

Relatório de Bem-estar Regional da Cambridge Health Alliance 2025

Uma Avaliação das Necessidades de Saúde da Comunidade

As Principais Conclusões

A Cambridge Health Alliance (CHA) tem o prazer de apresentar este resumo das principais conclusões do Relatório Regional de Bem-Estar da CHA de 2025: uma Avaliação das Necessidades de Saúde da Comunidade (CHNA). Este resumo oferece uma visão geral sobre o que é o relatório, como ele foi criado e seus principais resultados. Visite nosso site para mais informações, recursos e dados:

www.challiance.org/communityhealthdata.

Sobre o Relatório de Bem-Estar

O Relatório de Bem-Estar conta a história da saúde em nossas comunidades. A cada três anos, a CHA trabalha em conjunto com nossas comunidades para identificar pontos fortes, desafios e prioridades para melhorar o bem-estar. Esse processo inclui uma *Avaliação das Necessidades de Saúde da Comunidade (CHNA)*, que envolve os membros da comunidade para entender os fatores que afetam sua saúde, e uma *Estratégia de Implementação (IS)*, que é um plano de ação para abordar as prioridades de saúde da comunidade. Ele cobre as oito comunidades da área de atendimento da CHA: Cambridge, Chelsea, Everett, Malden, Medford, Revere, Somerville e Winthrop.

Este Relatório de Bem-Estar de 2025 compartilha os resultados de nossa avaliação mais recente. Ele se baseia no que aprendemos em 2022, com um foco mais profundo nas prioridades que surgiram daquela avaliação — como melhorar a estabilidade da moradia, fortalecer a segurança econômica das famílias, aumentar a equidade no acesso aos cuidados de saúde e promover a justiça ambiental. Essas condições sociais, culturais, econômicas, políticas e ambientais todas influenciam a saúde e o bem-estar das pessoas.

O relatório também foca nas causas de origem das diferenças de saúde injustas e evitáveis que existem entre os grupos — como racismo, pobreza e exclusão. Por fim, ele compartilha dados sobre questões de saúde mental e física, como doenças cardíacas, diabetes, depressão e ansiedade, entre outras.

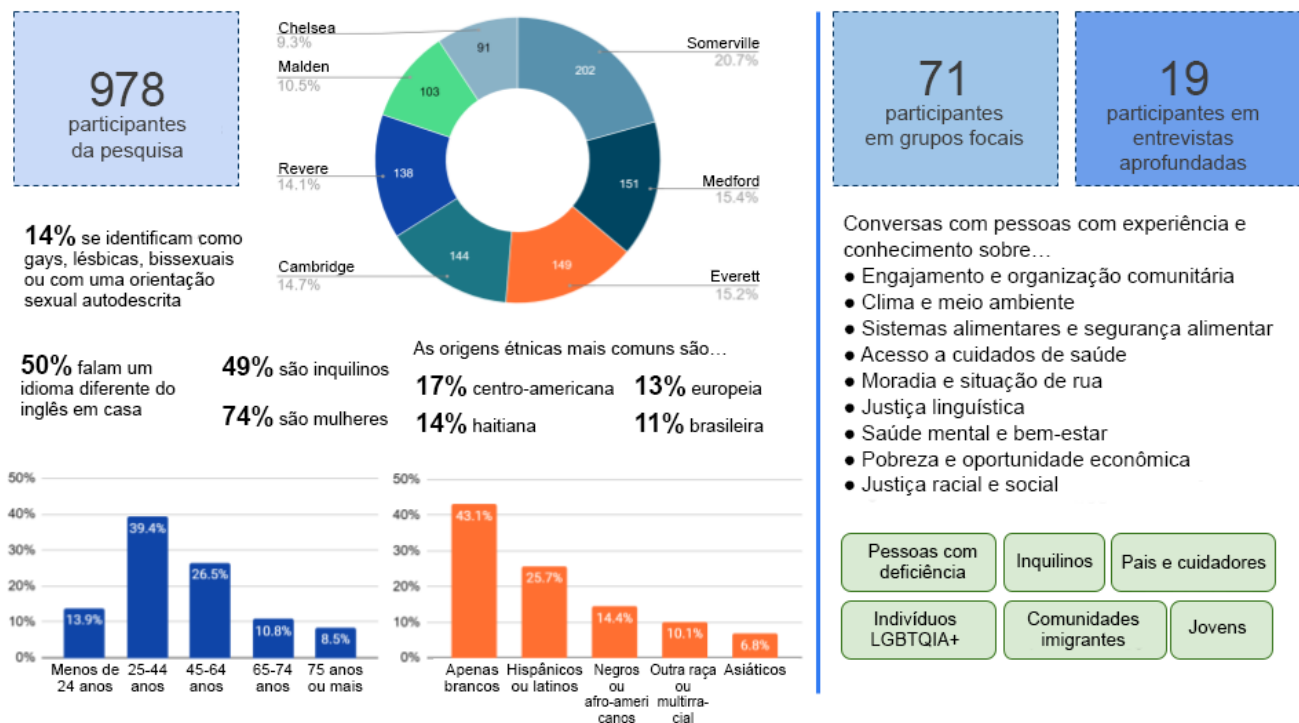


Fonte da imagem: American Hospital Association, Association for Community Health Improvement (ACHI) (2023). Community Health Assessment Toolkit.

Como o Relatório de Bem-Estar foi Criado

A CHA trabalhou com Pesquisadores Comunitários, parceiros da comunidade e membros do Conselho Consultivo de Saúde Comunitária para projetar a avaliação, coletar e analisar dados, e identificar prioridades para ação. Essa abordagem é chamada de Pesquisa-Ação Participativa (PAR), que enfatiza a participação e a liderança da comunidade em todas as partes de uma avaliação. Também coordenamos nossos esforços com vários sistemas de saúde e parceiros locais de saúde pública que estavam realizando CHNAs ao mesmo tempo.

Os membros da comunidade compartilharam suas opiniões e experiências através de uma pesquisa comunitária, grupos focais e entrevistas. Ao construir confiança, usar métodos acessíveis e valorizar a experiência vivida, conseguimos incluir mais vozes de comunidades não brancas, imigrantes, indivíduos LGBTQIA+ e outras comunidades que são impactadas pelo racismo e outras formas de discriminação.



Dados adicionais foram coletados de mais de 40 fontes confiáveis, incluindo o U.S. Census Bureau, Massachusetts Department of Public Health, Centers for Disease Control and Prevention, e relatórios regionais e locais sobre tópicos específicos de saúde. Trabalhamos em colaboração com a nossa comunidade para entender o que os dados realmente significam — e o que deve ser feito a seguir.

Embora este relatório conte uma história importante sobre a saúde em nossas comunidades, é também uma história que está em constante mudança. Os dados para esta avaliação foram coletados no verão e outono de 2024, e este relatório está sendo escrito no início do verão de 2025. Ocorreram grandes desenvolvimentos políticos, econômicos, sociais e ambientais este ano que impactam nosso mundo, nosso país e nossas comunidades locais. Os dados e as histórias que você encontrará neste relatório apontam para conclusões que são igualmente relevantes para a equidade

em saúde agora — se não mais. **A CHA reafirma nosso compromisso em promover a equidade em saúde e em centralizar as prioridades da comunidade em nosso trabalho.**

Equidade em saúde significa garantir que todas as pessoas tenham uma oportunidade justa e igual de alcançar o melhor estado de saúde possível. Para isso, é necessário eliminar os obstáculos que comprometem a saúde — como a pobreza, a discriminação e os profundos desequilíbrios de poder — e enfrentar suas consequências, incluindo a falta de acesso a empregos dignos com remuneração justa, a educação e a moradia de qualidade, a ambientes seguros e a serviços de saúde adequados.

