



Mensagem do Presidente da Assembleia Geral

Caros associados,

Vivemos tempos difíceis. Vivemos tempos difíceis e diferentes. Totalmente diferentes... vivemos tempos em que as pessoas não se encontram, não se reúnem pessoalmente, e não se cumprimentam com contacto físico. Vivemos tempos em que quase tudo é virtual, em que o Zoom e outras plataformas passaram a permitir as novas formas de nos encontrarmos, e a ser a nossa nova sala de reuniões.

Foi o que se passou no passado dia 29 de maio. Tivemos, como habitualmente, a Assembleia Geral da APES. Tivemos, como habitualmente, a apresentação por parte da Direção do relatório e contas das atividades realizadas em 2019. Tivemos, como habitualmente, um parecer do Conselho Fiscal. E tivemos, como habitualmente, um conjunto de associados interessados nas atividades da nossa Associação e que estiveram presentes nessa Assembleia Geral. Mas, não tivemos, como habitualmente, uma reunião presencial. Tivemos um encontro entre amigos, conhecidos, colegas, entre pessoas e instituições, que partilham os mesmos interesses, mas que se encontraram agora virtualmente, nessa nova sala de reuniões Zoom.

Tempos estranhos estes que vivemos. Tempos em que quase tudo é diferente. Tempos em que até as conferências e outras reuniões científicas de partilha de conhecimento tiveram de se reinventar. Tempos em que aquilo que muitos de nós, da academia ou da indústria, valorizamos muito, como a partilha de ideias e de resultados de investigação, têm que ser feitas também virtualmente. Tempos em que aquilo que se ganha com a diminuição da probabilidade de contágio e com o tempo e o custo de deslocação, perde-se em espontaneidade e contacto pessoal, tão salutar para o nosso bem-estar e para o nosso progresso pessoal e profissional.

Tempos estranhos estes, em que conferências tão importantes e marcantes para a nossa atividade profissional são virtuais, ou são adiadas para anos vindouros, que se esperam sem COVID-19... Mas qualquer que seja a evolução da pandemia, a APES continuará a produzir e a partilhar conhecimento, nomeadamente sobre os principais temas que vão marcando os tempos que vivemos. E é isso que fará no próximo Workshop da APES, que também se irá realizar em modo virtual. Contamos consigo!

Luís Nobre Pereira

Presidente da Assembleia Geral da APES



Diamantes e água

Eu não vou fazer um título com COVID-19. Na verdade, vou apenas falar de uma pergunta, que embora já existisse antes, se adensou com a pandemia. Hoje, as pessoas estão a atribuir mais valor aos profissionais de saúde, sobretudo aos médicos, e começa a ser comum ouvi-las perguntarem acerca do salário de quem consideram ser os seus heróis. Uma das frases tipo que me chama mais à atenção é: “Porque é que os futebolistas que não servem para nada ganham tanto dinheiro e os médicos que são tão importantes recebem tão pouco”. Sendo eu um grande fã de futebol e um economista, achei que fosse minha obrigação explicar este puzzle.

Resumindo, as pessoas confundem valor e preço. Um exemplo comum em economia é o da água e dos diamantes. Aposto que não há ninguém no mundo que vá dizer que um diamante tenha mais valor que a água. A água é vital! Enquanto que o diamante não serve para nada. É apenas bonito e resistente. Então porque é que a água que é tão valiosa e tão barata, enquanto o diamante que tem tão pouco valor é tão caro? A resposta está nas quantidades. Há água em abundância. Todos temos acesso a água. Logo, embora a valorização que nós damos à água seja tão alta, a quantidade disponível não nos faz competir por ela. Em economês, a oferta é absurdamente maior que a procura, levando a um equilíbrio de mercado com um preço baixo. No caso do diamante, a sua raridade faz com que a oferta seja muito baixa em relação à procura, o que causa um equilíbrio de mercado com um preço alto.

O que se passa entre os médicos e os melhores jogadores de futebol é mais ou menos a mesma coisa. Embora os médicos tenham muito mais valor para a sociedade, eles são menos “raros”, ou melhor, mais fáceis de substituir. Mas um jogador de topo como o Cristiano Ronaldo é único. Impossível de substituir. Digamos então que a oferta de jogadores de futebol ao nível do Ronaldo é extremamente baixa enquanto que a oferta de médicos em geral é relativamente alta.

Neste momento o vosso instinto está a dizer-vos que o que eu escrevi não pode estar certo. Eu entendo esse sentimento. Mas pensem nos profissionais que fazem a limpeza dos hospitais. Querem algo mais importante para a sociedade? Provavelmente estará ao nível da medicina porque não podemos ter hospitais sem condições mínimas de higiene. Seriam matadouros! No entanto estes profissionais recebem muito pouco. Porquê? Porque são fáceis de substituir. O valor está na tarefa, mas não necessariamente no indivíduo que a executa. Se tivesse de ser um médico a limpar ele limparia. Até um jogador de futebol seria capaz de limpar. Mas um profissional de limpeza não seria capaz de curar (nem jogar à bola ao mais alto nível).

