

# Boletim Científico IESS

## Edição: 4º 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

## DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS DA NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM ADULTOS

Título original: Socio-Economic Determinants of the Need for Dental Care in Adults.

Autores: Trohel. G., et al.

**Contextualização:** Em 2004, um plano de prevenção de saúde bucal nacional foi incluído no sistema de saúde pública da França pela primeira vez. O propósito desse plano foi de desenvolver políticas de prevenção entre grupos de alto risco (crianças, pessoas com deficiência, idosos e mulheres grávidas), com o intuito de melhorar a utilização de cuidados odontológicos preventivos.

**Objetivo:** Avaliar a prevalência auto relatada da necessidade de assistência odontológica em uma amostra representativa da população adulta da região de Paris. A hipótese testada neste artigo foi que, na população adulta francesa, fatores sócio-demográficos e individuais estão associados com a necessidade de assistência odontológica. As informações analisadas foram as demográficas (sexo, idade, nacionalidade) e socioeconômicas (grupo profissional, renda mensal média familiar), escolaridade (ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior completo) e o tipo de cobertura de seguro de saúde (seguro público por meio da previdência social mais cobertura privada complementar, cobertura para pessoas de baixa renda, ou sem cobertura de saúde). Para avaliação, utilizou-se uma pesquisa realizada, por meio de entrevistas, no ano 2005 e depois novamente em 2010. A necessidade auto reportada de cuidados odontológicos foi avaliada pela resposta positiva à seguinte questão: "Você tem um ou mais dentes que precisam ser tratados, ou estão em condições ruins ou precisam ser substituídos?".

**Conclusão:** A prevalência de necessidade de cuidados dentários em toda a população foi de 35,1%. Essa prevalência foi significativamente maior nos dois grupos menos instruídos (38,6% para ensino médio incompleto e 41,6% para ensino médio completo em comparação com 31,3% ensino superior completo). Especificamente, um nível baixo da educação foi associado com um aumento de 55% na necessidade de tratamento odontológico.

Pessoas que tinham o seguro de saúde do governo mais a cobertura privada complementar relataram menos necessidades de cuidados dentários (32,8%) do que as pessoas com cobertura de baixa renda ou sem cobertura. A prevalência da necessidade de cuidados dentários foi maior entre as pessoas que não tiveram consulta odontológica nos dois anos anteriores (39,9% versus 33,7%) e essas pessoas apresentaram necessidade de atendimento odontológico 31% maior em comparação com quem fez o check-up. Os autores propuseram algumas explicações para as desigualdades na necessidade de assistência odontológica: a vulnerabilidade social pode levar as pessoas a relegar a necessidade de atendimento odontológico para um nível mais baixo de prioridade, pode ser que as pessoas não conheçam o sistema de saúde ou sua cobertura odontológica. Os autores enfatizam que este resultado sugere que as políticas baseadas apenas em melhorar a acessibilidade são insuficientes para reduzir as desigualdades sociais em saúde bucal. Além disso eles sugerem que consultas regulares podem diminuir a necessidade de assistência odontológica que não está sendo atendida, principalmente das pessoas que não possuem nenhuma cobertura odontológica.

Fonte: [PLoS ONE](#), v. 11, n. 7, 2016.

## AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE UM NOVO ESQUEMA COOPERATIVO DE PLANO DE SAÚDE SOBRE A REDUÇÃO DA POBREZA CAUSADA POR GASTOS ALTOS EM SAÚDE NA PROVÍNCIA DE SHAANXI, CHINA

Título original: Assessing the Effects of the New Cooperative Medical Scheme on Alleviating the Health Payment-Induced Poverty in Shaanxi Province, China

Autores: Yang, X. et al.

**Contextualização:** Uma das principais causas da pobreza na população rural chinesa é devido ao surgimento de doenças. Com o intuito de diminuir a pobreza da população rural devido a gastos em saúde, o governo criou um plano de saúde chamado *New Cooperative Medical Scheme* (NCMS), com o objetivo de oferecer às famílias da zona rural proteção financeira contra riscos de saúde e, assim, evitar o empobrecimento por motivo de doença. O NCMS é um seguro médico básico voluntário, que em 2013 cobriu 25,5

milhões de pessoas, cerca de 99,4% da população rural total da Província Shaanxi. Nesse ano, o custo per capita médio do seguro foi de U\$\$ 54,8, dos quais 17,6% foram pagos por indivíduos e o restante foi subsidiado pelo governo.