~ Braveman P, Arkin E, Orleans T, Proctor D, and Plough A. [What Is Health Equity? And What Difference Does a Definition Make?](#) Robert Wood Johnson Foundation, 2017

Principais Constatações: Pontos Fortes e Desafios

Nossas comunidades e instituições têm muitos pontos fortes. A maioria das pessoas que participaram da Avaliação de Bem-Estar tem um senso de pertencimento em suas comunidades e acredita que são bons lugares para viver, criar os filhos e envelhecer. Ao mesmo tempo, muitas pessoas compartilharam preocupações sobre grandes desafios — como a falta de conexão social e confiança, barreiras para acessar recursos e sistemas e políticas injustas. Essas questões afetam a saúde e o bem-estar das pessoas, especialmente para grupos que enfrentam discriminação. Mesmo com esses desafios, a maioria das pessoas disse acreditar que podemos melhorar as coisas com base nos pontos fortes que já temos.

Dez principais constatações se destacaram em todos os resultados da Avaliação de Bem-Estar. Essas constatações são exploradas com mais profundidade no Relatório de Bem-Estar completo. Você pode usar essas 10 Principais Constatações para ter uma ideia do que mais importa para as pessoas em nossas comunidades — e como podemos focar nossos esforços para fortalecer a saúde e o bem-estar da comunidade.

Principal Constatação N.º 1 | Um **senso de comunidade baseado no cuidado coletivo** é essencial para o bem-estar, inclusive diante de desafios sistêmicos.

Em todas as nossas entrevistas e grupos focais, os membros da comunidade enfatizaram o impacto positivo que a **conexão**, o **pertencimento**, o **espaço compartilhado** e a **ajuda mútua** têm em sua saúde física e mental. Esses temas apontam para um conceito chamado de **cuidado coletivo**.

Embora o cuidado coletivo tenha muitas definições, uma que oferece um enquadramento para essa principal constatação afirma:

O cuidado é a nossa capacidade, tanto individual quanto coletiva, de oferecer condições políticas, sociais, materiais e emocionais que permitam que a grande maioria das pessoas e dos seres vivos neste planeta prospere — juntamente com o próprio planeta.

Rottenberg, C. and Segal, L. [What is Care?](#) The Care Collective.

Os participantes da Avaliação de Bem-Estar falaram sobre o cuidado coletivo de duas maneiras. Primeiro, eles falaram sobre o **valor de criar espaços onde as pessoas possam construir relacionamentos, apoiar umas às outras e reduzir o isolamento**. Um senso de conexão e pertencimento foi especialmente importante para pessoas que enfrentam injustiça e opressão — não apenas para proteger seu bem-estar e compartilhar recursos, mas também para se organizarem e defenderem suas causas. Segundo, eles falaram sobre **a necessidade de que sistemas e instituições sejam projetados de maneiras que sejam acolhedoras, acessíveis e baseadas na dignidade humana**. Na verdade, a barreira ao bem-estar citada com mais frequência foi o próprio desenho dos sistemas que deveriam fornecer apoio. Sistemas como os de saúde, serviços sociais, benefícios públicos e moradia foram descritos como confusos, impessoais ou difíceis de navegar — criando mais estresse em vez de oferecer alívio.

Essa constatação nos desafia a perguntar: como podemos projetar sistemas que sejam não só eficientes e eficazes, mas também equitativos, acessíveis e acolhedores?

"Realmente acolher todas as diversas comunidades que existem e criar mais inclusão e visibilidade para essas comunidades. Acho que seria um bom começo, **para que as pessoas possam simplesmente ajudar umas às outras e se apoiar, apenas emocionalmente.** Talvez se você conhecer outra senhora que mora no bairro, vocês possam contar uma com a outra para cuidar das crianças. **Você pode começar a fazer essas coisas se criar esse senso de comunidade e conhecer seus vizinhos.**"

"Para mim, é uma honra poder ter esses vínculos e dizer: 'Sabe de uma coisa, isso está acontecendo na minha família', e entender que não sou só eu que estou passando por isso. Não é que eu esteja feliz por todos nós estarmos enfrentando desafios, **mas isso me faz sentir que não estou sozinha... Para mim, este é um fórum. Uma pequena escada para subir e ser ouvida.**"

Vimos que [a horta comunitária] tem diferentes propósitos. **Trata-se realmente de melhorar o bem-estar geral da comunidade, dando às pessoas um espaço para se reunirem.**"

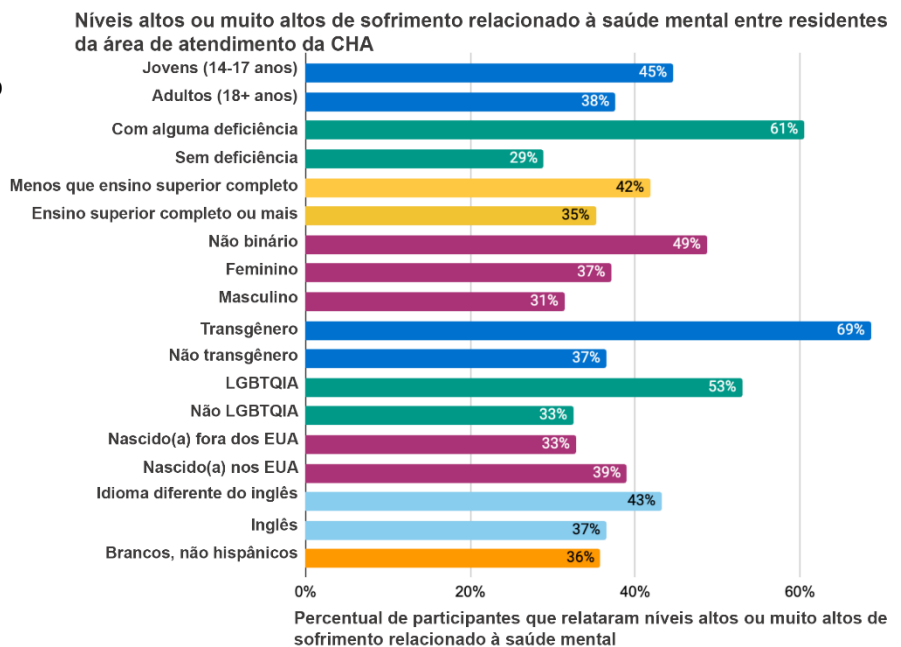
(traduzido do espanhol)

Principal Constatação N.º 2 | Mais de 1 em cada 3 adultos (38%) e quase metade dos jovens (45%) relatam níveis altos ou muito altos de **sofrimento relacionado à saúde mental**.

A saúde mental é uma parte essencial do bem-estar. No entanto, muitas pessoas em nossas comunidades estão enfrentando estresse, ansiedade e desespero significativos.

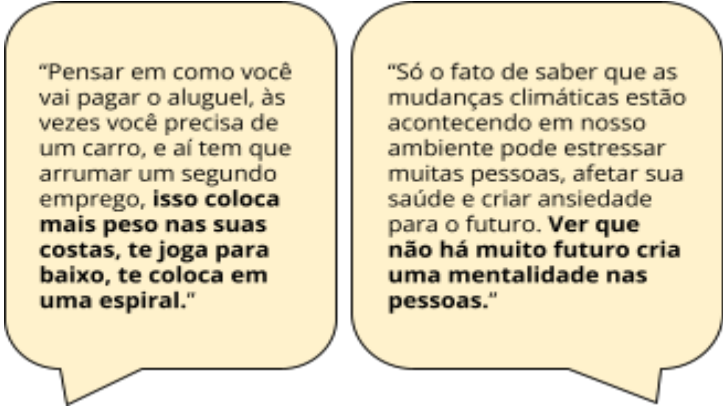
Ponto de Dados | Entre os residentes da área de atendimento da CHA, **muitas pessoas relatam níveis altos ou muito altos de sofrimento relacionado à saúde mental**, especialmente jovens (45%), indivíduos LGBTQIA+ (53%) no geral — e 69% dos indivíduos transgênero) e pessoas com deficiência (61%).

