



## Mensagem das Editoras

Roterdão, primeira semana de março de 2020. Reunimos para discutir os temas da renovada Newsletter APES. Uma semana depois já não nos sentamos juntas na mesa do café do costume, mas à distância de dois metros no parque, cheio de gente a aproveitar a generosidade da primavera. As instituições começam lentamente a fechar, e os aeroportos também. Entre os economistas da saúde a situação que se vinha a acompanhar na China torna-se um assunto inevitável. Para aqueles “na diáspora”, como nós, uma dúvida premente é a de se e como regressar a Portugal (tão bem relatada pela Céu Mateus nas suas [crónicas para a Visão](#)). Entretanto, alguns núcleos ligados à APES começam a partilhar e sistematizar as questões mais difíceis, os artigos mais interessantes e informativos, e ideias sobre a contribuição essencial da ciência numa fase tão desafiante.

Como relata a Mónica Oliveira na sua [rubrica](#), há um sem número de discussões e decisões em tempo de COVID-19 que podem e devem ser influenciadas pelos conhecimentos em economia da saúde. De uma forma informal a APES procurou contribuir para estas discussões desafiando investigadores a contribuir para as rubricas APES#COVID19PT. Outras iniciativas foram surgindo, como a [sistematização dos vários inquéritos](#) que procuram recolher dados para possibilitar o estudo destes meses tão atípicos. Por fim – e porque a APES reconhece a importância da multidisciplinaridade em ciência – os [Webinars “E depois da Covid-19?”](#) convidam palestrantes de diversas áreas de conhecimento para discutir o futuro, dos Portugueses como um todo e em determinados grupos e sectores, da biotecnologia à comunicação para o público.

Divulgar cada nova rubrica e acompanhar as opiniões e discussões em temas tão diversos tem sido muito recompensante para nós. Esperamos que o leitor partilhe da mesma experiência e que esta possa contribuir para uma discussão mais informada, sobretudo numa altura em que surge muita informação contraditória. Deste lado, e durante os próximos meses, continuaremos a divulgar rubricas e a promover *webinars* sobre a COVID-19 – contamos com os nossos associados para nos acompanhar e informar acerca dos temas do seu interesse.

Francisca Vargas Lopes e Joana Pestana

*Erasmus University Rotterdam e Nova School of Business and Economics,  
e editoras da newsletter APES*

## **Irá a COVID-19 alterar a governação na saúde? Primeiras impressões**



É curioso como, em poucos dias, a COVID-19 conseguiu alterar o panorama da governação dos hospitais do SNS, que passou da regulamentação e centralização quase totais a um modelo de autonomia dificilmente imaginável no mês anterior.

Quais eram as regras em vigor até janeiro? (refiro-me às normas em vigor em 2019, de acordo com o Decreto-Lei de Execução Orçamental e outros documentos legais): os hospitais EPE (Entidade Pública Empresarial) não podiam assumir compromissos de despesa plurianuais sem autorização, com exceções muito restritivas; não podiam assumir sem autorização compromissos de despesa sem fundos disponíveis (objetivo quase impossível para a maioria deles, submergidos em milhões de euros em dívidas vencidas); não podiam assumir sem autorização investimentos além de determinados valores; não podiam contratar sem autorização exceto em casos muito restritivos. Investimentos e contratações eram permitidos sem autorização prévia caso os hospitais tivessem tido os seus [Planos de Atividade e Orçamento \(PAO\)](#) aprovados, o que, em 2019, apenas tenha sido o caso para pequena minoria.

Resumindo, os Conselhos de Administração tinham uma autonomia extremamente limitada para gerir os seus hospitais, sendo obrigados a solicitar autorizações, geralmente demoradas, para tomar decisões relevantes.

Dois [decretos-lei, de 13 e 24 de março de 2020](#), alteraram esta situação, criando um “regime excecional de autorização de despesa para a resposta à pandemia”, nomeadamente (e resumidamente): a despesa passou a ser autorizada pela DGS ou ACSS, foi flexibilizada a possibilidade de ajuste direto, a compra sem autorização prévia foi permitida desde que abrangida pela compra centralizada, e foi criado um processo de deferimento acelerado de despesas e contratações curtas sujeitas à autorização prévia.

