

Boletim Científico IESS

Edição: 1º 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

OS PLANOS DE SAÚDE DO TIPO “CONSUMER-DIRECTED” REDUZEM O CUSTO AO LONGO DO TEMPO?

Título original: Do “Consumer-Directed” health plans bend the cost curve over time?

Autores: Haviland, A. et al.

Contextualização: Nos Estados Unidos, há um tipo de plano de saúde que tem crescido bastante recentemente, que são os planos chamados “Consumer-Directed” ou CDHP. Esses planos possuem franquia alta e são conjugados com contas de poupança para gastos médicos com vantagens fiscais. Os autores deste artigo salientam as dificuldades na literatura de se definir o impacto desse tipo de plano sobre os gastos com saúde dos indivíduos, dados os diversos fatores envolvidos: o valor da franquia, o tipo de conta poupança associada, o nível de contribuição do empregador, entre outros.

Objetivo: Os autores do artigo tiveram o objetivo de desenvolver uma estrutura teórica e avaliar empiricamente o impacto dos planos CDHP sobre os gastos com saúde no longo prazo das empresas que oferecem esse tipo de plano a seus empregados. Eles analisaram 3 anos de dados provenientes de segurados em planos CDHP fornecidos pelo empregador. Ao todo são 54 empresas empregadoras na base de dados.

Conclusão: Os resultados a que chegaram os autores indicam que o crescimento dos gastos com saúde entre as empresas que oferecem CDHP é significativamente menor nos anos posteriores a adoção desse tipo de plano. Os autores sugerem que, pelo menos nos grandes empregadores, o impacto do CDHP é persistente e a redução de gastos não é apenas temporária. No entanto, eles fazem uma ressalva: a queda nos gastos foi menor nos últimos anos da análise em relação aos primeiros anos da adoção do CDHP.

Fonte: Journal of Health Economics, v. 46, p. 33–51, 2016.

CUSTOS DA ATENÇÃO À SAÚDE ATRIBUÍVEIS AO SOBREPESO CALCULADO DE UMA FORMA PADRONIZADA PARA TRÊS PAÍSES EUROPEUS

Título original: Health care costs attributable to overweight calculated in a standardized way for three European countries

Autores: Lette, M. et al.

Contextualização: Em 2008/2009, a prevalência de sobrepeso (IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$) em 19 países da União Europeia variou entre 51% e 69% para os homens e entre 37% e 57% para as mulheres. O sobrepeso está associado com aumento do risco de várias doenças crônicas, em especial diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares e desordens musculoesqueléticas. A quantificação do montante dos custos da assistência médica atribuível ao sobrepeso contribui para um aumento da consciência política sobre o assunto. Devido às dificuldades de se medir o impacto do sobrepeso, o Escritório Regional da OMS (Organização Mundial da Saúde) para a Europa encomendou a um instituto Holandês o desenvolvimento de uma metodologia para estimar os custos atribuíveis ao excesso de peso de forma normalizada. A metodologia faz uso de dados que geralmente estão disponíveis para a maioria dos países.

Objetivo: O objetivo deste artigo é usar a ferramenta da OMS para o cálculo e a comparação dos custos atribuíveis ao excesso de peso entre três países europeus: Holanda (NL), Alemanha (GE) e República Tcheca (CZR). São analisados os custos de algumas doenças associadas com a obesidade (doença isquêmica do coração, ataque cardíaco, hipertensão, diabetes tipo 2, câncer de mama, câncer endometrial, câncer no rim e osteoartrite).

Conclusão: Os resultados mostram que entre 20% e 26% dos custos totais das doenças analisadas pode ser atribuído ao excesso de peso. Em termos de custos absolutos, as doenças com maiores custos atribuíveis ao excesso de peso são a diabetes (€ 444 milhões, € 3,6 bilhões e € 60 milhões para NL, GE e CZR respectivamente), doença isquêmica do coração (€ 267 milhões, € 1 bilhão e € 43 milhões para NL, GE e CZR respectivamente) e osteoartrite (€ 142 milhões, € 2 bilhões e € 24 milhões para NL, GE e CZR respectivamente). A estimativa da percentagem do total dos custos de cuidados de saúde que são

atribuíveis ao excesso de peso (com base nos custos de doenças incluídas na análise) resulta em percentuais de 2,3% para NL, 2,1% para CZR e 3,7% para a GE.