Fonte: MA Department of Public Health, Community Health Equity Survey, 2023



Comunidades que frequentemente enfrentam discriminação são mais propensas a relatar níveis altos ou muito altos de sofrimento relacionado à saúde mental — incluindo pessoas não brancas, pessoas que falam idiomas diferentes do inglês, indivíduos não binários e pessoas com menor nível de escolaridade.

Quando questionados sobre as causas da saúde mental precária, os membros da comunidade apontaram para a ansiedade e o estresse relacionados à **insegurança habitacional, falta de renda, mudanças climáticas, falta de apoio para cuidadores, discriminação e condições sociais e políticas prejudiciais**. Essas questões exigem ação em nível comunitário e institucional. Embora o acesso a cuidados de saúde mental seja importante, as experiências dos membros da comunidade mostram que a solução para esse desafio não pode ser responsabilidade apenas dos profissionais de saúde mental.



Principal Constatação N.º 3 | Mais de 1 em cada 3 famílias (39%) gasta mais de 30% de sua renda com moradia, e cerca de 1 em cada 3 pessoas em nossas comunidades enfrenta insegurança alimentar.

A insegurança habitacional e a insegurança alimentar estão intimamente ligadas. Quando as pessoas têm dificuldade para arcar com o custo da moradia, elas enfrentam riscos como despejo, superlotação e corte de serviços básicos. Elas podem priorizar o pagamento do aluguel ou da hipoteca em vez de pagar por comida, cuidados de saúde ou outras necessidades básicas.

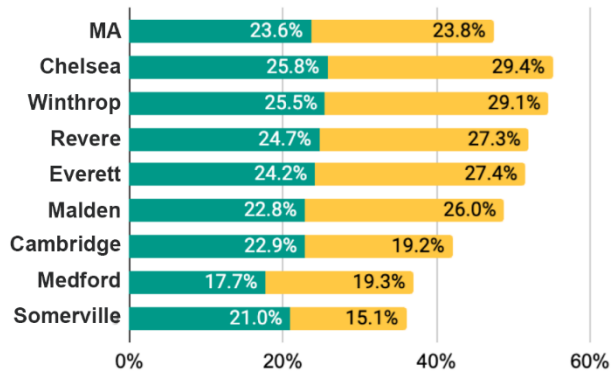
Pontos de Dados | O percentual de famílias com sobrecarga de custos de moradia varia por comunidade. Mais da metade das famílias que vivem de aluguel em Chelsea, Winthrop, Revere e Everett — e mais de 1 em cada 3 famílias proprietárias de suas casas em Everett e Revere — estão gastando 30% ou mais de sua renda com moradia.

Sobrecarga de custos de moradia: famílias inquilinas

U.S. Census Bureau, American Community Survey, 2022 -

Estim. 5 anos

■ Sobrecarga de custos (30-49% ou mais da renda destinada à moradia)
■ Sobrecarga de custos severa (50% ou mais da renda destinada à moradia)



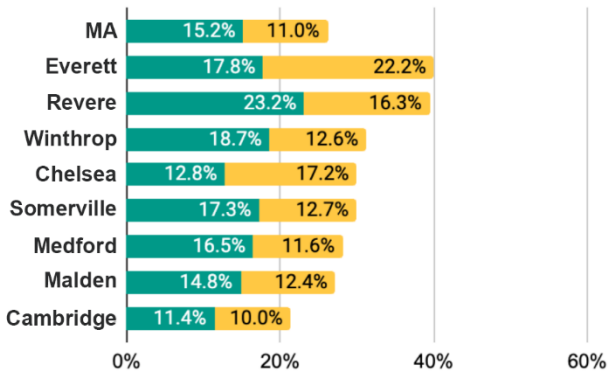
Percentual de famílias

Sobrecarga de custos de moradia: famílias proprietárias

U.S. Census Bureau, American Community Survey, 2022 -

Estim. 5 anos

■ Sobrecarga de custos (30-49% ou mais da renda destinada à moradia)
■ Sobrecarga de custos severa (50% ou mais da renda destinada à moradia)



Percentual de famílias

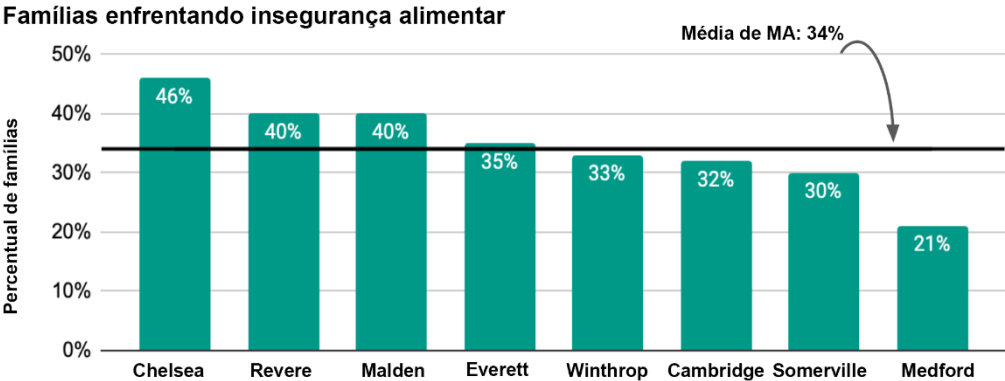
Em nossas comunidades, as famílias que vivem de aluguel são mais propensas a sofrer com a sobrecarga de custos de moradia em comparação com as famílias proprietárias. A sobrecarga de custos de moradia permaneceu historicamente alta nos últimos anos. Isso é especialmente verdadeiro para inquilinos e para famílias negras ou latinas. Em nível estadual, o número de pessoas em situação de rua quase dobrou de 2022 a 2024 — de 15.500 para 29.360 indivíduos. Cambridge viu um aumento de 70% no número de pessoas em situação de rua durante este período.

Entre os participantes da Pesquisa de Bem-Estar Comunitário da CHA, **moradia mais acessível** foi a prioridade mais comum para melhoria. Isso foi consistentemente verdadeiro, independentemente de faixa etária, grupo racial, idioma ou histórico de imigração. No geral, não há moradia suficiente que as pessoas possam pagar, e a renda não acompanhou o aumento dos custos da moradia.

A **insegurança alimentar** aumentou em todo o estado, de 19% em 2019 para 34% em 2023 — agora, 1 em cada 3 pessoas relata ficar sem comida ou não ter dinheiro suficiente para comprar comida todo mês. O alto custo dos mantimentos, o aumento do custo de vida e o fim das políticas de segurança econômica criadas durante a COVID-19 impulsionaram essa tendência. A insegurança alimentar afeta desproporcionalmente as famílias de indígenas americanos (62%), hispânicos (56%), negros (51%) e LGBTQ+ (56%), bem como estudantes universitários (44%).

Pontos de Dados |

Em nossas comunidades, o **percentual de famílias que enfrentam insegurança alimentar** excede a média estadual em Chelsea, Revere, Malden e Everett.



