

10. Como considerar a equidade ao avaliar os resultados de uma revisão sistemática?

Andrew D Oxman^{1}, John N Lavis², Simon Lewin³ and Atle Fretheim⁴*

Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S10 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S10.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s10.pdf>

1 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway

2 Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada L8N 3Z5

3 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa

4 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Autor responsável por comunicações (oxman@online.no)

Esta é a tradução de um artigo publicado no Health Research Policy and Systems, 2009; 7:Supplement 1 (www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1).

O uso, a distribuição e a reprodução irrestritas por qualquer meio estão permitidas desde que a fonte seja citada. Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

A série de artigos foi preparada como parte do projeto SUPPORT, apoiado pelo 6º Programa-Quadro INCO da Comissão Europeia, contrato 031939. A Norad (Norwegian Agency for Development Cooperation), a AHPSR (Alliance for Health Policy and Systems Research) e o Milbank Memorial Fund organizaram um encontro de revisão por pares no qual se discutiu uma versão prévia da série. John Lavis recebeu salário como Canada Research Chair in Knowledge Transfer and Exchange (Catedrático de pesquisa no Canadá para a transferência e troca de conhecimento). A Norad, o satélite norueguês do grupo EPOC (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care), o Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, a AHPSR, a CHSRF (Canadian Health Services Research Foundation), a EVIPNet (Evidence-Informed Policy Network) e a Organização Pan-Americana da Saúde apoiaram a tradução e difusão dos artigos. Nenhum dos financiadores atuou na elaboração, revisão ou aprovação do conteúdo.

Este artigo foi traduzido para o português por Ocean Translations e contou com o apoio da Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) <http://www.chsrf.ca/>; Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) www.crep.org.ar; e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (www.paho.org/researchportal).



Resumo

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão.

Neste artigo abordaremos considerações sobre equidade. Desigualdades podem ser definidas como “diferenças em saúde que são tanto desnecessárias e evitáveis quanto consideradas injustas e indevidas”. Fato este devidamente documentado em relação a fatores econômicos e sociais. As políticas ou programas eficazes podem, de fato, melhorar a saúde geral de uma população. Contudo, o impacto de tais políticas e programas sobre as desigualdades pode apresentar variações: possa ser que não tenham impactos sobre desigualdades, podem reduzir as desigualdades ou exacerbá-las, independentemente de seus efeitos gerais na saúde da população.

Sugerimos quatro questões a serem consideradas no uso de evidências de pesquisa para informar considerações do possível impacto de uma opção de política ou programa em grupos carentes e nas equidades em uma cenário particular. São elas: 1. Quais os possíveis grupos ou cenários a serem desfavorecidos com a opção em questão? 2. Existem razões plausíveis capazes de antecipar as diferenças na eficácia relativa da opção em grupos ou cenários carentes? 3. É possível que haja condições básicas diferentes em grupos ou cenários, por exemplo, que a eficácia absoluta da opção seja diferente e o problema mais ou menos importante em cenários ou grupos carentes? 4. O que deveria ser levado em consideração na implementação da opção para garantir a redução das desigualdades e, se possível, evitar seu aumento?

SOBRE O STP

Este artigo faz parte de uma série escrita para as pessoas responsáveis pela tomada de decisões relacionadas a políticas e programas de saúde e para aqueles que dão apoio a estes tomadores de decisão. A série se destina a ajudar essas pessoas para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. As ferramentas SUPPORT e como elas podem ser usadas estão descritas de maneira detalhada na Introdução desta série [1]. Um glossário para toda a série acompanha cada artigo (ver Arquivo adicional 1). Podem ser encontrados links das traduções desta série para o espanhol, português, francês e chinês no website do SUPPORT (www.support-collaboration.org). Opiniões sobre como melhorar as ferramentas nesta série são bem-vindas e devem ser encaminhadas para: STP@nokc.no.

CENÁRIO

Você trabalha no Ministério da Saúde. Melhorar a cobertura do seguro de medicamentos para medicamentos essenciais é uma prioridade para o governo. O Ministro da Saúde pediu que você apresentasse opções para o aumento da cobertura, incluindo os impactos esperados de tais decisões sobre as populações carentes. Você decide solicitar um resumo de política a uma unidade que apóia o Ministério da Saúde no uso de evidências para a formulação de políticas. Você solicita que os possíveis impactos das políticas alternativas sobre as desigualdades sejam minuciosamente observados.

HISTÓRICO

Neste artigo, o quarto da série que trata do uso de revisões sistemáticas para fundamentar as decisões de políticas (ver Figura 1), sugerimos quatro questões que podem ser consideradas pelos formuladores de políticas durante a avaliação dos possíveis impactos de uma política ou programa em populações carentes e equidades. Tais questões poderiam ser aplicadas, por exemplo, no cenário mencionado acima. Para os formuladores de políticas, tais como o Ministro da Saúde ou um membro do staff sênior do Ministério, este artigo sugere uma série de questões que a equipe deveria considerar ao preparar um resumo de política referente aos impactos sobre desigualdades. Para aqueles que apóiam os formuladores de políticas, como os que preparam os resumos de política, este artigo sugere algumas questões-guia para considerações ao usar evidências de pesquisa relativas aos impactos nas desigualdades, particularmente quando se usa evidências de revisões sistemáticas [2].

Não forneceremos orientações sobre como tratar desigualdades, que devem ser consideradas de acordo com políticas e cenários específicos. Apresentaremos, mais

exatamente, uma abordagem estruturada que considera os impactos das opções de políticas e programas nas desigualdades para informar decisões sobre quais opções implementar e como implementá-las.