Reparem que os jogadores de futebol em escalões inferiores recebem menos que os médicos. Mesmo muitos dos jogadores em escalões superiores recebem menos que os médicos. A diferença faz-se apenas nos melhores jogadores, os que estão nos melhores clubes ou nas melhores ligas. Esses recebem mais que os melhores médicos do mundo por causa da sua raridade. Façam as contas. Contem o número de jogadores de elite e o número de bons médicos no mundo... obviamente não são só as diferenças na oferta que justificam este fenómeno. Também há diferenças importantes na procura. A procura por cuidados de saúde é condicional e local. Só procura cuidados de saúde quem está doente e normalmente na sua zona de residência. A procura por futebol é mais abrangente e constante. O Cristiano Ronaldo tem o mundo inteiro a ver os jogos dele e a comprar o seu merchandising e imagem. Portanto, menor oferta, mais procura, mais dinheiro... Por fim, só uma nota para dizer que em países como Portugal, em que os salários dos profissionais de saúde no setor público estão tabelados, esta diferença é logicamente ainda mais gritante. Claro que num mercado não regulado neste momento já estaríamos a pagar cuidados de saúde a peso de ouro.

Seja como for, mesmo num mercado livre os melhores jogadores do mundo recebem muito mais que os melhores médicos do mundo. E recebem infinitas vezes mais que um médico ou profissional de limpeza aleatório. E sim, ninguém tem dúvidas que os médicos e os profissionais de limpeza desempenham tarefas muito mais importantes que chutar numa bola. Portanto não é o valor da tarefa, é a escassez de pessoas capazes de a desempenhar! -Não é valor, é preço!



Se quiserem ouvir a explicação completa dada pelo meu amigo Rafael Barbosa façam favor de procurar o nosso podcast sobre futebol: [Testemunhas da Bola](#). Ouçam o episódio intitulado [“Testemunhas do caloteiro e dos salários”](#) a partir do minuto 24, que é quando entra o tema.

Luís Filipe

Nova School of Business and Economics



Poderá a pandemia melhorar o nosso sistema de saúde mental?

Muito se tem falado da saúde mental neste tempo de pandemia. Não só pelas consequências que o confinamento pode trazer, mas também pela situação económica em que o país se encontra. Muitas pessoas estão a lidar com situações de *lay-off* ou de desemprego sem terem perspectivas, num futuro próximo, de regressar ao mercado de trabalho. Esta situação, conjugada com o confinamento, assume um risco real para a saúde mental.

Desde o início da pandemia que vários profissionais de saúde foram alertando para as potenciais consequências da COVID-19 na saúde mental. No entanto, só passado um mês da entrada em vigor do Estado de Emergência, o Director do Programa Nacional para a Saúde Mental, na conferência de imprensa diária realizada no Ministério da Saúde, explicou como é que as pessoas podem lidar com a actual situação em que o país vive e que serviços de saúde mental têm à sua disposição. Foi também anunciado um [site](#) onde se pode encontrar respostas na área da saúde mental durante a COVID-19.

Numa pesquisa breve pelo site, é possível encontrar uma pequena explicação sobre os níveis de cuidados que devemos usar com base nas necessidades. Para tal, foi apresentada a pirâmide da Organização Mundial de Saúde que, sucintamente, apresenta o modelo *ideal* de organização dos serviços de saúde mental. Na base da pirâmide estão os cuidados que devemos ter para promover a saúde mental (nível de autocuidados; nível comunitário e familiar). No topo temos o nível mais elevado de cuidados, ou seja, os Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM). Entre a promoção/prevenção e o nível mais elevado de cuidados, aparece os Cuidados de Saúde Primários (CSP) que devem ser o primeiro nível de resposta para quem precisa de ajuda. De acordo com esta pirâmide, deverá haver uma forte articulação entre estes dois níveis de cuidados.

Em Portugal, esta articulação entre os CSP e os DPSM tem falhado. Muito se tem escrito sobre a forma como estes dois níveis de cuidados se devem articular, mas pouco se tem feito para que essa articulação seja uma realidade. No entanto, temos verificado que, em tempo de pandemia, são necessárias respostas rápidas e articuladas. No site é referido que existem novas respostas adaptadas à COVID-19, onde a articulação entre os CSP e os DPSM está a ser promovida. A ser verdade, é importante que, após a pandemia, esta articulação se mantenha. É indispensável agarrar esta oportunidade para (re)pensar numa verdadeira reorganização dos serviços de saúde mental.