Fontes: Greater Boston Food Bank (2024). [Food Equity and Access in Massachusetts: Voices and Solutions from Lived Experience](#); Closing the Meal Gap, [ArcGIS Map](#)

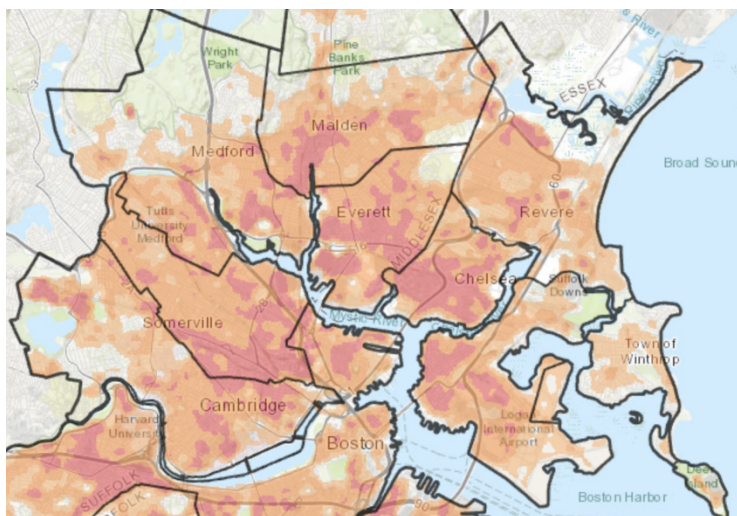
Dados do U.S. Census Bureau mostram que as inscrições no Supplemental Nutrition Assistance Program (**SNAP**) aumentaram entre 13% e 41% desde 2020 em nossas comunidades. É positivo que mais pessoas tenham acesso a recursos para comprar alimentos. No entanto, de acordo com um relatório do Greater Boston Food Bank, apenas 34% dos participantes do SNAP em todo o estado dizem que seus benefícios são suficientes para cobrir seus custos mensais de supermercado. Muitas pessoas em nossas comunidades continuam enfrentando a insegurança alimentar, mesmo com a importante ajuda do SNAP.

Principal Constatação N.º 4 | **Questões de saúde ambiental, incluindo exposição ao calor e a produtos químicos, são um foco crescente.**

Os membros da comunidade estão cada vez mais preocupados com questões de saúde ambiental, como calor extremo, poluição do ar, contaminação da água e exposição a produtos químicos em alimentos e outros produtos. Em todos os grupos focais e entrevistas, os membros da comunidade enfatizaram que um **ambiente livre de poluição e resiliente ao clima** é essencial para o bem-estar.

Mapeamento de Dados | Muitos bairros nas comunidades da CHA são considerados **focos de risco de calor extremo**. Áreas de Somerville, Everett, Chelsea e partes de Malden são especialmente impactadas. Neste mapa, os bairros mostrados em vermelho e laranja têm uma temperatura da superfície terrestre durante o dia mais alta em comparação com a média da região.

Fonte da imagem: The Trust for Public Land, Climate-Smart Cities Boston Metro Mayors Region, [GIS Mapping Application](#)



Nível de risco: ■ Muito alto ■ Alto ■ Moderado

Muitas pessoas não sentem que seu ambiente apoia sua saúde e segurança. Entre os participantes da Pesquisa de Bem-Estar Comunitário da CHA, foram comuns as preocupações com a qualidade do ar, água potável segura e acesso a opções para se refrescar durante o calor extremo. Mais de 1 em cada 7 pessoas relatou não ter acesso a opções para se refrescar ou a água segura para beber. Mais de 1 em cada 5 relatou preocupações sobre respirar ar poluído.

14% Não têm acesso a opções para se manterem refrescados durante o calor extremo

Residentes negros ou hispânicos têm **menor** chance de acesso a opções do que residentes brancos ou asiáticos

14% Não concordam que a água em sua comunidade seja segura para beber

Residentes asiáticos e hispânicos são **menos** propensos a dizer que a água é segura do que residentes brancos ou negros

22% Não concordam que o ar em sua comunidade seja saudável para respirar

Residentes asiáticos, negros e hispânicos são **mais** propensos a dizer que o ar é saudável do que residentes brancos

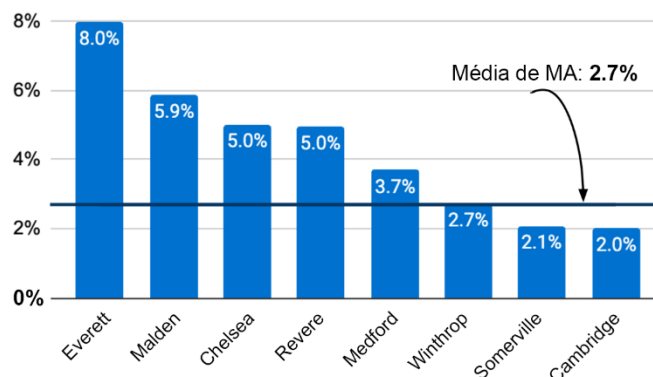
Principal Constatação N.º 5 | As **barreiras para acessar cuidados de saúde física e mental** estão piores agora em comparação com antes da pandemia de COVID.

Os membros da comunidade e os profissionais de saúde enfatizam que **as pessoas têm necessidades mais complexas** em comparação com antes da pandemia. Algumas pessoas adiaram a busca por cuidados de saúde durante a COVID, o que permitiu que os problemas de saúde se tornassem mais graves. Algumas pessoas desenvolveram COVID longa, que ainda não é bem compreendida. Viver uma pandemia que causou tanta perda levou a estresse e luto que continuam impactando a saúde mental das pessoas. Além disso, **os sistemas de saúde estão com mais falta de recursos**. As políticas que aumentaram o financiamento para hospitais e sistemas de saúde pública durante a pandemia terminaram. Alguns profissionais médicos se aposentaram ou mudaram de carreira. Não há recursos comunitários, organizacionais e governamentais suficientes para atender às necessidades sociais, econômicas e ambientais dos pacientes. Esses padrões colocam uma **pressão extra** sobre o sistema de saúde, afetam os resultados de saúde das pessoas e contribuem para desigualdades em saúde.

Ponto de Dados | O percentual de residentes sem seguro de saúde em Everett, Malden, Chelsea, Revere e Medford é maior que a média do estado de Massachusetts. Muitas pessoas que tinham o MassHealth perderam a cobertura do seguro depois que a pandemia de COVID foi declarada encerrada — embora os esforços de alcance comunitário tenham ajudado a prevenir o cancelamento da inscrição ou a conectar as pessoas a novas opções de seguro de saúde.

Fonte: U.S. Census Bureau, American Community Survey, 2022 5-Year Estimates.

População geral sem seguro de saúde



Quando olhamos *dentro* de cada comunidade, as taxas de não segurados variam entre os grupos de pessoas que vivem na mesma cidade. Pessoas que enfrentam racismo e outras formas de discriminação tendem a ter menor probabilidade de ter seguro de saúde. Em nossas comunidades, os imigrantes têm maior probabilidade de não terem seguro em comparação com as pessoas nascidas nos EUA. Pessoas não brancas têm maior probabilidade de não terem seguro em comparação com os residentes brancos.

Em comparação com as pessoas nascidas nos EUA, a falta de seguro entre os imigrantes não cidadãos é...

16 vezes maior em **Medford**
5,7 vezes maior em **Revere**
4,5 vezes maior em **Chelsea**

Residentes hispânicos têm as maiores taxas de falta de seguro em...

Medford – 16,5%
Everett – 11,6%
Malden – 8,2%
Chelsea – 6,2%
Winthrop – 4,7%

Residentes negros têm as maiores taxas de falta de seguro em...

Revere – 8,0%
Cambridge – 7,1%
Somerville – 5,8%

Existem outras barreiras ao cuidado além de não ter seguro. Entre os participantes da Pesquisa de Bem-Estar Comunitário da CHA, os tipos mais comuns de necessidades de cuidados de saúde foram odontológicos, atenção primária e cuidados com a visão. Descobrimos que **30% das pessoas que precisaram de cuidados odontológicos, 11% das que precisaram de atenção primária e 15% das que precisaram de cuidados com a visão** nos últimos 12 meses não conseguiram acesso. Além disso, mais de **30% das pessoas que precisaram de cuidados de saúde mental (de rotina ou de emergência) ou de tratamento para transtorno por uso de substâncias** não conseguiram obter o cuidado de que precisavam. Os motivos mais comuns de as pessoas não conseguirem acesso ao cuidado foram relacionados a custo, cobertura do seguro, incapacidade de conseguir uma consulta, falta de confiança ou barreiras de conhecimento.

61% das pessoas que não conseguiram acesso a **cuidados odontológicos** disseram que foi porque o **seguro não cobria**.