Braveman e Gruskin definem equidade como “a ausência de disparidades em saúde sistematicamente associadas a vantagens ou desvantagens sociais” [3]. Margaret Whitehead enfatiza os elementos de uma desvantagem de forma ainda mais clara ao definir a desigualdade como “diferenças em saúde desnecessárias e evitáveis, ademais de injustas e indevidas” [4].

As desigualdades em saúde e cuidados de saúde são bem documentadas em relação a uma variedade de características econômicas e sociais. As populações carentes quase sempre têm saúde mais precária [5], acesso deficiente a cuidados de saúde [6], e assistência médica escassa [7]. As políticas ou programas eficazes podem, de fato, melhorar a saúde geral da população. Contudo, seu impacto nas desigualdades pode variar: possa ser que não tenham impactos sobre desigualdades podem reduzir as desigualdades ou exacerbá-las, independentemente de seus efeitos gerais na saúde da população. É, portanto, insuficiente que os formuladores de políticas saibam se uma política ou programa é eficaz simplesmente. É preciso analisar também como uma política ou programa pode impactar as desigualdades. No caso de exacerbá-las, precisarão também considerar como tais efeitos podem ser atenuados. Muitas intervenções eficazes na redução do tabagismo, por exemplo, são adotadas mais prontamente por grupos favorecidos e tal fato pode levar ao aumento das diferenças nos índices de tabagismo e das desigualdades em saúde caso algumas atitudes específicas não sejam tomadas.

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS

As seguintes questões podem orientar avaliações dos possíveis impactos da opção de política ou programa em populações carentes e em equidades:

1. Quais os possíveis grupos ou cenários a serem desfavorecidos com a opção em questão?
2. Existem razões plausíveis capazes de antecipar as diferenças na eficácia relativa da opção em grupos ou cenários carentes?
3. É possível que haja condições básicas diferentes em grupos ou cenários, por exemplo, que a eficácia absoluta da opção seja diferente e o problema mais ou menos importante em cenários ou grupos carentes?
4. O que deveria ser levado em consideração na implementação da opção para garantir a redução das desigualdades e, se possível, evitar seu aumento?

A lógica por trás dessas questões está ilustrada na Figura 2.

1. Quais os possíveis grupos ou cenários a serem desfavorecidos com a opção em questão?

As desvantagens podem estar relacionadas a status econômico, emprego ou função, educação, local de moradia, sexo, etnicidade ou a combinação dessas características. Sociedades distintas dão mais ou menos atenção a alguns determinados fatores devido às suas circunstâncias históricas. Nos Estados Unidos, por exemplo, o foco é para as diferenças raciais, ao passo que o Reino Unido está mais voltado para a desigualdade social. Outros países podem se concentrar em grupos étnicos específicos.

A relevância dessas características pode variar dependendo da política ou do programa de interesse. Enquanto deve haver boas razões para priorizar determinados grupos ou cenários em geral, para programas ou políticas específicos é geralmente importante considerar as desigualdades em relação a uma variedade de cenários ou grupos potencialmente carentes. Deveria ser dada atenção subsequente a tais grupos ou cenários para os quais existem razões de antecipar efeitos diferenciais significativos.

Em geral, os pesquisadores e formuladores de política devem se preocupar com os efeitos diferenciais sempre que houver uma associação entre o mecanismo de ação de uma política ou programa e características particulares. Por exemplo:

- *Status econômico*: as populações de baixa renda são mais suscetíveis a mudanças de preços em produtos e serviços. Devido a menor renda disponível, aumentos no preço do cigarro, por exemplo, poderiam fazer com que essas populações deixassem de fumar. Mas se tornariam também mais vulneráveis por terem de gastar mais em cigarros caso *não* parassem de fumar
- *Emprego ou ocupação*: esquemas de seguros financiados pelo empregador podem causar diferenças de cobertura, com menos cobertura para aqueles que estão desempregados, que são autônomos ou empregados em pequenas empresas
- *Educação*: programas escolares podem afetar de formas diferentes aqueles que assistem e os que não assistem às aulas. Campanhas de informação que confiam em materiais impressos para melhorar o uso dos serviços de saúde podem apresentar impactos diferentes em populações analfabetas ou menos instruídas
- *Local de moradia*: o acesso à saúde é geralmente mais difícil em zonas rurais. Contudo, é mais provável que qualquer estratégia que não leve em consideração a necessidade de melhoria efetiva na qualidade das intervenções públicas ou clínicas seja menos eficaz em zonas rurais
- *Sexo*: estratégias para envolver partes interessadas na definição de prioridades poderão afetar mulheres e homens distintamente, resultando em prioridades com impactos diferentes em homens e mulheres
- *Etnicidade*: grupos étnicos, (por exemplo, grupos que se consideram, ou são considerados por outros como aqueles que compartilham características comuns que os diferenciam de outros grupos na sociedade [8]), poderão ter crenças e atitudes relacionadas à aceitação de um programa ou política em particular. Estratégias que não levem tais perspectivas em consideração são geralmente menos

eficazes entre grupos étnicos nos quais um programa ou política eficiente distinto talvez não seja aceito prontamente.

2. Existem razões plausíveis capazes de antecipar as diferenças na eficácia relativa da opção em grupos ou cenários carentes?