Maria Ana Matias

Centre for Health Economics, University of York



Tempos de Espera em Tempo de Peste – Parte I

Um certo pudor leva-me a fazer ao leitor um aviso ou a praticar aquilo a que os anglo-saxónicos barbaramente decidiram chamar “spoiler”. No que se segue, não encontrará soluções. Se concordar com esta premissa e encarar este texto como um princípio de discussão, poderemos ambos chegar ao final dele em segurança.

Na última semana, tomando um ar de inevitabilidade e fadiga, tornou-se mais audível o debate sobre a retoma da atividade hospitalar que fora suspensa no início de março. O que se passou desde então na generalidade dos hospitais do SNS pode ser descrito de duas maneiras: um aumento da procura (doentes com Covid-19 mais todos aqueles com as restantes doenças) para (mais ou menos) a mesma capacidade; ou uma diminuição da capacidade — resultante da reafecção de recursos ao tratamento da nova doença — para a procura habitual do segundo grupo de doentes. Em ambos os casos, não tardarão as notícias infaustas sobre o aumento das listas e, mais importantemente, dos tempos de espera.

O método mais imediato de atuar sobre eles é aumentar a capacidade, não devendo a obviedade desta intervenção ser tomada por falta de eficácia. Isto é o que já começou a ser feito com o reforço de meios nos hospitais do SNS e com a utilização dos setores privado e social, que deverá intensificar-se no futuro. O problema é que ambas custam dinheiro. Apesar de não serem verdadeiramente alternativas, outras intervenções terão de concorrer para o controlo dos tempos de espera. É do seu alcance que hoje vos falarei.

Uma possibilidade é a redistribuição da procura dos hospitais mais para os menos sobrecarregados. Obrigar doentes a serem tratados num hospital que não desejam não me parece praticável e, por isso, resta-nos esperar que eles mesmos, ao abrigo do Livre Acesso e Circulação, escolham hospitais com menores tempos de espera. O efeito esperado desta redistribuição é a convergência dos tempos de espera nos diferentes hospitais, o que não é totalmente benéfico, mas também não é indesejável se a nossa preocupação incidir essencialmente sobre as esperas muito longas.

Acontece que a procura por cuidados de saúde não é muito sensível ao tempo de espera — o escândalo individual por ter de esperar não é muitas vezes condizente com o comportamento da procura — e que a distância é preeminente na escolha de um prestador. Não há, com efeito, muita gente disposta a atravessar um distrito para ir a uma consulta, mesmo que para isso tenha possibilidade e mesmo que isso adiantasse o tratamento algumas semanas. Por estas razões, é pouco provável que o lado da procura dê uma grande ajuda. A subsidiação das deslocações de doentes que optam por um hospital que não o mais próximo, como *grosso modo* sucede na Noruega, pode mitigar este segundo obstáculo, mas não é claro que os recursos necessários para a pôr em prática não fossem mais bem empregados em lânguidos aumentos da capacidade. Além disto, uma parte dos custos da distância não é monetária; a culpa é da vontade.

Somam-se entraves do lado da oferta também. Não é expectável que daqui venha um contributo que potencie o efeito, ainda que pequeno, da livre escolha, porque os hospitais podem recusar pedidos de consulta e porque são praticamente inexistentes os incentivos financeiros à aceitação de consultas além do valor contratado. Pelo contrário, não é difícil imaginar que aceitar mais doentes pode comprometer a obtenção dos incentivos financeiros que existem à manutenção dos tempos de espera.

Como diriam os bárbaros falantes com que abri o texto, não temos grandes “carrots” ou “sticks” nestes domínios. A estes obstáculos estruturais e institucionais voltaremos no próximo texto.

Luís Sá

Departamento de Economia / Núcleo de Investigação em Políticas Económicas (NIPE), Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho

08 Maio, 2020



Para além da COVID-19: acesso aos medicamentos hospitalares nas farmácias

No atual contexto da pandemia de COVID-19, uma preocupação que não podemos ignorar é o impacto deste surto nos doentes com outras patologias, seja no acesso a consultas, exames ou cirurgias que necessitam, seja à medicação em tempo útil. Garantir à população a continuidade terapêutica para o controlo das suas patologias surge, assim, como uma premente necessidade, para assegurar o acesso e adesão aos medicamentos habitualmente cedidos em contexto de ambulatório hospitalar, evitando as deslocações aos hospitais de grupos de risco e contribuindo para a contenção da transmissão da doença.

[O Governo deu “luz verde”](#) a uma iniciativa de diversos parceiros do setor da saúde, que se mobilizaram em tempo recorde para acesso dos mais frágeis aos referidos medicamentos, [através de um serviço de proximidade](#), gratuito, que garante a confidencialidade e liberdade de escolha, o cumprimento das normas de segurança em todo o circuito e o aconselhamento farmacêutico, em prol do doente.

