

# Boletim Científico IESS

## Edição: 3º bi/2015

*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

## COMO A CONCENTRAÇÃO DE MERCADO DAS SEGURADORAS DE SAÚDE E O PODER DE BARGANHA COM HOSPITAIS AFETAM OS PRÊMIOS DO SEGURO SAÚDE?

Título original: How do health insurer market concentration and bargaining power with hospitals affect health insurance premiums?

Autores: Trish, E. & Herring, B

**Contextualização:** O setor de saúde dos Estados Unidos tem se tornado cada vez mais consolidado. A onda de fusões de hospitais que ocorreu na década de 1990 está dando lugar à consolidação na indústria de seguros de saúde.

**Objetivo:** Neste artigo, o objetivo é analisar como se comporta o mercado de seguro saúde frente ao poder de barganha dos hospitais em relação aos efeitos nos prêmios de seguro saúde oferecidos pelo empregador.

**Conclusão:** Os autores concluíram que uma maior concentração no mercado de seguros saúde tem maior probabilidade de resultar em aumentos de preços em locais onde há alta concentração do setor hospitalar.

Fonte: Journal of Health Economics, V. 42, p. 104-114, 2015.

## AUTÔNOMOS E O PAPEL DO SEGURO SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS

Título original: Self-employment and the role of health insurance in the U.S.

Autores: Gumus, G. & Regan, T.

**Contextualização:** Nos Estados Unidos, afirmam os autores, para engajar-se num empreendimento próprio os indivíduos têm de tomar a decisão de deixar um trabalho com carteira assinada e, com isso, perder o acesso à cobertura de um seguro saúde, destacando-se que nesse país não existe um sistema universal de saúde gratuito. O custo e a disponibilidade de seguro de saúde têm sido apontados como algumas das principais preocupações para as pequenas empresas nos Estados Unidos. Os trabalhadores autônomos e aqueles que trabalham para as empresas pequenas (menos de 10 empregados) representam mais de um terço dos trabalhadores não idosos sem cobertura de

seguro-saúde.

**Objetivo:** Nesse artigo é investigado o papel do seguro de saúde nas seguintes tomadas de decisão: (i) deixar um emprego assalariado e tornar-se autônomo, e (ii) deixar de ser autônomo e se tornar assalariado.

**Conclusão:** Os homens casados com esposas assalariadas que eram titulares do plano de saúde apresentaram uma taxa de 2,9% de migração para o trabalho autônomo enquanto que a taxa para os homens cujas esposas não tinham titularidade de plano de saúde empresarial foi de 2,1%. A posse de plano de saúde comprado diretamente pelo indivíduo foi um determinante significativo da permanência no trabalho autônomo. Um trabalhador assalariado é cerca de 4,1 pontos percentuais menos propensos a se tornar autônomo se ele é o titular do plano de saúde da família. Os resultados demonstraram ainda que deduções fiscais para a compra de seguro de saúde individual não necessariamente incentivam os trabalhadores assalariados a se tornarem autônomos, mas pode ter impacto sobre a decisão de autônomos a permanecerem autônomos.

Fonte: Journal of Business Venturing. V. 30, p. 357-374, 2015.

## PAGANDO PELA QUANTIDADE E PELA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: OS FUNDAMENTOS E A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE MODELO DE PAGAMENTO NA INGLATERRA

Título original: Paying for the quantity and quality of hospital care: the foundations and evolution of payment policy in England

Autores: Grasic, K. et al.

**Contextualização:** A maioria dos países têm adotado alguma forma de pagamento prospectivo para incentivar a prestação eficiente de cuidados, usando geralmente variantes locais de grupos de diagnóstico relacionados (DRGs), tais como os grupos de recursos de saúde (HRGs), usados na Inglaterra.

**Objetivo:** Esse artigo possui um objetivo duplo: (i) descrever a evolução e a estrutura dos HRGs na Inglaterra e a forma como os custos são calculados para os pacientes atribuídos a cada

HRG; (ii) explicar como os pagamentos são feitos, como a política evoluiu no sentido de incentivar a melhoria da qualidade e como o pagamento prospectivo está sendo aplicada fora de ambientes hospitalares.

