitos e os funcionários da organização ajudam a cadastrar populações marginalizadas em planos que atendam às suas necessidades.</i></p>	
A organização incorpora elementos de design físico para reduzir o racismo institucional?				Nível:	1 2 3 4 5
A organização aceita planos de saúde que atendam predominantemente populações desfavorecidas?				Nível:	1 2 3 4 5
Existe treinamento para ajudar os funcionários a identificar lacunas de equidade e disparidade?				Nível:	1 2 3 4 5

5. Desenvolver parcerias com outras organizações da comunidade para melhorar a saúde e a equidade					
Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	
<i>Não há trabalhos nesta área</i>				<p><i>A organização está totalmente engajada, com uma coalizão formada por múltiplos stakeholders na comunidade, e focada em uma carteira de projetos para melhorar a saúde e a equidade em saúde.</i></p>	
A organização de saúde está trabalhando em parceria com outros agentes da comunidade para melhorar a equidade em saúde da população local?				Nível:	1 2 3 4 5

Referências

- ¹ Wyatt R. Age and race are social determinants of health. *Aging Today*. Jan/Fev 2016:15.
- ² Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *US County Profile: Perry County, Alabama*. Seattle, WA: IHME; 2015.
- ³ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Country Profile: United States*. Seattle, WA: IHME; 2015.
- ⁴ Centro Nacional de Estatísticas de Saúde. “Health, United States, 2011.” Centros de Controle e Prevenção de Doenças. www.cdc.gov/nchs/hus/contents2011.htm
- ⁵ McDonough P, Duncan GJ, Williams D, House J. Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. *American Journal of Public Health*. 1997;87(9):1476-1483.
- ⁶ Williams D. “Race, Racism, and Racial Inequalities in Health.” Apresentação feita para o Programa Multidisciplinar sobre Desigualdade Política Social da Kennedy School. 8 de fevereiro de 2016.
<http://inequality.hks.harvard.edu/files/inequality/files/williams16slides.pptx?m=1455915158>
- ⁷ Squires D, Blumenthal D. *Mortality Trends among Working-Age Whites: The Untold Story*. The Commonwealth Fund; janeiro de 2016. www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2016/jan/mortality-trends-among-middle-aged-whites
- ⁸ Healthy People 2020. “Disparities.” www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities
- ⁹ Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality — an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*. 2012;102(7):1267-1273.
- ¹⁰ Signorello LB, Cohen SS, Williams DR, Munro HM, Hargreaves MK, Blot WJ. Socioeconomic status, race, and mortality: A prospective cohort study. *American Journal of Public Health*. 2014;104(12):e98-e107.
- ¹¹ Schroeder SA. We can do better: Improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine*. 2007;357:1221-1228.
- ¹² Kindig D, Stoddart G. What is population health? *American Journal of Public Health*. 2003;93(3):380-383.
- ¹³ Organização Mundial da Saúde “Social Determinants of Health.” www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- ¹⁴ Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up, Part 1*. Organização Mundial da Saúde, Agência Regional da Europa; 2006. www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

¹⁵ Institute of Medicine; Smedley BD, Stith AY, Nelson AR (eds). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press; 2003.

¹⁶ Institute for Healthcare Improvement. “IHI’s 90-Day Learning Cycle.” <https://www.ihl.org/resources/white-papers/ihl-innovation-system>

¹⁷ Presenteeism is productivity loss resulting from health problems. Fonte: Hemp P. Presenteeism: At work — but out of it. *Harvard Business Review*. Outubro de 2004.

¹⁸ Dan D, Finch R, Harrison D, Kendall D. *An Employer’s Guide to Reducing Racial and Ethnic Health Disparities in the Workplace*. Washington, DC: National Business Group on Health; outubro de 2011. www.businessgrouphealth.org/pub/f3133231-2354-d714-5164-0981a09be53d

¹⁹ Gaskin DJ, LaVeist TA, Richard P. *The State of Urban Health: Eliminating Health Disparities to Save Lives and Cut Costs*. Washington, DC: National Urban League Policy Institute; dezembro de 2012.