[A Operação Luz Verde](#) resulta do esforço articulado entre profissionais da saúde (farmacêuticos, médicos e administradores hospitalares), hospitais, distribuidores farmacêuticos e farmácias, com o apoio institucional das Ordens dos Farmacêuticos e dos Médicos, e de associações de doentes, para uma resposta de proximidade que facilita a vida aos doentes, seus cuidadores e familiares na gestão da doença crónica.

[No primeiro mês beneficiaram desta iniciativa](#) 8.306 pessoas com doença crónica (com cancro, VIH/sida, esclerose múltipla ou outras patologias), recebendo medicamentos hospitalares através da sua farmácia local

preferencial ou ao domicílio, evitando deslocações desnecessárias ao hospital. A Operação Luz Verde envolve já sinergias de 1.980 farmácias comunitárias em Portugal Continental e Regiões Autónomas, 33 hospitais e 15 associações de doentes, sendo expectável o crescendo deste esforço solidário.

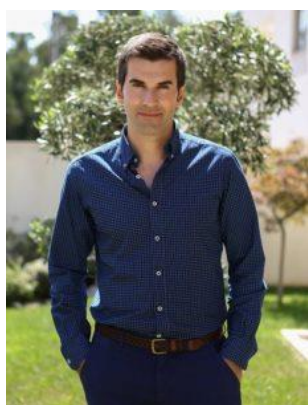
Este é um exemplo de uma resposta concertada entre vários intervenientes, trabalhando como parceiros para gerar valor social, com grande potencial de redução de custos para o sistema de saúde e doentes (como os custos e tempo de deslocação até aos hospitais) e promissores ganhos em saúde e de satisfação para as pessoas que vivem com doença crónica. [Alguns serviços já foram experienciados em projetos pilotos](#): no Hospital Curry Cabral (com terapêutica antirretroviral, TARV), registando níveis elevados de satisfação dos doentes e cumprindo o objetivo primordial de adesão à terapêutica, e, mais recentemente, no Centro Hospitalar e Universitário de São João (Farma2Care).

Terminada a conjuntura excepcional que vivemos será importante avaliar a dimensão do valor social gerado por este serviço de proximidade com a devida articulação com os hospitais de referência, alicerçado na liberdade de escolha dos doentes, com lições aprendidas para humanizar a prestação de cuidados de saúde e da salvaguarda da saúde pública.

Inês Teixeira

Centro de Estudos e Avaliação em Saúde, CEFAR/INFOSAÚDE/ANF

11 Maio, 2020



Problemas de seleção amostral e o impacto na caracterização da Covid-19

Problemas de seleção amostral ocorrem quando os indivíduos incluídos na amostra não são representativos da população alvo, ou seja, a população para a qual queremos tomar decisões. No contexto da Covid-19, a incapacidade da maioria dos países afetados em testar um número suficientemente grande de pessoas impossibilita a obtenção de uma amostra representativa da população alvo (neste caso, pessoas infectadas com a Covid-19). A consequência imediata da seleção amostral é uma distorção dos parâmetros ou estatísticas acerca da prevalência e progressão da Covid-19. Por exemplo, a taxa de mortalidade de casos (número de mortes por casos detetados) é severamente afetada pela seleção amostral, uma vez que os indivíduos com sintomas e estados clínicos mais severos (e logo com uma menor probabilidade de sobreviver) têm uma maior probabilidade de serem testados.

No caso da mortalidade, e pondo de lado todos os problemas relatados com a medição exata do número de fatalidades, a estatística de maior relevância

para os decisores políticos (e o público) é a taxa de mortalidade de infectados (número de mortes por casos infectados). Dado as limitações internacionais em testar em grande escala (talvez com a exceção da Islândia), resta-nos estimar este valor empiricamente, ajustado para o número de casos não diagnosticados. Foi isto que foi feito pelo grupo da Imperial College de Londres, cujo [modelo epidemiológico](#) tem sido amplamente usado por outros países para modelar as trajetórias da Covid-19 e as consequências de várias políticas de contenção. Contudo, estas estimativas da taxa de mortalidade de infectados, assim como outras medidas de progressão da Covid-19 (por exemplo, número de dias necessários para os casos da Covid-19 duplicarem) são afetados por outros aspetos de seleção amostral (para além da autosseleção dos casos mais severos já referida acima).

A mais evidente é a subestimação do número de casos infectados, que resulta principalmente da baixa capacidade que a maior parte dos países tem em testar e rastrear a população. Ou seja, a probabilidade de indivíduos assintomáticos serem testados é bastante baixa. Uma consequência imediata é a subestimação do período de incubação do coronavírus uma vez que os indivíduos com períodos de incubação mais longos têm uma maior probabilidade em não serem detetados numa fase mais inicial da epidemia. Adicionalmente, casos cujo período de incubação é conhecido, por exemplo contactos com outros casos confirmados, têm uma maior probabilidade de serem incluídos na amostra.