42% das pessoas que não conseguiram acesso à **atenção primária** e **40%** das que não conseguiram acesso a **cuidados em saúde mental** de rotina disseram que foi porque **não conseguiram marcar uma consulta**.

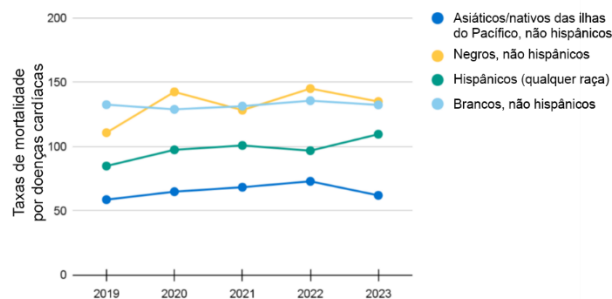
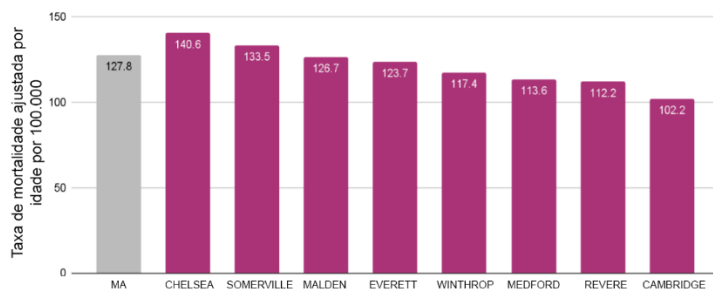
42% das pessoas que não conseguiram acesso a **cuidados de emergência para uma crise de saúde mental** disseram que foi porque **não sabiam aonde ir**.

Principal Constatação N.º 6 | Doenças cardíacas, câncer, diabetes e infecções sexualmente transmissíveis são grandes desafios de saúde em nossas comunidades.

Doenças cardíacas, câncer e diabetes continuam tendo um impacto significativo na saúde das pessoas em nossas comunidades. Doenças cardíacas e câncer são as principais causas de morte em nossas comunidades — bem como em nível estadual e nacional. As taxas de mortalidade por doenças cardíacas são mais altas que a média do estado de MA em Chelsea e Somerville. As taxas de mortalidade por câncer são mais altas que a média do estado de MA em Malden e Chelsea. Em todo o estado, as taxas de mortalidade por câncer e doenças cardíacas costumavam ser mais altas entre os residentes brancos — agora, as taxas são mais altas entre os residentes negros.

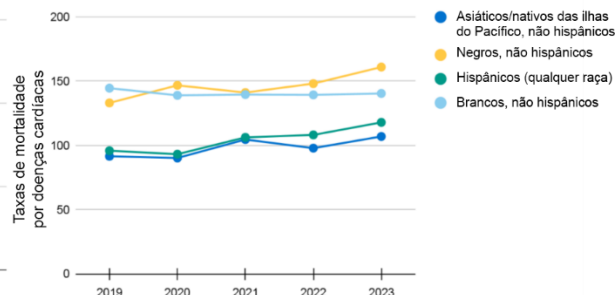
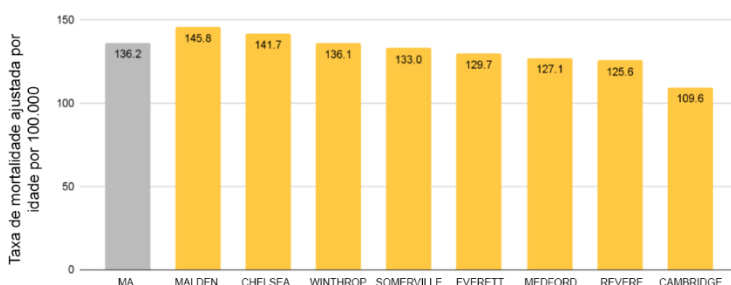
Taxas de mortalidade por doenças cardíacas, câncer e diabetes

Taxas de mortalidade por doenças cardíacas



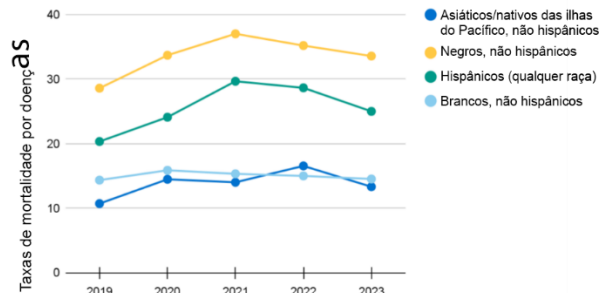
Em todo o estado de MA, a mortalidade por doenças cardíacas aumentou entre os residentes negros e hispânicos.

Taxas de mortalidade por câncer



Em todo o estado de MA, a mortalidade por câncer aumentou entre os residentes asiáticos, negros e hispânicos.

Taxas de mortalidade por diabetes



Em todo o estado de MA, a mortalidade por diabetes mostra as maiores disparidades raciais/étnicas entre todos os indicadores de mortalidade.

Fonte: MA Registry of Vital Records and Statistics, Selected Causes of Death, 2019-2023.

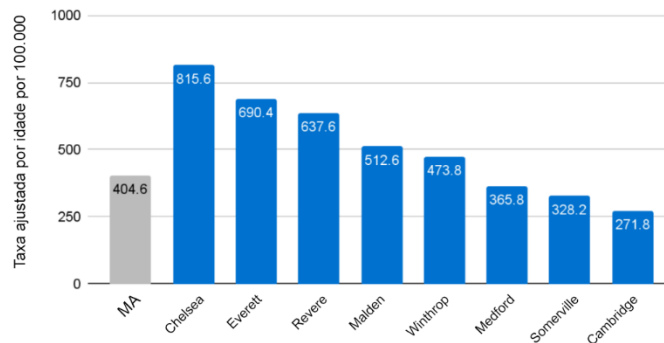
As taxas de mortalidade por diabetes são mais baixas no geral em comparação com doenças cardíacas e câncer. No entanto, as taxas são mais altas que a média de MA em 6 comunidades: Everett, Malden, Somerville, Chelsea, Revere e Medford. Os indicadores de diabetes mostram as maiores disparidades entre os grupos raciais e étnicos. Em todas as nossas comunidades, os residentes negros têm de 2 a 7 vezes mais probabilidade do que os residentes brancos de procurar o pronto-socorro devido a complicações do diabetes. Em todo o estado, as taxas de mortalidade por diabetes são 2,2 vezes maiores entre os residentes negros e 1,7 vezes maiores entre os residentes hispânicos em comparação com os residentes brancos.

As taxas de clamídia, gonorreia e sífilis aumentaram em nossas comunidades desde 2020. Embora a testagem para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) tenha se expandido, a testagem por si só não explica esses aumentos. As taxas de clamídia são mais altas que a média de MA em Chelsea, Everett, Revere, Malden e Winthrop. As taxas de gonorreia e sífilis são mais altas que a média de MA em todas as nossas comunidades. Dados raciais e étnicos não estão disponíveis para clamídia e gonorreia, mas constatamos que as taxas de sífilis são significativamente mais altas entre os residentes negros e hispânicos em comparação com os residentes brancos e asiáticos.

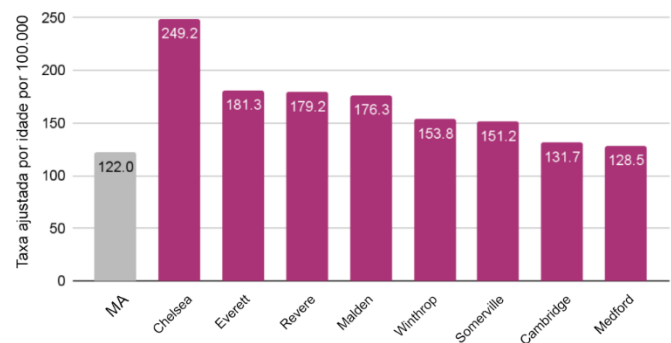
Novos diagnósticos de HIV permaneceram estáveis nos últimos anos e são mais baixos que outras ISTs, mas ainda são mais altos que a média de MA em Everett, Chelsea, Malden e Revere. Existem amplas disparidades raciais e étnicas, com taxas significativamente mais altas entre os residentes negros e hispânicos em comparação com os residentes brancos e asiáticos em nossas comunidades.

