

Boletim Científico IESS

Edição: 1º bi/2017

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 EFEITOS PROVÁVEIS DO SEGURO DE SAÚDE COMPLEMENTAR DE OFERTA OBRIGATÓRIA PELO EMPREGADOR SOBRE A COBERTURA DA SAÚDE EM FRANÇA

Título original: The likely effects of employer-mandated complementary health insurance on health coverage in France

Autores: Aurélie Pierre e Florence Jusot

Contextualização: Na França, o sistema de seguro de saúde caracteriza-se pela presença de seguro de saúde público e de seguro complementar de saúde (SCS). Em 2012, 34,7% da população francesa possuíam SCS, seja por causa do seu emprego (16,2%) ou por causa do emprego de alguém da família (18,5%). Em 2013, o governo francês estabeleceu a promoção do acesso generalizado a SCS como fator central na estratégia nacional de saúde. Isso foi feito por meio da implementação da lei chamada “Acordo Interprofissional Nacional” (AIN), que obriga todos os empregadores do setor privado a oferecerem SCS, com copagamento ou não, a todos os seus empregados a partir de 1º de janeiro de 2016. Este acordo também estabeleceu que a cobertura deve permanecer para os desempregados por até 12 meses após o término de seu último emprego.

Objetivo: Este artigo realiza uma análise ex-ante dos efeitos prováveis da lei AIN, implementada em 2016, sobre a cobertura de SCS. A análise é ex-ante pois ainda não há dados de resultados da aplicação da lei. Então os autores utilizaram uma base de dados populacional e buscaram identificar quais seriam os possíveis atingidos pela lei (população economicamente ativa). **Conclusão:** Os autores consideraram dois cenários com a aplicação da lei. O cenário (1) avaliou apenas o impacto sobre os empregados do setor privado e o cenário (2) também contabilizou a cobertura para demitidos durante 12 meses. Observou-se que as pessoas beneficiadas pela lei são mais jovens (38,4% deles têm menos de 30 anos no cenário (2)) e estão em melhor estado de saúde do que aqueles não afetados pela lei. Os resultados mostraram que pode haver redução do número de pessoas sem cobertura entre indivíduos de

18 a 30 anos de 8% em 2012 para 5,6% e 4,5 % após 2017, respectivamente nos cenários 1 e 2. Observou-se também que as pessoas com potencial de obter a cobertura SCS por causa da lei têm renda menor do que aquelas que já estavam seguradas antes da lei.

Fonte: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016303475>

SAÚDE E USO DE CUIDADOS DE SAÚDE ENTRE INDIVÍDUOS EM RISCO DE PERDER SEGURO DE SAÚDE COM A REVOGAÇÃO DO AFFORDABLE CARE ACT (ACA).

Título original: Health and Health Care Use Among Individuals at Risk to Lose Health Insurance With Repeal of the Affordable Care Act
Autores: Pinar Karaca-Mandic; Anupam B. Jena, Joseph S. Ross

Contextualização: Aproximadamente 20 milhões de indivíduos ganharam seguro de saúde sob o Affordable Care Act (ACA). A partir de meados de 2016, 10,4 milhões de pessoas tinham planos de saúde e a meta até o final das inscrições do período de 2017 é chegar a 13,8 milhões de pessoas com acesso ao plano de saúde. Em 2016, mais de 14,6 milhões de adultos estavam inscritos no Medicaid na categoria “novo adulto”, dos quais 11 milhões eram recentemente elegíveis sob o ACA. Os resultados da eleição de 2016 sugerem que a ACA pode ser revogada ou modificada. Sendo revogada, tanto o sistema de saúde quanto os cuidados em saúde dos indivíduos podem ser afetados, portanto é importante analisar o impacto que isso pode acarretar.

Objetivo: O artigo visa analisar os impactos decorrentes da perda do benefício do ACA caso a lei seja revogada. Os dados utilizados para a análise são do banco de dados da National Health Interview Survey (HIS) de 2015. Foram identificados três grupos de risco de adultos até 65 anos sendo eles: (i) grupos de adultos com renda a baixo da faixa de 400% Federal Poverty Level (FPL¹), (ii) grupos de jovens com a faixa de renda a baixo de 138% FPL, e (iii) grupo de filhos

1 Uma medida de renda emitida anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Os níveis federais de pobreza são usados para determinar sua elegibilidade para certos programas e benefícios, incluindo poupanças no seguro de saúde do Marketplace e cobertura de Medicaid e CHIP. <https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-FPL/>

adultos dependentes de plano de saúde dos seus pais.