Um outro aspeto da seleção amostral e um dos menos reconhecidos, tem que ver com as restrições impostas à circulação de pessoas. Por exemplo, dados de casos exportados de Wuhan (indivíduos infectados em Wuhan mas diagnosticados fora de Wuhan) foram usados em estudos preliminares, incluindo o estudo do Imperial College, no cálculo de parâmetros epidemiológicos. Neste contexto, a probabilidade de ser incluído na amostra de casos exportados é maior para os indivíduos infectados numa fase mais inicial da epidemia, dado que Governo de Wuhan impôs confinamento no dia 23 janeiro. O uso desta amostra levou a uma subestimação da progressão da Covid-19 e do período de incubação do coronavírus, dadas as diferenças na taxa de crescimento epidémico em diferentes fases da epidemia.

Projeções epidemiológicas de doenças infecciosas como a Covid-19 são notoriamente sensíveis aos parâmetros do modelo, não só porque têm de modelar um processo exponencial, mas também pela limitada qualidade e quantidade dos dados disponíveis. Por esta mesma razão, não podemos dar-nos ao luxo de ignorar os problemas de seleção amostral para evitar uma distorção maior destas estimativas, e existe já [algum trabalho](#) a emergir nesta área.

Manuel Gomes

University College London, Reino Unido



COVID-19: Como pode a economia da saúde ajudar a melhorar a tomada de decisão em saúde em Portugal?

Com a emergência inesperada da pandemia COVID-19, o debate público sobre a política da saúde tem sido dominado pela monitorização, controlo e resposta imediata aos doentes COVID-19 e pela resposta económica de curto prazo, sendo necessário preparar, à luz da informação atual, o serviço nacional de saúde português para uma fase prolongada de COVID-19 e para uma fase de pós-COVID.

Enquanto que muito se tem discutido sobre o papel dos epidemiologistas, menos se tem dito sobre como outras áreas do conhecimento como a economia da saúde podem contribuir para uma tomada de decisão informada pelo governo e autoridades de saúde.

Centrando-se a economia da saúde na geração de conhecimento e de ferramentas para informar como melhorar a afetação de recursos escassos a fins múltiplos do sistema de saúde, existem oportunidades para os economistas de saúde ajudarem a moldar as atuais e futuras mudanças.

Não pretendendo ser nem exaustiva nem detalhada sobre estas oportunidades, apresenta-se um conjunto de áreas onde os economistas da saúde podem assumir um papel chave no atual contexto, liderando equipas multidisciplinares com valências, perspetivas e métodos complementares:

Ao nível das políticas de saúde, afigura-se como central desenvolver estudos sobre as preferências e escolhas sociais dos portugueses – nomeadamente face à relevância de objetivos económicos, de promoção de saúde e de ambientes saudáveis e de sustentabilidade – de forma a informar o desenho e avaliação de políticas. Face à emergência de estudos que mostram que a crise está a afetar desproporcionalmente grupos vulneráveis e com baixo rendimento, importa refletir sobre que políticas em saúde, e para a saúde, têm maior potencial para ajudar estes grupos.

Ao nível do planeamento de cuidados de saúde, é relevante a economia de saúde investigar como redesenhar no atual contexto as redes de prestadores e de serviços que incluem os cuidados de saúde primários, hospitalares, cuidados continuados e linhas telefónicas de saúde. Este redesenho deve considerar a existência dos doentes COVID-19 e não COVID-19, a adoção de novas tecnologias de tele-saúde e saúde eletrónica, alterações nos percursos clínicos dos doentes alinhados com a promoção do valor em saúde, e mecanismos de colaboração. A este redesenho de redes deve estar associado o estudo de sistemas de incentivos e de financiamento que promovam essa colaboração e uma adequada coordenação entre entidades.

Ao nível da gestão de cuidados de saúde, tendo em conta o adiamento recente de uma elevada quantidade de produção programada a vários níveis de prestação, será necessário desenvolver estudos para analisar

globalmente e localmente as necessidades, priorizar serviços e doentes, criar métodos de apoio ao planeamento e reescalonamento de serviços, assim como estudar preços para apoiar a tomada de decisão central e local e o uso combinado dos prestadores públicas e privados.

Sabendo-se que muitas instituições aumentaram o ritmo de adoção de novas tecnologias e de intervenções em saúde (p.e. tele-saúde), alteraram processos de prestação e estão a prestar novos serviços de saúde, estudos de avaliação económica são essenciais para se perceber os benefícios, riscos e custos destas tecnologias e intervenções, e para o sistema aprender com a experiência e promover a réplica de boas práticas.

