

Boletim Científico IESS

Edição: 5º 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

FLUXO DE HOSPITALIZAÇÃO NOS SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO NO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

Título original: Hospitalization flow in the public and private systems in the state of Sao Paulo, Brazil

Autores: Rocha, J. et al.

Contextualização: A regionalização da saúde tem sido uma preocupação das autoridades de saúde por muitos anos, assim como a articulação entre os municípios exportadores e importadores de pacientes. Cada região tem um município-polo que concentra os recursos de assistência à saúde de nível secundário e terciário e receberia todo o fluxo de sua área de referência. Além disso, há recursos de diagnóstico e tratamento de nível intermediário nas cidades satélites do polo regional. Estudar o fluxo de internação em serviços públicos e privados pode contribuir para o conhecimento das necessidades e demandas da população, bem como a adequação da estrutura das regiões e comparações entre elas.

Objetivo: Descrever os fluxos migratórios de demanda por assistência hospitalar pública e privada entre as regiões de saúde do Estado de São Paulo. Os autores utilizaram dados de internação de 17 regiões de saúde do estado no ano de 2006.

Conclusão: Os resultados desse artigo indicam que, no caso do SUS, os municípios com evidência de forte atração migratória (de imigração) foram: Bauru, Ribeirão Preto, Barretos e São Paulo, ou seja, regiões que atraem o fluxo de doentes para cuidados no SUS. Por outro lado, as regiões que apresentaram forte emigração do SUS são Franca, Marília, Araraquara e Registro e Araçatuba, ou seja, regiões que estimulam a emigração e não conseguem cobrir a demanda local. A estimativa do índice de eficácia de migração indicou as regiões de São José do Rio Preto e Campinas, como aqueles que atraem a maioria hospitalizações por planos privados. A emigração em busca de assistência privada foi mais intensa em Registro, a região com a menor taxa de leitos/população, Araçatuba e Barretos.

Fonte: Revista de Saúde Pública, v. 49, n. 69, 2015.

PRINCIPAIS DETERMINANTES DO CRESCIMENTO RECENTE DAS DESPESAS COM SAÚDE NA CHINA: UMA ANÁLISE DE DECOMPOSIÇÃO

Título original: Main drivers of recent health expenditure growth in China: a decomposition analysis

Autores: Zhai, T. et al

Contextualização: A despesa total em saúde na China, em termos reais aumentou de 124,5 bilhões de ienes em 1993 para 1.165,6 bilhões de ienes em 2012, representando uma taxa de crescimento de 12,5% ao ano, que é maior do que o crescimento da economia do país (9,9% ao ano).

Objetivo: O objetivo deste estudo foi identificar os principais motores do crescimento com gasto com saúde da China no período de 1993 a 2012. Os autores decompõem a taxa de crescimento da despesa total de saúde em cinco componentes: crescimento populacional, envelhecimento da população, taxa de prevalência de doenças, custo por caso e efeito da inflação dos preços da saúde.

Conclusão: Os resultados indicaram que o crescimento da despesa total em saúde na China foi impulsionado principalmente por dois componentes: despesas reais por caso (principalmente neoplasias e doenças do sistema circulatório e respiratório) e inflação dos preços da saúde, que contribuíram, respectivamente, 8,2% e 3,0% do crescimento de 12,5% no total das despesas de saúde no período analisado. Os efeitos de fatores demográficos foram pequenos, com o envelhecimento e o crescimento da população cada um contribuindo com 1,0% e 0,7%, respectivamente. No entanto, durante o mesmo período, uma redução na prevalência da doença levou a uma economia de 0,4% das despesas de saúde.

Fonte: The Lancet, V. 386, Supplement 1, October 2015.

O EFEITO DA OBESIDADE E DE CONDIÇÕES CRÔNICAS SOBRE OS GASTOS DO MEDICARE, 1987-2011

Título original: The Effect of Obesity and Chronic Conditions on Medicare Spending, 1987-2011

Autores: Allen, L. et al

Contextualização: Diminuir a taxa de crescimento da despesa do programa Medicare (programa de cobertura de assistência à saúde para idosos provido pelo governo americano) é um objetivo-chave de política do governo americano. Os autores do artigo destacam que a crescente prevalência de doenças crônicas é responsável por grande parte desse crescimento.