Na Tabela 1 apresentamos um exemplo de um cenário no qual é possível antecipar diferenças na eficácia relativa de um programa ou política. Conforme descrito na Tabela, existem razões plausíveis para antecipar diferenças nos efeitos relativos das taxas de usuários necessárias para o pagamento de medicamentos ou de outros serviços de saúde em populações carentes (como os pobres), em comparação a outras populações não carentes. Ao tentar reduzir disparidades em tais circunstâncias, os formuladores de política deveriam procurar evidências dos impactos das opções consideradas em populações relevantes carentes. Essas evidências deveriam ser consideradas quando se decide a ação a ser tomada. Por exemplo, as taxas cobradas aos usuários devem ser realmente usadas? E caso sejam usadas, como poderiam ser organizadas e implementadas para minimizar seus efeitos adversos sobre os pobres?

As evidências dos efeitos das políticas e programas em desigualdades são escassas. Também é difícil encontrar tais evidências [9], e os vieses de publicação podem causar problemas uma vez que os estudos que identificam estatisticamente diferenças significativas dos efeitos têm maior probabilidade de serem publicados do que aqueles que não [9]. Tsikata e colegas, por exemplo, constataram que somente 10% dos ensaios controlados que avaliavam a eficiência de uma política ou programa em subgrupos sócio-econômicos [10]. Da mesma forma, Ogilvie e colegas descobriram que as revisões Cochrane de estudos sobre o controle do tabagismo raramente avaliavam o impacto da política ou programa em fatores sócio-econômicos, tanto em revisões atuais quanto em estudos primários dessas revisões [11]. Revisões sistemáticas não costumam dar evidência de eficácia diferencial [11-15]. Por esse motivo, talvez seja necessário procurar um número maior de evidências do que aquele normalmente encontrado em revisões sistemáticas. Tais evidências talvez sejam necessárias para apoiar ou refutar hipóteses plausíveis de efeitos diferenciais ou os efeitos de políticas ou programas na redução de desigualdades.

Quando análises de subgrupos são realizadas em revisões sistemáticas para explorar a existência de efeitos diferenciais, os formuladores de política deveriam estar cientes de que podem ser enganosas. Isso ocorre quando os estudos são insuficientes para detectar com segurança as diferenças nos efeitos, resultando em conclusões falsas e negativas. E testar diversas hipóteses relacionadas aos fatores que podem moderar a eficácia de uma política pode resultar em conclusões falso-positivas [16-20]. Os resultados observados em subgrupos, por exemplo, podem ser casualmente diferentes do efeito geral observado nos estudos [18,21]. Paradoxicamente, a melhor estimativa do resultado de uma política ou programa em um subgrupo pode ser o resultado *geral* (em grupos diferentes) em vez de resultados específicos para o subgrupo de interesse

[18,22,23]. Orientações gerais na interpretação de análises de subgrupos (veja a Tabela 2) deveriam ser aplicadas com um ceticismo saudável, sempre que análises de subgrupos, incluindo aquelas baseadas em fatores sócio-econômicos, são consideradas [24].

Da mesma forma, é frequente a falta de evidências diretas referentes a populações carentes dado que talvez não tenham sido incluídas nos estudos. Nestes casos, os formuladores de políticas precisam considerar a aplicabilidade das evidências disponíveis, conforme discutido no Artigo 9 dessa série [25].

3. É possível que haja condições básicas diferentes em grupos ou cenários, por exemplo, que a eficácia absoluta da opção seja diferente e o problema mais ou menos importante em cenários ou grupos carentes?

Se a eficácia *relativa* de uma política ou programa for semelhante em cenários carentes, poderão ainda existir diferenças importantes no efeito *absoluto* devido a diferenças nas condições básicas (veja uma ilustração, um exemplo e uma explicação dos efeitos relativos e absolutos na Figura 3, na Tabela 3 na Tabela 4, respectivamente). Geralmente, os riscos básicos são maiores em populações carentes e, conseqüentemente, um efeito absoluto maior pode ser esperado. Se o efeito relativo da terapia de combinação de artemisinina (ACT, pela sigla em inglês) para diminuir o índice de mortalidade em casos de malária for o mesmo para crianças carentes que para outras crianças, por exemplo, o efeito absoluto seria maior em populações carentes que têm um índice de mortalidade maior. Os riscos podem ser ocasionalmente menores em populações carentes e, nesses casos, o efeito absoluto será conseqüentemente menor. O risco básico da doença arterial coronariana entre os filipinos é de cerca de um quinto do risco básico nos Estados Unidos. Conseqüentemente, o número de pessoas que necessitam de tratamento (e custo correspondente) para prevenir um caso de doença arterial coronariana é cinco vezes maior entre os filipinos.

4. O que deveria ser levado em consideração na implementação da opção para garantir a redução das desigualdades e, se possível, evitar seu aumento?

O acesso das populações carentes a cuidados médicos é geralmente precário e de péssima qualidade. Isto é particularmente verdadeiro em populações de difícil acesso, como imigrantes ilegais. Conseqüentemente, os programas para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento necessitam geralmente de estratégias de implementação adaptadas para lidar com fatores que limitam o acesso ou a qualidade em cenários ou grupos carentes (veja um exemplo na Tabela 5). Esses métodos podem envolver estratégias diferentes de entrega, financiamento e controle, ou o investimento de recursos adicionais. Podem também incluir o provisionamento de apoio técnico adicional para implementar estratégias não adaptadas a tais grupos.