Conclusão: Foram analisados 112.787.040 beneficiários adultos até 65 anos de planos de saúde no banco de dados do HIS no ano de 2015. Nos três grupos analisados, os que apresentaram maiores riscos de perder o benefício foram os adultos que são dependentes dos benefícios de seus pais, pois estão desempregados e possuem baixo nível de formação. No estudo foi constatado que os três grupos analisados apresentaram alta porcentagem de considerar seu estado de saúde ruim, alta probabilidade de ter doenças crônicas, alto índice de entrada em pronto socorro, e pelo menos alguma vez já foi hospitalizado, sendo que os três grupos apresentaram em média 10 consultas por beneficiário em consultório médico em 12 meses. Portanto, se esses grupos de adultos perderem a cobertura, eles poderão acarretar uma pressão no sistema de saúde do Medicaid.

Fonte: JAMA Intern Med. Published online January 20, 2017. doi:10.1001/jamainternmed.2016.9541

O IMPACTO DO PLANO DE SAÚDE NOS CUIDADOS PREVENTIVOS E NOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: EVIDÊNCIAS DOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE EXPANSÃO DO MEDICAID DA ACA

Título original: The Impact of Health Insurance on Preventive Care and Health Behaviors: Evidence from the First Two Years of the ACA Medicaid Expansions.

Autores: Kosali Simon, Aparna Soni, John Cawley.

Contextualização: Nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos, a incapacidade de utilizar os cuidados preventivos (como a vacinação contra a gripe) e a tendência a apresentar comportamentos de risco para a saúde (como o tabagismo) são os principais contribuintes para a morbidade, assim como para o aumento dos custos dos cuidados médicos e o aumento da mortalidade. A necessidade de aumentar os cuidados preventivos e melhorar os comportamentos de saúde tem sido enfatizada pelo US Surgeon General. Um dos objetivos do Affordable Care Act (ACA) foi aumentar os cuidados preventivos e melhorar os comportamentos de saúde, aumentando o

acesso ao seguro de saúde para a população de baixa renda e outras pessoas desfavorecidas.

Objetivo: o artigo utiliza dados do Sistema de Vigilância de Fator de Risco Comportamental, de 2014, para comparar estados americanos que realizaram a expansão do Medicaid em relação aos que não realizaram. Examinou-se o impacto das expansões em cuidados preventivos (por exemplo, visitas dentais, vacinação e mamografias), o comportamento da população associados aos fatores de risco para a saúde (por exemplo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, falta de exercício, obesidade) e avaliou como os pacientes auto avaliam a sua saúde.

Conclusão: o artigo concluiu que as expansões do Medicaid aumentaram o acesso aos cuidados entre a população-alvo de adultos de baixa renda. Os adultos de baixa renda tiveram aumentos na taxa de cobertura em 17%, na probabilidade de ter um médico pessoal em 7% e redução na probabilidade de os custos serem uma barreira ao cuidado preventivo em 11%. Apresentaram também um aumento na auto avaliação de saúde como boa em 5%. Conclui-se que os resultados foram importantes para enfatizar a necessidade da população baixa renda ter acesso à planos de saúde, assim aumentando os cuidados preventivos na população de risco e, o que conseqüentemente, a longo prazo irá diminuir os custos em saúde.

Fonte: Journal of Policy Analysis and Management 10.1002/pam.21972

TRABALHO, SAÚDE E PLANO DE SAÚDE: UM CENÁRIO EM TRANSIÇÃO PARA EMPREGADORES E PARA TRABALHADORES

Título original: Work, Health, And Insurance: A Shifting Landscape For Employers And Workers Alike

Autores: Thomas C. Buchmueller and Robert G. Valletta

Contextualização: A relação entre trabalho, saúde e seguro de saúde nos Estados Unidos é complexa, multidimensional e está em constante evolução. As operadoras desempenham um papel importante no sistema de saúde dos Estados Unidos através da oferta generalizada de seguro de saúde por empregadores e da crescente adoção de programas de bem-estar no local de trabalho. Com o aumento da flexibilização da

carga horária da mão de obra e a mudança no perfil dos empregados, com uma parte trabalhando meio período, a saúde da força de trabalho tem sido afetada. Essas relações têm implicações cruciais para a utilização, os gastos com cuidados de saúde, a oferta de plano de saúde por empregadores e o impacto de medidas políticas como a Affordable Care Act (ACA).