Conhecendo-se deficiências na informação disponível para apoiar a tomada de decisão, os economistas da saúde poderão ter um contributo na melhoria e desenho de novos sistemas de informação. A título de exemplo, sistemas para monitorizar e analisar periodicamente a evolução da saúde mental, a qualidade de vida em múltiplos contextos, e o mercado de trabalho em saúde são essenciais para melhorar o sistema de saúde e desenvolver investigação.

Por último, sabendo-se que na evolução da COVID-19 é central o comportamento das pessoas, pode a economia da saúde desenvolver estudos de economia experimental e comportamental para informar os modelos de previsão do impacto da pandemia e o impacto de políticas.

Estas e muitas outras áreas de investigação são essenciais para a comunidade de economia da saúde portuguesa continuar o seu legado histórico de promoção de valores sociais e de saúde, e de influenciar com base na ciência e evidência a política de saúde em Portugal.

Mónica Oliveira

*Departamento de Engenharia e Gestão / Centro de Estudos de Gestão do IST,
Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa*



22 Maio, 2020

Envelhecimento activo e morrer com dignidade

Todos nascemos com um determinado stock de saúde. Todos morremos quando se esgota o nosso stock de saúde. Tudo o que nasce morre, quanto a isto não há dúvidas. O que a maioria de nós deseja, quer para nós próprios, quer para todos aqueles de que gostamos, é que o número de dias entre a data do nosso nascimento e a data da nossa morte, seja o maior possível. E que consigamos viver todos esses dias, transformados em dezenas de anos, com a melhor saúde possível e tirando o maior partido da vida. A Covid-19 veio transformar esta situação e acelerar a morte de muitas pessoas com mais de 65 anos de idade. E isto deve envergonhar-nos a todos. Na semana em que passou a ser possível aos idosos que estão nos lares terem visitas

dos familiares, se os lares assim o decidirem, não poderia deixar de falar neste tema.

Várias transformações sociais têm-nos permitido ganhos substanciais na longevidade nos últimos 50 anos. Embora em Portugal, nem os homens, nem as mulheres, tenham muitos anos de vida saudável [depois dos 65 anos de idade](#), e até estejamos pior hoje do que em 1995, a [esperança de vida aos 65 anos](#) aumentou muito no mesmo período. Os ganhos em anos de vida nas sociedades ocidentais levaram também a um olhar diferente sobre o que é ser velho e sobre o que é o envelhecimento. Começámos a falar e a investigar sobre o envelhecimento activo. Percebemos que o envelhecimento quando combinado com actividades intelectuais e físicas estimulantes e adequadas permitia ganhar mais anos e mais anos saudáveis.

Contudo, nem todas as pessoas que envelhecem conseguem manter independência ou conseguem manter-se nas suas casas. Devido a vários factores é frequente muitas das pessoas com mais de 65 anos acabem por frequentar centros dia ou estarem em lares. E foi precisamente nos lares que a Covid se revelou mais letal. E, contrariamente à ideia que foi passada, as pessoas que morreram não iam na sua maioria morrer nos próximos 12 meses, [as perdas de anos de vida foram substanciais, quer para homens, quer para mulheres](#).

Esta situação ocorreu em [muitos países](#) do mundo, o que demonstra o quanto estamos a falhar enquanto sociedades perante este grupo da nossa população. Os relatos dos profissionais de saúde sobre o que [passou na Suécia](#) são particularmente impressionantes. Em Portugal, já este ano, poucas semanas antes de sermos atacados pelo coronavírus, houve um debate no Parlamento sobre o suicídio assistido e a eutanásia que gerou grande comoção na sociedade portuguesa. A despenalização da morte assistida pretende dignificar a morte de quem considera que não pode continuar a ter uma vida digna. A muitas das pessoas que agora morreram nos lares, sozinhas, foi negada a dignidade e a companhia que se pretende esteja presente nas situações de morte assistida.

Não pretendo dizer, e muito menos insinuar, que isto se passou na maioria das instituições. Mas aconteceu em algumas. E naquelas que aconteceu, não devia ter acontecido.

É aceite que a limitação das visitas aos lares teve como objectivo principal proteger quem lá vive mas, ao mesmo tempo, também deixou essas pessoas sozinhas e tristes. E a solidão também mata. Pessoas em que a memória começa a falhar ou é ténue, não conseguem compreender o que sentem como abandono da família.

Não nos devemos esquecer que em Portugal operam lares ilegais. O que aconteceu a quem está institucionalizado nesses lares? Que mecanismos

tem o Estado para proteger quem lá está? Não podemos continuar a assobiar para o lado porque o ‘problema está resolvido’.