²⁰ Waidman T. *Estimating the Cost of Racial and Ethnic Health Disparities*. Washington, DC: The Urban Institute; setembro de 2009. www.urban.org/sites/default/files/alfresco/publication-pdfs/411962-Estimating-the-Cost-of-Racial-and-Ethnic-Health-Disparities.pdf

²¹ Schoeni RF, Dow WH, Miller WD, Pamuk ER. The economic value of improving the health of disadvantaged Americans. *American Journal of Preventive Medicine*. 2011;40(1 Suppl 1):S67-S72.

²² Cohen SB. *The Concentration of Health Care Expenditures and Related Expenses for Costly Medical Conditions, 2009*. Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde, Relatório Estatístico #359. Fevereiro de 2012. http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st359/stat359.pdf

²³ Jemal A, Thun MJ, Ward EE, Henley SJ, Cokkinides VE, Murray TE. Mortality from leading causes by education and race in the United States, 2001. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008;34:1-8.

²⁴ Betancourt JR, Green AR, King RR. *Improving Quality and Achieving Equity: A Guide for Hospital Leaders*. Boston: The Disparities Solution Center at Massachusetts General Hospital. <https://mghdisparitiessolutions.org/guides/>

²⁵ Passel JS, Cohn D. *US Population Projections: 2005-2050*. Washington, DC: Pew Research Center; fevereiro, 2008. www.pewhispanic.org/files/reports/85.pdf

²⁶ Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*. 1990;31(12):1347-1363.

²⁷ Evans RG, Barer ML, Marmor TR (eds). *Why Are Some People Healthy and Others Not?* Aldine Transaction; 1994.

²⁸ Davis K. *Ten Points for Transforming the US Health Care System*. The Commonwealth Fund; fevereiro, 2005. www.commonwealthfund.org/publications/from-the-president/2005/ten-points-for-transforming-the-u-s--health-care-system

²⁹ Kaiser Permanente. “Sobre a Kaiser Permanente.”

<http://share.kaiserpermanente.org/about-kaiser-permanente/>

³⁰ Isham GJ, Zimmerman DJ, Kindig DA, Hornseth GW. HealthPartners adopts community business model to deepen focus on nonclinical factors of health outcomes. *Health Affairs*. 2013;32(8):1446-1452.

³¹ Fiscella K. Health care reform and equity: Promise, pitfalls, and prescriptions. *Annals of Family Medicine*. 2011;9(1):78-84.

³² BRGs incluem as seguintes organizações: Advancing Women through Advocacy, Recognition, and Empowerment (AWARE); Asian Society for Impact and Advocacy Network (ASIAN); Black Professionals Network (BPN); Emerging Leaders Network (ELN); Promoting Respect, Outreach, Understanding, and Dignity (PROUD); Service and Advocacy for Latinos United for Development (SALUD); e Veterans Engaging Through Service (VETS). Fonte: Parker RP. “Overview of Diversity and Inclusion at Robert Wood Johnson University Hospital.” 15 de julho de 2015. www.rwjuh.edu/Uploads/Public/Documents/Overview-of-Diversity-and-Inclusion-at-RWJ.pdf

³³ Logan RA, Wong WF, Villaire M, Daus G, Parnell TA, Willis E, Paasche-Orlow MK. *Health Literacy: A Necessary Element for Achieving Health Equity*. Washington, DC: Institute of Medicine; julho, 2015. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/07/NecessaryElement.pdf>

³⁴ Betancourt JR. Improving Quality and Achieving Equity: The Role of Cultural Competence in Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care. The Commonwealth Fund; outubro de 2006.

³⁵ Brach C, Fraser I, Paez K. Crossing the language chasm. *Health Affairs*. 2005;24(2):424-434.

³⁶ Brach C, Keller D, Hernandez L, et al. *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations*. Washington, DC: Institute of Medicine; junho, 2012. www.ahealthyunderstanding.org/Portals/0/Documents1/IOM_Ten_Attributes_HL_Paper.pdf

³⁷ America’s Essential Hospitals. “Ask Every Patient: REAL – Interactive Course on Race, Ethnicity, Language.” <https://essentialhospitals.org/education/race-ethnicity-and-language/>

³⁸ Centers for Medicare & Medicaid Services. “Electronic Health Records (EHR) Incentive Programs.” www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/index.html?redirect=/ehrincentiveprograms

³⁹ Aligning Forces for Quality. “We Ask Because We Care” Posters. <http://forces4quality.org/node/4185.html>