**Objetivo:** Avaliar o efeito do NCMS em aliviar a pobreza induzida pelos gastos dos indivíduos com saúde na província de Shaanxi da China. Os dados foram retirados do quinto Inquérito Nacional de Serviço de Saúde da Província de Shaanxi, realizado em 2013. No total, foram selecionados 41.037 indivíduos cobertos pelo NCMS.

**Conclusão:** Com a inserção do NCMS na região rural, o número de famílias abaixo da linha da pobreza (índice de pobreza) diminuiu em 4,8%, em média. Após o reembolso realizado pelo convênio para quem sofreu gastos de internação, a população classificada no índice de pobreza apresentou um poder de compra maior que anteriormente, pois a proporção de pessoas que tiveram gastos com internação abaixo da linha de pobreza passou de 7,5% da população para 2,1%. Os autores concluem que o NCMS pode aliviar a pobreza induzida pelos gastos com saúde e sua eficácia é maior para admissão hospitalar, principalmente porque o NCMS tem mais cobertura para doenças graves. Por fim, eles sugerem que um projeto mais abrangente de cobertura do seguro poderia melhorar ainda mais a eficácia do combate à pobreza.

Fonte: [PLoS ONE 11\(7\): e0157918. doi:10.1371/journal.pone.0157918.](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157918)

## IMPACTO DA POSSE DE SEGURO SAÚDE SOBRE O PADRÃO DE UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE: UM ESTUDO LONGITUDINAL NA COREIA DO SUL

Título original: Impact of health insurance status changes on healthcare utilization patterns: a longitudinal cohort study in South Korea.

Autores: Kim, J. et al.

**Contextualização:** Para proteger as pessoas de baixa renda dos altos gastos com saúde, o governo da Coreia do Sul criou o *Medical Aid*, uma rede de segurança social semelhante ao Medicare ou Medicaid nos EUA. Para controlar o aumento dos gastos desse programa, o governo adotou a coparticipação, que ainda assim era

mais baixa do que a do seguro de saúde normal. O governo também implementou para os beneficiários do *Medical Aid* o *Healthy Life Maintenance Aid Program*, que fornece US\$6/mês para cada beneficiário através de uma conta virtual. Este programa é efetivamente uma conta de poupança de saúde: sempre que os beneficiários realizam um serviço médico em ambulatório, eles têm uma coparticipação que é debitada da conta poupança. Tem-se observado atualmente na Coreia do Sul uma mudança no perfil de seguro de saúde (de seguro de saúde privado para *Medical Aid*), que os autores justificam como resultado da recessão econômica, que trouxe taxas mais elevadas de desemprego (o emprego é a principal fonte de seguro saúde naquele país).

**Objetivo:** A hipótese desse estudo foi que mudanças no perfil de seguro de saúde (de seguro saúde privado para *Medical Aid* ou o contrário) estariam associadas à frequência de utilização de cuidados médicos. Por isso, o objetivo deste artigo foi examinar o padrão de utilização de cuidados médicos de beneficiários de seguro saúde de acordo com mudanças no seu status de segurado.

**Conclusão:** O número médio de consultas ambulatoriais dos beneficiários que tinham seguros de saúde privado não mudaram durante todo o período sendo de 15,0. O número médio de consultas ambulatoriais para as pessoas que mudaram do seguro privado para o *Medical Aid* foi de 29,1. O número médio ponderado de consultas ambulatoriais para quem mudou do *Medical Aid* para o seguro de saúde privado foi de 23,5. O número médio ponderado de consultas ambulatoriais para quem sempre teve o *Medical Aid* foi 32,4. O número médio de hospitalizações de quem sempre teve seguro privado e para quem trocou de *Medical Aid* para seguro privado foi de 0,16 e 0,21, respectivamente. O número médio de hospitalizações para os novos beneficiários de *Medical Aid* e para quem sempre teve *Medical Aid* foi de 0,42 e 0,35, respectivamente. Os resultados indicam que os beneficiários do *Medical Aid*, que em comparação ao seguro privado fornece coparticipação mais baixa, usam mais os serviços de saúde. Uma explicação possível é que os indivíduos adiavam os cuidados em saúde, antes de obter o *Medical Aid*, pois esse seguro impõe uma barreira financeira menor para o uso de serviços de saúde.