Uma das lições que temos obrigação de retirar da pandemia é a necessidade de repensar o funcionamento dos lares. É necessário que o Estado – nós – considere que a sua responsabilidade para com os idosos não se esgota no pagamento das pensões. Quem está nos lares tem tanto direito como qualquer outra pessoa a um envelhecimento activo e a morrer com dignidade.

Céu Mateus, Presidente da APES,

Universidade de Lancaster

25 Maio, 2020

Cuidados de saúde no #novonormal

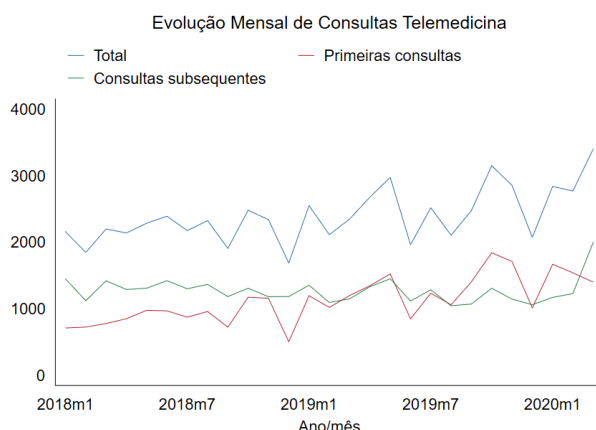


A pandemia da COVID-19 não teve origem nos hospitais, mas os hospitais, bem como os lares, tornaram-se locais centrais desta pandemia. Estes não são apenas locais onde os doentes morrem, são também locais onde o novo coronavírus, responsável pela doença COVID-19, se propaga. Sujeitos ao contágio não estão somente os utentes, mas também os profissionais que lá trabalham. Onde isto nos pode levar é visível em Portugal. Na semana passada (20/05/2020) [nove profissionais do Hospital Santa Maria em Lisboa](#) testaram positivo à COVID-19. A contabilização nacional é de 3.317 profissionais de saúde infetados (1.071 já recuperados), entre os quais 480 médicos e 1.088 enfermeiros, segundo o secretário de Estado da Saúde, António Lacerda Sales, na conferência de imprensa diária. Os resultados recentes dos [testes serológicos](#) realizados pela Fundação Champalimaud em colaboração com a Ordem dos Enfermeiros apontam para níveis mais graves de exposição ao vírus.

Nesta fase da pandemia, os métodos para mitigar os riscos de infeção nos hospitais e outras unidades de saúde são diversos. Estes passam por testes sistemáticos aos utentes e pelo menos testes aleatórios de rastreio às equipas que asseguram cuidados de saúde, bem como a adoção de novas *guidelines* para a utilização do equipamento de proteção pessoal e de cuidados de higiene dos equipamentos técnicos potencialmente problemáticos (ar condicionado, ventilação, etc.).

Além destas medidas, os hospitais dispõem também da telemedicina como meio de mitigar o risco de infeção, através da redução do contato direto com/entre os utentes, ou de triagem daqueles que realmente precisam de ser vistos no local. Se para muitos de nós o teletrabalho, “teleconvívio”, “teledesporto”, etc. são inovações que passaram a hábitos em semanas,

entre meados de março e início de abril de 2020, as teleconsultas não são propriamente uma novidade.



Graf. da evolução mensal do número de consultas em telemedicina. Segundo [dados do SNS](#), verificou-se em março 2020 um aumento de 45% no número total de teleconsultas (var. homologa) que se deveu sobretudo ao aumento de consultas subsequentes na região de Lisboa e Vale do Tejo.

A aceitação rápida e relativamente simples das consultas remotas, com recurso a telefone, e-mails, videochamada ou *apps*, foi possível devido à abordagem pragmática de resposta a esta crise de saúde pública e ao investimento em tecnologia que tem vindo a ser feito para dar resposta aos desafios regionais relacionados com a falta de oferta de cuidados e/ou a dificuldade de deslocação das populações. Se por um lado a evidência sobre a efetividade e benefícios para o utente da medicina à distancia é ainda limitada e complexa (ver por ex. [revisão](#)), a telemedicina parece estar a estabelecer-se como um recurso valioso nesta pandemia, com diferentes [estruturas de coordenação](#) e barreiras à adoção em diferentes países. Neste campo, Portugal encontra-se bem equipado como demonstra a 8ª posição entre os 17 países examinados no [Digital Health Index](#) da Bertelsmann Stiftung.

Mas fará a telemedicina parte do #novonormal?

Podemos pensar em duas fases. No curto prazo, este pode ser um veículo chave para a recuperação das consultas que foram adiadas aquando da declaração da pandemia. No longo prazo, a experiência destas semanas de como a medicina à distância pode funcionar nas práticas de diferentes especialidades médicas pode ser usada para promover a adoção e adaptação segura e baseada na evidência da telemedicina para enfrentar os desafios que novos surtos apresentem.