Objetivo: neste artigo discutem-se as tendências demográficas e econômicas que afetam as relações entre composição da força de trabalho, a saúde do trabalhador e a oferta de planos de saúde. Estas tendências incluem o envelhecimento da população dos Estados Unidos; a evolução das condições de empregos e salários; e a mudanças na dependência de plano de saúde ofertado pelo empregador e outros programas que afetam saúde e bem-estar, como seguro de invalidez. O artigo discutiu também o impacto da ACA nessas tendências.

Conclusão: Os resultados da pesquisa sugerem que estas mudanças no mercado de trabalho podem representar desafios crescentes para a saúde da população trabalhadora dos EUA, ao mesmo tempo em que reduzem o acesso ao seguro de saúde patrocinado pelos empregadores. A ACA possibilitou um aumento do número de pessoas cobertas com plano de saúde, pois a partir dessa lei flexibilizou o acesso ao plano de saúde sem ter vínculo empregatício. De 2010, quando a lei foi aprovada, a 2015, o número de americanos sem plano de saúde caiu cerca de vinte milhões. Para os empregadores que oferecem benefícios de saúde, controlar o crescimento dos gastos continuará a ser um objetivo crítico. As estratégias de bem-estar baseadas em incentivos são a mais recentes inovações nessa área e podem ser vistas como a extensão de estratégias de cuidados gerenciados (como programas de gestão de doenças) e de planos de saúde com o objetivo de compartilhar os custos com o beneficiário. Dada a alta e crescente carga de custos das condições crônicas, a lógica de direcionar os comportamentos de saúde ligados a essas condições é convincente. No entanto, esses programas enfrentam importantes desafios legais e práticos, e sua eficácia permanece incerta.

Fonte: HEALTH AFFAIRS 36, NO. 2 (2017): 214-221 2017 Project HOPE

ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTADO CIVIL E OFERTA DE SEGURO DE SAÚDE PELO EMPREGADOR PARA MULHERES EMPREGADAS COM IDADE ENTRE 27 E 64 ANOS: ESTADOS UNIDOS, 2014-2015

Título original: The Association of Marital Status and Offers of Employer-based Health Insurance for Employed Women Aged 27-64: United States, 2014-2015.

Autores: Jessica I. Simpson, and Robin a. Cohen.

Contextualização: A cobertura de seguro de saúde privado empresarial é um determinante importante para o acesso à saúde nos Estados Unidos. Para as mulheres, o estado civil é um preditor importante para se ter uma oferta de seguro de saúde privado, já que, em 2015, as mulheres eram menos prováveis do que os homens de terem um seguro de saúde através do seu próprio empregador e mais provável de serem cobertas como dependente do cônjuge.

Objetivo: O objetivo desse estudo é descrever a associação entre o estado civil e a presença de ofertas de seguro de saúde pelo empregador para mulheres nos Estados Unidos. As análises são limitadas às mulheres com idade entre 27 e 64 anos para excluir a obtenção de seguro saúde como dependente dos pais (isso é possível para os menores de 27 anos).

Conclusão: Os resultados do estudo indicam que as mulheres solteiras são mais propensas do que as mulheres casadas a ter um seguro de saúde por meio do seu próprio empregador (72,2% contra 69,3%, respectivamente). Quase 17% das mulheres casadas possuem seguro de saúde apenas por meio do empregador do seu cônjuge. Diante desse dado, considerando essas duas formas de se obter um seguro saúde empresarial, as mulheres casadas são mais propensas do que as mulheres solteiras a ter um seguro de saúde empresarial (86,1% contra 72,2%, respectivamente), pois podem obtê-lo pelo seu empregador e pelo empregador do marido. Em suma, o estado civil é um preditor importante para a posse de seguro saúde empresarial por mulheres empregadas de idade entre 27 e 64 anos, independentemente do nível educacional, da renda e do grupo racial e étnico, pois as mulheres casadas ganham uma oportunidade adicional de ter seguro de saúde através do empregador do seu cônjuge.