Ao contrário do que era expectável no período pré-COVID, a devolução de competências não se acompanhou de maior responsabilização. Não era, certamente, altura para pensar nisto. Mas quando haja tempo para refletir sobre o binómio autonomia/responsabilização, esperemos que surja com um olhar diferente.

Para quem pensa apenas na eficiência, a pandemia deixa claro que os cuidados de saúde terão sempre uma dose de ineficiência, por causa da necessidade de manter o acesso inclusive em alturas e locais de baixa procura; é o preço da incerteza e da equidade. Esta incerteza também se reflete nas práticas clínicas, face a um vírus desconhecido, e na incapacidade do setor privado de assumir a sua complementaridade sem

apoio do Estado. A pandemia também mostra a falta de alguns dos melhores profissionais de saúde, investigadores ou gestores, perdidos para outros horizontes. Para trazer/reter estes talentos, são necessárias boas condições de trabalho, flexibilidade contratual e espírito de abertura.

Para quem não acredita nem que existam problemas de gestão no SNS, nem que os gestores devam ser responsabilizados, também há possíveis lições: a pandemia demonstra a importância de sistemas de informação interligados e harmonizados, do planeamento dos equipamentos e infraestruturas, da existência de cuidados integrados (entre saúde pública, cuidados de saúde primários e continuados, e hospitais), da criação de redes horizontais entre prestadores geograficamente próximos, ou da compra centralizada ágil.

Neste momento o futuro parece suspenso, aguarda-se com impaciência o seu regresso.

Julian Perelman

*Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa*



17 abril, 2020

## **Cuidar dos nossos pais e avós em tempos de COVID**

(Fotografia de Alex Boyd no Unsplash)

Em véspera de Páscoa, a Presidente da Comissão Europeia, Ursula von der Leyen, referiu que [os contactos das pessoas mais velhas deverão permanecer limitados pelo menos até ao fim do ano](#). Este grupo é particularmente vulnerável e, até termos uma vacina, o isolamento é a melhor forma de proteger os indivíduos (do vírus).

Desta triste realidade ressaltam pelo menos duas angústias. Em primeiro lugar, e volto a frisar, o isolamento é a melhor forma de proteger os indivíduos do vírus. No entanto, o isolamento e a solidão andam muitas vezes de mão dada. A solidão, sobretudo entre os mais velhos, também é um problema de saúde pública que provavelmente se vai agravar ao longo dos próximos tempos. E [a solidão é um importante fator de risco para morbidade](#), quer física quer psicológica, levando ao aumento de sintomas depressivos, hipertensão, doença cardíaca, entre outros; estes, por sua vez, acabam por se refletir em pior bem-estar, maior necessidade de cuidados e eventualmente morte prematura.

Em segundo lugar, muitos entre os nossos pais e avós são dependentes da ajuda de familiares ou de profissionais com as suas atividades da vida diária. Nalguns casos essa ajuda é relativamente simples e envolve pouco contacto/risco, como irmos às compras para os nossos pais ou avós e deixar-lhes as compras à porta, mas noutros é complexa e implica um grande nível de contacto e risco, como ajudar com a higiene pessoal. O nível de risco varia

ainda de acordo com quem presta ajuda: um familiar cuidador pode ser extremamente cauteloso, mantendo-se confinado ao máximo e tendo contacto apenas com o cuidando; um profissional do apoio domiciliário já representa maior risco, já que anda de casa em casa.

E quanto aos residentes em lares? É virtualmente impossível parar o contágio entre residentes e profissionais uma vez que o vírus entra numa destas instituições. De acordo com a informação disponível, a 9 de abril, [cerca de 15%](#) das mortes por COVID-19 em Portugal correspondiam a residentes em lares; a 14 de abril, essa proporção já era de [cerca de um terço](#). Ao longo dos últimos dias e semanas vimos reportados casos como o deste lar [em Aveiro](#), e outros igualmente dramáticos lá fora, [em Madrid](#) ou [no Ontário](#), por exemplo. De acordo com [esta análise](#), na Bélgica, França, Itália, Irlanda e Espanha, entre 42% e 57% de todas as mortes relacionadas com a COVID-19 correspondem a residentes em lares.