**Conclusão:** O sistema de classificação de grupos de diagnóstico do Reino Unido foi lançado em 1991, depois de uma primeira versão refinada do sistema norte-americano (DRG-1987). No início o HRG foi usado para benchmarking, fornecendo uma base para a avaliação de desempenho comparativo dos hospitais. Ao final dos anos 1990, os HRGs estavam sendo usados com fins contratuais. Entre 2003 e 2004, o Governo do Reino Unido introduziu um sistema de pagamento prospectivo no sistema de saúde, onde os hospitais receberiam um pagamento fixo por paciente, dependendo do HRG no qual cada paciente foi alocado. Esse modelo foi chamado de 'Pagamento por Resultados' (PBR). Em 2013, o PBR foi substituído pelo *National Tariff Payment System* que expandiu o pagamento prospectivo para além da assistência hospitalar, abrangendo de forma mais geral os serviços do sistema nacional de saúde (NHS). Todos os hospitais do NHS são obrigados a comunicar a sua atividade e seus custos unitários anualmente ao Departamento de Saúde do governo.

Fonte: Health Economics Review, V. 5, N. 15, 2015.

## TENDÊNCIAS NA AQUISIÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE, 2013-15

Título original: Trends In Health Insurance Enrollment, 2013–15

Autores: Carman, K. et al.

**Contextualização:** Nos Estados Unidos, o Affordable Care Act (ACA), uma lei federal sancionada em 2010 com objetivo de reformular o sistema de saúde americano, prevê a ocorrência de um período no ano em que as pessoas podem inscrever-se em planos de saúde, mudar de planos e obter subsídios para aquisição do plano. Há evidência de que cerca de dez milhões de pessoas obtiveram cobertura de seguro saúde após o primeiro período de abertura de inscrições pelo ACA, que ocorreu entre out/2013 e abr/2014. Apesar disso, cerca de 16% da população dos EUA continuava sem seguro em 2014.

**Objetivo:** Nesse artigo, são investigadas as mudanças na cobertura de seguro saúde após

a segunda abertura para inscrição num seguro saúde estimulada pelo ACA, que ocorreu entre Nov/2014 e Fev/2015. Foram utilizados dados longitudinais da base de dados *RAND Health Reform Opinion Study*, que permitiu aos autores estimar as transições entre os tipos de cobertura de seguro. O estudo se concentrou em adultos com idades entre 18-64 anos, o grupo mais provável de ter sido afetado por expansões de cobertura previstas pelo ACA.

**Conclusão:** Os resultados obtidos nesse estudo sugerem que a cobertura de seguro saúde tem continuado a aumentar desde que as principais disposições do ACA entraram em vigor. Os autores estimaram que entre set/2013 e fev/2015, a inscrição de pessoas no Medicaid aumentou em 9,6 milhões, em termos líquidos; nos planos do Marketplace<sup>1</sup>, as inscrições líquidas foram de 11,2 milhões e em seguros patrocinados pelo empregador, 8,0 milhões. Entre os que passaram a ter cobertura, a maior parte se inscreveu em planos patrocinados pelo empregador, seguidos pelo Medicaid, os Marketplaces, outras fontes de seguros e planos que não são para grupos.

Fonte: Health Affairs, V. 34, n.6, 2015.

## IMPACTO DA LITERACIA<sup>2</sup> EM SAÚDE SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS GASTOS COM SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS

Título original: Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure

Autores: Rasu, R. et al.