Another good resource on collecting REAL data is: *Reducing Health Care Disparities: Collection and Use of Race, Ethnicity, and Language Data*. Chicago: Health Research & Educational Trust; agosto de 2013. http://www.hpoe.org/Reports-HPOE/Equity_Care_Report_August2013.PDF

⁴⁰ Minnesota Community Measurement. “Innovation and Transparency Awards.” (2015) <http://seminar2015.mncm.org/innovation-transparency-awards/>

⁴¹ Green AR, Tan-McGrory A, Cervantes MC, Betancourt JR. Leveraging quality improvement to achieve equity in health care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*.

2010;36(10):435-442.

⁴² Orsi JM, Margellos-Anast H, Whitman S. Black-white health disparities in the United States and Chicago: A 15-year progress analysis. *American Journal of Public Health*. 2010;100(2):349-356.

⁴³ Wong, WF, LaVeist, TA, Sharfstein AM. Achieving health equity by design. *Journal of the American Medical Association*. 2015;313(14):1414-1418.

⁴⁴ Jones JH. *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*. Free Press; 1993.

⁴⁵ Sterling RL. Genetic research among the Havasupai: A cautionary tale. *AMA Journal of Ethics*. 2011;13(2):113-117.

⁴⁶ Skloot R. *The Immortal Life of Henrietta Lacks*. Baltimore, MD: Crown Publishing Group; 2010.

⁴⁷ Jacobs EA, Rolle I, Ferrans CE, Whitaker EE, Warnecke RB. Understanding African Americans' views of the trustworthiness of physicians. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(6):642-647.

⁴⁸ LaVeist TA, Isaac LA, Williams KP. Mistrust of health care organizations is associated with underutilization of health services. *Health Services Research*. 2009;44(6):2093-2105.

⁴⁹ Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Agência de Saúde das Minorias. "The National CLAS Standards." <http://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=2&lvlid=53>

⁵⁰ US Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. "Think Cultural Health: National CLAS Standards." www.thinkculturalhealth.hhs.gov/content/clas.asp

⁵¹ Centros de Controle e Prevenção de Doenças. "Programa Nacional de Prevenção de Diabetes." www.cdc.gov/diabetes/prevention/index.html

⁵² Hess PL, Reingold JS, Jones J, et al. Barbershops as hypertension detection, referral, and follow-up centers for black men. *Hypertension*. 2007;49:1040-1046.

⁵³ Husaini BA, Sherkat DE, Levine R, et al. The effect of a church-based breast cancer screening education program on mammography rates among African American women. *Journal of the National Medical Association*. 2002;94(2):100-106.

⁵⁴ Robert Wood Johnson University Hospital. "2012 Community Needs Assessment." www.rwjuh.edu/rwjuh/community-needs-assessment.aspx

⁵⁵ Esta foi uma iniciativa do Business Resource Group (BRG) chamada SALUD.

⁵⁶ New Brunswick Health Sciences Technology High School. Programa Acadêmico de Profissões na Área da Saúde. <http://ht.nbpschools.net/About-Us/index.html>

⁵⁷ Luther K. "Thinking of Outsourcing? Think Again — You May Be Losing a Valuable Asset." Institute for Healthcare Improvement. 15 de dezembro de 2014. www.ihl.org/communities/blogs/layouts/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=111

⁵⁸ Patterson P. "Kaiser Permanente Lands Triple Win at Minority Business Awards Event."