Vale a pena refletir, enquanto comunidade e país, na melhor forma de cuidar dos nossos pais e avós em tempos de COVID. Por exemplo, talvez seja necessário apertar o controlo das normas de higiene e segurança de lares e prestadores de apoio domiciliário, reforçar a formação dos profissionais dessas instituições, tornar públicos indicadores de qualidade; senão para já, então a tempo da próxima vaga ou da próxima epidemia.

Mas todos temos um papel a desempenhar. Enquanto filho/a ou neto/a, desde já telefonar mais vezes aos nossos pais e avós, e porque não tentar ensiná-los a fazer videochamadas? Se for cuidador(/a), seja duplamente cauteloso/a. E se os seus pais ou avós estiverem num lar ou receberem apoio domiciliário, seja vigilante e exigente em relação às normas de higiene e segurança. Eles merecem o nosso cuidado e atenção.

Judite Gonçalves

*Nova School of Business and Economics*

20 abril, 2020

## **COVID-19, sistemas de saúde e desigualdades**

No decorrer da semana passada, e na sequência da posição anunciada pelo [Ministério da Saúde](#) de que não financia o tratamento de doentes COVID-19 pelo sector privado exceto se referenciados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), as duas maiores operadoras de seguros de saúde em Portugal tomaram posições diametralmente opostas. Enquanto a [Multicare \(Fidelidade\) decidiu](#), via acordo com a Associação Portuguesa da Hospitalização Privada, assegurar a cobertura do tratamento dos seus segurados com COVID-19 em hospitais privados por iniciativa dos doentes e sem referência pelo SNS\*, a [Medis \(Ageas\) comunicou](#) que não seguirá



esta via. E justifica a sua posição por reconhecer exclusivamente ao SNS e Direção Geral da Saúde (DGS) a responsabilidade de coordenar o combate à epidemia. Para além disso, a Medis parece considerar que o tratamento de doentes à margem de uma estrita articulação com o SNS pode impactar negativamente os esforços e o sucesso alcançado até agora pelo sistema de saúde Português.

Não sendo (naturalmente) discutida pelos intervenientes, há uma outra problemática associada à cobertura do tratamento de COVID-19 pelas apólices de seguros de saúde suplementares em Portugal: a introdução de desigualdades no acesso e qualidade deste tratamento, determinadas pela possibilidade de pagar seguros voluntários. Sem entrar numa discussão mais extensa sobre [\*moral hazard\*](#), esta cobertura significa que aos doentes com seguro será dada a possibilidade de tratamento por sua iniciativa e nas condições de um hospital privado. E não é claro que se consiga prevenir estas desigualdades de prevalecerem em eventual situação de rotura do SNS e necessidade de utilização da capacidade dos hospitais privados.

Ainda assim, tanto a estratégia Portuguesa como a alocação da maior parte dos recursos encontram-se centradas no SNS. Alguns dirão que eventuais desigualdades geradas no tratamento de COVID-19 no nosso país via seguros de saúde não são fraturantes. Uma realidade muito diferente para outros países. Como país desenvolvido, os Estados Unidos da América são o exemplo mais flagrante de desigualdades no acesso aos cuidados saúde. E se no contexto da pandemia [foi aprovada legislação](#) para garantir restrições nos copagamentos e tratamento dos Americanos sem seguro, tal está longe de significar que os grupos mais desfavorecidos beneficiarão de acesso e qualidade de cuidados comparáveis aos da restante população.