Incidência de clamídia, gonorreia, sífilis e HIV

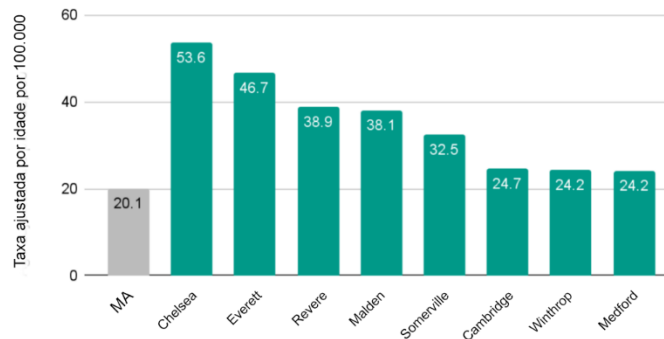
Incidência de clamídia



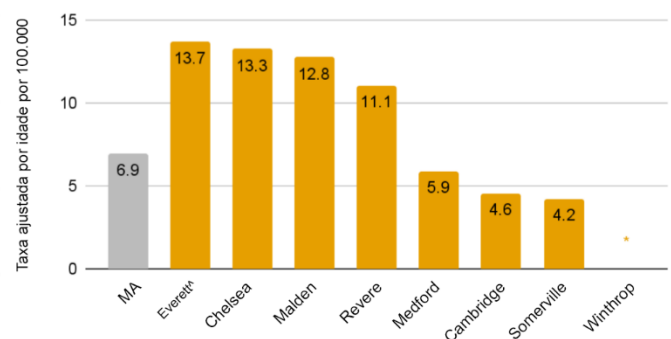
Incidência de gonorreia



Incidência de sífilis



Incidência de HIV



Fonte: MA Department of Public Health, Bureau of Infectious Disease and Laboratory Sciences, Surveillance Division, 2019-2023

Notas: a taxa de incidência de HIV em 5 anos para Everett pode estar subestimada, pois os dados de 2022 foram suprimidos porque houve menos de 5 pessoas diagnosticadas com HIV naquele ano. Nenhuma estatística pôde ser calculada para Winthrop porque houve menos de 5 pessoas diagnosticadas com HIV em cada ano do período de relatório de 5 anos.

Principal Constatação N.º 7 | A saúde física e mental dos **membros da comunidade migrante** é significativamente impactada pela exclusão social, econômica e política.

Em todos os grupos focais e entrevistas, os migrantes descreveram como políticas e práticas frequentemente ameaçam a segurança e o bem-estar de suas comunidades. Os principais fatores de estresse que eles relataram incluem o **medo de deportação**, a **desinformação** sobre a qualificação para cuidados de saúde e recursos, as **barreiras linguísticas**, a **discriminação habitacional** e a **exploração no trabalho**.

"Temos as eleições chegando em alguns dias. **Se alguém que é contra os migrantes for eleito, isso vai impactar tantas pessoas na comunidade.** As pessoas estão preocupadas em ser deportadas. Há muito estresse físico e emocional."

"Pessoalmente, não tenho bons benefícios do DTA **porque não tenho um número do seguro social. E por causa da idade da minha filha, eles só me dão US\$ 23.** Quem, nestes tempos e com estas situações, compra comida com US\$ 23? **Que comida saudável posso dar a uma menina, que também tem uma condição médica que exige alimentos específicos, com US\$ 23?"**

(traduzido do espanhol)

"Sou mãe de duas crianças. Um tem cinco anos e tem necessidades especiais. Tenho que morar no terceiro andar e carregar esse menino, e são 28 degraus... Estamos tentando conseguir um apartamento no primeiro andar, mas é super difícil porque tudo é caro e não temos ajuda nenhuma. **Porque, às vezes [com o meu] status de imigração, estou no processo, e estou tentando evitar pedir ajuda por causa disso.**"

(traduzido do espanhol)

Cada um desses fatores de estresse causa impactos diretos na saúde, como ansiedade, depressão ou atraso no acesso a cuidados de saúde. Participantes que são indocumentados compartilharam como temem a discriminação e muitas vezes não se sentem seguros para denunciar condições de moradia ou de trabalho inseguras, que podem levar a lesões ou doenças.

Também existem consequências indiretas. Sem um status migratório qualificado, adultos indocumentados não conseguem acessar muitos benefícios públicos dos quais outras famílias em circunstâncias econômicas semelhantes dependem para poder pagar por comida saudável, moradia segura e acessível, e cuidados de saúde. Alguns participantes expressaram medo ou confusão sobre solicitar recursos para os quais eles ou seus filhos podem, de fato, estar qualificados, independentemente do status migratório. O roubo de salário foi outra preocupação comum que impacta a estabilidade financeira.

Os participantes descreveram como o medo da deportação leva ao isolamento e impede muitas pessoas de procurar cuidados médicos. Eles também descreveram a dificuldade em navegar pelo sistema de seguros e entender as opções de cuidados de saúde.

Vários participantes compartilharam que os migrantes são frequentemente culpados por problemas que afetam a todos — como a crise habitacional. Em vez de reconhecer as lutas compartilhadas, essa narrativa cria divisão e ressentimento.

Ao mesmo tempo, imigrantes que sentem um senso de inclusão e têm fortes conexões comunitárias — como com organizações culturais, instituições religiosas ou vizinhos — relatam impactos positivos em sua saúde.

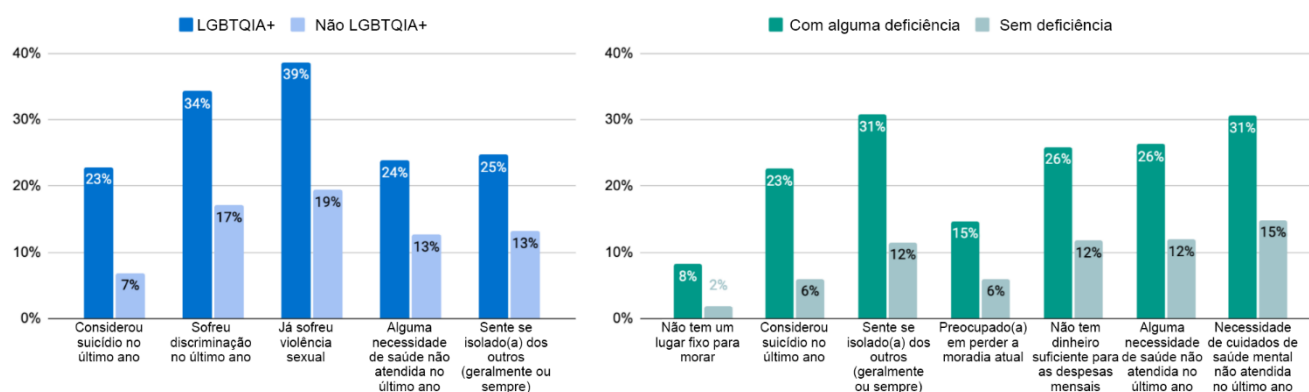
"Vejo o que acho que tem sido uma falha em responder a uma crise habitacional. É uma emergência que foi apresentada como uma crise imigratória, o que é altamente problemático e contribuiu não apenas para uma narrativa falsa e uma reação negativa de vizinhos e políticos, mas levou a uma relutância em agir de forma melhor e mais intencional. São 'eles', aqueles que estão vindo, já gastamos todos os recursos... sejam recém-chegados ou pessoas que estão em MA há décadas, todos estão sendo afetados pela falta de moradia, pelos custos crescentes e por diferentes fatores em nossa economia que estão expulsando as pessoas."