CONCLUSÃO

Os formuladores de políticas podem esperar encontrar evidências limitadas referentes aos impactos da maioria das políticas de saúde sobre as desigualdades. Quando presentes em análises de subgrupos que exploram a existência de diferentes impactos em cenários ou grupos carentes, eles deveriam reconhecer que essas análises podem ser enganosas. Muitas políticas ou programas podem, na realidade, ter efeitos relativos semelhantes em cenários carentes ou outros. No entanto, diferenças nos efeitos absolutos (devido às diferenças de riscos ou necessidades básicos) e diferenças nas barreiras para implementá-los são provavelmente comuns. As evidências no caso de tais diferenças deveriam ser consideradas e analisadas quando se tomam decisões de políticas. É importante, como a evidência é limitada, ter certeza de que o monitoramento e as avaliações dos impactos em equidades sejam os mais rigorosos possível para garantir que os efeitos desejados sejam alcançados e os adversos evitados.

Para monitorar ou avaliar o quanto a implementação de políticas ou programas afetam de formas diferentes as populações carentes, os formuladores de política deveriam garantir que indicadores apropriados de gradientes sociais e medidas de mudanças sejam usados. Os formuladores de política, ao considerar a redução de desigualdades uma prioridade, devem analisar rigorosamente as considerações relacionadas aos impactos de arranjos do sistema de saúde em populações carentes. Talvez eles também desejem considerar estratégias potenciais para abordar os determinantes sociais da saúde e as evidências que apóiam tais estratégias [26].

RECURSOS

Documentos úteis e leituras adicionais

Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Incorporating considerations of equity (Melhorando o uso de evidências de pesquisa para o desenvolvimento de diretrizes: incorporando considerações de desigualdade). *Health Res Policy Syst* 2006; 4:24.

www.health-policy-systems.com/content/4/1/12 – este artigo revisa a literatura sobre a incorporação de considerações de equidades em diretrizes e recomendações

Dans AM, Dans L, Oxman AD, Robinson V, Acuin J, Tugwell P, Dennis R, Kang D. Assessing equity in clinical practice guidelines. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60:540-6.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493507 – este artigo discute os critérios usados por usuários para avaliar como as diretrizes da prática clínica abordam assuntos referentes à equidade

Braveman PA and Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:254-8. <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/57/4/254>

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv 1992; 22:429-45. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644507

Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. BMJ 2006; 332:358-61. www.bmj.com/cgi/content/full/332/7537/358

Links para websites

Embora o foco deste artigo (e de outros nesta série) seja nas políticas do setor de saúde, incluímos links de websites que também se concentram, embora de forma mais ampla, nos determinantes da saúde. Tais determinantes são relevantes para a formulação de políticas com base em evidências dentro e fora do setor de saúde.

Arquivos do equidad@listserv.paho.org – este é o arquivo da lista EQUIDAD da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO, Pan American Health Organization). As comunicações enviadas à lista cobrem uma grande variedade de materiais, tanto literatura publicada como cinzenta, e tratam de todos os aspectos de equidade na saúde, assim como de outros tópicos dos sistemas de saúde

Cochrane Health Equity Field: <http://equity.cochrane.org/en/index.html> – O Cochrane Health Equity Field forma parte do Cochrane Collaboration (www.cochrane.org). Está co-registrado com o Campbell Collaboration (www.campbellcollaboration.org) como o Campbell Equity Methods Group. Esse Campo estimula e apóia os autores de revisões sistemáticas a incluírem descrições explícitas dos efeitos de intervenções em carentes e da capacidade das intervenções de reduzir as desigualdades

European Portal for Action on Health Equity (Portal europeu para ação em equidade na saúde): www.health-inequalities.eu – este portal é uma ferramenta para promover a equidade na saúde entre diferentes grupos sócio-econômicos na União Européia. Presta informações sobre políticas e intervenções para promover a equidade na saúde nos países da Europa e entre eles

WHO – Commission on Social Determinants of Health (Comissão sobre os determinantes sociais da saúde): www.who.int/social_determinants/en – os relatórios finais sobre o WHO Commission on Social Determinants of Health encontram-se disponíveis aqui. Visam apoiar países e parceiros globais da saúde para abordar os fatores sociais que levam a doenças e desigualdades. Tais relatórios concentram-se nos determinantes sociais de saúde que são conhecidos como as piores causas de saúde precária e desigualdades nos países e entre eles. Os determinantes incluem desemprego, ambientes de trabalho inseguros, favelas urbanas, globalização e falta de acesso a sistemas de saúde

World Bank – Multi-Country Projects in Equity, Poverty, and Health (Projetos multinacionais sobre equidade, pobreza e saúde):
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/o,,contentMDK:20219025~menuPK:460198~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476~isCURL:Y,oo.html> – a crescente preocupação com a saúde dos pobres provocou a criação de vários projetos de pesquisa entre países sobre equidade, pobreza e saúde. Este website fornece links para outras fontes de informação sobre equidade, pobreza e saúde

EQUINET Africa: www.equinet africa.org – EQUINET, o Regional Network on Equity in Health in Southern Africa é uma rede de profissionais, membros da sociedade civil, formuladores de política, oficiais do estado e outros da região que se uniram como um catalisador de equidades para promover e criar valores comuns de equidade e justiça social na área de saúde

Global Equity Gauge Alliance: www.gega.org.za – a Global Equity Gauge Alliance foi criada para apoiar uma abordagem ativa no controle de desigualdades de saúde e para promover a equidade nas sociedades e entre elas. A Alliance inclui atualmente 11 grupos-membros, chamados Equity Gauges, localizados em 10 países nas Américas, na África e na Ásia

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm interesses conflitantes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ADO preparou o primeiro esboço deste artigo. JNL, SL e AF contribuíram no esboço e na revisão do artigo.