Objetivo: O primeiro objetivo deste estudo é estimar a porcentagem de crescimento da despesa do Medicare que é atribuível ao aumento das taxas de prevalência de diabetes, nível de gordura alto no sangue (colesterol, triglicérides ou ambos), hipertensão e doenças cardíacas. O segundo objetivo do artigo é estimar quanto desse crescimento dos gastos relacionados à prevalência dessas doenças é atribuível ao aumento das taxas de obesidade.

Conclusão: O crescimento da prevalência de doenças cardíacas foi responsável por 13,6% do crescimento do gasto do Medicare e o crescimento da prevalência de gordura no sangue foi responsável por 58,9% do crescimento da despesa Medicare. Aproximadamente 17,0% do crescimento dos gastos atribuíveis ao aumento de diabetes podem ser atribuídos à obesidade e, portanto, são modificáveis. O aumento das taxas de obesidade contribui para a prevalência de doenças crônicas, que, por sua vez, pode levar a gastos do Medicare mais elevados.

Fonte: [Pharmacoeconomics](#), v. 33, n. 7, p.691-7, 2015.

O EXPERIMENTO DO ESTADO DE OREGON NA ENTREGA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E NA REFORMA DO MODELO DE PAGAMENTO: ORGANIZAÇÕES DE CUIDADO COORDENADO SUBSTITUINDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO (MANAGED CARE)

Título original: Oregon's Experiment in Health Care Delivery and Payment Reform: Coordinated Care Organizations Replacing Managed Care

Autores: Howard, S. et al.

Contextualização: O governo de Oregon, um dos 50 estados dos Estados Unidos, possui o Oregon Health Plan (OHP), que trouxe inovações para o programa Medicaid (programa de saúde social dos Estados Unidos para famílias e indivíduos de baixa renda e recursos limitados) desse estado. Desde os primeiros anos do OHP, o estado alocou quase todos os beneficiários em planos regionais de managed care. Para melhorar a sustentabilidade financeira do OHP, o Oregon transformou recentemente a forma como os cuidados de saúde são entregues: agora organizações de cuidados coordenados regionais (CCOs) recebem os orçamentos globais para a prestação integrada de serviços de saúde médicos, mentais e odontológicos.

Objetivo: O objetivo deste artigo é apresentar as principais características do modelo CCO que se destinam a melhorar a prestação de cuidados de saúde, reduzindo o crescimento dos custos. O artigo destaca como as CCOs diferem das organizações de managed care (MCOs) e descreve vários desafios de implementação do modelo CCO.

Conclusão: A CCO é constituída por uma rede de prestadores de cuidados de saúde hospitalares, ambulatoriais, mentais e odontológicos ligados a programas de saúde de financiamento público. Cada CCO recebe um orçamento global para entregar serviços aos beneficiários do OHP. As CCOs e os prestadores de serviços são obrigados a seguir diretrizes baseadas em evidências. O OHA incentiva as CCOs a utilizar métodos de pagamento dos prestadores que se baseiem em resultados de saúde e medidas de qualidade. Para garantir a responsabilização pelos resultados de saúde, as CCOs podem excluir da sua rede fornecedores com base no desempenho após a análise de indicadores, incluindo a falta de relatório sobre a qualidade dos cuidados ou relatório com indicadores financeiros e de resultado. Os relatórios dos indicadores são postados on-line trimestralmente. Um dos principais desafios desse novo modelo de prestação de cuidado está relacionado com a troca de informações de saúde entre os diversos prestadores e o plano de saúde - implementação de padrões de dados, construção de infraestruturas e superação da relutância dos prestadores em compartilhar dados.

Fonte: [Journal of Health Politics, Policy and Law](#), Vol. 40, N. 1, 2015.

AS DESPESAS PRIVADAS COM SAÚDE E A QUALIDADE EM SISTEMAS BEVERIDGE¹: DIFERENÇAS INTER-REGIONAIS NO SISTEMA DE SAÚDE ITALIANO

Título original: Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS.

Autores: Vecchio, M. et al.

Contextualização: A coexistência de financiamento público e privado é uma característica comum a muitos sistemas de cuidados de saúde. As despesas privadas com cuidados de saúde variam entre 15% e 30% da despesa total de saúde nos países da OCDE. Os autores do artigo afirmam que a literatura sugere uma correlação inversa entre a qualidade dos serviços públicos e os gastos privados.

