

# Boletim Científico IESS

## Edição: 3º 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

## PLANOS COM CONTA POUPANÇA DE SAÚDE COM FRANQUIA ANUAL

Título original: Consumer-Directed Health Plans: A review of the evidence

Autores: M. Kate Bundorf.

**Contextualização:** O número de pessoas inscritas no consumer-directed health plans (CDHPs) aumentou significativamente ao longo da última década. O CDHPs é um tipo de plano de saúde que foi criado no final da década de 1990 e teve como objetivo reduzir os gastos em saúde por meio da racionalização dos gastos em serviços médicos pelo próprio beneficiário. Para isso, as principais características que os envolve são: possuir franquias anuais, ofertar apenas os benefícios obrigados por lei e divulgar, aos pacientes, um ranking de qualidade de médicos e de prestadores. A principal diferença desse plano de saúde para os demais está nas franquias anuais, que tem, como propósito, incentivar os pacientes a tomar decisões mais conscientes dos custos dos seus tratamentos. Esta prática proporciona maior divisão dos custos entre beneficiários e operadoras, além de diminuir o risco moral vindo do consumidor. Existem três tipos de pagamentos de planos de saúde envolvendo franquias anuais, que são: (i) um pagamento anual de franquia prefixado, sendo que, caso o beneficiário atinja o valor máximo, os demais tratamentos passarão por aprovação prévia da operadora; (ii) uma porcentagem prefixada dos custos de cada tratamento (por exemplo: 20%), ou: (iii) é definido um teto máximo de franquia que o beneficiário irá desembolsar e, caso seja atingida a franquia e o beneficiário necessitar de mais tratamentos que são contemplados pelo rol de procedimentos, o custo será pago integralmente pela operadora.

**Objetivo:** Verificar se o CDHPs realmente diminui os custos para os empregadores e operadoras com a redução da utilização de serviços a partir do levantamento empírico na literatura.

**Conclusão:** Os resultados indicaram que o CDHPs reduz as despesas de saúde em cerca de 5% a 14% para os empregadores. Segundo os estudos, a redução é de longo prazo e está mais concentrada em beneficiários de baixo ou

médio risco do que em beneficiários com alto risco de saúde. Alguns estudos comprovaram que franquias acima de US\$ 1.000 dólares apresentam uma redução maior dos custos em saúde do que franquias abaixo desse valor, sendo que as principais reduções de custos foram referentes a serviços ambulatoriais e a gastos com produtos farmacêuticos. O artigo estima que, em geral, haja uma redução de custos anuais com saúde de 57 bilhões de dólares para empresas que utilizam o CDHPs nos Estados Unidos. Por fim, os autores descreveram que a principal dificuldade que envolve esse tipo de plano está no desenvolvimento de ferramentas que auxiliem pacientes na escolha de qual é a melhor alternativa de tratamento e que há poucas evidências na literatura dos efeitos das CDHPs na qualidade dos serviços e nos resultados em saúde.

Fonte: 2016 The Journal of Risk and Insurance. Vol. 83, No. 1, 9-41 (2016).

## PAGAMENTOS DE MÉDICOS PELAS INDÚSTRIAS ESTÃO ASSOCIADOS COM O AUMENTO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MEDICARE PART D

Título original: Physician Payments from Industry Are Associated with Greater Medicare Part D Prescribing Costs

Autores: Roy H. Perlis, Clifford S. Perlis .

**Contextualização:** A Lei dos Estados Unidos Physician Payments Sunshine Act obriga os médicos a relatarem os benefícios e pagamentos oriundos de parecerias com indústrias farmacêuticas, de empresas fornecedoras de dispositivos médicos e de medicamentos biológicos. Um estudo anterior apontou que, nos Estados Unidos, 83% dos médicos receberam algum tipo de benefício das empresas e 28% aceitam pagamentos por serviços prestados à indústria.

**Objetivo:** Verificar, a partir do banco de dados do Medicare Part D de 2013, qual é a média de pagamento recebida pelos médicos.