Joana Pestana

Nova School of Business and Economics

27 Maio, 2020



Escassez de recursos nos tempos que correm

Médicos e enfermeiros na linha de frente do sistema de saúde viveram os últimos meses sob a ameaça de racionamento de cuidados de saúde. Os médicos [italianos](#) soaram o alarme, mas a [ameaça](#) é generalizada. Estamos a ter de fazer escolhas que nunca pensámos que deveríamos fazer, diziam. Um ventilador, duas pessoas. Um deles terá 50% de chance de sobreviver a esta doença. O outro, talvez a hipótese de dizer adeus. Muito provavelmente, nem isso. Em pouco tempo, Espanha percebeu que a difícil escolha lhes batia à porta. Previsivelmente racional, França desenvolveu rapidamente sistemas de triagem e protocolos. Os Países Baixos, previsivelmente eficientes, lembraram aos idosos e vulneráveis que podiam optar por ficar em casa e deixar os ventiladores para jovens e saudáveis. Ou previamente saudáveis.

A pandemia trouxe consigo uma súbita perceção de que o sistema de saúde tem capacidade limitada, de que é preciso *alisar a curva*. Espalhe-se a necessidade de tratamento ao longo do tempo para que possamos escolher quem recebe o quê e quando. O racionamento chegou às manchetes, mas é uma realidade omnipresente. Os sistemas de saúde têm recursos limitados e racionam a prestação de cuidados de uma de duas maneiras: preço, e mecanismos de racionamento sem preço. Sistemas de saúde *tendencialmente gratuitos*, como o Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português dependem principalmente de racionamento sem preço, por exemplo listas de espera para consultas de especialidade ou cirurgia.

Em Portugal, o problema das [listas de espera](#) é [crónico](#), com crises agudas. A fase em que agora nos encontramos é crítica, com um acumular de doença, diagnosticada e por diagnosticar, ao longo dos últimos meses. Se a COVID-19 e o coronavírus nos ensinaram algo, foi a necessidade de dar prioridade ao cuidado dos mais vulneráveis. É essencial identificar onde estão e desenvolver ferramentas que permitam recuperar o tempo perdido. No nosso sistema de saúde não há como evitar listas de espera, mas é preciso evitar que se transformem em listas de desespero.

Sara Machado

Department of Health Policy, London School of Economics and Political Science

PRÓXIMOS EVENTOS

EUHEA

Conference 2020 – EuHEA

É já esta quinta-feira, 9 de Julho , que se realiza online a próxima conferência europeia da EuHEA subordinada ao tema “Health economics for sustainable welfare systems”.

Veja [aqui](#) a agenda e inscreva-se.

apes
associação portuguesa
de economia da saúde

8ª Workshop APES 2020

A APES vai realizar no dia 25 de Setembro na plataforma ZOOM, o 8º Workshop APES: Economia e Política de Saúde.

O workshop destina-se exclusivamente aos associados da APES e tem como objetivo a apresentação de trabalhos num formato que permite uma discussão mais aprofundada – 20 minutos para exposição, 15 minutos para comentário e 10 minutos para debate com a assistência.

Os autores interessados em apresentar trabalhos no 8º Workshop APES devem enviar o seu trabalho por correio electrónico para apes@apes.pt até dia 15 de Agosto de 2020. Os trabalhos a submeter devem ter o formato de um artigo científico com cerca de 15-20 páginas.

A seleção de comunicações será feita com base no mérito científico do trabalho e na sua relevância para a Economia e Política da Saúde. A decisão sobre a aceitação será comunicada aos autores até ao dia 11 de Setembro de 2020.



AES-APES Virtual Early Career Researcher Seminar Series

A Série Virtual de Seminários para Investigadores em Início de Carreira (VECR) é uma iniciativa conjunta das Associações Portuguesa e Espanhola de Economia da Saúde (AES e APES) para proporcionar aos jovens investigadores a oportunidade de apresentarem o seu trabalho, num momento em que muitas conferências e workshops foram canceladas ou adiadas.

Os seminários acontecerão mensalmente entre julho e outubro (primeiro seminário no dia 21 de julho). Incentivamos os nossos “early careers” a submeterem um resumo através deste [link](#). Os resumos serão considerados para apresentação até 10 dias antes da data de cada seminário.

Todos os investigadores (em início de carreira ou seniores) são convidados a assistir ao seminário e contribuir com comentários, sugestões e perguntas! Subscrevam a nossa [lista de e-mails](#) para receber informações sobre cada seminário (com uma semana de antecedência).

Mais informações estão disponíveis no [site da APES](#).

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 ao cuidado de Francisca Vargas Lopes e Joana Pestana.