Fonte: NCHS Data Brief No. 268 January 2017

Saúde & Tecnologia

EPIDEMIOLOGIA DA MULTIMORBIDADE NA POPULAÇÃO GERAL BRASILEIRA: EVIDÊNCIAS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DE 2013 (PNS 2013)

Título original: Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013)

Autores: Rzewuska M, de Azevedo-Marques JM, Coxon D, Zanetti ML, Zanetti ACG, Franco LJ, et al.

Contextualização: a multimorbidade é um dos principais desafios da saúde global e países de renda média estão enfrentando um desafio crescente para prover cuidados de saúde adequados para pessoas com multimorbidade. No Brasil, a ocorrência e os padrões de multimorbidade têm sido estudados apenas em amostras relativamente pequenas da população geral de uma cidade, em idosos e em mulheres.

Objetivo: Explorar a distribuição da multimorbidade e identificar padrões de multimorbidade de condições crônicas de saúde física e mental utilizando uma grande amostra nacionalmente representativa de adultos brasileiros. Utilizou-se dados de 60.202 adultos, com idade acima de 18 anos, que preencheram o questionário individual da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Foi definido como multimorbidade a presença de duas ou mais condições crônicas.

Conclusões: no total, 24,2% (IC95% 23,5-24,9) dos adultos brasileiros têm multimorbidade de condições crônicas, sendo as taxas de prevalência significativamente mais elevadas em mulheres, idosos e aqueles com menor nível educacional. Essa estimativa geral é comparável com a registrada na Escócia (23,2%), sugerindo que a multimorbidade na população adulta brasileira atingiu os valores dos países mais ricos. A novidade do estudo é que no Brasil as pessoas desenvolvem morbidades e multimorbidades em idade mais jovem do que as pessoas em países mais ricos. Além disso, as mulheres no Brasil desenvolvem doenças em idades mais jovens

do que os homens. Curiosamente, na população escocesa, a prevalência de multimorbidade cresceu substancialmente após a idade de 65 anos. Já em vários países de baixa e média renda e na população brasileira, as taxas de prevalência de multimorbidade estabilizaram após a faixa etária de 65 a 70 anos. Constatou-se também que enquanto 1 em cada 4 pessoas com um ou mais problemas de saúde física apresentava comorbidade de saúde mental, 3 em cada 4 pessoas com problema de saúde mental tinham problemas de saúde física comórbidos.

Fonte: [PLOS ONE - DOI:10.1371/journal.pone.0171111](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171111)

ABORDAGEM CLÍNICA AGRESSIVA À OBESIDADE MELHORA OS RESULTADOS METABÓLICOS E CLÍNICOS E PODE PREVENIR A CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA EXPERIÊNCIA ÚNICA NO CENTRO

Título original: Aggressive clinical approach to obesity improves metabolic and clinical outcomes and can prevent bariatric surgery: a single center experience

Autores: Flavio A. Cadegiani, Gustavo C. Diniz e Gabriella Alves

Contextualização: O número de procedimentos bariátricos aumentou exponencialmente na última década, como resultado da falta de intervenções clínicas bem-sucedidas de perda de peso. Segundo os autores, esse fracasso do tratamento clínico da obesidade se deve a seis razões: (I) os medicamentos anti-obesidade são tipicamente administrados como monoterapias, mesmo sabendo que nenhum dos medicamentos disponíveis pode conseguir mais que 10% da meta de perda de peso; (II) a farmacoterapia não é efetivamente combinada com outras intervenções, como a psicoterapia, a vigilância e a dieta intensiva; (III) curta duração da farmacoterapia para obesidade; (IV) falta de estratégias para manutenção de perda de peso; (V) mal entendimento da complexa fisiopatologia da obesidade; e (VI) os medicamentos contra a obesidade estão sub-prescritos, uma vez que apenas

2% dos pacientes com obesidade (IMC > 30 kg/m²) receberam remédios contra a obesidade. Considerando esses fatos, os autores desenvolveram um protocolo que potencialmente pode superar os inconvenientes que podem levar ao fracasso da terapia clínica para a obesidade. Esse protocolo objetivou melhorar os resultados da terapia clínica e se baseou nos seguintes aspectos: (i) identificação e aprimoramento de abordagens anteriores; (ii) combinação de diferentes estratégias que podem ter efeitos sinérgicos; e (iii) Intervenção clínica.