AGRADECIMENTOS

Veja na Introdução desta série os agradecimentos àqueles que financiaram e aos que contribuíram com este trabalho. Além disto, gostaríamos de agradecer a Mike Kelley, Jordi Pardo, Peter Tugwell e Vivian Welsh por seus comentários úteis em uma versão prévia deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Reference List

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.
2. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 1. What is evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S1)**.
3. Braveman P, Gruskin S: **Defining equity in health.** *J Epidemiol Community Health* 2003, **57:254-8**.
4. Whitehead M: **The concepts and principles of equity and health.** *Int J Health Serv* 1992, **22:429-45**.
5. Marmot M: **Social determinants of health inequalities.** *Lancet* 2005, **365:1099-1104**.
6. Wilkinson R, Marmot M: *Social determinants of health. The solid facts.* Copenhagen, World Health Organization. 1998.
7. Kahn KL, Pearson M, Harrison ER, Rogers WH, Brook RH, Desmond K, et al: *Analysis of Quality of Care for Patients Who Are Black or Poor in Rural and Urban Settings.* Santa Monica: RAND; 1993.
8. Scott J, Marshall G: *A dictionary of sociology.* Oxford: Oxford University Press; 2009.
9. Howes F, Doyle J, Jackson N, Waters E: **Evidence-based public health: The importance of finding 'difficult to locate' public health and health promotion intervention studies for systematic reviews.** *J Public Health (Oxf)* 2004, **26:101-4**.
10. Tsikata S, Robinson V, Petticrew M, Kristjansson E, Moher D, McGowan J, et al: *Is health equity considered in systematic reviews of the Cochrane Collaboration?* Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.
11. Ogilvie D, Petticrew M: **Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study.** *Tob Control* 2004, **13:129-31**.
12. Mackenbach JP: **Tackling inequalities in health: the need for building a systematic evidence base.** *J Epidemiol Community Health* 2003, **57:162**.
13. Gruen R, Bailie R, McDonald E, Weeramanthri T, Knight S: *The potential of systematic reviews to identify diversity and inequity in health care interventions.* Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.
14. Tsikata S, Robinson V, Petticrew M, Kristjansson E, Moher D, McGowan J, et al: *Do Cochrane systematic reviews contain useful information about health equity?* Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.
15. Thomson H, Petticrew M, Douglas M: **Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence.** *J Epidemiol Community Health* 2003, **57:11-6**.
16. Cooper H, Hedges L: *The handbook of research synthesis.* New York: Russel Sage Foundation; 1994.

17. Shadish W: **Meta-analysis and the exploration of causal mediating processes: A primer of examples, methods, and issues.** *Psychological Methods* 1996, **1**:47-65.
18. Davey SG, Egger M, Phillips AN: **Meta-analysis. Beyond the grand mean?** *BMJ* 1997, **315**:1610-4.
19. Thompson S: **Why and how sources of heterogeneity should be investigated.** In *Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in context.* Edited by Egger M, Davey SG, Altman DG. London: BMJ Books; 2001:157-75.
20. Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG: **Chapter 9.6: Investigating heterogeneity.** In *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 (updated September 2008).* Edited by Higgins JPT, Green S. Oxford: Cochrane Collaboration; 2008.
21. Oxman AD, Guyatt G: **A consumers guide to subgroup analyses.** *Ann Intern Med* 1992, **116**:78-84.
22. Guyatt G, Wyer P, Ioannidis J: **When to believe a subgroup analysis.** In *Users' Guide to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice.* Edited by Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008:571-93.
23. Efron B, Morris C: **Stein's paradox in statistics.** *Scientific American* 1977, 119-27.
24. Brookes ST, Whitley E, Peters TJ, Mulheran PA, Egger M, Davey SG: **Subgroup analyses in randomised controlled trials: quantifying the risks of false-positives and false-negatives.** *Health Technol Assess* 2001, **5**:1-56.
25. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S9)**.
26. Commission on Social Determinants of Health: *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* Geneva, World Health Organization. 2008.
27. Hardon A: **Ten best readings in ... the Bamako Initiative.** *Health Policy and Planning* 1990, **5**:186-9.
28. Creese A, Kutzin J: **Lessons from cost recovery in health.** In *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage?* Edited by Colclough C. Oxford: Clarendon Press; 1997:37-62.
29. Ridde V: **Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative.** *Bull World Health Organ* 2003, **81**:532-8.
30. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, et al: **Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **1**:CD007017.
31. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP: **Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough.** *Lancet* 2003, **362**:233-41.

Figura 1. Etapa 4 na descoberta e avaliação de revisões sistemáticas para informar formulações de políticas: considerações de equidade

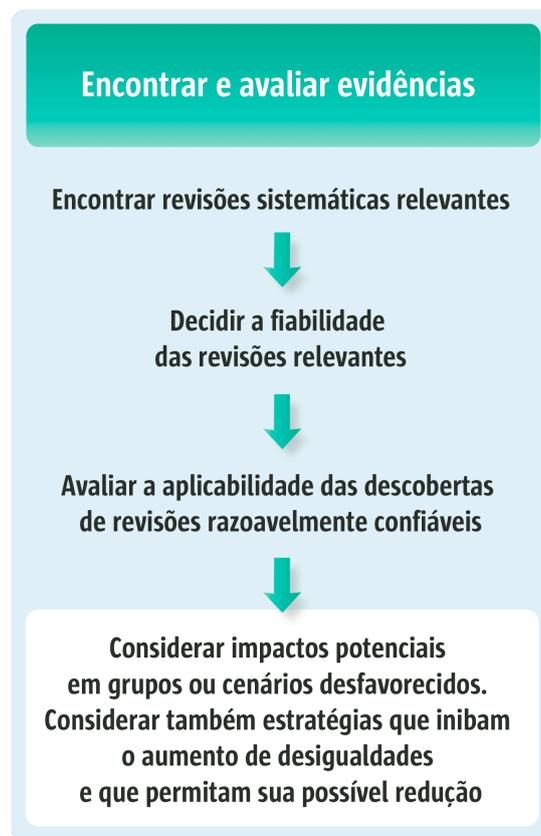


Figura 2. Quatro etapas na identificação e incorporação de considerações de equidade durante a avaliação dos dados encontrados de uma revisão sistemática