Fonte: [BMJ Open 2016;6:e009538.](https://doi.org/10.1186/s12916-016-0638-8)

## AVALIANDO O RELACIONAMENTO COMPLEXO E EVOLUTIVO ENTRE DESPESAS E PAGAMENTOS EM HOSPITAIS AMERICANOS: 1996 – 2012.

Título original: Assessing the Complex and Evolving Relationship between Charges and Payments in US Hospitals: 1996 – 2012.

Autores: Hamavid, H. et al.

**Contextualização:** Nos Estados Unidos, o debate sobre o crescimento dos custos hospitalares gira em torno, principalmente, dos modelos de pagamento hospitalar. Os pagamentos aos hospitais são negociados com base em diferentes critérios, que podem envolver, por exemplo, estimativas de custo da prestação do serviço ou é determinado por uma porcentagem fixa dos encargos cobrados. O tipo de modelo de pagamento escolhido depende da seguradora (que paga pelos serviços hospitalares) e do hospital que presta o serviço e são periodicamente alterados. Os autores destacam que o que não tem estado muito claro é se os pagamentos acompanham a variação dos custos médicos e hospitalares.

**Objetivo:** Os autores usam um banco de dados nacional sobre internações, para o período de 1996 a 2012, para analisar a relação entre pagamento por internação e o custo do paciente na internação.

**Conclusão:** O estudo constata que o custo de internação subiu mais rapidamente do que os pagamentos por internação. Também foi constatado que a proporção em que o pagamento acompanha o custo varia substancialmente com o pagador. Entre as 10 causas de maior valor de internação, o governo paga menos por internação do que as seguradoras privadas. As diferenças nos padrões de pagamento por tipo de pagador podem indicar especulação sobre os vários planos de pagamento disponíveis.

Fonte: [PLoS ONE 11\(7\): e0157912.](#)

## AVALIANDO O IMPACTO DA EFICIÊNCIA HOSPITALAR NO SISTEMA DE SAÚDE MILITAR NO BEM-ESTAR DO BENEFICIÁRIO

Título original: Evaluating the Impact of Hospital Efficiency on Wellness in the Military Health System.

Autores: CPT Nathaniel D. Bastian, et al.

**Contextualização:** O Sistema de Saúde Militar dos Estados Unidos (MHS - Military Health System) é responsável pelos cuidados de saúde de mais de 9 milhões militares da ativa e aposentados e dependentes. Esse sistema é constituído por três departamentos militares, que compreendem os três serviços uniformizados (Exército, Marinha e Força Aérea). Cada um destes componentes tem suas próprias clínicas e hospitais que operam no Estados Unidos e outros países.

**Objetivo:** Avaliar a eficiência dos hospitais do MHS e investigar o relacionamento entre eficiência e bem-estar. Os autores usam dados de 128 hospitais e clínicas no período de 2011 a 2013. O conjunto de dados inclui avaliações para 33 hospitais do Exército, 69 clínicas da Força Aérea, e 26 hospitais da Marinha. Os autores usaram um modelo de regressão em painel para investigar a relação entre a eficiência do hospital e o bem-estar do paciente ao longo desse período, utilizando pontuações do hospital no sistema de 'Conjuntos de Dados e Informações sobre Efetividade na saúde' (HEDIS) como um proxy para bem-estar. O HEDIS é um tipo de medida para comparar serviços de saúde em diferentes dimensões do desempenho. Ele consiste de inúmeras medidas em cinco domínios: eficácia dos cuidados, acesso/disponibilidade de cuidados, a experiência dos cuidados, utilização e uso de recursos. Vários estudos têm mostrado, pelo menos, uma relação moderada entre as pontuações HEDIS e os resultados de saúde.

**Conclusão:** As avaliações da eficiência hospitalar das 3 forças militares são relativamente semelhantes ao longo dos 3 anos analisados. Mas os autores destacam que, no entanto, nenhum dos hospitais estão operando na fronteira eficiente (ou seja, nenhum alcançou o escore máximo de eficiência). O resultado indica que a maioria dos hospitais do MHS pode, potencialmente, melhorar a sua eficiência, gerindo melhor os seus insumos. Além disso, não foi encontrado efeito estatisticamente significativo entre eficiência produtiva e a proxy de bem-estar. Isso pode ser explicado em parte pelo fato de que o HEDIS é uma medida ampla que inclui muitos fatores (como o acesso) que não estão relacionados com a eficiência. É possível que medidas individuais de bem-estar fora de HEDIS estejam correlacionadas com eficiência hospitalar.