Objetivo: O principal objetivo deste estudo é explorar a associação entre a qualidade dos cuidados de saúde pública e os gastos privados com saúde nos Sistemas de Saúde Regionais italianos (RHSs – são as subdivisões regionais do sistema de saúde, que possuem características próprias). A análise é realizada para o período de 2003 a 2012.

Conclusão: Os resultados indicam que há uma correlação positiva e significativa entre a qualidade da assistência à saúde pública e o gasto privado per capita entre as regiões italianas. Os autores afirmam que os resultados põem em questão a teoria de que uma melhor qualidade dos serviços públicos diminui os gastos privados com saúde, assim como também põem em questão afirmações de que maiores níveis de gastos privados são uma consequência direta de má qualidade no setor público.

Fonte: *Health Policy*, v. 119, p. 356–366, 2015.

¹ Neste tipo de sistema de saúde os cuidados de saúde são fornecidos e financiados pelo governo através de pagamentos de impostos. Muitos, mas não todos, dos hospitais e clínicas são de propriedade do governo; alguns médicos são funcionários do governo, mas há também médicos privados. Fonte: http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php

Saúde & Tecnologia

CESARIANAS NO BRASIL: SERÁ QUE VÃO PARAR DE AUMENTAR?

Título original: Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing?

Autor: Barros, F. et al.

Contextualização: O Brasil apresenta, juntamente com a China, a maior prevalência de cesarianas no mundo. Ambos os países são conjuntamente responsáveis pela metade de todas as cesarianas em todo o mundo. O aumento nas taxas de cesariana no Brasil fez com que os serviços de saúde tivessem que se adaptar para fornecer a estrutura, equipamento e pessoal necessário para o número crescente de cirurgias. Isso fez com que aumentassem os custos em saúde, uma vez que cesarianas são 40% mais caras do que partos vaginais. Além disso, há um risco maior de morte materna em cesarianas e um risco maior para a mãe e para o feto em uma outra gravidez.

Objetivo: Descrever as tendências, distribuição geográfica e fatores de risco para partos cesáreos no Brasil entre 2000 e 2011 e determinar se os esforços para limitar as taxas tiveram um impacto mensurável. Para isso, os autores utilizaram dados do DATASUS, no qual, no ano 2000, o banco registrou 3,2 milhões de nascidos vivos e, em 2011, 2,9 milhões.

Conclusões: As taxas de cesáreas aumentaram significativamente, passando de 37,9% em 2000 para 53,9% em 2011. Os resultados preliminares de 2012 mostrou uma taxa de 55,8%, sendo que as áreas geográficas mais ricas apresentavam as taxas mais elevadas. Na avaliação no nível municipal, as taxas de cesáreas foram bem diversas: vários municípios apresentaram taxas de 84% a 91%, sendo a maioria encontrados na região Sudeste. Em comparação, as menores taxas municipais (de 9% a 20%) referem-se às áreas do Norte e do Nordeste. As cesáreas foram mais comuns em mulheres com ensino superior, pele branca, idade avançada e em primíparas (a mulher em seu primeiro parto). Os autores encontraram que o número de estabelecimentos de saúde por 1000 habitantes era forte e positiva-

mente correlacionado com as taxas de cesáreas, com um aumento de 16,1 pontos percentuais para cada instalação. Na avaliação da influência do nível de pobreza, os autores encontraram que o aumento de 1 ponto percentual na taxa de pobreza é associado a uma redução de 0,5 ponto percentual nas taxas de cesarianas. As fortes associações com a densidade de estabelecimento de saúde sugerem que a grande maioria das cesarianas não são clinicamente indicadas. Os autores concluíram que, apesar de uma série de políticas e programas terem sido lançados para contrariar a tendência de aumento de cesarianas, esses não tiveram praticamente nenhum impacto.

Fonte: [Rev Panam Salud Publica 38\(3\), 2015.](#)

UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CENTRADO NA MULHER PARA A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DE CÂNCER DE PULMÃO EM UM MUNICÍPIO DE CUBA, 2012-2013

Título original: A Woman-centered Educational Program for Primary Prevention of Lung Cancer in a Cuban Municipality, 2012–2013

Autores: Cruz, A. et al.