Principal Constatação N.º 8 | Pessoas com deficiência e indivíduos LGBTQIA+ enfrentam barreiras desproporcionais ao bem-estar.

Existem diferenças significativas nas experiências de discriminação, violência, saúde mental e acesso a recursos ao comparar indivíduos LGBTQIA+ e pessoas com deficiência com seus pares.

Ponto de Dados | Entre os residentes da área de atendimento da CHA, as **maiores diferenças nas experiências entre indivíduos LGBTQIA+ e aqueles que não são LGBTQIA+** foram relacionadas ao isolamento e suicídio, discriminação, violência sexual e acesso a cuidados de saúde. Houve **diferenças ainda maiores nas experiências entre pessoas com deficiência e aquelas sem deficiência** — com as maiores relacionadas à estabilidade da moradia, isolamento e suicídio, estabilidade financeira e acesso a cuidados de saúde, particularmente cuidados de saúde mental.

Maiores disparidades entre residentes da área de atendimento da CHA



Fonte: MA Department of Public Health, Community Health Equity Survey, 2023

Notas: os indicadores selecionados são aqueles com uma diferença de pelo menos 1,9x entre os grupos, em ordem da maior para a menor diferença. Foram avaliados indicadores de barreiras ao bem-estar relacionados à moradia, necessidades básicas, segurança, discriminação e saúde mental.

Em grupos focais e entrevistas, indivíduos LGBTQIA+ compartilharam histórias de serem tratados injustamente por profissionais de saúde e de temerem a violência. Pessoas com deficiência descreveram a falta de moradia acessível e de transporte confiável, bem como os custos adicionais necessários para manter a qualidade de vida, como equipamentos médicos. Tanto os indivíduos

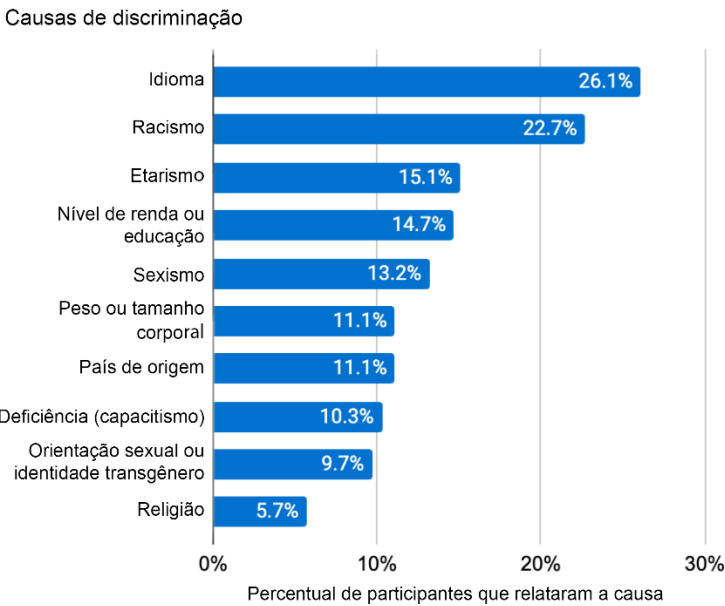
LGBTQIA+ quanto as pessoas com deficiência enfatizaram que as identidades frequentemente se cruzam. Por exemplo, uma pessoa com deficiência ou que é LGBTQIA+ também pode fazer parte de um grupo racial, étnico ou linguístico marginalizado. Essas identidades sobrepostas podem tornar as barreiras ao bem-estar ainda maiores. No geral, os participantes enfatizaram que os sistemas podem fazer um trabalho melhor ao incluir suas vozes e experiências na tomada de decisões.

Principal Constatação N.º 9 | Racismo e idioma são as causas de discriminação citadas com mais frequência.

Na Pesquisa de Bem-Estar Comunitário da CHA, foi perguntado aos participantes se eles haviam sofrido discriminação em áreas como saúde, moradia, emprego e policiamento — e, em caso afirmativo, qual acreditavam ser a causa dessa discriminação. Racismo e idioma foram os motivos mais comuns mencionados.

Pontos de Dados | Entre as pessoas que relataram ter sofrido discriminação, os **motivos mais comuns** foram falar um idioma diferente do inglês (26%) e o racismo (23%). Outras causas de discriminação também foram observadas, refletindo a ampla gama de experiências de discriminação enfrentadas pelos membros da comunidade.

Fonte: Pesquisa de Bem-Estar Comunitário da CHA em 2024



Os membros da comunidade compartilharam muitos exemplos de discriminação tanto estrutural quanto interpessoal — como o legado do racismo nos empréstimos para hipotecas de moradia (conhecido como redlining), o preconceito contra imigrantes e refugiados que exclui sua participação em comitês locais, a falta de atenção à exposição ao chumbo entre crianças não brancas, e mais. Conforme descrito em outras constatações principais, pessoas não brancas e imigrantes frequentemente enfrentam barreiras maiores ao bem-estar e piores resultados de saúde em comparação com seus pares. Esses exemplos destacam a necessidade contínua de focar na justiça linguística e no antirracismo em todas as políticas e práticas.

"Se colocarmos um mapa de calor sobre um mapa de 'redlining', **nossos bairros mais quentes [foram] classificados como D & F para obter uma hipoteca imobiliária [por] lei cem anos atrás.** Moradia, calor, saúde, tudo misturado em uma coisa só."

"Quando insistimos sobre a necessidade de se falar inglês, a resposta deles foi: 'bem, é muito caro, você tem que contratar intérpretes, as reuniões demoram muito e, de novo, estamos procurando por indivíduos com alto conhecimento e profundamente conectados'. **E só isso, essa ideia de que nossos imigrantes e refugiados não têm alto conhecimento e uma rede de contatos forte, quando na verdade eles têm!**" Muitas vezes, eles são os líderes e as forças que impulsionam a mudança, que movem as comunidades."

"Dando as mãos e apenas amplificando a voz uns dos outros porque, novamente, temos que fazer as pessoas saberem o que está acontecendo e o que está em jogo. **Não existe quantidade segura de chumbo, ponto final.** Você consegue imaginar se [fossem] todos estudantes brancos de famílias ricas? Nós não estaríamos tendo esta conversa."

Principal Constatação N.º 10 | Quando os membros da comunidade **participam na tomada de decisões** sobre questões que os afetam, isso pode melhorar seu bem-estar de maneiras diretas e indiretas.

Os membros da comunidade falaram sobre como trabalhar com seus vizinhos, se manifestar e defender suas causas junto a autoridades eleitas e líderes, e se envolver na tomada de decisões na escola, no trabalho e na comunidade ajudou em sua saúde física e mental. Quando as pessoas mais afetadas por um problema ajudam a criar e a implementar as soluções, essas soluções têm maior probabilidade de serem equitativas e eficazes.

Os participantes de nossos grupos focais e entrevistas compartilharam muitas ideias sobre como fortalecer o bem-estar e resolver problemas — algumas delas estão listadas abaixo. Para resolver os desafios de saúde da comunidade e promover a equidade, as pessoas mais afetadas precisam ser empoderadas e ter uma voz real. Envolvimento significativo, prestação de contas e transparência são essenciais para melhorar a saúde e o bem-estar.