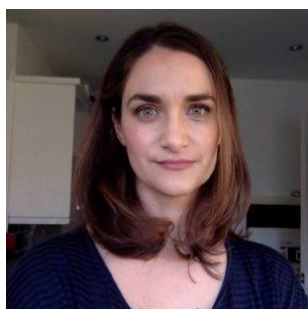
A forma desigual como a COVID-19 tem afetado diferentes grupos de cidadãos Americanos tem feito manchetes nos meios de comunicação social, [maioritariamente descrita em termos raciais](#) mas em muito associado à situação económica destes grupos. Infelizmente, estas desigualdades [extrapolam em muito o acesso aos cuidados de saúde](#). São o resultado de maior exposição ao risco de infeção – por serem estes grupos a desempenhar grande parte das profissões essenciais, sem a devida proteção; e maior suscetibilidade à doença grave – pela existência de comorbilidades de base com mau prognóstico (essas sim que derivam parcialmente de acesso diferencial a cuidados no passado)\*\*. E o impacto nas desigualdades não ficará por aqui. Estender-se-á aos cuidados de saúde para outras condições que agora são cancelados, adiados ou não procurados (por receio). E também ao tratamento de condições adquiridas durante esta pandemia, por exemplo doença mental. É antecipável que os grupos mais desfavorecidos tenham mais dificuldade em recuperar estes cuidados com um aumento considerável nas disparidades em saúde. Por certo nos Estados Unidos. Mas também em Portugal.

Perante a situação Americana, e apesar das atuais fragilidades do SNS e do crescimento dos seguros de saúde suplementares no nosso país, fica a lembrança aos Portugueses do que significa pertencer a um Estado Social com cobertura universal e cuidados de saúde tendencialmente gratuitos. Ao Estado Português fica a nota para a devida atenção à temática das desigualdades em saúde durante e após esta pandemia. Aliás, a todas as desigualdades.

\*A maioria das apólices de seguros de saúde (suplementares) não inclui a cobertura de custos associados a epidemias.

\*\*Para uma reflexão mais detalhada acerca de desigualdades (Norte-Americanas) nesta pandemia recomendo [o artigo](#) de Nancy Krieger no *The New Yorker*.

Francisca Vargas Lopes,  
*Erasmus Medical Center, Department of Public Health*



24 abril, 2020

## **COVID-19 e o triângulo dos números: casos suspeitos, confirmados e mortalidade**

Assistimos, desde os primeiros casos de Covid-19, a diversas projecções da curva epidemiológica. Inicialmente a discussão visava entender o número de pessoas que ficaria afectada e as consequências para o sistema nacional de saúde (SNS), particularmente nos cuidados intensivos. Quase todas as projecções matemáticas falharam, não por incapacidade dos modelos logísticos mas pela incerteza temporal da instituição das diferentes fases de intervenção: contenção, mitigação e supressão, que obedecem não apenas à ciência mas ao poder político. À medida que a realidade permite traçar a curva real, quer de casos confirmados como de mortalidade, a discussão sofre um desvio gravitacional para outros objectivos como o relaxamento das medidas impostas. Discutem-se, a mortalidade com e por COVID e a influência na variação da mortalidade geral, as consequências económicas e sociais das atuais medidas e do seu impacto futuro. Traçam-se novas curvas com o intuito de entender se devemos e se vamos retornar ao “normal”.

Estamos, regra geral, viesados pelo envolvimento emocional que as medidas de isolamento causam, e isto gera viéses não apenas nas análises, mas nos objectivos destas. Assim propõe-se o exercício de dar um passo atrás e com perspectiva entender o triângulo em epígrafe e a importância dos seus vértices. Começamos pela distinção dos casos confirmados (indivíduos testados com diagnóstico positivo) e casos suspeitos (indivíduos com sintomas compatíveis com COVID, como por exemplo tosse, febre, dificuldade respiratórias). É também importante entender que ambos contribuem, directamente e indirectamente, para mortalidade.