Fonte: European Journal of Health Economics. V. 17, p. 61-69, 2016.

SEGURO SAÚDE, CONTAS DE POUPANÇA PARA A SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Título original: Health Insurance, health savings accounts and healthcare utilization
Autores: Peter, R. et al.

Contextualização: Os autores deste artigo destacam que o crescimento dos gastos com assistência à saúde, assim como a inflação médica, tem sido uma grande preocupação em diversos países. Os autores citam como exemplo dados do Banco Mundial, que indicam que os gastos com saúde como proporção do PIB nos Estados Unidos aumentaram de 13,8% em 1995 para 17,9% em 2011, de 6,8% para 9,3% no Reino Unido e de 8,3% para 12,0% na Holanda. Os autores argumentam que um dos fatores frequentemente levantado na literatura como determinante desse aumento é a crescente utilização de cuidados de saúde.

O seguro saúde de alta franquia permite ao segurado abrir uma HSA (*Health Saving Account*), para a qual ele pode fazer contribuições livre de impostos quando forem usadas com fins médicos, dentro de certos limites. Além disso, os juros ganhos na conta também são isentos de impostos. Indivíduos precisam pagar imposto de renda sobre os saques realizados para despesas que não são médicas, e também há uma penalidade de imposto de 20% para os indivíduos que sacam com idade inferior a 65 anos. Os autores afirmam que o objetivo de introduzir estas contas foi o de criar incentivos para os indivíduos pouparem mais para fins médicos e para reduzir a utilização de serviços médicos.

Objetivo: Nesse artigo, os autores investigam se o plano de saúde de alta franquia (HDHP- *high-deductible health plan*), combinado com uma conta de poupança de saúde (HSA), pode criar incentivos para redução do consumo de serviços médicos e, portanto, redução dos custos médicos.

Conclusão: As principais conclusões dos autores são que a utilização de serviços médicos só é

inferior nesse tipo de plano quando a probabilidade de doença é suficientemente pequena, caso contrário, a procura de tratamento é maior nos planos de franquia alta e poupança.

Outros resultados: As HSA's implicam mais poupança para gastos médicos e torna o ambiente mais favorável ao crescimento dos seguros de alta franquia que vêm com uma HSA. Contrastando argumentos anteriores da literatura de que HDHP / HSAs atraem baixos riscos, os autores encontraram que um maior risco de doença faz com que o plano de franquia alta com conta poupança seja preferido ao plano tradicional HDHP / HSA.

Fonte: Health Economics. V. 25, p. 357-371, 2016.

OS PAGADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PODEM USAR OS PREÇOS PARA MELHORAR A QUALIDADE? EVIDÊNCIA DE HOSPITAIS INGLESES

Título original: Can payers use prices to improve quality? Evidence from English hospitals.
Autores: Allen, T. et al.

Contextualização: Os autores afirmam que os sistemas de saúde de grande parte dos países desenvolvidos têm alterado o modelo de pagamento hospitalar retrospectivo para modelos baseados em atividade (*activity-based financing*). Assim como nos modelos prospectivos, no modelo baseado em atividade há a utilização da ferramenta DRG, que permite que os episódios de tratamento sejam agrupados em categorias com necessidade de recursos semelhantes (grupos de diagnóstico (DRGs) homogêneos). Na maioria dos sistemas, a taxa de reembolso é baseada em valores históricos do custo médio de prestar cada tipo de episódio de tratamento. Na Inglaterra, o financiamento baseado em atividades (nesse país é chamado de pagamento por resultados (PBR)) foi introduzido em Abril de 2003. O principal objetivo era reduzir os tempos de espera ao incentivar hospitais a aumentar a oferta, mas também tinha a intenção de aumentar a concorrência e levar a aumentos de eficiência.

Em abril de 2010 o departamento de saúde da Inglaterra determinou uma nova forma de precificar os serviços hospitalares, chamado de Best Practice Tariffs (BPTs) com o objetivo de incentivar a melhora da qualidade dos hospitais.