**Contextualização:** Literacia em saúde é um aspecto importante da assistência ao paciente. Literacia em saúde é definida como “o grau em que um indivíduo pode obter, comunicar, processar e compreender a informação básica de saúde e os serviços para tomar decisões de saúde adequadas”. Estima-se que apenas um em cada 10 adultos nos Estados Unidos possuem literacia em saúde. Os autores destacam que há níveis de literacia: (i) Literacia em saúde abaixo do básico indicam a capacidade apenas para executar tarefas como anotar a data da consulta. (ii) Literacia no nível básico indica a capacidade de, por exemplo, dar 2 razões por que é necessário para uma pessoa fazer um exame de diagnóstico para uma doença específica, usando a evidência de um

<sup>1</sup> Marketplace é o website que cada estado americano disponibiliza para comparação de preços de seguro de saúde subsidiado.  
<sup>2</sup> Capacidade para perceber e interpretar o que é lido. “literacia”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/literacia> [consultado em 11-03-2016].

panfleto. (ii) Os indivíduos com literacia intermediária podem executar tarefas moderadamente exigentes, tais como, estabelecer em que momento uma pessoa pode tomar uma medicação prescrita a partir das instruções da bula. (iii) Indivíduos com nível de literacia proficiente são capazes de realizar tarefas mais complexas e desafiadoras como, por exemplo, calcular a sua parte dos custos de saúde dos trabalhadores de uma mesa.

**Objetivo:** Os autores examinaram o impacto da literacia em saúde na utilização de serviços de saúde (consultas médicas e outras consultas ambulatoriais, atendimentos de emergência) e nos gastos com saúde.

**Conclusão:** Aproximadamente 22% dos indivíduos apresentaram literacia em saúde

baixa ou abaixo de baixa. Esses indivíduos apresentaram maior média de consultas médicas (5,8), consultas ambulatoriais (4,1), visitas à emergência (0,2), quando comparados com os adultos com literacia em saúde acima do básico (4,5; 2,7; 0,1 respectivamente). Para todos os tipos de consultas médicas as pessoas com literacia abaixo do básico tiveram maior número de consultas. Aqueles com nível de literacia abaixo do básico ou básico tiveram maior gastos do que os de literacia acima do básico: consultas médicas (US\$ 1.276 vs US\$ 720), visitas a emergências (US\$ 152 vs US\$ 99,8) e medicamentos (US\$ 3.835 vs US\$ 896). Os autores estimaram que os custos anuais associados com a baixa literacia em saúde são de US\$215,1 bilhões.

Fonte: International Journal of Health Policy and Management, v. 4, n. 11, p. 747-755, 2015.

# Saúde & Tecnologia

## INSEGURANÇA ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM ESCOLARES DO PRIMEIRO ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL DA REDE MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Autor: Keli Vicenzi, Ruth Liane Henn, Ana Paula Weber, Vanessa Backes, Vera Maria Vieira Paniz, Talita Donatti, Maria Teresa Anselmo Olinto

**Contextualização:** No Brasil, segundo os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, 34% das crianças com idades entre cinco e nove anos apresentavam excesso de peso, sendo que 14% delas encontravam-se obesas. Alguns fatores que têm sido implicados na ocorrência da obesidade, como peso de nascimento, aleitamento materno, padrões alimentares, prática de atividade física, influência do ambiente familiar (obesidade dos pais), condições socioeconômicas da família e insegurança alimentar, essa última abordada no estudo. A insegurança alimentar ocorre quando não é garantido o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente

**Objetivo:** Avaliar a associação entre insegurança alimentar e excesso de peso em escolares do 1º ano do Ensino Fundamental das escolas municipais de São Leopoldo, Rio Grande do Sul. Para isso, foram avaliadas 782 crianças, no ano de 2011, em relação à altura, peso e insegurança alimentar (utilizando a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - EBIA).

**Conclusões:** Os autores identificaram elevada porcentagem de insegurança alimentar e excesso de peso, visto que 45,1% das famílias apresentavam algum grau de insegurança alimentar e 38,1% dos escolares apresentavam excesso de peso. O elevado número de famílias com insegurança alimentar no estudo poderia ser explicado pelas características econômicas da amostra estudada, uma vez que 82,3% dos escolares pertenciam aos estratos econômicos D e E. Em relação à prática de atividade física, foi identificado que menos da metade da amostra (40,9%) referiu ter praticado atividades nos sete dias anteriores à entrevista e 83,1% dos escolares passavam 2 horas ou mais por dia na frente da

televisão, do computador ou jogando videogame. Os autores identificaram associação inversa e significativa da insegurança alimentar com o excesso de peso: entre os escolares de famílias que apresentaram insegurança alimentar, a probabilidade de excesso de peso foi 22% menor do que àqueles de famílias que não apresentaram insegurança alimentar.