**Conclusão:** Na análise realizada, foram levantadas mais de 700.000 prescrições de medicamentos de cerca de 400.000 médicos americanos de doze especialidades diferentes. Conclui-se que o recebimento de pagamentos por parte dos médicos pelas indústrias está associado com maior custo com saúde por paciente. A média de pagamento entre os médicos foi de US\$ 1.750; e a mediana foi de US\$138. A partir de doze especialidades examinadas foi observado que a maior concentração em prescrição de medicamentos foi em relação a remédios de alto custo. Em modelos de regressão ajustados foi evidenciado que os custos por paciente em relação a prescrição de medicamentos variaram de US\$ 27 (em caso de cirurgia geral) para US\$2.931 (no caso de medicamentos na área neurologia), ou seja, uma diferença de 108%. Conclui-se que a lei Physician Payments Sunshine Act é importante para o consumidor, pois traz transparência na relação entre indústria farmacêutica e médicos e, assim, o consumidor tem poder de decisão para escolher o fabricante do medicamento e o médico que irá cuidar do seu tratamento.

Fonte: [Journal Plos May, 2016.](#)

### QUAIS SÃO OS CUSTOS ATUAIS E OS DEFEITOS RELACIONADOS A DISTÚRBIOS DE SAÚDE MENTAL E ABUSO DE MEDICAMENTOS?

Título original: What are the current costs and outcomes related to mental health and substance abuse disorders?

Autores: Peterson-Kaiser Health System Tracker.

**Contextualização:** Cerca de 43,6 milhões de adultos (18,1%) nos Estados Unidos tiveram algum distúrbio mental em 2014 (incluindo transtornos mentais, comportamentais ou emocionais).

**Objetivo:** Avaliar qual é o tipo de distúrbio mental que mais prevalece nos Estados Unidos, segundo a faixa etária da população e mensurar os gastos em saúde relacionados aos distúrbios de saúde mental.

**Conclusão:** O distúrbio mental foi mais prevalente entre as mulheres (21,8%) do que entre os homens (14,1%) e ocorreram em um quinto dos adultos com idades entre 18 a 25

anos, bem como em um quinto dos adultos com idades entre 26 a 49 anos. Na análise de 12 meses, verificou-se uma maior prevalência dos distúrbios mentais entre adultos sem planos de saúde (5,2%), em comparação com adultos com planos de saúde (3,9%). Essa diferença se retrata na renda: o indivíduo com renda baixa apresentou uma prevalência de distúrbios mentais de 7,0% enquanto os que possuem renda média ou alta foi de 3,5%. Foi constatado que, em 2014, 6,6% dos adultos norte-americanos tiveram algum episódio depressivo. Por fim, os autores descreveram que, nos Estados Unidos, a despesa total de gastos com saúde mental foi de US\$ 80 bilhões de dólares, em 2012, e a despesa per capita com distúrbios mentais cresceu 5,7% entre 2005 e 2008 e 4,1% entre 2010 e 2012.

Fonte: [Health System Tracker.](#)

### UMA COMPARAÇÃO DO CUSTO E DO DESEMPENHO DE PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS EM RELAÇÃO À HOSPITAIS PÚBLICOS NA ESPANHA.

Título original: A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain.

Autores: Maria Caballer-Tarazona; Email, Antonio Clemente-Collado and David Vivas-Consuelo.

**Contextualização:** Na Europa, o modelo de Parceria Público-Privada (PPP) em hospitais públicos cresceu no período de crises econômicas. Uma das principais razões é devido a facilidade que o setor privado tem em administrar grandes investimentos iniciais em hospitais, permitindo que o governo não arque com o investimento inicial. Esse modelo vem sendo aplicado em todo o mundo, especialmente na Europa, como forma de inovação ao gerenciamento tradicional do sistema público de saúde, com a intenção de torná-los mais eficientes. O papel do governo é abrir editais para analisar pedido de concessões de empresas privadas para gerenciar o hospital, definir o período em que a empresa irá administrar o hospital e, por meio de contrato, definir os retornos financeiros que o setor privado irá receber ao longo do período. Durante o período de concessão, o governo fica, também, responsável em fiscalizar a

administração da empresa no hospital público.