A diferença é que em vez de definir os preços com base no histórico de custos médios, o BPT define o preço de forma proativa para refletir os custos de fornecimento de melhores práticas. Uma forma de aplicação do BPT foi pagar mais quando o tratamento fosse realizado como daycase (quando não há necessidade de passar a noite no hospital) ao invés de uma internação convencional (quando o paciente passa a noite no hospital).

Objetivo: Os autores avaliam se a política alcançou o seu objetivo principal ao avaliar o efeito do BPT na proporção de colecistectomias (cirurgia da vesícula) realizadas como daycase. A fim de ser elegível para o preço mais elevado a que permite o BPT, os hospitais precisam planejar e tratar os pacientes como daycases. Este critério também garante que o procedimento seja feito por meio de laparoscopia, já que um procedimento aberto exigiria que o paciente passasse a noite no hospital, caracterizando uma internação. São utilizados dados provenientes de registros de saúde obtidos do Hospital Episode Statistics, fornecido pelo National Health System, (o sistema de saúde público inglês), entre 1 de dezembro de 2007 e 31 de março de 2011 (40 meses). Eles contêm informações sobre as características dos pacientes, diagnósticos, tipo de admissão, readmissões, altas e tempo de permanência para cada episódio de tratamento em hospitais na Inglaterra.

Conclusão: Os autores encontraram que o BPT atingiu o seu objetivo, pois o número de pacientes atendidos como daycase aumentou significativamente em 6 pontos percentuais. Não há evidência de que a variação de preços teve um efeito perverso sobre a qualidade em termos de mortes ou readmissões após uma cirurgia da vesícula. A política reduziu significativamente a proporção de pacientes que necessitaram de uma reversão da laparoscopia para uma cirurgia aberta, que exige um maior tempo de internação.

Fonte: Health Economics. V. 25, p. 56-70, 2016.

EXPERIÊNCIA DOS PACIENTES HIGH-NEED NOS SISTEMAS DE SAÚDE DE NOVE PAÍSES

Título original: How High-Need Patients Experience the Health Care System in Nine Countries

Autores: Sarnak, D. & Ryan, J.

Contextualização: Nos Estados Unidos (EUA), os indivíduos considerados *high-need* (pessoas com 65 anos ou mais com pelo menos 3 doenças crônicas ou com uma limitação funcional em atividades da vida diária) respondem por uma grande proporção dos gastos de saúde. Os autores afirmam que o impacto dos pacientes *high-need* é percebido quando se considera que 5% da população americana são responsáveis por 50% dos gastos com saúde do país.

Objetivo: Nesse relatório os autores têm por objetivo descrever uma base de dados de adultos *high-need* com 65 anos ou mais em 9 países (Austrália, Canadá, França, Alemanha, Holanda, Noruega, Suécia, Suíça e Estados Unidos) e comparar seus padrões de utilização de serviços de saúde, coordenação da assistência à saúde, entre outros.

Conclusão: Entre os países pesquisados, os EUA apresentaram o maior percentual de idosos com 3 ou mais doenças crônicas (42%). O menor percentual foi encontrado na França (15%). Em todos os países, os autores encontraram que os idosos *high-need* apresentaram maior probabilidade de ter visitado a emergência quando não era necessário: mais de uma vez nos últimos dois anos, em comparação aos demais idosos. Nos EUA essa proporção foi de 19% contra 9%. A população *high-need* também apresenta problemas de acesso devido aos altos custos: nos EUA 22% (a maior proporção dentre os países) dos pacientes *high-need* reportaram ter problemas de saúde, mas não realizaram exames, tratamentos ou não compraram medicamentos necessários por causa do custo. Os autores destacam que o maior uso desnecessário da emergência pelos idosos *high-need* aumenta os gastos com saúde, além disso eles experimentam uma maior taxa de falha de coordenação do cuidado, que pode levar à sobre-utilização de serviços de saúde, principalmente de exames..

Fonte: The Commonwealth Fund, V. 1, publicação 1856, January, 2016.