Fonte: [MILITARY MEDICINE, 181, 8:827, 2016.](#)

# Saúde & Tecnologia

## EFEITOS E FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO A UM PROGRAMA DE PAGAMENTO POR PERFORMANCE PARA DIABETES: ANÁLISE DE UMA BASE DE DADOS DOS SINISTROS DO SEGURO NACIONAL DE SAÚDE

Título original: Effects and Factors Related to Adherence to A Diabetes Pay-for-Performance Program: Analyses of a National Health Insurance Claims Database

Autores: Mei-Ju Chi, Kuei-Ru Chou, et al.

**Contextualização:** O diabetes afeta mais de 300 bilhões de pessoas globalmente e em Taiwan é a quarta ou quinta causa de morte. Um programa de cuidado para diabetes foi criado em 1996 no país e, em 2001, foi implementado o pagamento por performance (P4P) para diabetes. Nesse programa, eram fornecidos pagamentos adicionais para médicos que proporcionassem atenção integral, para a inscrição de novos pacientes e para a realização de visitas anuais.

**Objetivo:** Comparar o impacto de um programa de pagamento por performance na utilização de serviços de saúde e nas despesas com saúde de pacientes com diabetes. Foram comparados pacientes que aderiram ao programa P4P em relação àqueles que não aderiram e considerados os gastos relacionados com o diabetes e aqueles não diretamente relacionados. Para isso, os autores utilizaram dados do Seguro Nacional de Saúde de Taiwan. Os autores, ainda, avaliaram quais são os fatores que levaram os pacientes a aderirem ao programa.

**Conclusões:** O total das despesas anuais do grupo que aderiu ao programa P4P foi significativamente inferior (NT\$ 62,790) em relação às despesas do grupo que não aderiram (NT\$ 73,245). Os autores encontraram que o programa P4P para diabetes foi associado a um aumento significativo na utilização de serviços de saúde (Grupo aderente: 13,57 visitas ao médico/ano; Grupo não aderente: 10,87 visitas ao médico/ano), porém associado também a uma redução no número de hospitalizações (Grupo aderente: 0,24 hospitalizações/ano; Grupo não aderente: 0,29 hospitalizações/ano). Os seguintes fatores estavam relacionados à adesão de pacientes ao

programa: sexo feminino, maior tempo de diagnóstico do diabetes e locais com mais recursos médicos. Participantes que foram hospitalizados no ano anterior apresentavam menor adesão ao programa. Os autores concluíram que, a longo prazo, há efeitos benéficos relacionados ao programa P4P para diabetes.

Fonte: [JAMDA 17 \(2016\) 613e619](#)

## LITERACIA EM SAÚDE MATERNA É ASSOCIADA COM ESTADO NUTRICIONAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA NA ÍNDIA

Título original: Maternal Health Literacy Is Associated with Early Childhood Nutritional Status in India

Autores: Mira Johri, et. al

**Contextualização:** A desnutrição infantil está ligada à problemas de saúde e à baixos níveis de escolaridade, assim como, à estatura mais baixa e ao aumento do risco de doenças não transmissíveis na idade adulta, além de reduzir os lucros e a produtividade de indivíduos e de nações. Os autores levantam a hipótese de que a literacia em saúde materna é inversamente associado à desnutrição infantil na Índia. Entende-se por literacia em saúde “o grau que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações básicas de saúde”. Uma baixa literacia em saúde limita, portanto, o reconhecimento e compreensão de problemas de saúde e as interações com o sistema de saúde.

**Objetivo:** Investigar se a literacia em saúde materna está associada à desnutrição infantil em duas populações na Índia, uma urbana e outra rural. Foram entrevistadas mulheres com filhos entre 12-23 meses em relação à: capacidade de compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas com a saúde com base na utilização de materiais de promoção da saúde. A avaliação da criança se deu em relação à: nanismo grave, severamente abaixo do peso e debilitado em estado grave.

**Conclusões:** Os autores concluíram que em ambientes rurais e urbanos com poucos recursos na Índia, a literacia em saúde da mãe está associada ao estado nutricional de seus filhos: mães com a literacia em saúde alta

tinham cerca de metade da probabilidade de terem filhos com nanismo grave ou severamente abaixo do peso do que quando comparadas às mães com baixo nível de literacia em saúde. Foi encontrado ainda que a escolaridade da mãe estava estritamente relacionada com a literacia em saúde materna. Os autores discutem que, ao contrário da educação formal, a literacia em saúde pode ser modificada no curto prazo, aumentando a disponibilidade e a acessibilidade de informações sobre saúde.