**Objetivo:** Realizar uma comparação entre o gerenciamento hospitalar público em relação à PPP, utilizando, para isso, indicadores de desempenho hospitalar, de custos e de qualidade. A pesquisa foi realizada em cinco hospitais da Espanha.

**Conclusão:** Os autores apresentaram que a gestão via PPP tem pontos fortes em comparação com a gestão públicas em hospitais, oferecendo melhor desempenho nos indicadores analisados. Os indicadores analisados foram: o número de atendimento em primeiras consultas; o tempo de espera na primeira consulta; taxa de operações de fratura de quadril com mais de 2 dias de atraso; e custo do material na unidade de emergência. A PPP apresentou um número maior de atendimentos em primeira consulta (7.305.080) enquanto que o hospital público apresentou um número menor de 4.882.495. Em relação à lista de espera, a PPP foi mais eficiente, pois a porcentagem de espera foi de 14,5%, enquanto que do hospital público foi de 20,0%. A taxa de operações de fratura de quadril com mais de 2 dias de atraso foi maior no hospital público (0,588) do que na PPP (0,169). A PPP só não teve bom desempenho em relação aos custos do material na unidade de emergência: em média, os custos com medicamentos e materiais cirúrgicos em unidade de emergência foram menores no setor público do que no setor privado, sendo que as cirurgias foram realizadas em maior quantidade no setor público. No entanto, os autores ressaltam que é preciso ter cautela com esses resultados, dada a amostra pequena de PPP.

Fonte: [Health Economics Review 2016:17.](#)

## MUDANÇA NO PERFIL DAS FARMÁCIAS AMERICANAS: ATENDIMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Título original: The changing face of pharmacies in America: retail clinics.

**Contextualização:** A estrutura de comercialização de medicamentos e a função das farmácias nos Estados Unidos (EUA) estão

mudando. As principais farmácias americanas começaram a ampliar os seus serviços além do modelo tradicional (de venda de medicamentos) e estão iniciando um modelo de atendimento de atenção primária dentro das farmácias, por meio da disponibilização de enfermeiros e clínicos gerais para atender pequenos problemas de saúde.

**Objetivo:** O artigo tem por objetivo analisar se existe uma diminuição no custo para o paciente com esse novo modelo de atendimento.

**Conclusão:** O estudo verificou que 10,6% do total da população dos EUA vivem a uma distância de cinco minutos de uma clínica particular de farmácia e 28,7% do total da população vivem a uma distância de dez minutos. As clínicas farmacêuticas reduzem o custo do atendimento em 30% a 40% quando comparadas à clínicas médicas padrões e são aproximadamente 80% mais barata que cuidados semelhantes prestados em unidades de emergência. Os autores evidenciaram que cerca de 50% dos americanos considerariam ir a uma clínica localizada dentro da farmácia.

Fonte: [Perspectives in Public Health 136.3.](#)

# Saúde & Tecnologia

## APLICATIVOS MÓVEIS DE SAÚDE PARA FACILITAR O AUTO-CUIDADO: UM ESTUDO QUALITATIVO DAS EXPERIÊNCIAS DOS USUÁRIOS

Título original: Mobile Health Apps to Facilitate Self-Care: A Qualitative Study of User Experiences

Autores: Kevin Anderson, Oksana Burford, Lynne Emmerton

**Contextualização:** A população está vivendo mais tempo, criando mais pressão sobre o sistema de saúde e aumentando as exigências para autocuidado das suas condições crônicas. Apesar do aumento do número de aplicativos móveis de saúde relacionados ao autocuidado, há uma escassez de pesquisas sobre o envolvimento do consumidor com o auto-monitoramento eletrônico.

**Objetivo:** Avaliar qualitativamente como usuários utilizam aplicativos para vigilância da saúde, quais os benefícios percebidos do uso dos aplicativos e sugestões de melhoria para eles. Foram realizadas entrevistas com usuários de aplicativos em saúde com 18 anos ou mais, residentes da área metropolitana de Perth, Austrália. As entrevistas abordavam: percepção da facilidade de utilização do aplicativo e percepção de sua utilidade; fatores pessoais e sociais, como a motivação e a auto-reflexão e a estética do aplicativo.