- Kaiser Permanente. 11 de maio de 2015. <http://share.kaiserpermanente.org/article/kaiser-permanente-lands-triple-win-at-minority-business-awards-event/>
- ⁵⁹ Bailey T. “Founding Partners’ Commit to Lease Most of Memphis’ Sears Crosstown Building.” *The Commercial Appeal Memphis*. 19 de agosto de 2012.
- ⁶⁰ California HealthCare Foundation. “Pablo Bravo on Mission Investing.” 21 de março de 2014. www.chcf.org/innovation-fund/mission-investing/bravo
- ⁶¹ Trinity Health. “Community Investing.” www.trinity-health.org/community-investing
- ⁶² Whittington JW, Nolan K, Lewis N, Torres N. Pursuing the Triple Aim: The first 7 years. *The Milbank Quarterly*. 2015;93(2):263-300.
- ⁶³ Chin MH, Goddu AP, Ferguson MJ, Peek ME. Expanding and sustaining integrated health care–community efforts to reduce diabetes disparities. *Health Promotion Practice*. Novembro de 2014; 15(2 Suppl):29S-39S.
- ⁶⁴ Jones CP. Levels of racism: A theoretic framework and a gardener’s tale. *American Journal of Public Health*. 2000;90(8):1212-1215.
- ⁶⁵ The Center for Health Design. <https://www.healthdesign.org/>
- ⁶⁶ Centros para Serviços de Medicare e Medicaid. “Health Insurance Marketplace: Outreach and Education: New to the Marketplace.” <https://marketplace.cms.gov/outreach-and-education/new-to-marketplace.html>
- ⁶⁷ Parragh ZA, Okrent D. Health Literacy and Health Insurance Literacy: Do Consumers Know What They Are Buying? Alliance for Health Reform; janeiro de 2015. www.allhealth.org/publications/Private_health_insurance/Health-Literacy-Toolkit_163.pdf
- ⁶⁸ Casey PM, Warren RK, Cheesman FL, Elek JK. *Helping Courts Address Implicit Bias*. Williamsburg, VA: National Center for State Courts; 2012. www.ncsc.org/~media/Files/PDF/Topics/Gender%20and%20Racial%20Fairness/IB_report_033012.ashx
- ⁶⁹ Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systemic review. *American Journal of Public Health*. 2015;105(12):e60-e76.
- ⁷⁰ Devine PG, Forscher PS, Austin AJ, Cox WTL. Long-term reduction in implicit race bias: A prejudice habit-breaking intervention. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2012;48(6):1267-1278.
- ⁷¹ Burgess D, van Ryn M, Dovidio J, Saha S. Reducing racial bias among health care providers: Lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(6):882-887.
- ⁷² Ver também: Institute for Healthcare Improvement. “What Is Health Equity, and Why Does It Matter? A Conversation with David R. Williams and Don Berwick.” <https://www.youtube.com/watch?v=CwBEkGurMiY>

- ⁷³ Glicksman E. “Unconscious Bias in Academic Medicine: Overcoming the Prejudices We Don’t Know We Have.” Association of American Medical Colleges. Janeiro de 2016. www.aamc.org/newsroom/reporter/january2016/453944/unconscious-bias.html
- ⁷⁴ The Joint Commission. “Quick Safety: Implicit Bias in Health Care.” Abril de 2016. www.jointcommission.org/assets/1/23/Quick_Safety_Issue_23_Apr_2016.pdf
- ⁷⁵ Kirwan Institute for the Study of Race and Ethnicity, The Ohio State University. *State of the Science: Implicit Bias Review*. (2013, 2014, 2015 e 2016) <http://kirwaninstitute.osu.edu/researchandstrategicinitiatives/implicit-bias-review/>
- ⁷⁶ Banaji MR, Greenwald A. *Blindspot: Hidden Biases of Good People*. Delacorte Press; 2013.
- ⁷⁷ Bertrand M, Mullainathan S. Are Emily and Greg more employable than Lakisha and Jamal? A field experiment on labor market discrimination. *American Economic Review*. 2004;94(4):991-1013.
- ⁷⁸ Berkshire Associates. “Discrimination and Unconscious Biases in the Workplace.” 27 de maio de 2013. <http://info.berkshireassociates.com/balanceview/bid/284452/Discrimination-and-Unconscious-Biases-in-the-Workplace>
- ⁷⁹ “Outsmarting Our Brains: Overcoming Hidden Biases to Harness Diversity’s True Potential.” Ernst & Young; 2013. www.shrm.org/hr-today/news/hr-magazine/documents/ey-rbc-overcoming-hidden-biases-to-harness-diversity.pdf
- ⁸⁰ Purkiss SLS, Perrew PL, Gillespie TL, Mayes BT, Ferris GR. Implicit sources of bias in employment interview judgments and decisions. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2006;101(2):152-167.
- ⁸¹ Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review. *American Journal of Public Health*. 2015;105(12):e60-e76.
- ⁸² Glicksman E. “Unconscious Bias in Academic Medicine: Overcoming the Prejudices We Don’t Know We Have.” Association of American Medical Colleges. Janeiro de 2016. <https://www.aamc.org/newsroom/reporter/january2016/453944/unconscious-bias.html>
- ⁸³ Burgess D, van Ryn M, Dovidio J, Saha S. Reducing racial bias among health care providers: Lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(6):882-887.
- ⁸⁴ Goyal MK, Kuppermann N, Cleary SD, Teach SJ, Chamberlain JM. Racial disparities in pain management of children with appendicitis in emergency departments. *JAMA Pediatrics*. 2015;169(11):996-1002.
- ⁸⁵ Green AR, Carney DR, Pallin DJ, et al. Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(9):1231-1238.
- ⁸⁶ Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review. *American Journal of Public Health*. 2015;105(12):e60-e76.