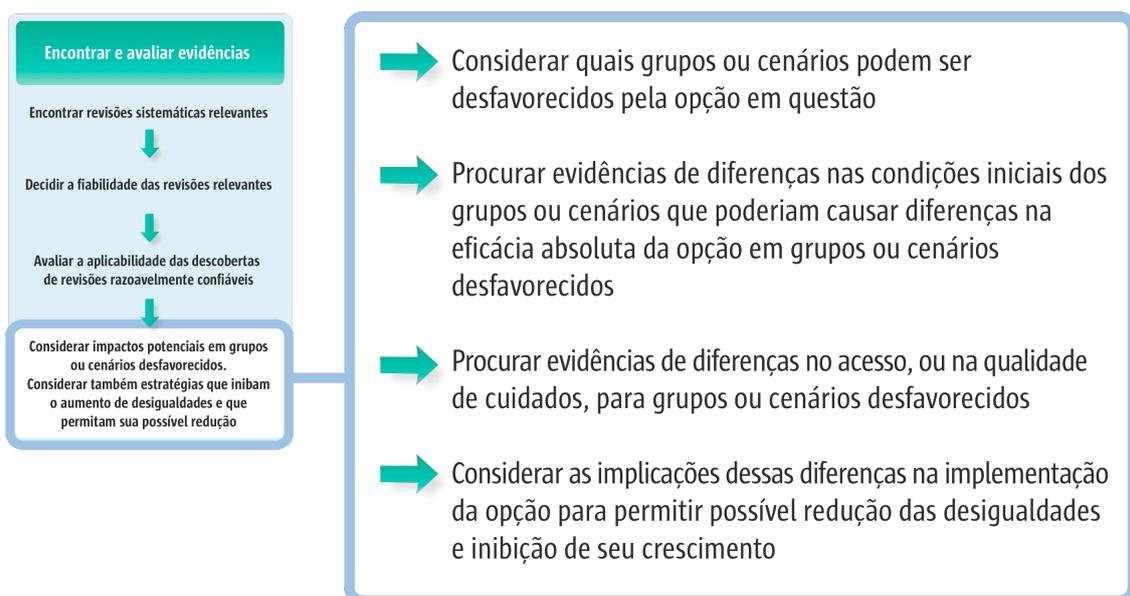


Figura 3. Redução absoluta versus redução relativa em risco

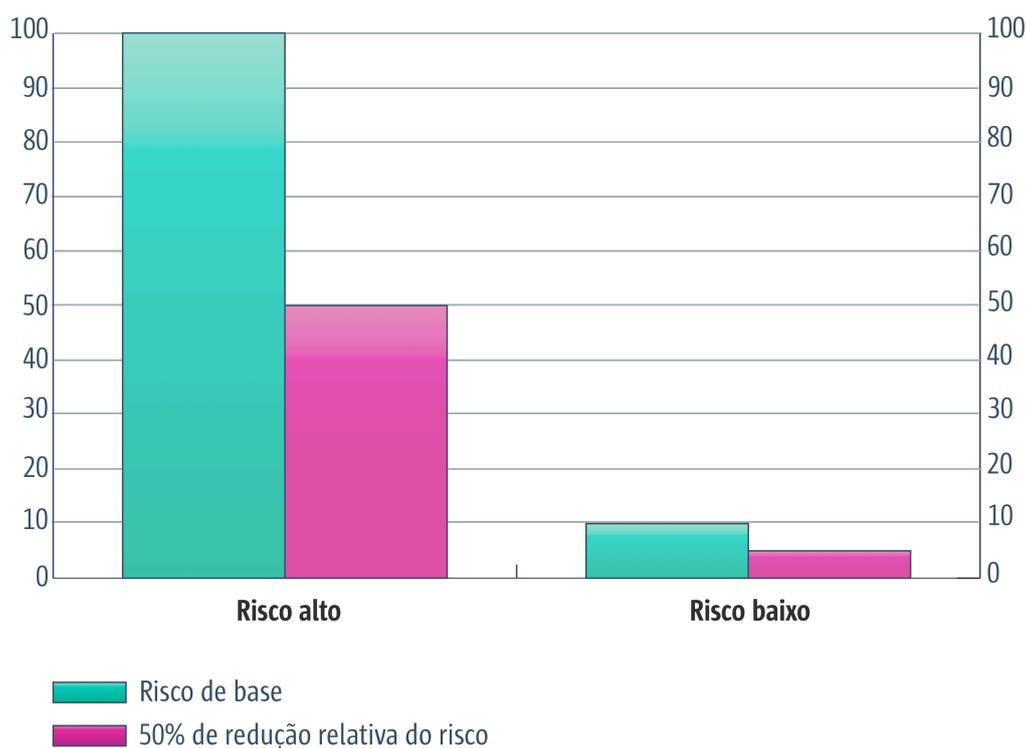


Tabela 1. Exemplo de uma razão plausível para antecipar diferenças na eficácia relativa

As taxas de usuários foram amplamente introduzidas na África Subsaariana como parte da iniciativa Bamako adotada pelos Ministros da Saúde da Região Africana WHO em 1988 [27]. A iniciativa promoveu a venda de medicamentos a usuários com fins lucrativos: a intenção era usar o lucro, além do pagamento de consultas feito pelos usuários, para melhorar o acesso à assistência e a qualidade do serviço. As opiniões sobre o impacto da introdução de taxas de usuários para melhorar o acesso aos serviços de saúde divergiram principalmente em relação aos pobres. Essa iniciativa foi a pauta de muitos debates há mais de 15 anos, mas não há dúvidas de que as taxas de usuários são uma barreira financeira para a população pobre, carente de medicamentos e de outros serviços de saúde [28,29].