**Conclusões:** Vinte e dois usuários participaram da entrevista, 13 dos quais tinham idade entre 26 e 35 anos e 19 tinham alguma doença crônica. Os aplicativos foram utilizados para monitorar diabetes, asma, depressão, doença celíaca, pressão arterial, enxaqueca crônica, gestão da dor, irregularidade do ciclo menstrual e exercícios físicos. De acordo com a pesquisa, nove aplicativos foram descobertos pelo próprio consumidor, dois recomendados por amigos, quatro por um membro da família ou companheiro, quatro por um profissional de saúde e um por associação de saúde ou academia (os outros dois aplicativos restantes, foram descobertos de diferentes maneiras). A maioria dos aplicativos

foram utilizados semanalmente durante vários minutos por sessão, principalmente, antes de alcançar objetivos iniciais. Houve diminuição significativa do uso do aplicativo após o primeiro momento, sendo que aqueles que sustentavam comportamentos positivos e se adaptavam às mudanças nos requisitos de consumo eram mais propensos a serem usados continuamente. Os benefícios percebidos do uso de aplicativos de saúde incluíram maior autoconsciência da sua condição, maior autogestão da doença na vida diária, capacidade de enviar dados para profissionais de saúde sem necessitar de visitas repetidas, capacidade de visualizar dados históricos sem visitar um médico, motivação social para melhorar o condicionamento físico e desejo de personalizar recursos de aplicativos para atender às necessidades individuais.

Fonte: [PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0156164](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156164) May 23, 2016

## CONHECIMENTO DOS SINAIS, DOS SINTOMAS E DOS FATORES DE RISCO DE CÂNCER DE PULMÃO NA AUSTRÁLIA: UM ESTUDO DE MÉTODOS MISTO

Título original: Knowledge of the signs and symptoms and risk factors of lung cancer in Australia: mixed methods study

Autores: Crane et al

**Contextualização:** O câncer de pulmão é a principal causa de morte por câncer na Austrália. Além disso, a taxa de sobrevivência para esse câncer é baixa e, na maioria das vezes, o diagnóstico ocorre tardiamente. Por outro lado, a detecção precoce do câncer de pulmão e o diagnóstico pode levar a melhora da taxa de sobrevivência.

**Objetivo:** Os autores investigaram o conhecimento, as atitudes e as crenças que podem afetar o comportamento de busca de ajuda de pacientes em relação ao câncer de pulmão. Nesse estudo, 16 grupos focais foram comparados com 1000 residentes de uma região metropolitana da Austrália. Foram utilizados questionários que abordavam o conhecimento

dos sintomas do câncer de pulmão e dos fatores de risco, suas crenças, atitudes, risco pessoal, susceptibilidade e o comportamento de busca de ajuda em saúde.

**Conclusões:** A hemoptise<sup>1</sup> e dispneia<sup>2</sup> foram os sintomas mais reconhecidos em toda a população da amostra. Porém, a hemoptise e dor no peito foram os únicos sintomas que criaram um senso de urgência médica na população avaliada. A idade (<65 anos), sexo (feminino) e maior status socioeconômico contribuíram para um maior reconhecimento dos sintomas. A percepção de risco foi baixa entre os fumantes, enquanto que os ex-fumantes tinham conhecimento de qualquer risco permanente. O tabagismo foi reconhecido como uma causa de câncer de pulmão, mas pessoas que nunca foram fumantes tinham menos probabilidade de reconhecer o risco de câncer de pulmão devido ao fumo passivo. Em relação às barreiras da procura por cuidados em saúde, os autores encontraram uma atitude de “esperar para ver” a qualquer deterioração da saúde, principalmente entre os fumantes.