- ⁸⁷ Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 2015;113(16):4296-4301.
- ⁸⁸ Barnato AE, Chang CH, Saynina O, Garber AM. Influence of race on inpatient treatment intensity at the end of life. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(3):338-345.
- ⁸⁹ Elliott AM, Alexander SC, Mescher CA, Mohan D, Barnato AE. Differences in physicians' verbal and nonverbal communication with black and white patients at the end of life. *Journal of Pain Symptom Management*. 2016;51(1):1-8.
- ⁹⁰ Ray KN, Chari AV, Engberg J, Bertolet M, Mehrotra A. Disparities in time spent seeking medical care in the United States. *JAMA Internal Medicine*. 2015;175(12):1983-1986.
- ⁹¹ Burgess D, van Ryn M, Dovidio J, Saha S. Reducing racial bias among health care providers: Lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(6):882-887.
- ⁹² Devine PG, Forscher PS, Austin AJ, Cox WTL. Long-term reduction in implicit race bias: A prejudice habit-breaking intervention. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2012;48(6):1267-1278.
- ⁹³ Burgess D, van Ryn M, Dovidio J, Saha S. Reducing racial bias among health care providers: Lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(6):882-887.
- ⁹⁴ White AA. *Seeing Patients: Unconscious Bias in Health Care*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2011.
- ⁹⁵ Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, et al. *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition*. (Prepared by Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical Campus under Contract No. HHS290200710008, TO#10.) AHRQ Edição No. 15-0023-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2015.
- ⁹⁶ Bertrand M, Mullainathan S. Are Emily and Greg more employable than Lakisha and Jamal? A field experiment on labor market discrimination. *American Economic Review*. 2004;94(4):991-1013.
- ⁹⁷ Craig C. *Health Improvement Partnership of Santa Cruz County: A Triple Aim Improvement Story*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; outubro de 2015. www.ihl.org/resources/Pages/Publications/HealthImprovementPartnershipTripleAim.aspx
- ⁹⁸ Prybil L, Scutchfield FD, Killian R, et al. *Improving Community Health Through Hospital – Public Health Collaboration: Insights and Lessons Learned from Successful Partnerships*. Lexington, KY: Commonwealth Center for Governance Studies, Inc.; November 2014. www.aha.org/content/14/141204-hospubhealthpart-report.pdf
- ⁹⁹ Davis R. *Measuring What Works to Achieve Health Equity: Metrics for the Determinants of Health*. Oakland, CA: Prevention Institute; junho de 2015. www.preventioninstitute.org/component/jlibrary/article/id-367/127.html