Em outros casos nos quais terceiros financiam todos os gastos com medicamentos, os pacientes podem ter taxas altas de uso inapropriadas [30]. As políticas de participação de custo direto transferem parte da carga financeira das seguradoras para os pacientes, o que resulta no aumento da responsabilidade financeira dos pacientes na prescrição de medicamentos. Tais políticas visam incentivar a redução de: uso excessivo geral de medicamentos; uso de medicamentos de eficácia limitada ou daqueles usados em condições nos quais há disponibilidade de outros tratamentos de maior custo-

benefício; e despesas pagas por terceiros. Espera-se que os pacientes reajam aos pagamentos diretos diminuindo o uso de medicamentos, optando por medicamentos mais baratos ou pagando por mais despesas correntes. Ao reduzir a carga financeira para pagadores terceirizados e facilitar o uso racional de medicamentos, os níveis gerais de saúde podem melhorar ao economizar recursos e realocá-los a outros serviços de saúde.

Contudo, uma política de seguro de medicamentos muito restritiva poderá ter consequências imprevistas. Por exemplo, a transferência de custos do segurador para o consumidor poderá gerar a descontinuidade do uso de medicamentos necessários pelos pacientes. Por sua vez, isso pode gerar o deterioro da saúde e aumentar a utilização e os gastos do setor de saúde tanto para os pacientes quanto para as seguradoras. Esse é um efeito inesperado com chances de maior impacto sobre populações de baixa renda ou outras vulneráveis, uma vez que tais custos podem representar uma proporção mais substancial da renda total. Os esquemas envolvendo o pagamento direto de medicamentos por parte dos pacientes são controversos pois uma maior participação nos custos de medicamentos poderá apresentar uma barreira financeira para os pobres e outros grupos carentes. Limitar o reembolso de receitas médicas parece estar ligado a uma redução no uso de medicamentos essenciais em subgrupos vulneráveis, tanto em pacientes idosos quanto nos com deficiências graves, e ao aumento de hospitalizações e internações em casas de repouso [30].

Tabela 2. Diretrizes para interpretar análises de subgrupos

As seguintes perguntas podem ajudar a definir se uma decisão deve ser baseada na análise de um subgrupo ou nos resultados gerais:

A magnitude da diferença é importante?

Se a magnitude de uma diferença entre subgrupos não resultar em decisões distintas para subgrupos diferentes, então os resultados gerais poderão ser usados.

A diferença entre subgrupos é estatisticamente significativa?

Para definir se uma política ou programa tem um efeito diferente em situações distintas, as magnitudes dos efeitos em subgrupos diferentes devem ser diretamente comparadas entre si. A significância estatística dos resultados em análises separadas de subgrupos *não* deve ser comparada, uma vez que pode ser enganosa. Por exemplo, se a análise de um subgrupo apresentou o efeito de uma política ou programa como estatisticamente não significativo para mulheres, mas estatisticamente significativo para homens, provavelmente isso ocorreu simplesmente devido ao fato de que poucas mulheres foram incluídas nos estudos. Isso *não* responde a questão quanto à diferença entre o tamanho do efeito em mulheres e homens ter sido maior do que poderia ter sido se tal fato tivesse ocorrido por acaso. Se houver uma diferença significativa nos efeitos e

tal diferença for estatisticamente importante (por exemplo, pouco provável que tenha ocorrido por acaso), então sérias considerações devem ser tomadas para que a decisão tenha como base a análise do subgrupo em vez de uma análise geral.

Há evidências indiretas para apoiar os dados encontrados?

Evidência indireta é uma pesquisa que não comparou diretamente as opções nas quais estamos interessados na população de interesse ou mediu os resultados importantes pelos quais estamos interessados. Para que as diferenças entre os subgrupos sejam convincentes, deveriam ser plausíveis e apoiadas por outras evidências indiretas ou externas. Por exemplo, uma pesquisa que tenha medido resultados intermediários (não os de nosso interesse) poderá oferecer evidências de um mecanismo plausível para efeitos diferentes. Para a análise de subgrupos de grupos carentes, poderia haver uma razão semelhante plausível – apoiada por evidências indiretas – para antecipar os efeitos diferenciais.

A análise foi pré-especificada ou post hoc?

Os pesquisadores deveriam dizer se as análises de subgrupos foram pré-especificadas ou realizadas após a compilação dos resultados dos estudos (post hoc). Um grau de confiabilidade poderá ser depositado na análise de um subgrupo se for parte de um pequeno número de análises pré-especificadas. A realização de várias análises de subgrupos post hoc poderia ser vista como limpeza de dados, um processo inerentemente não confiável. Tal fato ocorre porque normalmente é possível encontrar uma explicação aparente, porém falsa, para as diferenças nos efeitos quando várias características distintas são consideradas.

As análises objetivam o que está no estudo ou as relações entre os estudos?

As diferenças nos subgrupos observadas nos estudos são mais confiáveis do que as análises de subconjuntos de estudos. Se tais relações de estudos forem reproduzidas nos estudos, a confiabilidade nos dados encontrados será maior.