Fonte: BMC Public Health (2016) 16:508

### PREVALÊNCIA, CONHECIMENTO, TRATAMENTO E CONTROLE DO LDL-COLESTEROL (LIPOPROTEÍNA DE BAIXA DENSIDADE) NO BRASIL: BASE DO ESTUDO LONGITUDINAL DE SAÚDE DO ADULTO (ELSA-BRASIL)

Título original: Prevalence, awareness, treatment, and control of high low-density lipoprotein cholesterol in Brazil: Baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil)

Autores: Lotufo, PA, et al

**Contextualização:** A dislipidemia (alteração dos níveis de gordura no sangue) é um dos principais fatores de risco para a doença arterial coronariana. O Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) é uma oportunidade de se obter mais informações sobre o perfil lipídico no país.

**Objetivo:** Identificar o perfil de dislipidemia na

<sup>1</sup> Hemoptise é uma quantidade variável de sangue que passa pela glote oriunda das vias aéreas e dos pulmões. *Aidê, MA. Hemoptise. J. bras. pneumol. vol.36 no.3 São Paulo May/June 2010* <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000300002>

<sup>2</sup> Dispneia é o termo usado para designar a sensação de dificuldade respiratória, experimentada por pacientes acometidos por diversas moléstias, e indivíduos saudáveis, em com dições de exercício extremo. *Medicina, Ribeirão Preto 37: 199-207, jul./dez. 2004*

população brasileira, de acordo os níveis altos de colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-C). No ELSA-Brasil, foram avaliadas 15.105 homens e mulheres com idade entre 35 a 74 anos em 6 cidades brasileiras (Belo Horizonte, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Vitória).

**Conclusões:** Em relação ao perfil lipídico da população estudada, 29,7% possuíam LDL-C entre 130-160 mg/dL, 13,8% entre 160-190 mg/dL e 5,4% acima de 190 mg/dL. Dos participantes, dois terços tinham sobrepeso ou estavam obesos, 1/5 possuíam o diagnóstico de diabetes, 1/3 era hipertensivo, 13% era fumante e 6% se autodeclararam com doença arterial coronariana. Em relação ao risco de se ter doença coronariana, quase dois terços dos participantes não tinham fatores de risco, 10% apresentavam 2 ou mais fatores de risco e 2% foram classificados como tendo alto risco para a doença. Dos participantes com alto LDL-C, 42,3% estavam sendo tratados, ou seja, estavam fazendo uso de medicação para o controle dos níveis de gordura no sangue. Após o ajuste para determinantes sociodemográficos, as razões de prevalência para níveis elevados de LDL-C foram significativamente maiores para os homens, negros, indivíduos mais velhos e indivíduos com níveis mais baixos de educação. Valores descontrolados de LDL-C foram mais observados em homens, mestiços e negros, pobres, menos escolarizados e entre aqueles que não possuíam plano de saúde privado. Quando comparada à de outros países, a população brasileira possui prevalência de níveis elevados de LDL-colesterol relativamente alta, com taxas indesejáveis de conhecimento, tratamento e controle, especialmente entre aqueles em risco mais elevado de morte cardiovascular.

Fonte: Journal of Clinical Lipidology (2016) 10, 568-576

### MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM PAÍSES DE RENDA BAIXA E RENDA MÉDIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Título original: Quality Improvement for Cardiovascular Disease Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review

Autores: Edward S. Lee, Rajesh Vedanthan, et al

**Contextualização:** A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte em todo o mundo. Embora o número de mortes por DCV não tenha se alterado significativamente em países de alta renda desde 1990, o número de mortes aumentou em cerca de 66% em países de baixa e média renda no mesmo período. A fim de reduzir a mortalidade evitável por DCV e a morbidade, os sistemas de saúde dos países de baixa e média renda e prestadores de cuidados de saúde precisam melhorar a prestação e a qualidade dos cuidados.

**Objetivos:** O trabalho faz parte do estudo Disease Control Priorities Three (DCP3) que aborda a melhoria da qualidade. Os autores revisaram e sumarizaram evidências de ensaios clínicos disponíveis sobre intervenções para melhorar a qualidade da prevenção de DCV na clínica e a gestão da doença em países de renda média e baixa. Foram utilizados estudos sobre hipertensão, diabetes, colesterol alto, doença da artéria coronária, derrame, doença reumática do coração e insuficiência cardíaca congestiva.

