

# Boletim Científico IESS

## Edição: 6º bi/2016

*Boletim informativo, de periodicidade bimestral, que agrupa resumos de publicações científicas de interesse para a saúde suplementar, selecionados entre as principais revistas científicas publicadas no Brasil e no mundo nas áreas de saúde, tecnologia, economia e gestão.*

# BOLETIM



# Economia & Gestão

## MODELO DE PAGAMENTO DE ORÇAMENTO GLOBAL AJUDA A REDUÇÃO DE DESPESAS AMBULATORIAIS EM SAÚDE PARA PACIENTES HIPERTENSOS NA CHINA

Título original: Global budget payment system helps to reduce outpatient medical expenditure of hypertension in China

Autores: Yi Huang, Yan Liu, Xingyi Yang, Jing Li and Pengqian Fang

**Contextualização:** O aumento dos gastos em saúde tem sido um problema global do qual a China também faz parte. O total das despesas em saúde per capita na China era de US\$ 43 dólares em 2000 passando para US\$274 dólares em 2011. Uma taxa de crescimento em 11 anos de 537,21%. Para controlar o crescimento excessivo das despesas em saúde, foi proposto um comitê técnico do governo que tem por objetivo visar a reforma na saúde por meio da mudança do modelo de pagamento. Com o intuito de visar a redução de gastos em saúde na cidade de Tianjin, ao norte da China, foi feita uma mudança no modelo de pagamento no sistema de saúde da cidade. Esta cidade apresentava um modelo de pagamento fee-for-service (FFS) e migrou para o sistema de pagamento de orçamento global (GBPS).

**Objetivo:** avaliar qual é o efeito do modelo de pagamento de orçamento global nas despesas em saúde da cidade de Tianjin a partir de dados da Pesquisa Nacional de Utilização de Serviços de Saúde de 2013. Foram avaliados os custos em saúde para 21.925 pacientes com diagnóstico de hipertensão.

**Conclusão:** Com base nas despesas em saúde per capita, o GBPS, em comparação com o FFS, reduziu significativamente a despesa em saúde total. No modelo de pagamento FFS o gasto em saúde foi de \$770,64 Yuan (moeda chinesa) contra \$640,28 Yuan para GBPS.

**Fonte:** Huang et al. SpringerPlus (2016) 5:1877 DOI 10.1186/s40064-016-3565-7.

## O SISTEMA DE PAGAMENTO PROSPECTIVO DRG DE HOSPITAL NA GRÉCIA: UMA AVALIAÇÃO DAS TAXAS DE PAGAMENTO USANDO A CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA POR SEVERIDADE

Título original: The DRG-Based Hospital Prospective Payment System in Greece: An Assessment of the Reimbursement Rates Using Clinical Severity Classification.

Autores: A. Vozikis, S. Xesfingi, E. Moustafieri, T. Balbouzis, T. Rigatos.

**Contextualização:** Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRGs) são usados em toda a cadeia de saúde, nos Estados Unidos, para abordar questões relacionadas aos gastos na saúde, à eficácia e à qualidade dos serviços. O projeto e o desenvolvimento do DRG começaram no final dos anos 60 na Universidade de Yale. A motivação inicial para o desenvolvimento dos DRGs foi criar um quadro eficaz para monitorar a qualidade dos serviços em saúde e a utilização de serviços em um ambiente hospitalar.

**Objetivo:** o presente artigo é um estudo observacional retrospectivo, quem utiliza um grande número de casos de hospitalização e foi realizado exclusivamente por meio do exame de dados administrativos de gastos coletados da base de dados e-DAPY da Organização Nacional de Prestação de Serviços de Saúde (EOPYY) na Grécia. O banco de dados fornecido continha todas as hospitalizações classificadas para cada código KEN-DRG (cada país adequa o DRG as epidemias do local e por demanda de serviços hospitalares) para o período de janeiro a junho de 2013.