- ★ **Simplificar e esclarecer os processos de solicitação de moradia** para reduzir as barreiras de acesso.
- ★ Investir em **educação sobre moradia** e workshops para inquilinos.
- ★ Reformar as **políticas de zoneamento** e aumentar o desenvolvimento de moradias acessíveis.
- ★ Fortalecer **parcerias entre agências de saúde e de moradia** para abordar a habitação como um determinante social da saúde.
- ★ Enquadrar a insegurança habitacional como um problema sistêmico, **não uma**
- ★ Comunicar e fortalecer o alcance sobre **como o planejamento de resiliência climática é incorporado nas políticas locais.**
- ★ Abordar as **fontes de poluição do ar, solo e água**, como incineradores de lixo, canos de chumbo e contaminação, garagens de caminhões e ônibus, e outras fontes que impactam bairros de justiça ambiental.
- ★ Oferecer **serviços de saúde mental específicos para a ansiedade climática** e para pessoas impactadas por desastres ambientais.
- ★ Incluir **triagens de saúde**
- ★ **Incluir vozes marginalizadas** desde o início dos processos de tomada de decisão.
- ★ Fornecer serviços robustos de **interpretação e tradução** em todos os sistemas.
- ★ **Aumentar os salários e reforçar as proteções trabalhistas**, especialmente nas indústrias de cuidados e serviços.
- ★ Fortalecer os **sistemas alimentares comunitários**, como fazendas urbanas, hortas comunitárias, centros de distribuição de alimentos, mercados móveis, e educação nutricional e

falha individual.

- ★ Expandir programas para **ajudar as pessoas a navegarem no sistema de saúde** — não importa quem sejam ou que idioma falem.
- ★ **Integrar serviços de saúde** em espaços comunitários de confiança.

climática/ambiental em ambientes médicos.

- ★ Implementar políticas que forneçam **proteção contra o calor extremo em ambientes internos** e ajudar as pessoas a custearem soluções de refrigeração.

workshops de culinária culturalmente relevantes.

- ★ Expandir o acesso a **creches a preços acessíveis e a serviços de apoio ao cuidador**.
- ★ Fornecer cuidados e serviços de maneiras que **afirmem nossa humanidade compartilhada**.

Prioridades para Ação Colaborativa

Durante a última Avaliação de Bem-Estar em 2022, a CHA e nosso Conselho Consultivo de Saúde Comunitária desenvolveram um conjunto de Prioridades para Ação Colaborativa. Essas prioridades incluem quatro áreas de foco e três princípios de equidade. As áreas de foco definem **no que** trabalharemos para abordar, em conjunto com a CHA e as partes interessadas da comunidade. Os princípios de equidade orientam **como** abordaremos essas questões importantes. As constatações da avaliação de 2025 mostram que essas prioridades continuam relevantes e exigem colaboração contínua para serem abordadas.

Princípios de Equidade

O “como”



Justiça linguística



Inclusão de vozes sub-representadas na liderança e na tomada de decisões



Ambientes que promovam os cuidados coletivos e a cura.

Áreas de Foco

O “quê”



Moradia

Acessibilidade, estabilidade e segurança



Economias equitativas

Dinheiro, empregos, sistemas alimentares, prestação de cuidados



Equidade no acesso

Cuidados, serviços e informações em todos os setores



Saúde climática e justiça ambiental

Air, água, resiliência climática

No outono de 2025, a CHA trabalhará em conjunto com nosso Conselho Consultivo de Saúde Comunitária para atualizar nossa Estratégia de Implementação (IS). A IS vai delinear metas e estratégias para abordar essas Prioridades para Ação Colaborativa. As recomendações e ideias compartilhadas pelos membros da comunidade durante a avaliação serão incorporadas a este plano de ação. Nos próximos três anos, a IS guiará nosso trabalho conjunto para fortalecer a saúde e o bem-estar da comunidade.

Perguntas ou Comentários?

Visite a página web de Dados e Relatórios de Saúde Comunitária da Cambridge Health Alliance Community para mais dados, informações e recursos: www.challiance.org/communityhealthdat

Agradecimentos

Essa Avaliação de Bem-Estar foi profundamente colaborativa, envolvendo o tempo, o compromisso e a especialidade de muitas pessoas em nossas comunidades. A Cambridge Health Alliance agradece a todos que participaram desse processo e tornaram possível lançar as bases para a ação coletiva.

A Equipe de Melhoria da Saúde, parte do Departamento de Saúde Comunitária da CHA, lidera o processo da Avaliação de Bem-Estar e da Estratégia de Implementação. Nossa equipe inclui:

Laura McNulty, MPH, MSW

Kathleen O'Brien, MA

Jean Granick, MS

Alexis Sarpong, MPH

Agradecemos aos nossos colegas em toda a CHA, especialmente à nossa Diretora Comunitária Adjunta, **Roberta Turri Vise**, e ao nosso Diretor Comunitário Chefe, **Doug Kress**, pelo seu apoio dedicado e parceria.

Agradecemos aos pesquisadores comunitários e estagiários que contribuíram de forma inestimável para esta avaliação. Ao cocriar a avaliação, conduzir grupos focais e entrevistas, divulgar a pesquisa, analisar e interpretar os dados, criar produtos de comunicação e envolver os membros da comunidade, vocês deram vida à visão desta avaliação. Estendemos nossos agradecimentos a:

Aparna Anantharaman, Boston University School of Public Health

Britney Sao, Pesquisadora Comunitária

Erika Decklar, Boston University School of Public Health

Kerene Joseph, Pesquisadora Comunitária

Luciana de Lacerda, Pesquisadora Comunitária

Monich Long, Harvard College

Nora Brower, Tufts University

Sadye Bobbette, Pesquisadora Comunitária

Sophie Freudenreich, Tufts University

Estendemos nossa gratidão aos membros do nosso Conselho Consultivo de Saúde Comunitária. Sua orientação, colaboração e percepções deram base à avaliação. Estamos honrados em continuar trabalhando juntos.

Reconhecemos com gratidão a colaboração dos parceiros institucionais. Eles incluem o Departamento de Saúde Pública de Cambridge; Beth Israel Lahey Health, especialmente o Mount Auburn Hospital; Mass General Brigham, especialmente o Massachusetts General Hospital; o Conselho de Planejamento da Região Metropolitana; a Colaboração de Saúde Pública de North Suffolk; e a Tufts Medicine, especialmente o MelroseWakefield Hospital.

Finalmente, agradecemos a cada entrevistado, participante de grupo focal e participante da pesquisa. Obrigado por nos confiarem suas histórias. Seu conhecimento, suas experiências e opiniões não apenas informam este relatório — eles nos convocam a agir. Estamos comprometidos em zelar por suas vozes para fortalecer a saúde e o bem-estar nas comunidades que a Cambridge Health Alliance tem orgulho de servir.

Anexos

- Anexo A:* Membros do Conselho Consultivo de Saúde Comunitária
- Anexo B:* Organizações Envolvidas na Coleta e Análise de Dados
- Anexo C:* Estrutura da Avaliação de Bem-Estar e da Estratégia de Implementação da CHA
- Anexo D:* Métodos e Ferramentas de Coleta de Dados
Inclui a **Pesquisa de Bem-Estar Comunitário da CHA**, os **roteiros de grupos focais e entrevistas** usados durante a avaliação, o **protocolo completo de coleta e análise de dados primários** e a lista de **fontes de dados secundários**.
- Anexo E:* Resultados da Pesquisa, Grupos Focais e Entrevistas
Inclui os resultados completos da Pesquisa de Bem-Estar Comunitário da CHA, fornecidos como um conjunto de **Tabelas de Frequência**; e os resultados dos grupos focais e entrevistas, fornecidos como um **Relatório de Temas Qualitativos**.
- Anexo F:* Perfis de Dados Comunitários e Visuais
Inclui **Perfis de Dados Comunitários** para cada uma das oito comunidades na área de atendimento da CHA, um **Livro de Dados de Bem-Estar** consolidado e um **Pacote de Gráficos** exibindo visualizações de dados sociais, econômicos, ambientais e de saúde selecionados.
O site Tableau Public da Equipe de Melhoria da Saúde da CHA fornece visualizações de dados para tópicos selecionados adicionais:
<https://bit.ly/CHA-Community-Health-Tableau-Public>
- Anexo G:* Ferramentas de Apresentação e Comunicação