Contextualização: O câncer do pulmão é a principal causa de morte por câncer em todo o mundo. Programas de educação de câncer de pulmão buscam o envolvimento de diferentes grupos em esforços para a promoção de hábitos saudáveis e estilos de vida.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi desenvolver um programa educacional centrado na mulher para fortalecer o conhecimento e promover um comportamento responsável que visa a prevenção primária de câncer de pulmão. Foram incluídas 133 mulheres de uma província de Cuba no estudo. Essas mulheres participaram de um programa realizado em três estágios: (i) O primeiro era a identificação das necessidades de aprendizagem das mulheres; (ii) o próximo estágio era o desenvolvimento de um programa educacional e (iii) o último estágio era a parte experimental, no qual as mulheres participavam do programa. Um ano depois, a influência que essas mulheres tiveram em sua família era avaliada. Os autores justificam a

escolha das mulheres pela maior influência que elas possuem em realizar mudanças dentro de casa.

Conclusões: As orientações passadas para as mulheres envolviam: danos causados pelo uso do tabaco (identificação de seus efeitos e associação com o câncer de pulmão); gestão ambiental (identificação de ações - ocupacional e doméstico - que reduzem o risco de câncer de pulmão); autocuidado (identificação de ações que uma pessoa deve executar para beneficiar seu corpo, preservar a saúde e prevenir o câncer de pulmão). Antes da intervenção, 82% das participantes eram altamente cientes dos danos relacionadas com o tabagismo, mas apenas 26% foram altamente ciente de práticas de gestão ambiental saudáveis em casa e 14% estavam bem informadas sobre o autocuidado. A proporção de participantes altamente cientes de danos relacionadas com o tabagismo subiu para 86,5%, e aqueles altamente ciente de gestão ambiental e do autocuidado aumentou para 66,2% e 83,5%, respectivamente. Um ano mais tarde, um impacto positivo sobre as famílias foi confirmado, predominantemente nas crianças. Os autores sugeriram que um programa educacional centrado na mulher pode aumentar a consciência e melhorar o comportamento de promoção da saúde relacionado ao câncer do pulmão.

Fonte: [MEDICC Rev. 2015 Oct;17\(4\):44-7.](#)

ANTECEDENTES E FUNDAMENTAÇÃO PARA A DECLARAÇÃO DA POSIÇÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA COMPORTAMENTAL (SOCIETY OF BEHAVIORAL MEDICINE): EXPANDIR A COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS PARA A EDUCAÇÃO E O APOIO DA AUTO-GESTÃO DO DIABETES

Título original: Background and rationale for the Society of Behavioral Medicine's position statement: expand United States health plan coverage for diabetes self-management education and support

Autores: Sharp, L. et al.

Contextualização: O diabetes é uma causa importante de doenças cardiovasculares e a causa principal da falha renal, da amputação não traumática de membros inferiores e de novos casos de cegueira. A Society of Behavioral Medicine (SBM), dos Estados Unidos, reconhece

que a autogestão do diabetes, a educação e o suporte aos pacientes são fundamentais para ensinar as pessoas a gerirem a sua doença e para diminuir as complicações relacionadas a ela. Estender o alcance e a prestação de trabalhos de educação e de suporte poderiam se traduzir em redução de complicações diabéticas e da utilização desnecessária de cuidados de saúde, assim como uma economia significativa de custos (a partir de uma perspectiva social, o diabetes custou, para os EUA, cerca de US \$ 245 bilhões em 2012). No entanto, esses serviços não atingem todos os pacientes do país devido à falta de cobertura de seguro, às barreiras políticas atuais ou à falha dos sistemas de saúde em fornecê-los.

Objetivo: Os autores fazem uma discussão em torno de programas de suporte à autogestão do diabetes. Ao final, são apresentadas sugestões da Society of Behavioral Medicine para a realização desses serviços.

Conclusões: A cobertura de programas de educação e de suporte ao diabetes é limitado no sistema de saúde dos Estados Unidos: no Medicare são cobertas 10h em programas de suporte à autogestão do diabetes e 3h da terapia nutricional médica. No entanto, esses programas só são cobertos durante o primeiro ano após o diagnóstico de diabetes, quando medicamentos são iniciados ou quando a pessoa é certificada por escrito por um prestador como sendo um paciente de alto risco para complicações. A Society of Behavioral Medicine, em uma política de expansão de cobertura dos planos à programas de educação e de suporte ao diabetes, sugere que: (i) legislações e políticas federais devem exigir que o Medicare, o Medicaid e seguradoras privadas reembolsem mais horas desse tipo de programa para todos os pacientes com diabetes e eliminem exigências burocráticas dos pacientes terem que comprovar que possuem a doença e; (ii) haja uma expansão do reembolso para organizações que oferecerem suporte à autogestão do diabetes, incluindo visitas médicas em grupos, reuniões presenciais, visitas com agentes comunitários de saúde e uso da tecnologia para auxiliar o suporte, como telefones celulares, aplicativos e mensagens de texto.