Fonte: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(5):1084-1094, mai, 2015

## I REGISTRO BRASILEIRO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA – ASPECTOS CLÍNICOS, QUALIDADE ASSISTENCIAL E DESFECHOS HOSPITALARES

Autores: Denilson Campos de Albuquerque, João David de Souza Neto, Fernando Bacal, Luiz Eduardo Paim Rohde, Sabrina Bernardes-Pereira, Otavio Berwanger, Dirceu Rodrigues Almeida.

**Contextualização:** A insuficiência cardíaca (IC) tem sido apontada como um importante problema de saúde pública e umas das principais causas de hospitalização de adultos no Brasil

**Objetivo:** Descrever as características clínicas, tratamento e prognóstico intra-hospitalar de pacientes admitidos com IC aguda. Para isso, foram avaliados, entre fevereiro de 2011 a dezembro de 2012, pacientes acima de 18 anos com diagnóstico definitivo de IC, admitidos em 51 hospitais públicos ou privados em 21 cidades do Brasil.

**Conclusões:** Foram incluídos um total de 1.263 pacientes (64 ± 16 anos, 60% mulheres). As comorbidades mais comuns foram hipertensão arterial (70,8%), dislipidemia - níveis elevados de gordura no sangue (36,7%) e diabetes (34%). Na análise das etiologias por região, os pacientes provenientes das regiões Sul, Sudeste e Nordeste apresentaram predominância da etiologia isquêmica (que ocorre quando há desequilíbrio na oferta e na demanda de oxigênio) (33,6%, 32,6%, 31,9%, respectivamente), os pacientes da região Norte apresentaram predominância da etiologia hipertensiva (37,2%) e os pacientes da região Norte da etiologia chagásica (causado pela doença de Chagas) (42,4%). As principais causas de descompensação da IC foram má

aderência medicamentosa (entre os pacientes com doenças crônicas, aproximadamente 50% não tomavam medicamentos como prescritos), seguida de infecções (23%) e controle inadequado da ingestão de água e sódio (9%). O estudo demonstrou uma alta mortalidade intra-hospitalar, que afetou 12,6% do total dos pacientes. Além disso, foi demonstrada uma baixa taxa de prescrição de medicamentos baseados em evidências e baixa orientação em relação ao tratamento das doenças (63,7% dos pacientes receberam orientações na alta hospitalar sobre a correta tomada da terapia medicamentosa, enquanto que apenas 34,9% e 16,2% foram orientados sobre a dieta a ser seguida em domicílio e prescrição de atividade física, respectivamente). Os principais achados do estudo apontados pelos autores foram: 1) um perfil populacional de pacientes predominantemente idosos, principalmente nas regiões Sul e Sudeste do Brasil; 2) má aderência medicamentosa foi o fator associado com mais frequência à descompensação; 3) a prescrição de medicamentos de acordo com as evidências atuais foi abaixo do esperado para esta população; e 4) elevada taxa de mortalidade intra-hospitalar. Os autores finalizam com a discussão que novas estratégias devem ser adotadas a fim de assegurar melhoria na qualidade do atendimento hospitalar da IC aguda no Brasil.

Fonte: Arq Bras Cardiol. 2015; 104(6):433-442

### **FALTA DE SEGURO DE SAÚDE PRIVADO ESTÁ ASSOCIADA A MAIOR MORTALIDADE POR CÂNCER E OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS, MÁ QUALIDADE DA DIETA E MARCADORES INFLAMATÓRIOS NOS ESTADOS UNIDOS.**

Título original: Lack of private health insurance is associated with higher mortality from cancer and other chronic diseases, poor diet quality, and inflammatory biomarkers in the United States

Autores: Marisa A. Bittoni, Randy Wexler, Colleen K. Spees, Steven K. Clinton, Christopher A. Taylor