**Conclusão:** Os DRGs gerais explicam 28% dos gastos de recursos, enquanto os DRGs ajustados pela severidade da doença explicam 61%. Portanto, um sistema de pagamento por DRG ajustado pela severidade da doença parece ser muito mais equitativo do que um sistema de pagamento prospectivo DRG sem esse detalhamento. Conclui-se que a codificação correta do DRG é crucial para realizar o cálculo de gastos nos hospitais. Além disso, foi sugerido a auditoria de registros médicos atuais não

apenas para a precisão de codificação, mas para a adequação da documentação clínica subjacente pela equipe médica. O estabelecimento de um programa de gerenciamento de documentação clínica em colaboração com a equipe médica é uma maneira de garantir a documentação mais precisa e completa de cada diagnóstico e para o melhor procedimento para cada paciente. Também é crucial para a liderança dos hospitais entender que o envolvimento dos médicos na gestão aumentará sua responsabilidade.

**Fonte:** [Modern Economy, 2016, 7, 1584-1600](#)

### **GASTOS EM SAÚDE REFERENTES AO PARTO PREMATURO: UMA ANÁLISE DOS GASTOS EM SAÚDE ENTRE OS PERÍODOS GESTACIONAIS DURANTE OS TRÊS PRIMEIROS ANOS DO BEBÊ**

Título original: Cost effects of preterm birth: a comparison of health care costs associated with early preterm, late preterm, and full-term birth in the first 3 years after birth

Autores: Josephine Jacob, Moritz Lehne, Andrea Mischker, Normen Klinger, Claudia Zickermann, Jochen Walker

**Contextualização:** O parto prematuro, isto é, o parto ocorrido antes da 37ª semana de gestação, é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil. Além dos resultados adversos para a saúde durante o período perinatal (períodos de 22 semanas completas de gravidez e 7 dias completos antes do nascimento), existe também o aumento dos gastos em saúde. A média de parto de prematuros na Europa é de 6,2%, em países africanos de 11,9%, e a média mundial é de 9,6%.

**Objetivo:** Avaliar os custos associados ao parto prematuro em diferentes setores da saúde durante os 3 primeiros anos de vida dos bebês. O estudo foi realizado a partir de dados de beneficiários de uma operadora de saúde estatal Alemã entre 2011 e 2012. Os custos analisados foram: gastos médios em medicação, tratamento hospitalar, e o tratamento ambulatorial durante os primeiros três anos após o nascimento.

**Conclusão:** O estudo acompanhou um total de 5.947 recém-nascidos. A incidência de parto prematuro foi de 9,23%. Os gastos médios em saúde dos recém-nascidos prematuros abaixo

de 34 semanas durante o primeiro ano após o nascimento foram de \$74.009 euros, enquanto que os recém-nascidos prematuros entre 34 a 36 semanas apresentaram uma média de \$8.565 euros. Os nascimentos prematuros precoces representaram 11,51% dos custos gestacionais, apesar de constituírem apenas 0,39% de todos os nascimentos. As diferenças de custo entre as diferentes idades gestacionais diminuíram no segundo e terceiro ano de nascimento do bebê. O estudo concluiu que os gastos em saúde para nascimentos prematuros abaixo de 34 semanas durante o primeiro ano foram em grande parte oriundos de tratamentos hospitalares, contabilizando uma média de gastos de \$68.493 euros. Enquanto que, para prematuros entre 34 a 36 semanas, foi de \$7.534 euros e \$852 euros para após 37 semanas (o que é considerado período normal de nascimento). As seguradoras de saúde não observam a frequência de consumo antes da compra de seguro de saúde suplementar.

**Fonte:** [Eur J Health Econ DOI 10.1007/s10198-016-0850-x](#)

### **TAXA DE DESISTÊNCIA DO SEGURO DE SAÚDE NA POPULAÇÃO ADULTA: RESULTADOS DE UM ESTUDO NUM SISTEMA DE VIGILÂNCIA DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE NO NORTE DO VIETNÃ 2006-2013**

Título original: Health insurance drop-out among adult population: findings from a study in a Health and demographic surveillance system in Northern Vietnam 2006–2013.

Autores: Alexandersen, Anell, Kaarboe, Lehto, Tynkkynen, Vrangbaek.