**Conclusões:** Os autores utilizaram 49 artigos que abordavam DCV, sendo 11 da África, 18 da Ásia, 2 da Europa Oriental, 11 da América Latina e 8 do Oriente Médio. Foi encontrado que, em geral, há boas evidências de melhoria da qualidade do atendimento cardiovascular em países de baixa e média renda. No entanto, dados sobre a fase aguda da doença são limitados nesses países. Os autores enfatizaram a importância de se trabalhar com dados da fase aguda porque uma intervenção antecipada pode melhorar drasticamente os resultados das DCV e atrasos podem resultar em morte ou invalidez desnecessária. Na fase crônica, muitos pacientes com DCV nesses países permanecem sem tratamento ou são tratados de forma incompleta com medicamentos orais padrão para prevenção secundária. Foram encontrados que cuidados baseados em equipes de saúde, em geral, levaram a uma melhor aderência à medicação e controle da hipertensão. Como ações, os autores apontaram algumas sugestões de melhoria do cuidado em DCV, como: (i) cobertura nacional de saúde, (ii) adoção de medicamentos essenciais; (iii) controle de preço de medicamentos, (iv) adoção de protocolos clínicos; (v) implementação de padrões de melhoria de qualidade; (vi) utilização de análise comparativa (benchmarking) e; (vii) utilização de tecnologias móveis de

comunicação.

Fonte: [PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0157036](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157036) June 14, 2016.

## ESTRESSE OCUPACIONAL: EVITAR O SOFRIMENTO, MELHORANDO O BEM-ESTAR

Título original: Occupational Stress: Preventing Suffering, Enhancing Wellbeing

Autores: James Campbell Quick, Demetria F. Henderson

**Contextualização:** Durante a década de 1980, o estresse ocupacional foi identificado como um dos dez maiores problemas de saúde ocupacional nos Estados Unidos e, provavelmente, em todas as nações industrializadas ocidentais. O estresse ocupacional é um risco para a saúde para uma variedade de doenças e distúrbios psicológicos, comportamentais e médicos e está diretamente ligado a sete das dez principais causas de morte no mundo. Por outro lado, organizações e indivíduos podem atenuar esses transtornos por meio da gestão preventiva do estresse e da melhoria do bem-estar.

**Objetivo:** fazer uma breve revisão das evidências conhecidas do risco do estresse ocupacional para a saúde, em seguida, incorporar melhorias do bem-estar.

**Conclusões:** Os autores descrevem que estresse ocupacional não é uma condição aguda e sim uma condição crônica que requer uma compreensão da epidemiologia e do histórico do problema antes de explorar alternativas de proteção, prevenção e intervenção. Os autores apontam como algumas causas para o estresse ocupacional, por exemplo, o conflito casa-trabalho, as demandas de tarefa (ocupação, carreiras, carga de trabalho, insegurança no trabalho), as exigências do papel (conflito de papéis e ambiguidade), as exigências físicas (temperatura, iluminação, design de local de trabalho) e as demandas interpessoais (conflitos de personalidade, estilo de liderança e pressões do grupo). Em relação à resposta ao estresse, os autores discutiram que há certas características individuais que aumentam a vulnerabilidade ao estresse ocupacional (por ex-

emplo, nível socioeconômico mais baixo, complexo de competitividade e urgência no tempo), assim como há algumas características que aumenta a proteção aos riscos associados (por exemplo, relações seguras baseadas em fontes de informação, feedback avaliativo, apoio instrumental e força emocional). Algumas consequências não saudáveis do estresse corporativo: doenças do coração, lesões muscoesqueléticas, depressão e ansiedade. Os autores descrevem que para a proteção organizacional e a prevenção na organização são necessários: (i) a colaboração com o bem-estar das pessoas entre todas as funções organizacionais relacionadas; (ii) os sistemas de vigilância para alerta precoce de sofrimento e disfunção e (iii) a continuidade das intervenções de proteção e prevenção.

Fonte: [Int. J. Environ. Res. Public Health 2016, 13, 459](#)



**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; etc.

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; etc.

### Equipe IESS

Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo

Elene Nardi - Coordenadora de Pesquisa

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