Fonte: [International Journal for Quality in Health Care, 2015, 1-7](#)

BENCHMARKING DE UNIDADES DE SAÚDE: UMA VISÃO INTERNACIONAL DE INICIATIVAS

Título original: Benchmarking facilities providing care: An international overview of initiatives

Autores: Thonon, F. et al.

Contextualização: O benchmarking (ou análise comparativa) é definido como um processo de avaliação e identificação de causas subjacentes que levam a altos níveis de desempenho comparativo. No benchmarking os resultados de uma empresa são compartilhados e os elementos de melhores práticas são adotados por outra com o objetivo de melhorar o seu desempenho. Existem dois tipos de benchmarking, o interno que compara diferentes serviços na mesma organização e o externo que compara as metas de desempenho entre diferentes organizações. Um ponto importante no benchmarking é compreender os processos pelos quais o desempenho pode ser melhorado e não simplesmente copiar outro processo (o que é melhor para uma organização pode ser desastroso para outra).

Objetivos: Foi realizada uma revisão da literatura sobre projetos de benchmarking de unidades de saúde. Os autores exploraram as razões desses projetos, a motivação das unidades de saúde em participar, os indicadores utilizados e os fatores de sucesso e de ameaças ligados a esses projetos. Para isso, foram avaliados 23 projetos de benchmarking de unidades com diferentes especialidades médicas.

Conclusões: Os autores utilizaram a seguinte classificação: indicadores de estrutura, indicadores de processo e indicadores de resultados. A maioria dos projetos avaliados usaram uma mistura dos três tipos de indicadores. Foram apresentados como os principais motivos para o desenvolvimento de um projeto de benchmarking melhorar a qualidade dos cuidados, redução das desigualdades na prestação de cuidados e medição da qualidade. Havia poucas informações em relação ao que incentivou as unidades de saúde a participarem. Apenas para alguns projetos, os participantes tiveram um incentivo financeiro direto ou indireto para participar, como vincular o reembolso aos indicadores de qualidade medidos. Um impacto positivo foi relatado para 14 dos 23 projetos

avaliados, principalmente em termos de melhoria da prática e adoção de orientações. Porém, apenas 1 projeto relatou impacto positivo em termos de resultados clínicos. Foram citados fatores de sucesso em relação aos processos de benchmarking, como organização de reuniões, ligações com projetos existentes, dedicação da gerência para os projetos e indicadores utilizados (por exemplo, ajustar os indicadores por DRG – diagnostic-related group, ou grupo de diagnósticos relacionados). Os autores acreditam que o trabalho possa ser de interesse de unidades de saúde que pretendam participar ou coordenar um projeto de benchmarking.

Fonte: [SAGE Open Med. 2015 Sep 23](#)

VARIAÇÕES NA PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA NO RIO GRANDE DO SUL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE 2002-2014

Autores: Gus, I. et al.

Contextualização: A doença arterial coronariana (DAC) é uma das maiores causas de mortalidade nos países em desenvolvimento.

Objetivo: Os autores avaliaram a prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana em 1.056 indivíduos adultos moradores de cidades do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Foram considerados os seguintes fatores de risco: obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemias - colesterol elevado, tabagismo, sedentarismo, diabetes mellitus e antecedentes familiares de cardiopatia isquêmica. Eles compararam os resultados encontrados com outra pesquisa semelhante realizada nas mesmas cidades em 2002.

Conclusões: Foram encontradas as seguintes prevalências dos fatores de riscos: 44% de sedentarismo, 50% de antecedentes familiares, 23% de tabagismo, 68% de sobrepeso/obesidade, 43% de dislipidemia, 40% de HAS e 11% de diabetes. A obesidade foi o fator de risco mais prevalente em mulheres e a HAS o mais prevalente em homens. Quando comparado ao estudo de 2002, verificou-se que a população de fumantes ativos e sedentários diminuiu e a de hipertensos, dislipidêmicos e obesos aumentou.



**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