**Contextualização:** O Seguro Social de Saúde (HI) foi introduzido pela primeira vez no Vietnã em 1992 (Decreto n° 299/1992) e atualmente é uma política fundamental para alcançar a Cobertura de Saúde Universal (UHC) no Vietnã. Inicialmente o HI foi criado para que tanto os trabalhadores formais quanto os pensionistas aderissem ao plano de saúde, e o restante da população poderia aceitar ou não aderir a cobertura. O governo apresentou uma estratégia na Lei de Seguro Saúde em 2008 para que cerca de 70% a 80% da população fosse coberta no período de 2015 a 2020. A cobertura de HI, aumentou de 10% da população em 1995 para 68,5% em 2012. No entanto, estender a cobertura para a população

em risco (população: rural, abaixo da linha da pobreza, e trabalhadores informais) está sendo um desafio para a política, pois as tentativas para o aumento da cobertura se reverterem em declínio de beneficiários.

**Objetivo:** Avaliar o perfil dos beneficiários adultos da área rural no norte do Vietnã entre 2006 e 2013. Os dados utilizados são do Sistema de Vigilância em Saúde e Demografia do distrito de Chi Linh, em Hai Duong, província do Vietnã (CHILILAB HDSS). Foram avaliadas 57.561 pessoas de 17.993 famílias, sendo que apenas 12,5% tinham idade superior a 65 anos.

**Conclusão:** Mais de 90% dos pesquisados haviam concluído o ensino médio ou superior (9,5% tinham menos do que o ensino médio). Mais da metade trabalhava como funcionários do governo ou em empresas / fábricas (apenas 29,8% trabalhavam como agricultores). A proporção de famílias pobres (identificada pelas autoridades locais) foi de 3,3%. A cobertura de HI entre os pesquisados aumentou gradualmente ao longo dos anos, de 56% em 2006 para 64,5% em 2013. Durante 2006-2013, enquanto 69% dos adultos tinham seguro de saúde em um determinado momento, 31% deles nunca tinham sido inscritos em qualquer seguro de saúde. Cerca de 21,2% dos pesquisados apresentaram desistência da cobertura HI ao longo do período analisado. As taxas de desistência do sistema de saúde foram mais elevadas entre os grupos etários mais jovens (entre os 35-44 anos a taxa foi de 30,3%), as pessoas com menor escolaridade, sendo elas: empregados formais (50,7%); pequenos comerciantes (34%); e os não-pobres (22,2%).

**Fonte:** [Global Health, Epidemiology and Genomics \(2016\), 1, e16, page 1 of 5. doi:10.1017/gheg.2016.14](#)

## MUDANDO OS PARADIGMAS DA AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA DA SAÚDE?

Título original: Changing Health Technology Assessment Paradigms?

Autores: Don Husereau; Chris Henshall; Laura Sampietro-Colom; Sarah Thomas; Chris Henshall

**Contextualização:** A Avaliação de Tecnologia da Saúde (ATS) tem como principal objetivo informar decisões sobre a cobertura/gastos para o

sistema público e privado de saúde e avaliar a necessidade de inserção de novas tecnologias, assim como, verificar a permanência de velhas tecnologias em sistemas de saúde com recursos limitados para adquiri-los. A estrutura do sistema de saúde está sofrendo mudanças como: a apresentação de novos modelos de governança, a evolução de novas tecnologias de informação, os novos modelos de prestação de serviço que visam melhorar a qualidade e eficiência. No entanto, esses avanços vão de encontro aos recursos limitados que os países vêm apresentando na saúde. O Fórum de Políticas de ATS, que ocorreu em 2 de fevereiro em 2016 em São Francisco nos Estados Unidos, reuniu os setores públicos e privados, que continuaram a discutir o tema abordado no Fórum de 2015. O principal ponto abordado é como fazer com que a ATS seja mais ágil para auxiliar o sistema de saúde a tomar decisões de qualidade.

**Objetivo:** Este artigo tem como objetivo resumir o que foi debatido no Fórum de ATS de fevereiro de 2016, destacando principalmente as questões associadas à mudança de paradigmas que foram identificadas na reunião entre os líderes do setor de saúde em ATS nos Estados Unidos.