O número de casos suspeitos será um melhor indicador da dimensão da pandemia, especialmente quando se começam a fazer planos para terminar a contenção e confinamento social. Analisando o mais recente relatório da Direção Geral de Saúde, observa-se que em cada 1000 casos suspeitos, 100 são casos confirmados. Mais alarmante, é o facto de morrerem cerca de 3.6% dos casos confirmados. Continuando a contextualização da realidade Nacional, verificamos que apesar do aumento cumulativo, conseguiu-se um decréscimo diário do número de internamentos por COVID de 1284 (a 16 de abril) para 1095 (a 22 de Abril), libertando capacidade hospitalar e de Unidade de Cuidados Intensivos. Esta recente evolução permite-nos falar de achatamento da curva, isto é, decréscimo do número diário de óbitos e diminuição de novos caso (no nosso caso assistimos a uma incidência quase constante). Estes números são consequência das medidas de quarentena e distanciamento social, rastreio e reforço do sistema nacional de saúde. O levantamento das actuais restrições está em discussão. Sem estas, os números de interações entre indivíduos aumenta e consequentemente a propagação do vírus. Todos constituímos potenciais vectores de contágio, assim quanto mais interações sociais temos, mais pessoas podemos potencialmente infectar. Enquanto não houver medidas terapêuticas eficazes e\ou vacina, sair de quarentena precipitadamente pode colocar em risco todo o progresso alcançado em termos da redução do número de casos. O triângulo entre casos suspeitos, casos confirmados e mortalidade, indica que o aumento do primeiro pode, semanas depois, levar ao esgotamento da capacidade de resposta do SNS, especialmente a capacidade de resposta hospitalar aos casos mais graves.

Rita Santos

*Centre for Health Economics, University of York*



27 Abril, 2020

## **COVID-19, números, hipóteses e sua interpretação**

Os últimos tempos têm sido pródigos em números, em interpretação de números, em conclusões que decorrem da interpretação de números. Para quem tem uma vida profissional baseada em números, cujo trabalho consiste em comparar acréscimos de custos com ganhos em saúde, tem sido impressionante acompanhar todo este processo. Sem dúvida que esta vontade generalizada de analisar números terá consequências positivas, mas continua a ser preciso ver as hipóteses que influenciam os números, ver o que não está lá, ter uma leitura crítica das conclusões retiradas.

Um dos primeiros assuntos em voga foi a prontidão das decisões dos governos. O Político, por exemplo, apresentou um gráfico em que mostra o número de dias entre a terceira morte e as decisões de confinamento em

vários países. O governo português parece ter sido dos mais prudentes entre os países analisados. Mas terá mesmo havido maior prudência? Ou apenas mais informação? Parece razoável admitir que numa pandemia global as decisões a nível nacional não dependem apenas do que ocorre em cada país, mas também do que ocorre em países próximos – até porque isso influencia a forma como a população encara o problema e reage a decisões difíceis! O dia zero, o dia que permite comparar a prontidão da tomada de decisão em vários países, talvez não seja o dia da terceira morte nacional, mas o dia em que o alarme social se tornou óbvio. Em Portugal, a terceira morte por Covid-19 ocorreu a 20 de março, mas o dia relevante para a perceção generalizada do problema terá sido algures na semana anterior.

O assunto do momento é a análise da diferença entre a mortalidade reportada como sendo por Covid-19 e a mortalidade excessiva total (por comparação com períodos homólogos). A ideia é que parte da mortalidade excessiva não diretamente imputada à Covid-19 se poderá dever a mortes que ocorreram por a prestação de cuidados de saúde estar muito centrada na Covid-19 (seja porque os doentes “fogem” dos prestadores seja porque os prestadores se focam demasiado na Covid-19). A este propósito um estudo da Escola Nacional de Saúde Pública mostra um número impressionante: entre 16 de março e 14 de abril houve 615 mortes em excesso, não imputadas à Covid-19. Neste caso, o dia da primeira morte marca o início da análise.

Mas e se o dia inicial fosse 1 de janeiro? Os próprios autores indicam que até 14 de abril a mortalidade excessiva total foi de 157 mortes. É possível analisar os dados e concluir que a um défice de mortalidade em janeiro e fevereiro se seguiu uma compensação em março. Havendo, a 14 de abril, 599 mortes atribuídas à Covid-19, poder-se-ia concluir que houve menos 442 mortes por outras causas. Uma conclusão completamente diferente apenas por alteração do primeiro dia da análise! Mas que também terá algumas hipóteses implícitas...