Objetivo: a partir do protocolo clínico proposto, o objetivo é relatar os efeitos clínicos e metabólicos para o tratamento da obesidade ao longo de um período de 2 anos e determinar se esta abordagem mais intensiva da gestão da obesidade é viável e uma possível alternativa à cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade moderada a severa. Foi realizado um estudo retrospectivo que envolveu 43 pacientes (32 mulheres e 11 homens) indicados para a cirurgia bariátrica.

Resultados: observou-se melhorias significativas em todos os parâmetros clínicos e metabólicos: Trinta e oito pacientes (ou 88,4%) atingiram 10% de perda de peso corporal e trinta e dois (74,4%) atingiram 20% de perda de peso corporal. Dos 43 pacientes observados, 40 (ou 93%) foram capazes de evitar a cirurgia bariátrica por meio desse tratamento. Assim, essa abordagem clínica intensiva para o tratamento da obesidade pode ser uma alternativa eficaz à cirurgia bariátrica.

Fonte: [BMC Obesity \(2017\)](#)

CONTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS PÓS-COMERCIALIZAÇÃO FINANCIADOS PELA INDÚSTRIA PARA A SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS: INQUÉRITO SOBRE AS NOTIFICAÇÕES APRESENTADAS ÀS AGÊNCIAS REGULADORAS

Título original: Contribution of industry funded post-marketing studies to drug safety: survey of notifications submitted to regulatory agencies

Autores: Angela Spelsberg, Christof Prugger, Peter Doshi, Kerstin Ostrowski, Thomas Witte, Dieter Hüsgen e Ulrich Keil.

Contextualização: na Alemanha, os estudos de pós-comercialização são atividades importantes no ciclo de vida de um medicamento licenciado e são regularmente realizados por empresas farmacêuticas e organizações de investigação por contrato. As agências reguladoras dependem desses estudos financiados pela indústria para a vigilância da segurança dos medicamentos. Em particular, a detecção de reações adversas “raras” (1 em 1.000) e “muito raras” (1 em 10.000) é muitas vezes possível apenas com estudos pós-comercialização. À luz da documentada falta de conhecimento sobre as raras reações adversas a medicamentos dos ensaios clínicos randomizados (realizadas no período pré-comercialização) e a subnotificação sistemática de regimes de notificação espontânea, os órgãos reguladores alemães, médicos e as seguradoras de saúde reafirmaram a importância e a necessidade de estudos de pós-comercialização para avaliar novas drogas autorizadas.

Objetivo: Investigar a prática de estudos pós-comercialização na Alemanha durante um período de três anos e avaliar se estes ensaios cumprem os objetivos especificados na Lei alemã dos Medicamentos.

Conclusões: Os estudos pós-comercialização não estão servindo como um instrumento chave para a vigilância da segurança dos medicamentos na Alemanha. Os tamanhos das amostras são, geralmente, demasiadamente pequenas para permitir a detecção de reações adversas raras, e muitos médicos partici-

pantes são estritamente obrigados a manter a confidencialidade em relação ao patrocinador sobre todos os dados. Menos de 1% dos estudos podem ser verificados como publicados em revistas científicas. Os estudos de pós-comercialização analisados não trazem nenhum benefício mensurável aos pacientes e poderiam estar tirando recursos de sistemas de farmacovigilância mais eficazes. Os dados relativos a esses estudos não devem ser considerados como informações comerciais confidenciais (ou segredos comerciais), mas devem ser disponibilizados para avaliação científica independente e controle público.

Fonte: [BMJ 2017;356:j337](#)

OS ALIMENTOS ANUNCIADOS NOS CATÁLOGOS DOS SUPERMERCADOS AUSTRALIANOS REFLETEM AS DIRETRIZES DIETÉTICAS NACIONAIS?