**Conclusão:** O Fórum se concentrou em dois principais temas: repensar o debate científico e o engajamento de múltiplos atores (indústria, médicos, pacientes, etc); e repensar o valor, a acessibilidade e o acesso às tecnologias. O ponto de vista predominante na reunião era que qualquer abordagem para considerar a acessibilidade deveria também fazer parte de um diálogo mais amplo e mais antigo. Embora o diálogo "científico" precoce esteja cada vez mais estabelecido e contribua para melhorar a rapidez e a qualidade das decisões de avaliação e cobertura das novas tecnologias, ainda há uma necessidade ou envolvimento de todas as partes interessadas relevantes (indústria, reguladores, órgãos de ATS, operadoras, clínicos, gestores, e pacientes) em todos os estágios para melhorar o direcionamento da inovação e das novas tecnologias sobre as necessidades dos pacientes e do sistema de saúde e a introdução e gerenciamento eficazes deles ao longo da vida do paciente.

**Fonte:** [International Journal of Technology Assessment in Health Care, 32:4 \(2016\), 191-199](#)

# Saúde & Tecnologia

## ERROS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS DOS CUIDADORES NO CENÁRIO DOMICILIAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Título original: Carers' Medication Administration Errors in the Domiciliary Setting: A Systematic Review

Autores: Parand A, Garfield S, Vincent C, FranklinBD.

**Contextualização:** a literatura do Canadá e dos EUA sugerem que um número significativo de eventos adversos ocorre durante a atenção médica domiciliar. Por exemplo, 13% dos mais de 3 milhões de pacientes dos EUA que receberam cuidados de saúde domiciliar em 2003 sofreram um evento adverso. No Canadá, foi encontrada uma taxa de eventos adversos de 13,2 por 100 casos de assistência domiciliar. Uma revisão da literatura sugeriu que os eventos adversos medicamentosos (EAMs) são os eventos adversos mais comuns da assistência médica domiciliar.

**Objetivo:** revisar estudos sobre como os cuidadores causam e/ ou previnem erros de administração de medicamentos (EAMs) dentro do domicílio do paciente. Identificar tipos, prevalência e causas destes EAMs e quaisquer intervenções para os prevenir.

**Conclusões:** trinta e seis trabalhos responderam aos critérios de revisão narrativa. Os tipos mais comuns de EAMs foram: erros de dosagem, de administração omitida e de medicação errada. Outros tipos de EAMs foram: tempo errado de administração, via errada de administração, paciente errado, combinação inadequada com outras drogas, técnica de preparação errada, dar medicação com validade vencida, medicação com idade do paciente incompatível, não lavar equipamentos e não completar o tratamento ou não parar o tratamento. Dos estudos que se propuseram a examinar tipos específicos de medicamentos, foi encontrado que quase todos os pais (92,7%) de crianças com prescrição de antibióticos para otite média aguda relata-

ram dar menos do que o número prescrito de dias de antibióticos. No tratamento domiciliar de crianças com epilepsia, o medicamento *diazepam* não foi administrado pelos pais de acordo com as diretrizes de tratamento em 61% (20 de 33) dos casos. Os pais ou responsáveis entrevistados que administraram medicamentos quimioterápicos tiveram uma taxa de erro de administração de 7%. Uma revisão dos registros clínicos descobriu que 8% das visitas a um serviço de emergência para tosse/resfriados foram causadas por erros de medicação. Esta revisão mostra que o ambiente de cuidados domiciliares devem ser uma prioridade para o desenvolvimento de intervenções de segurança do paciente.