Saúde & Tecnologia

QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE - CUSTOS MAIS BAIXOS E MAIOR QUALIDADE

Título original: Quality and Safety in Health Care, Part VII - Lower Costs and Higher Quality
Autor: : Jay A. Haroldts

Contextualização: No relatório do Instituto de Medicina (IOM's) intitulado *"The Health Care Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes"* são discutidas inúmeras maneiras de diminuir os custos no sistema de saúde sem diminuir a qualidade.

Objetivo: No artigo, os autores fazem um resumo, salientando as principais recomendações, do que pode ser encontrado no relatório *The Health Care Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes*. O objetivo geral desse relatório era encontrar maneiras de diminuir as despesas médicas em, pelo menos, 10% na próxima década, ao mesmo tempo que melhora os resultados em saúde.

Conclusões: A economia total, caso fossem eliminados os custos desnecessários na saúde, foi estimada em mais de 750 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos. Para isso, são apontadas algumas alternativas: 1 - Ter melhores diretrizes clínicas: as decisões tomadas pelos médicos devem ser feitas de acordo com as melhores evidências científicas conhecidas; 2- Ter mais pesquisa de comparação de efetividade entre tecnologias; 3- Desenvolver um "sistema de aprendizagem em saúde": uma nova informação em saúde deve ser rapidamente aprendida por pacientes e médicos e todos devem ter acesso a ela; 4- Reduzir custos desnecessários sem diminuir a qualidade: a) Diminuir custos administrativos desnecessários; b) Diminuir o uso excessivo de serviços e a ineficiência na saúde (as razões de algumas das despesas são a fragmentação do sistema de saúde, os sistemas de pagamento, a falta de transparência sobre os resultados, a qualidade dos cuidados e seu custo, não dedicar recursos suficientes para a saúde da população e não ter informação para otimizar o atendimento clínico utilizando estudos científicos); c) Reduzir preços e custos exorbitantes: informações como dados sobre resultados e o

total de despesas poderão auxiliar os pacientes a otimizar seu próprio cuidado, diminuindo o número de procedimentos e custos; d) Melhor gerenciamento de múltiplas doenças e melhores serviços preventivos (prevenir a progressão da doença em doentes crônicos, investir em programas de prevenção como cessação do fumo, melhor nutrição e prática de exercícios físicos); e) Diminuir a fragmentação do cuidado, o que inclui a comunicação deficiente (reduzirá, por exemplo, a repetição desnecessária de exames e a perda de tempo de profissionais e pacientes); f) Reduzir negligência médica, por meio da reforma da legislação que envolve o assunto; g) Reduzir erros e; h) Reduzir fraudes.

Fonte: Clinical Nuclear Medicine, Volume 41, Number 2, February 2016

O IMPACTO DE CUIDADOS PREVENTIVOS PERSONALIZADOS NA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM SAÚDE, UTILIZAÇÃO E GASTOS

Título original: The Impact of Personalized Preventive Care on Health Care Quality, Utilization, and Expenditures
Autores: Shirley Musich, Shaohung Wang, Kevin Hawkins e Andrea Klemes

Contextualização: Algumas pesquisas têm demonstrado que adultos que receberam aconselhamento de um médico ou outro profissional de saúde eram mais propensos a mudar seus hábitos alimentares, a fazer exercício, a manter um peso saudável e a reduzir a ingestão de sódio e álcool. Ainda, foi mostrado que manter comportamentos saudáveis entre 40 e 50 anos pode ser preditivo de maiores percentagens de sobrevivência livre de morbidade em idades mais avançadas.

Objetivo: Avaliar o impacto de um programa de medicina preventiva personalizada focado na modificação do comportamento de estilo de vida e na prevenção de doença. Para isso, foram avaliados 10.186 pacientes do plano de saúde UnitedHealth nos EUA, filiados a uma rede de cuidados primários que utiliza um modelo de prestação de cuidados em saúde com base em uma relação médico-paciente mais próxima e com foco em cuidados preventivos de saúde personalizada (a rede é a MD-Value in

Prevention - MDVIP). As tendências de utilização do sistema de saúde e as despesas com saúde foram rastreadas antes da inscrição do membro até um período de até 3 anos após a inscrição.