Tabela 3. Exemplo de uma diferença nas condições básicas que levam a uma diferença na eficácia absoluta

Nascimentos em hospitais podem ajudar a reduzir a mortalidade materna quando os hospitais são devidamente equipados e compostos de equipe qualificada capaz de intervir de maneira eficaz para a redução do número de óbitos por causas comuns de morte materna, como hemorragia e eclampsia. Tipicamente, a porcentagem de nascimentos em hospitais é menor em áreas rurais do que em áreas urbanas por causa de variações no acesso. O pagamento dos custos de transporte para melhorar o acesso a hospitais pode reduzir as desigualdades. Isso ocorre porque os pagamentos podem ser mais eficazes em áreas rurais onde o custo de transporte é mais uma barreira. Deve-se

também a menor porcentagem de nascimentos em hospitais em áreas rurais (que, conseqüentemente, aumenta o efeito absoluto).

Tabela 4. Efeitos absoluto e relativo

Efeitos relativos são razões. Por exemplo, uma razão de risco (RR) é a razão entre o risco em um grupo de intervenção e o risco em um grupo de controle. Se o risco em um grupo de intervenção for de 2% (por exemplo, 20 por 1.000) e o risco em um grupo de controle for de 2,4% (por exemplo 24 por 1.000), a razão de risco (ou risco relativo) será de 20/24 ou 83%. A ‘redução do risco relativo’ é uma outra maneira de expressar os efeitos relativos. É a redução porcentual ou proporcional em risco e é igual a 1-RR que, nesse caso, é de 17% ($1 - 0,83 = 0,17$).

Se o valor RR for exatamente 1,0, isso significa que não haverá diferença entre a ocorrência do resultado no grupo de intervenção e no grupo de controle. Contudo, a importância desse valor estar acima ou abaixo de 1,0 depende do resultado sendo medido, se é bom ou mau. Se o valor RR for superior a 1,0, a intervenção aumentará o risco do resultado. Se o resultado esperado for considerado bom (por exemplo, o nascimento de um bebê saudável), um RR superior a 1,0 indicará um efeito desejado para a intervenção. Inversamente, se o resultado for ruim (por exemplo, óbito) um valor RR superior a 1,0 indicaria um efeito não desejado. Se o valor RR for inferior a 1,0, a intervenção diminuirá o risco do resultado. Então, isso indicará um efeito desejável, se o resultado for ruim (por exemplo, óbito) e indesejável se for bom (por exemplo, o nascimento de um bebê saudável).

Efeitos absolutos são diferenças. Por exemplo, uma redução de risco absoluto (RRA) é a diferença entre o risco *com* a intervenção e o risco *sem* a intervenção. Nesse exemplo, a RRA é de 2,0% (20 por 1.000) menos 2,4% (24 por 1.000), por exemplo, 0,4% (4 por 1.000) menos de mortes por câncer de intestino. Normalmente, o efeito absoluto é diferente em grupos de alto risco (tais como pessoas carentes) e em grupos de baixo risco, ao passo que o efeito relativo costuma ser o mesmo. Sempre que relevante, é importante considerar se grupos diferentes apresentam distintos níveis de risco. Isso é ilustrado na Figura 3, onde 50% da redução relativa de risco causa uma redução absoluta de 50 eventos por 1.000 no grupo de alto risco (de 100 para 50) e uma redução absoluta de apenas 5 por 1.000 no grupo de baixo risco (de 10 para 5).

Tabela 5. Exemplo de considerações importantes sobre implementação

Há uma maior probabilidade de as crianças carentes, quando comparadas às favorecidas, serem expostas a maiores riscos de saúde, terem menos resistência a

doenças e, conseqüentemente, apresentarem maiores taxas de mortalidade. Tais desigualdades são decorrentes do acesso reduzido aos serviços de saúde. Até mesmo os subsídios públicos designados para a saúde beneficiam, com frequência, mais os ricos do que os pobres. A implementação de intervenções para reduzir a mortalidade infantil não baixará necessariamente tais desigualdades e poderá, em alguns casos, até mesmo aumentá-las. Conseqüentemente, estratégias projetadas, tais como o fornecimento de serviços de saúde mais acessíveis e mais disponíveis, para reduzir as desigualdades devem ser consideradas [31]. Essas estratégias poderão visar a população pobre ou ser implementadas universalmente. Situações nas quais a cobertura universal ou direcionada pode ser mais apropriada incluem [31]:

Direcionamento provavelmente mais apropriado	Cobertura universal provavelmente mais apropriada
<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de alto risco de fácil identificação • Intervenções necessárias apenas nos casos de crianças em risco • As intervenções protegem apenas aqueles que as recebem • Intervenções são amplamente fornecidas por meio do setor público • As demandas espontâneas de intervenção são baixas • Os serviços de saúde são incapazes de cobrir toda a população 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de alto risco de difícil identificação • Intervenções necessárias em todos os casos • As intervenções têm efeitos propagadores • Intervenções são amplamente fornecidas por meio do setor privado • As demandas espontâneas de intervenção são altas • Os serviços de saúde são capazes de cobrir toda a população

A cobertura universal pode ser uma estratégia mais apropriada para vacinas, necessárias a todos e de efeitos propagadores (diminuindo o risco de infecção tanto para os que são vacinados quanto para os que não são). Contudo, para diminuir também as desigualdades em cobertura, estratégias direcionadas adicionais podem ser necessárias; como aquelas que tratam de problemas referentes a diferenças de acesso aos serviços de saúde ou a falta de demanda de vacinação em populações carentes.