**Contextualização:** Embora o *Affordable Care Act* ter resultado em um adicional de 12 milhões de pessoas com seguro de saúde nos Estados Unidos, estima-se que 31 milhões de americanos permanecerão sem seguro até 2024. A falta de

seguro de saúde reduz o acesso aos cuidados em saúde – os adultos, nos Estados Unidos, que não têm seguro saúde e que sofrem de câncer, doenças cardiovasculares (DCV), acidente vascular cerebral, asma e outras doenças crônicas são mais propensos a terem resultados de saúde mais pobres, redução da qualidade de vida e morte prematura.

**Objetivo:** Avaliar os efeitos de seguro de saúde sobre a mortalidade por câncer e por doenças crônicas, bem como as inter-relações com a dieta, obesidade, tabagismo e biomarcadores. O presente estudo examinou a hipótese de que a maior mortalidade das pessoas que não possuíam seguro de saúde era em parte explicada pela maior prevalência de fatores de um estilo de vida de risco desse grupo. Para isso, os autores avaliaram 8950 participantes do estudo NHANES III (*Third National Health and Nutrition Examination Survey*) do momento de entrada no estudo até a sua morte ou até 01 de dezembro de 2006. Os autores exploraram a associação entre: (i) obesidade e ter ou não seguro de saúde sobre o risco de mortalidade; e (ii) a associação entre a proteína C-reativa (PCR) e ter ou não seguro de saúde sobre a mortalidade (Observação: a proteína C-reativa é um biomarcador inflamatório que mostrou associações com câncer e outras doenças).

**Conclusões:** Foi encontrado riscos de mortalidade substancialmente maiores no grupo sem seguro privado de saúde (35%) do que no grupo com seguro privado (24%) para todas as causas. Elevada proteína C-reativa, tabagismo, redução da qualidade da dieta e maior IMC foram mais prevalentes em pessoas com seguro público e também foram associados com risco aumentado da mortalidade por câncer e por doenças crônicas. Após o ajuste por fatores de estilo de vida, ter ou não seguro privado de saúde foi fortemente associado com mortalidade por câncer e por doenças crônicas. Os autores concluíram que possuir seguro de saúde privado é, de fato, associado a um risco reduzido da mortalidade por câncer e outras doenças crônicas nos Estados Unidos. Os resultados sugerem que uma cobertura inadequada de seguro de saúde resulta em uma maior necessidade de estratégias preventivas que incidem sobre o controle do tabagismo, obesidade e melhoria da qualidade da dieta.

Fonte: Preventive Medicine 81 (2015) 420–426

## IDENTIFICAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE UTILIZADOS PELOS PACIENTES PARA ESCOLHER OS PRESTADORES SECUNDÁRIOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM MISTA

Título original: Identifying Quality Indicators Used by Patients to Choose Secondary Health Care Providers: A Mixed Methods Approach  
Autores: Dominic King; Sameer Zaman; Saman Sara Zaman; Gurnaaz Kaur Kahlon; Aditi Naik; Amar Singh Jessel; Niraj Nanavati; Akash Shah; Benita Cox; Ara Darzi.

**Contextualização:** Pacientes do Reino Unido, dos Países Baixos e dos Estados Unidos podem agora escolher os prestadores de saúde que melhor atendem suas necessidades e preferências. Prover a escolha dos pacientes é importante na promoção da concorrência entre os prestadores, com o objetivo de melhorar a qualidade e a eficiência dos cuidados em saúde. A utilização de sites e aplicativos para comparar a qualidade dos serviços de saúde disponíveis vem aumentando. Por exemplo, os pacientes podem agora comparar hospitais por meio de indicadores de qualidade e desempenho, tais como os tempos de espera, equipe e segurança do paciente no website da Comissão de Qualidade do Cuidado (*Care Quality Commission*), um regulador independente dos cuidados em saúde da Inglaterra. Embora as tecnologias móveis são frequentemente apresentadas como uma solução para os desafios da informática em saúde, muitas vezes há uma falta de pesquisas rigorosas que sustenta o seu desenvolvimento e avaliação