Conclusões: No modelo da MDVIP o médico que concede uma consulta de 60 a 90 minutos anualmente, que inclui exames de saúde, diagnósticos e acompanhamento personalizado para nutrição e exercício físico. Os membros da MDVIP utilizaram menos a urgência e a emergência do que os não membros. Maiores proporções de membros alcançaram economia de custos do que quando comparados com os não membros. A economia de custos com atividades preventivas nos grupos etários mais velhos era maior nos primeiros anos e, nos mais jovens, a economia acontecia mais no terceiro ano. Os resultados indicaram que um modelo de cuidado primário com base em uma melhor relação médico-paciente e focada em qualidade e cuidados preventivos personalizados pode resultar em melhores gastos e melhor gestão da saúde.

Fonte: [Population Health Management Volume 0, Number 0, 2016](#)

OPORTUNIDADES E DESAFIOS PARA APLICAÇÕES DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CID-11: UMA PESQUISA INTERNACIONAL DE USUÁRIOS DE DADOS CODIFICADOS EM SAÚDE

Título original: Opportunities and challenges for quality and safety applications in ICD-11: an international survey of users of coded health data

Autores: Danielle A. Southern, Marc Hall, Deborah E. White, Patrick S. Romano, Vijaya Sundararajan. Saskia E. Droesler, Harold A. Pincus, William A. Ghali.

Contextualização: Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) planeja lançar a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID). O objetivo da OMS é produzir uma nova classificação que tenha uma maior capacidade de captar conceitos de saúde de uma forma que seja compatível com os sistemas de informação contemporâneos.

Objetivo: Identificar oportunidades e desafios para melhorar a utilização do CID-11 para aplicações de qualidade e segurança. Para isso, foram realizadas entrevistas com formadores de opinião envolvidos na produção ou na utilização

de dados de saúde codificados em 12 países diferentes. A pesquisa incluiu a familiaridade do entrevistado com o CID, a experiência utilizando dados do CID referentes à qualidade de cuidados em saúde e à segurança, as opiniões sobre a utilização do CID como ferramenta para medição da qualidade e da segurança, as limitações atuais e as potenciais melhorias que permitiriam uma melhor codificação de conceitos de qualidade e segurança na CID-11.

Conclusões: Os entrevistados identificaram interesses específicos para a revisão da CID: mais conteúdo de código para eventos adversos e complicações; um desejo de mecanismos de agrupamento de código; a necessidade de informações ajustadas para o diagnóstico; e a inclusão de melhores definições dos códigos. As sugestões dos entrevistados estão alinhadas com o plano de trabalho do CID-11, o qual inclui: (i) o desenvolvimento de um novo modelo de informações e opções de códigos para eventos adversos; (ii) refinamento das regras de codificação para o diagnóstico, o agrupamento de código e diagnóstico principal; (iii) desenvolvimento de definições explícitas para a maioria dos conceitos de danos relacionados com a saúde; e (iv) a remoção de algum conteúdo problemático ou redundante que existia anteriormente na CID 10 no domínio de eventos adversos relacionados com a saúde. Estas mudanças previstas deverão aumentar o benefício da CID-11 para aplicações de qualidade e segurança.

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

UMA AVALIAÇÃO ANTES E DEPOIS: A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA REDUZ A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E OS CUSTOS RELACIONADOS EM PACIENTES OPERADOS?

Título original: Before-and-after study: Does Bariatric Surgery reduce Healthcare utilization and relates costs among operated patients?

Autores: Silvana Marcia Bruschi Kelles, Carla Jorge Machado, Sandhi Maria Barreto

Contextualização: A cirurgia bariátrica é considerada um procedimento seguro, porém eventos adversos pós-operatórios podem acontecer, incluindo, dentre outros, vazamentos no local da cirurgia, pneumonia e embolia

pulmonar. Os benefícios da cirurgia bariátrica para a saúde estão bem estabelecidos, mas o seu impacto a médio prazo sobre a utilização de cuidados de saúde e os custos permanece controverso.