Fonte: [J Nutr. 2016 Jul;146\(7\):1402-10. doi: 10.3945/jn.115.226290](#)

### GASTOS CATASTRÓFICOS COM SAÚDE ENTRE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS EM 15 PAÍSES EUROPEUS

Título original: Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries  
Autores: Jelena Arsenijevic. et al.

**Contextualização:** A prevalência de doenças crônicas é alta entre os idosos, o que pode resultar em despesas catastróficas com saúde. Despesas de saúde catastróficas referem-se ao caso em que os pagamentos out-of-pocket (desembolso direto do indivíduo) excede uma determinada proporção limite do total de despesas não-alimentares da família. Os autores utilizaram um limite de 10% da despesa familiar total por pessoa e por ano para considerar gasto catastrófico, que é o limite mais comumente utilizado nos países da União Europeia.

**Objetivo:** Avaliar os níveis de despesas catastróficas com saúde relacionados a desembolsos diretos entre idosos com diagnóstico de diabetes mellitus, de doenças cardiovasculares e de câncer em 15 países europeus (Áustria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, França, Alemanha, Hungria, Itália, Holanda, Polônia, Portugal, Espanha, Eslovênia, Suécia e Suíça). Utilizou-se o conjunto de dados da SHARE, uma empresa de pesquisadores que coleta dados de diferentes países. Os dados utilizados referiam-se à indivíduos com idade superior a 50 anos e seus familiares, coletados em 2010-2012.

**Conclusões:** Os autores descobriram que ser diagnosticado com diabetes mellitus e doenças cardiovasculares estava associado com despesas de saúde catastróficas entre os idosos, mesmo em

países relativamente ricos. Quando comparado com a Holanda (país com a menor percentagem de pagamentos out-of-pocket como uma percentagem do total das despesas de saúde no estudo), os idosos com diagnóstico de diabetes mellitus em Portugal, Polônia, Dinamarca, Itália, Suíça, Bélgica, República Checa e Hungria eram mais propensos a terem despesas catastróficas de saúde. Foram observados resultados semelhantes para as doenças cardiovasculares diagnosticadas. Em contraste, o câncer não foi associado com despesas catastróficas de saúde. Uma possível explicação para isso é que pacientes diagnosticados com câncer geralmente são isentos de co-pagamentos oficiais para intervenções e terapias.

Fonte: [PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0157765](#)

### MORTALIDADE EM CINCO ANOS E CUSTOS HOSPITALARES ASSOCIADOS À SOBREVIVENTES DA TERAPIA INTENSIVA

Título original: Five-Year Mortality and Hospital Costs Associated with Surviving Intensive Care  
Autores: Nazir I. Lone, et al

**Contextualização:** Sobreviventes de doenças críticas sofrem morbidades significativas, incluindo complicações neuromusculares, insuficiência respiratória, declínio cognitivo e psicológico e incapacidade física. O declínio da função física, psicológica e/ou cognitiva após uma doença crítica tem sido chamado de "síndrome pós-terapia intensiva". Os autores demonstraram, nesse artigo, qual é o impacto da síndrome pós-terapia intensiva por meio da identificação da maior mortalidade a longo prazo e do uso de recursos hospitalares por pacientes sobreviventes da UTI (Unidade de Terapia Intensiva)..

**Objetivos:** (i) avaliar a mortalidade a longo prazo de pacientes sobreviventes da UTI, durante um período de 5 anos após a alta hospitalar. Esses foram comparados à pacientes hospitalizados que não receberam cuidados intensivos (grupo controle); (ii) comparar o uso dos recursos hospitalares entre esses dois grupos de pacientes; (iii) identificar fatores associados ao aumento do uso de recursos hospitalares pós-alta hospitalar. Para isso, os autores utilizaram dados de registro da Escócia referentes a internação em UTI, internações agudas e

mortalidade.