Fonte: [PLoS ONE 11\(12\): e0167204](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167204)

## PERCEPÇÕES E ATITUDES EM RELAÇÃO AOS RELATÓRIOS DE ERROS DE MEDICAÇÃO EM CLÍNICAS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS: UM ESTUDO QUALITATIVO NA MALÁSIA

Título original: Perceptions and Attitudes towards Medication Error Reporting in Primary Care Clinics: A Qualitative Study in Malaysia

Autores: Tho A. Samsiah, Noordin Othman, Shazia Jamshed e Mohamed Azmi Hassali

**Contextualização:** os erros de medicação (EMs) estão entre os erros mais comuns nos cuidados de saúde que podem causar consequências negativas para o resultado dos pacientes. Tais erros na prática de cuidados de saúde são principalmente resultados de fragilidades nos sistemas de trabalho. Para formular soluções de segurança adequadas, os erros e suas causas precisam ser identificados e compreendidos. Isto pode ser conseguido através da notificação de erros através de qualquer sistema de informação local ou nacional, como uma das ferramentas para detectar problemas atuais de segurança dos pacientes. Os objetivos dos sistemas de relatórios de erros são o aprendizado e o compartilhamento, bem como o intercâmbio de

informações de falhas passadas na assistência à saúde para melhorar a segurança dos pacientes. A chave para alcançar estes objetivos é a comunicação de erros através de um sistema nacional de comunicação, que permite a partilha das lições aprendidas para um público-alvo extenso. Em resposta à recomendação acima, inúmeras ferramentas de relatório de EMs foram construídas nacionalmente ou localmente, em muitos países e organizações de saúde. O Ministério da Saúde da Malásia introduziu o Sistema de Notificação de Erros de Medicação (MERS) em Agosto de 2009. O MERS é um sistema nacional de relatórios para EMs com o objetivo de recolher informação e manter uma base de dados adequada. A base de dados será analisada e utilizada como base para propor medidas corretivas adequadas.

**Objetivo:** explorar e compreender as percepções e atitudes dos participantes em relação à notificação de erros de medicação (EMs), o que facilita e o que dificulta a comunicação de EMs, por meio de um estudo qualitativo usando entrevistas de 31 profissionais de saúde em três estados na Malásia peninsular. Os participantes incluíram especialistas em medicina familiar, médicos, farmacêuticos, assistentes de farmacêuticos, enfermeiros e assistentes médicos. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente.

**Conclusões:** apesar da disponibilidade de um sistema de relatórios, a maioria dos participantes concordou que os EMs foram subnotificados. Profissionais de saúde em clínicas de cuidados primários compreenderam a importância de relatar EMs para melhorar a segurança do paciente. Suas percepções e atitudes em relação à notificação de EMs foram influenciadas por muitos fatores que afetam o processo de tomada de decisão de se informar ou não. Embora o processo seja complexo, ele é principalmente determinado pela gravidade do resultado dos erros.

**Fonte:** [PLoS ONE 11\(12\): e0166114.](#)

## ASSOCIAÇÕES COMBINADAS DE PESO CORPORAL E FATORES DE ESTILO DE VIDA COM MORTALIDADE POR TODAS AS CAUSAS E POR CAUSAS ESPECÍFICAS EM HOMENS E MULHERES: ESTUDO PROSPECTIVO DE COORTE

Título original: Combined associations of body weight and lifestyle factors with all cause and cause specific mortality in men and women: prospective cohort study

Autores: Veronese Nicola, Li Yanping, Manson JoAnn E, Willett Walter C, Fontana Luigi, Hu Frank B et al.

**Contextualização:** dados de estudos experimentais, epidemiológicos e clínicos indicam que a magreza está associada a maior saúde metabólica e menor risco de desenvolver diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e câncer. Entretanto, dados de alguns estudos epidemiológicos estão desafiando este conceito e sugerem que o excesso de peso e, possivelmente, até mesmo a obesidade moderada, estão associados a um risco reduzido de mortalidade. Porém, os estudos epidemiológicos que relataram que o excesso de peso e a obesidade poderiam estar associados à redução da mortalidade têm algumas limitações importantes. Por exemplo, não consideraram fatores de dieta e estilo de vida, não excluíram participantes com doenças crônicas e tiveram uma curta duração de seguimento.

**Objetivo:** neste grande estudo prospectivo de coorte, examinou-se as associações conjuntas de IMC e fatores de estilo de vida com mortalidade por todas as causas, por câncer e doenças cardiovasculares, entre 74.582 mulheres do *Nurses Health Study* (NHS, 1980-2012) e 39.284 homens do *Health Professionals Follow-up Study* (HPFS, 1986-2012) dos EUA que estavam livres de doenças cardiovasculares e câncer e acompanhados por mais de 32 anos. A hipótese básica foi que indivíduos que eram magros tinham o menor risco de mortalidade, particularmente se o peso normal foi associado com o exercício regular, uma dieta saudável e não fumar.