- ¹⁰⁰ Keppel K, Pamuk E, Lynch J, et al. Methodological issues in measuring health disparities. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics*. 2005;2(141):1-16. www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_141.pdf
- ¹⁰¹ Asada Y. On the choice of absolute or relative inequality measures. *The Milbank Quarterly*. 2010;88(4):616-622.
- ¹⁰² Kjellsson G, Gerdtham UG, Petrie D. Lies, damned lies, and health inequality measurements. *Epidemiology*. 2015;26:673-680.
- ¹⁰³ Keppel K, Pamuk E, Lynch J, et al. Methodological issues in measuring health disparities. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics*. 2005;2(141):1-16. www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_141.pdf
- ¹⁰⁴ Asada Y, Whipp A, Kindig D, Billard B, Rudolph B. Inequalities in multiple health outcomes by education, sex, and race in 93 US counties: Why we should measure them all. *International Journal for Equity in Health*. 2014;13:47.
- ¹⁰⁵ Harper S, Lynch J. *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. National Cancer Institute; 2005. http://seer.cancer.gov/archive/publications/disparities/measuring_disparities.pdf
- ¹⁰⁶ Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). *Summary Measures of Socioeconomic Inequalities in Health*. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2013. www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Summary_Measures_Socioeconomic_Inequalities_Health_2013.pdf
- ¹⁰⁷ Braverman P. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*. 2006;27:167-194.
- ¹⁰⁸ Percy J, Keppel K. A summary measure of health disparity. *Public Health Reports*. 2002;117(3):273-280. www.publichealthreports.org/issueopen.cfm?articleID=1169
- ¹⁰⁹ Asada Y. A summary measure of health inequalities for a pay-for-population health performance system. *Preventing Chronic Disease*. 2010;7(4):A72.
- ¹¹⁰ Asada Y, Whipp A, Kindig D, Billard B, Rudolph B. Inequalities in multiple health outcomes by education, sex, and race in 93 US counties: Why we should measure them all. *International Journal for Equity in Health*. 2014;13:47.
- ¹¹¹ National Quality Forum. "NQF Endorses Healthcare Disparities and Cultural Competency Measures." Comunicado à imprensa. 12 de agosto de 2012. www.qualityforum.org/News_And_Resources/Press_Releases/2012/NQF_Endorses_Healthcare_Disparities_and_Cultural_Competency_Measures.aspx
- ¹¹² Observação: Se estiver usando estimativas agregadas a partir de um conjunto de dados nacionalmente representativo, como o Censo dos EUA, não há necessidade de usar amostragem ponderada para ajustar ao tamanho populacional. Caso contrário, deve ser usada amostragem ponderada para o tamanho populacional.

¹¹³ Applied Survey Methods. “Weighting Adjustment.”

www.applied-survey-methods.com/weight.html

¹¹⁴ Reid A, Goldman D. “To Risk-Adjust or Not to Risk-Adjust? Yes.” Institute for Healthcare Improvement. 5 de maio de 2014.

www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=81

¹¹⁵ Henry Ford Health System. “Patient Demographic Form.”

www.henryford.com/documents/Why%20We%20Ask/PatientDemographicForm.pdf

¹¹⁶ County Health Rankings & Roadmaps. www.countyhealthrankings.org/

¹¹⁷ The Dartmouth Atlas of Health Care. www.dartmouthatlas.org/

¹¹⁸ United States Census Bureau. “American Fact Finder.”

<http://factfinder.census.gov/faces/nav/jsf/pages/index.xhtml>

¹¹⁹ Henry Ford Health System. “Patient Demographic Form.”

www.henryford.com/documents/Why%20We%20Ask/PatientDemographicForm.pdf

¹²⁰ Pew Research Center. Social Trends. “What Census Calls Us: A Historical Timeline.” 10 de junho de 2015. www.pewsocialtrends.org/interactives/multiracial-timeline/

¹²¹ Berwick DM. Palestra de abertura do 26º Fórum Nacional Anual Melhorias na Qualidade dos Serviços de Saúde, organizado pelo do Institute for Healthcare Improvement em Orlando, Flórida, em dezembro de 2014.

¹²² Berwick D. To Isaiah. *Journal of the American Medical Association*. 2012;307(24):2597-2599.

¹²³ Jones CP, Jones CY, Perry GS, Barclay G, Jones CA. Addressing the social determinants of children’s health: A cliff analogy. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2009;20(4 Suppl):1-12.

¹²⁴ Berwick D, Nolan T, Whittington J. The Triple Aim: Care, cost, and quality. *Health Affairs*. 2008;27(3):759-769.

¹²⁵ Henry Ford Health System. “Healthcare Equity Campaign.”

www.henryford.com/body.cfm?id=51057

¹²⁶ Alexander GC, Lin S, Sayla MA, Wynia MK. Development of a measure of physician engagement in addressing racial and ethnic health care disparities. *Health Services Research*. 2008;43(2):773-784.

¹²⁷ Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. “Clearview Organizational Assessments– 360 (COA360).” www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-center-for-health-disparities-solutions/Projects/clearview_organizational_assessments_360.html

¹²⁸ Project Implicit. <https://implicit.harvard.edu/implicit/aboutus.html>