Links:

- <https://www.politico.eu/article/europes-coronavirus-lockdown-measures-compared/>
- <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2020/04/excesso-de-mortalidade-em-portugal-em-tempos-de-covid-19-21.04.2020.pdf>

Luís Silva Miguel

*CEMBE, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência*





## A contribuição da COVID-19 para o agravamento das desigualdades socioeconómicas

Clinicamente, a COVID-19 é uma doença que não afecta toda a população por igual. Os idosos e os doentes crónicos são exemplos de grupos entre os quais a COVID-19 se tem mostrado mais letal. Mas, para além deste aspecto clínico, a COVID-19 contribui de diversas formas para exacerbar desigualdades socioeconómicas já existentes.

Enquanto para muitos o teletrabalho passou a ser uma realidade, existem várias ocupações profissionais que não podem ser realizadas a partir de casa. Uma grande parte dessas ocupações é remunerada abaixo da média e baseada em contratos precários, mas revelou-se essencial nas últimas semanas. Veja-se, por exemplo, o caso dos empregados de limpeza dos hospitais, dos serviços de entregas, ou dos caixas de supermercado. A troca de magros salários, estes profissionais colocam-se em risco diariamente por todos aqueles que têm o luxo de poder ficar em casa. Estas diferenças na exposição à COVID-19 podem levar a um agravamento das desigualdades em saúde já existentes, principalmente se os grupos mais expostos forem aqueles cujo estado de saúde já era, à partida, pior. As desigualdades de tratamento, abordadas por Francisca Vargas Lopes numa [recente contribuição](#) para esta rúbrica, constituem uma preocupação acrescida nesta discussão.

No caso das crianças, muitas passaram a ter aulas virtuais ou telescola. Esta situação representa, para famílias de estratos socioeconómicos mais baixos, um desafio a vários níveis. Estas famílias terão maiores dificuldades em garantir acesso a um computador e à internet, ou a existência de um espaço sossegado em casa para a criança estudar e assistir às aulas. Pode-lhes ser também mais difícil encontrar disponibilidade para apoiar as crianças com matérias escolares. Tudo isto contribui para que, numa era pós-COVID-19, o fosso em termos de aproveitamento escolar já existente entre crianças de estratos sociais distintos se alargue, o que terá repercussões em termos de mobilidade social a longo-prazo.


Há também que ter em conta as desigualdades entre homens e mulheres dentro do agregado familiar. Para algumas mulheres, ficar em casa significa passar os dias na companhia de um parceiro abusivo. Para outras traduz-se em dificuldades adicionais em conciliar a vida profissional, com obrigações familiares relacionadas com crianças ou idosos, e com as responsabilidades domésticas, que ainda recaem maioritariamente sobre o sexo feminino. A COVID-19 pode significar a perda do (pouco) progresso que ocorreu nos últimos anos em termos da divisão de tarefas no lar e, de uma forma mais geral, do papel das mulheres na sociedade.

Esta lista não é, de todo, exaustiva. O leitor certamente não terá dificuldade em encontrar outros exemplos de como a COVID-19 é uma doença desigual, não afectando todos da mesma forma. Apesar de estarmos a praticar distanciamento social, devemos, mais do que nunca, estar atentos ao que se passa com quem nos rodeia. Em termos de agenda política, urge definir e implementar medidas que ajudem a reverter o agravamento das desigualdades socioeconómicas motivado pela COVID-19.

Ana Moura  
*Tilburg University*

## **PRÓXIMOS EVENTOS**

### **8ª Workshop APES 2020**

 *Save the date:* 25 de setembro

O 8º Workshop de Economia e Política de Saúde terá lugar no dia 25 de setembro. À semelhança de anos anteriores: será um evento apenas para os sócios da APES. Muito diferente de edições anteriores: será um evento online!

Em breve anunciaremos os prazos para a submissão de artigos.

## **CONTRIBUA PARA A NEWSLETTER DA APES**

A Newsletter da APES é um veículo de comunicação aberto a todos os associados. Se pretender divulgar algum evento ou projeto, envie um email para [newsletter@apes.pt](mailto:newsletter@apes.pt) ao cuidado de Francisca Vargas Lopes e Joana Pestana.