Título original: Do the foods advertised in Australian supermarket catalogues reflect national dietary guidelines?

Autores: Robyn Johnston, Julia Stafford, Hannah Pierce e Mike Daube.

Contextualização: Uma dieta pouco saudável é o fator de risco que mais contribui para doenças em muitos países de renda alta e média. Orientações dietéticas australianas recomendam o consumo diário de uma grande variedade de alimentos dos cinco grupos de alimentos principais (laticínios; frutas; cereais; verduras e legumes; e carnes, peixes, ovos e grãos). Alimentos e bebidas com alta densidade energética e com pouca quantidade de nutrientes devem ser consumidos apenas algumas vezes e em pequenas quantidades. A maioria dos gastos com alimentos na Austrália ocorre em supermercados, que estocam e vendem alimentos saudáveis e insalubres.

Objetivo: comparar os alimentos anunciados nos catálogos de marketing (tabloides) de quatro cadeias de supermercados australianos com o *Australian Guide to Healthy Eating* (ou Guia de Alimentação Saudável da Austrália). O conteúdo dos catálogos online semanais nacionais de supermercados de quatro grandes varejistas de supermercados australianos foi auditado de junho a setembro de 2013 (12 semanas). Os produtos anunciados foram categorizados como (i) alimentos que pertencem aos cinco principais grupos de alimentos (mais água); ii) Alimentos “discricionários” (com mais gorduras e óleos); (iii) álcool e (iv) outros (alimentos que não se enquadram em nenhuma outra categoria).

Conclusões: De todas as categorias, 34,2% dos alimentos anunciados eram provenientes dos cinco principais grupos de alimentos, 43,3% eram alimentos discricionários, 8,5% eram álcool e o restante 14,0% eram “outros” alimentos. Este estudo demonstra que, na Austrália, catálogos de supermercados promovem alimentos que são inconsistentes com as orientações dietéticas nacionais. Achados semelhantes foram observados em estudos anteriores nos Estados Unidos da América. Esta forma de marketing merece maior atenção como parte dos esforços para melhorar a salubridade dos ambientes alimentares. As opções de políticas do governo precisam ser exploradas para reduzir o marketing insalubre de alimentos em catálogos de supermercados.

Fonte: [Health Promot Int \(2015\) 32 \(1\): 113-121.](#)

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE COM ENCONTROS AMBULATORIAIS EM HOSPITAIS PÚBLICOS EM XANGAI: EXAMINANDO DIFERENTES ASPECTOS DOS SERVIÇOS MÉDICOS E IMPLICAÇÕES DE SUPERLOTAÇÃO

Título original: Patient experience with outpatient encounters at public hospitals in Shanghai: Examining different aspects of physician services and implications of overcrowding

Autores: Bao Y, Fan G, Zou D, Wang T, Xue D.

Contextualização: Mais de 90% dos atendimentos ambulatoriais na China foram realizados em hospitais públicos, tornando a experiência ambulatorial neste cenário um aspecto importante da qualidade dos cuidados

Objetivo: Avaliar a experiência ambulatorial em diferentes aspectos dos serviços médicos nos hospitais públicos da China e sua associação com a superlotação dos departamentos hospitalares ambulatoriais. Foi realizado uma análise retrospectiva com 7147 pacientes ambulatoriais em 40 hospitais públicos em Xangai (China) em 2014. A experiência do paciente com serviços médicos foi auto-relatada com base em 12 perguntas e os indicadores de superlotação incluíram o tempo de visita (manhã vs. tarde, segunda-feira/restante da semana) e o volume de pacientes ambulatoriais no primeiro semestre de 2014.

Conclusões: A comunicação inadequada entre médico e paciente, a tomada de decisões compartilhada e a superlotação hospitalar comprometeram a experiência ambulatorial com os serviços médicos em hospitais públicos chineses. A transferência de pacientes com condições crônicas e menos complexas para os centros de saúde comunitários será fundamental para aliviar as cargas de trabalho extremas em hospitais com elevados volumes de pacientes e, por sua vez, melhorar a experiência do paciente.

Fonte: [PLoS ONE 12\(2\): e0171684](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171684).



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
Náthalie Reigada - Estagiária

IESS

Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim Bibi, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br