**Conclusões:** De 7.656 pacientes internados na UTI, 5.259 sobreviveram até a alta hospitalar. Nos 5 anos após a alta hospitalar, os pacientes que haviam sido internados na UTI apresentaram maior mortalidade em relação ao grupo controle (32,3% vs. 22,7%), foram mais internados (taxa média de internação hospitalar, 4,8 vs. 3,3 / pessoa / 5 anos), apresentaram um maior número médio de dias em hospitais (32,6 dias vs 21,5) e tiveram maior média de custos hospitalares nos 5 anos (US\$ 25.608 vs. US\$ 16.913 / paciente). Sendo assim, os autores demonstraram que sobreviver à internação em UTI está associada a maior mortalidade hospitalar e maior utilização de recursos em 5 anos. Em relação aos fatores associados ao aumento do uso de recursos hospitalares pós-alta hospitalar, os autores encontraram que o fator “comorbidades” antes da admissão na UTI foi um importante indicativo de utilização de recursos do hospital posteriormente.

Fonte: [American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 194 Number 2 | July 15 2016.](#)

### UMA ANÁLISE DOS CUSTOS MÉDICOS NO PROGRAMA DE PROMOÇÃO A SAÚDE NO TRABALHO: ESTUDO DE CASO COM PROFESSORES EM UM DISTRITO ESCOLAR.

Título original: Medical cost analysis of a school district worksite wellness program

Autores: Ray M. Merrill, James D. LeCheminant.

**Contextualização:** Nos Estados Unidos os custos com planos de saúde para funcionários nas empresas têm aumentando, assim como, os sinistros dos beneficiários. Segundo *Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust* o custo médio dos prêmios dos planos de saúde para uma família de quatro pessoas aumentou em 69% em um período de 10 anos e as contribuições dos funcionários com as despesas médicas cresceram 81% nesse mesmo período. Em uma tentativa de conter o aumento do custo em saúde muitas empresas estão adotando programa de promoção a saúde no trabalho. Estudos mostram que esses programas apresentam uma redução nos custos médicos por parte dos funcionários e uma racionalização na utilização

dos serviços de saúde.

**Objetivo:** Avaliar a partir de um estudo de caso se a inserção do programa de promoção a saúde no trabalho apresenta melhora do estilo de vida do empregado, aumenta a prevenção de doenças crônicas, e conseqüentemente, reduz os custos recentes em saúde, como também, analisa se a adesão ao programa depende da idade e do sexo. O alvo do programa eram os professores das escolas do bairro nos Estados Unidos (total de 45 escolas indo do ensino fundamental ao médio) que eram cobertos por planos de saúde. O programa incluía os seguintes componentes: planejamento administrativo, avaliação na mudança cultural na saúde, exames biométricos (IMC, pressão arterial, colesterol e glucose), custo médio dos sinistros, e a frequência de utilização de serviços de saúde. Cada participante seria acompanhado por três anos sendo que o estudo foi realizado em dois ciclos de três anos (2009 a 2014).

**Conclusões:** Ao longo do estudo o programa apresentou um aumento da adesão de 65,6% dos funcionários no primeiro ciclo do estudo para 79,7% para o último ciclo do estudo. A adesão ocorreu em todas as faixa-etárias tanto no sexo feminino (73,3%) quanto masculino (26,7%). A média de idade foi entre 40 a 49 anos (em ambos os sexos), no entanto, a propensão a finalizar um ou mais programas de bem-estar por ano era maior entre as mulheres. O estudo revelou que o custo médio com gastos em saúde por participantes diminuiu: US\$795,2 dólares (2011 a 2012), US\$800,2 dólares (2012-2013) e US\$ 753,4 dólares (2013-2014). No entanto, para aqueles que não aderiram ao programa, os gastos médios em saúde foram: US\$824,2 dólares (2011 a 2012), US\$ 832, 4 dólares (2012-2013) e US\$ 816,8 dólares (2013-2014). Significa que os participantes que aderiram ao programa apresentaram uma melhora no quadro de saúde e mudaram o seu comportamento na utilização dos serviços de saúde. O total de participantes foi de 2.438 indivíduos durante o período de seis anos e o programa apresentou um custo de US\$1.412,736 dólares, mas que gerou uma economia na área de gastos em saúde para empresa de US\$ 3.612,402 dólares.

Fonte: [Preventive Medicine Reports 3 \(2016\) 159-165](#)



**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

## NOTA METODOLÓGICA

---

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

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

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

### Equipe IESS

Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo

Amanda Reis - Pesquisadora

Natalia Lara - Pesquisadora

Bruno Minami - Pesquisador

IESS

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

Tel (11) 3706.9747  
contato@iess.org.br