**Conclusões:** as pessoas na faixa de IMC en-

tre 18,5-22,4 com altos níveis de atividade física, dietas saudáveis e consumo moderado de álcool e que não fumam têm uma taxa substancialmente menor de mortalidade prematura. Um ou mais comportamentos de baixo risco também reduzem significativamente o risco de mortalidade em indivíduos obesos e com sobrepeso. Os dados sugerem que a relação em forma de U entre o IMC e a mortalidade observada em muitos estudos epidemiológicos é impulsionada por uma super-representação em nossas sociedades de indivíduos magros devido a condições metabólicas e patológicas crônicas causadas pela exposição ao tabagismo, um estilo de vida sedentário e/ou dietas insalubres. Finalmente, os resultados indicam que a magreza induzida por estilos de vida saudáveis é a melhor maneira de promover a longevidade saudável e reduzir o risco de morte prematura.

**Fonte:** [BMJ 2016;355:i5855](#)

### COMPARAÇÃO DAS TAXAS DE SEGURANÇA E NOTIFICAÇÃO DE RESULTADOS DE ENSAIOS PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS APROVADOS NA UNIÃO EUROPEIA E NOS ESTADOS UNIDOS: ESTUDO DE COORTE

Título original: Comparison of rates of safety issues and reporting of trial outcomes for medical devices approved in the European Union and United States: cohort study

Autores: Thomas J Hwang, Elisaveta Sokolov, Jessica M Franklin, Aaron S Kesselheim

**Contextualização:** dispositivos médicos desempenham um papel importante na assistência ao paciente, mas a aprovação dos dispositivos e sua regulamentação são tratados de forma diferente na União Europeia (UE) e nos Estados Unidos (EUA). Na UE, os dispositivos são aprovados por órgãos privados e podem ser comercializados se funcionarem “como previsto” (satisfazendo critérios de desempenho e segurança) – mas geralmente não exigem provas de eficácia para a maioria dos dispositivos. Em contraste, nos EUA, os dispositivos de alto risco devem demonstrar segurança razoável e

eficácia antes que possam ser utilizados pelos pacientes e, geralmente, é necessário a realização de ensaios clínicos prospectivos requeridos pela *US Food and Drug Administration* (FDA). Assim, muitos dispositivos de alto risco são aprovados mais rapidamente na UE do que nos Estados Unidos. Por exemplo, um relatório da FDA destacou 12 dispositivos que foram aprovados na UE (mas não nos EUA) e que mais tarde foi considerado inseguro ou ineficaz.

**Objetivo:** um estudo de coorte para identificar novos dispositivos médicos de alto risco aprovados na UE através da *Conformité Européenne* entre 2005 e 2010 e avaliar as questões de segurança relacionadas com estes dispositivos bem como a publicação dos principais resultados dos ensaios. O foco foi em dispositivos cardiovasculares, neurológicos e ortopédicos, que representam a maioria dos dispositivos de alto risco utilizados na prática clínica.

**Conclusões:** 67% (206/309) dos dispositivos identificados foram aprovados nos EUA e na UE, dos quais 63% (129/206) foram aprovados primeiro na UE. A taxa não ajustada de alertas de segurança e *recalls* para os dispositivos aprovados pela primeira vez na UE foi de 27% (62/232) em comparação com 14% (11/77) para dispositivos aprovados primeiro nos EUA. Verificou-se que, no geral, um quarto dos dispositivos do estudo foram associados com questões de segurança, que vão desde as comunicações sobre avisos de segurança e *recalls*, depois que eles chegaram ao mercado. Os dispositivos aprovados pela primeira vez na UE também foram associados a uma taxa quase três vezes maior de alertas e *recalls* de segurança. Dessa maneira, os dispositivos aprovados pela primeira vez na UE estão associados a um risco acrescido de alertas e *recalls* de segurança pós-comercialização. A fraca taxa de publicação de ensaios significa que pacientes e clínicos precisam de maior transparência regulatória para tomar decisões informadas sobre o tratamento.