Objetivos: Análise das tendências de utilização do sistema de saúde por pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e dos custos relacionados. Para isso, foram avaliados, durante um período de 4 anos, 4.006 pacientes de uma operadora de planos de saúde brasileira submetidos à cirurgia bariátrica.

Conclusões: Entre 2004 e 2010, 4.006 indivíduos foram submetidos a cirurgia bariátrica, sendo que possuíam, em média, um índice de massa corporal (IMC) médio de 42,8 kg/m² (A obesidade mórbida é definida quando o IMC é igual ou maior que 40 kg/m²) e 51% dos casos apresentavam uma ou mais comorbidades. Houve, no período, 23 óbitos (0,6%) no primeiro mês após a cirurgia. As admissões hospitalares aumentaram consistentemente após a cirurgia, mesmo após a exclusão de hospitalizações para a cirurgia estética e cuidados na gravidez-relacionada, passando de uma taxa de 9,74 admissões hospitalares por 1.000 pacientes-ano antes da cirurgia bariátrica para 16,21 admissões hospitalares por 1.000 pacientes-ano após a cirurgia. As condições mais prevalentes durante as admissões hospitalares foram relacionadas a doenças gastrointestinais. Além das hospitalizações, os atendimentos de urgência aumentaram após os procedimentos bariátricos, em particular para os problemas geniturinário e hematológicos. Em média, os custos são maiores após a cirurgia bariátrica, sendo que, entre os pacientes com IMC maior ou igual a 50kg/m² e com mais de 50 anos, os custos são ainda maiores. Os custos foram calculado a partir do pagamento feito pelo seguro de saúde para cada paciente (com excessão de cirurgia estética e procedimentos relacionados à gravidez). Os resultados indicam que os custos e internações aumentaram após a cirurgia bariátrica, mesmo quando as intervenções eletivas são excluídas. Prestadores de cuidados de saúde e os tomadores de decisão precisam estar cientes de que, apesar de haver uma redução nas doenças relacionadas com a obesidade após a cirurgia bariátrica, a utilização do sistema de saúde e os custos não são reduzidos.

Fonte: International Journal of Technology Assessment in Health Care, 31:5 (2016), Page 1-7

DESIGUALDADES REGIONAIS NA MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL: TENDÊNCIAS E PROJEÇÕES ATÉ O ANO 2030

Autores: Barbosa, I. R.. et al

Contextualização: A terceira causa de câncer mais incidente em mulheres de todo o mundo é o câncer de colo de útero. A carga dessa doença varia consideravelmente entre os países, sendo maior nos países de baixa ou média renda, o que reflete a maior prevalência da infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e a menor cobertura dos programas de screening que utilizam o Papanicolaou como método de rastreamento nesses países.

Objetivo: Analisar a tendência temporal da mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil e calcular uma projeção até o ano de 2030. Para isso, foram analisados os óbitos ocorridos no país por essa doença, utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) entre 1996 a 2010.

Conclusões: De 1996 a 2010, foram registrados 89.764 óbitos por câncer de colo de útero no Brasil. A taxa de mortalidade no Brasil variou de 8,04 óbitos/100.000 habitantes (em 1996) a 6,36 óbitos/ 100.000 habitantes (em 2010). Os estados Amazonas, Roraima e Amapá apresentaram as maiores taxas de mortalidade para essa doença. Avaliando a série histórica, foi verificado uma tendência de redução do número de óbitos relacionados a esse tipo de câncer em todo o Brasil. As regiões Oeste, Sudeste e Sul apresentaram tendência de redução da taxa de mortalidade, enquanto a região Norte apresentou estabilidade da taxa e a região Nordeste apresentou tendência de aumento até o ano de 2006, seguido de uma estabilidade. Na análise das projeções de mortalidade, foi encontrado que, possivelmente, haverá uma redução das taxas de mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil até 2030, sendo essa redução mais marcante na região Sul. Conclui-se que a mortalidade por câncer de colo de útero apresenta tendência de redução no Brasil, no entanto está desigualmente distribuída pelas regiões do país.

Fonte: Ciência & Saúde Coletiva, 21(1):253-262, 2016



**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