**Objetivos:** Gerar uma lista de indicadores de qualidade que foram considerados, pelo público em geral, importantes na escolha de serviços secundários de saúde e não emergenciais. A intenção dos autores é a utilização dos resultados do estudo em um aplicativo para consumidores (app mHealth). Para isso, os autores: (i) identificaram os principais indicadores em uma revisão da literatura e os categorizaram; (ii) formularam uma lista ordenada de indicadores de desempenho; (iii) entrevistaram grupos focais em Londres, entre novembro de 2011 e junho de 2013, para explorar a lógica atrás da classificação dos indicadores.

**Conclusões:** O estudo apoiou o desenvolvimento e a avaliação de um aplicativo móvel para a

classificações de hospitais. Os indicadores de qualidade foram divididos em quatro categorias: “Estatística do hospital” (taxas de infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina; taxas de readmissão; taxas de mortalidade; taxas de infecção de ferida; tempo de espera); “Equipe do hospital” (simpatia, respeito e competência), “Instalações do hospital” (limpeza, higiene, disponibilidade de enfermarias separadas por sexo, qualidade da comida, padrão das instalações); e “Acesso ao hospital” (distância da casa, custo da viagem, tempo percorrido, disponibilidade de estacionamento para carro). A categoria “Acesso ao hospital” foi considerado o menos importante dentre os demais. Os indicadores mais importantes dentro das categorias foram: A competência do pessoal na categoria equipe do hospital; a limpeza e o avanço das instalações eram igualmente importantes na categoria instalações do hospital; e a facilidade de deslocamento para o hospital foi o item mais importante na categoria acesso ao hospital. Todos os indicadores de qualidade dentro da categoria estatísticas do hospital eram igualmente importantes.

Fonte: *JMIR mHealth uHealth* 2015;3(2):e65

## ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS MATERNAS NO BRASIL

Autores: Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Elaine Fernandes Viellas, Marcos Augusto Bastos Dias, Jacqueline Alves Torres, Mariza Miranda Theme-Filha, Silvana Granado Nogueira da Gama e Maria do Carmo Leal

**Contextualização:** No Brasil, observa-se uma cobertura crescente da assistência pré-natal desde os anos 1990. No entanto, problemas na adequação da assistência pré-natal têm sido relatados por diversos estudos de âmbito local

**Objetivo:** O objetivo deste estudo foi estimar o grau de adequação da assistência pré-natal no Brasil segundo parâmetros do Ministério da Saúde e verificar a existência de associação entre esse grau de adequação e características demográficas, sociais e econômicas das mulheres brasileiras. Para isso, foram avaliadas 17.060 mulheres entre 2011 e 2012 nas diferentes regiões

do país.

**Conclusões:** Foi observado um início precoce da atenção pré-natal (início até a 12ª semana gestacional) em 53,9% das gestantes, um número adequado de consultas em 73,2% das pacientes, uma orientação para a vinculação da gestante a uma maternidade de referência em 58,7% e uma assistência pré-natal global adequada em 21,6%. Em relação aos exames preconizados (glicemia de jejum, urina, sorologia para sífilis, sorologia para HIV e ultrassonografia), foi encontrado um registro de pelo menos um exame em 62,9% das pacientes. A maior adequação de todos os componentes foi observada em mulheres residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com idade superior a 20 anos, de cor da pele branca,

com mais anos de estudo, de classe econômica mais elevada, com trabalho remunerado, atendidas em serviços privados, que residiam com companheiro e primeiro parto. Em contrapartida, menor adequação do pré-natal foi observada em mulheres mais jovens, de pele preta, com mais de um filho, sem companheiro, sem trabalho remunerado, com menos anos de estudo, de classes econômicas mais baixas e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país. Os autores concluem que a assistência pré-natal no Brasil alcançou cobertura praticamente universal, mas persistem desigualdades regionais e sociais no acesso a um cuidado adequado.

Fonte: Rev Panam Salud Publica 37(3), 2015



**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

Elene Nardi - 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