**Fonte:** [BMJ 2016;353:i3323](#)

## O IMPACTO DO SEGURO DE SAÚDE NA UTILIZAÇÃO DE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PARA O PARTO NAS FILIPINAS

---

Título original: The Impact of Healthcare Insurance on the Utilisation of Facility-Based Delivery for Childbirth in the Philippines

Autores: Hebe N. Gouda, Andrew Hodge, Raoul Bermejo, III, Willibald Zeck, Eliana Jimenez-Soto

**Contextualização:** nos últimos anos, o governo das Filipinas embarcou em um ambicioso programa de Assistência Universal à Saúde, apoiado pela rápida ampliação da cobertura de seguro subsidiada para populações pobres e vulneráveis. Em 2008, o Governo Nacional das Filipinas aderiu uma estratégia para reduzir a mortalidade materna e neonatal, o que incluiu uma ampliação da prestação de cuidados de saúde (traduzido de: *facility-based delivery* – FBD) que podem ocorrer em um estabelecimento de saúde público, privado ou não governamental.

**Objetivo:** examinar o impacto que as recentes reformas de expansão da cobertura de seguro saúde tiveram, por meio de um levantamento transversal conduzido pelo Instituto Nacional de Estatística das Filipinas de 12 de agosto de 2013 a 24 de setembro de 2013. Um total de 14.804 domicílios foram pesquisados, com uma taxa de resposta de 99,4%.

**Conclusões:** os resultados revelaram que a probabilidade das mulheres que estão seguradas usarem um serviço é de 5 a 10 por cento maior do que para aqueles sem seguro. O impacto do seguro de saúde é mais nítido entre as mulheres rurais e pobres para quem o seguro leva a uma probabilidade de 9 a 11 por cento maior da utilização do serviço de saúde. Conclui-se que o aumento da cobertura de seguro de saúde provavelmente será uma abordagem eficaz para aumentar o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Os resultados sugerem que, quando tal cobertura é subsidiada, como é o caso nas Filipinas, as mulheres de populações pobres e rurais são as que mais se beneficiam.

**Fonte:** [PLoS ONE 11\(12\): e0167268.](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167268)



## INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### NOTA METODOLÓGICA

---

A cada bimestre, a equipe de pesquisadores do IESS seleciona os artigos mais interessantes, consistentes e relacionados às áreas de interesse dos atores da saúde suplementar. Essas pesquisas são feitas nas revistas científicas de grande impacto no meio acadêmico e de reconhecido valor pela sociedade, bem como de instituições renomadas.

Revistas pesquisadas na área de Economia & Gestão: AHIP; ALTARUM; Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); Centre of Excellence in Population Ageing Research (CEPAR); Health Economics; Health Economics Review; Healthcare Cost Institute; HERC; International Federation of Health Plans; Journal of Health Economics; Journal of Risk and Insurance; Kaiser Family Foundation; NIHCM Foundation; OCDE; PWC - Health Research Institute; RAND Corporation; The Commonwealth Fund; The Geneva Papers on Risk and Insurance; World Bank.

Revistas pesquisadas na área de Saúde & Tecnologia: ALTARUM; Age & Ageing; American Journal of Health Promotion; American Journal of Managed Care; Australian Institute for Population Ageing Research (AIPAR); Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde; British Medical Journal (BMJ); Geneva Association; Health Promotion International; International Journal of Epidemiology; International Journal of Technology Assessment in Health Care; JAMA; NBER Bulletin on Aging and Health; PLOS ONE Health Care; Population Health Management; SHADAC; The Lancet; WHO.

### Equipe IESS

Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo

Amanda Reis - Pesquisadora

Natalia Lara - Pesquisadora

Bruno Minami - Pesquisador

### IESS

Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42  
CEP 04534 004, Itaim Bibi, São Paulo, SP

Tel (11) 3706.9747  
[contato@iess.org.br](mailto:contato@iess.org.br)