

Mensagem da Comissão Científica e Organizadora do 8º workshop

Caros associados,



A APES está a preparar para o próximo dia 25 de setembro a 8.ª edição do seu workshop bienal Economia e Política de Saúde. Esta 8.ª edição procura continuar a refletir um ideal que norteia a APES desde a sua criação e que é apresentado, como um aviso à navegação, logo no nome desta associação — uma associação de Economia da Saúde e não de economistas da saúde. Mais concretamente, referimo-nos ao ideal de esta ser uma associação que acolhe não só economistas mas todos aqueles que praticam Economia da Saúde. É precisamente este ideal que a comissão científica, presidida pela Judite Gonçalves, está a imprimir na seleção dos trabalhos a apresentar no workshop, que, insistimos, está aberto a todos os sócios que pretendam juntar-se a nós na tarefa de desenvolver, discutir e disseminar a Economia da Saúde, independentemente da natureza dos seus trabalhos.

Este ano, o workshop migrou para o domínio online numa versão mais curta de apenas um dia. Para nós, Ana Teresa Paquete e Luís Sá, na comissão organizadora, isto constitui um exercício de equilíbrio. Se há uma lição que a maioria de nós aprendeu nos últimos meses é que manter a atenção a reuniões, aulas ou seminários é muito mais difícil e desgastante através de um ecrã do que presencialmente. Entendemos, por isso, que aumentar a interatividade do workshop deste ano deve estar no cimo da nossa lista de prioridades. No entanto, o desafio é fazê-lo sem comprometer o rigor científico dos artigos selecionados, o tempo de exposição atribuído aos autores, ou a discussão de cada artigo por um comentador atribuído além da audiência, características distintivas do workshop APES. A Comissão Organizadora está também a trabalhar em soluções menos convencionais para oferecer aos autores um registo do retorno e do impacto que os seus trabalhos causaram na audiência.

Na versão online, não queremos perder outros benefícios que o workshop APES nos proporcionava. E, ainda que, como antes, não possamos sair das nossas secretárias por uns dias, tentaremos continuar a incentivar o convívio entre praticantes da Economia da Saúde com experiência, proveniência e interesses diferentes. Contamos com a colaboração de todos os participantes para guardarem esta data exclusivamente para este evento. Só assim conseguiremos uma entrega e uma convivência que nos enriquecerão a todos.

Entretanto, ficamos a aguardar os vossos trabalhos e propostas de comentadores. Até breve!

Judite Gonçalves pela Comissão Científica

Ana Teresa Paquete e Luís Sá, a Comissão Organizadora

Reconhecer o trabalho invisível

02 junho, 2020



Olhando para os últimos três meses, a “noite COVID-19”, encontramos muitos aspetos que correram muito melhor do que se receava (à luz do que então acontecia noutros países da Europa, Itália, Espanha, França, mais tarde Reino Unido). Os hospitais foram sendo o elemento mais visível do Serviço Nacional de Saúde. Tinha sido nos hospitais dos outros países que as situações mais dramáticas foram reportadas.

É nos especialistas hospitalares que é procurada frequentemente a opinião técnica sobre as características e evolução da COVID-19 (o que é, como se trata, etc.).

Mesmo a comunicação oficial dá-lhes implicitamente destaque ao reportar os casos de internamento hospitalar e dentro destes, os casos de internamento em unidades de cuidados intensivos.

É compreensível que tal suceda por ser no hospital que usualmente se irão colocar os momentos mais dramáticos, do caminhar na fina linha que separa a vida da morte.

Torna-se justo que se comece a conhecer mais e a reconhecer claramente todo um trabalho invisível, o do acompanhamento feito aos doentes confirmados com COVID-19 e que não foram internados em hospitais. O garantir que a sua evolução e recuperação decorre sem problemas só é possível pela existência de uma forte rede de cuidados de saúde primários, de médicos de família. Tiveram e continuam a ter o papel de evitar que estes doentes venham a necessitar de internamento ou viessem a procurar serem tratados no hospital por falta de outra forma de resposta.

Também os médicos de saúde pública, com a tarefa de seguirem os casos suspeitos de quem contactou ou esteve em proximidade de doentes com COVID-19, desenvolvem um trabalho longe dos holofotes mediáticos e das estatísticas oficiais.

Sobre esta atividade apenas sabemos o que tem sido dito nas poucas estatísticas que o Primeiro Ministro leva consigo quando fala de novas etapas de desconfinamento: mais de 97% dos doentes confirmados com COVID-19 é seguida em casa, sem necessidade de internamento hospitalar. Logo, alguém faz esse seguimento. Porque todos são importantes no esforço de resposta à COVID-19. Conhecer o volume de trabalho tido, as condições em que esse trabalho foi desenvolvido, que formas de articulação entre médicos de família, médicos de saúde pública e hospitais se desenvolveram e funcionaram melhor, bem como o que se pode daí retirar para melhor organizar, deverá estar na agenda de trabalho de quem gere o Serviço Nacional de Saúde.

Espero que um dia se conheça e reconheça este trabalho invisível, e qual o esforço desenvolvido por quem para ele contribuiu.

Pedro Pita Barros

Importa (sempre) recordar que existem outras vacinas



05 junho, 2020

Em 1965, o panorama nacional das doenças evitáveis por vacinação sofreu uma alteração em Portugal através da criação, por esta altura, do [Programa Nacional de Vacinação](#) (PNV). Com mais de 50 anos, o PNV tem sido atualizado por forma a dar resposta a doenças e problemas de saúde pública ao longo de décadas.

Importa referir que a vacinação é uma das intervenções de saúde pública com melhor relação custo-efetividade até à data, evitando cerca de 2 a 3 milhões de mortes mundiais por ano. Entre 2000 e 2007, as mortes por sarampo diminuíram cerca de 80% em todo o mundo, prevenindo-se, aproximadamente, 21,1 milhões de mortes. No mesmo seguimento, em meados de março de 2019, a maioria dos países conseguiram eliminar o tétano materno e neonatal, uma doença com uma taxa de mortalidade de 70 a 100% nos recém-nascidos [\(1\)](#).

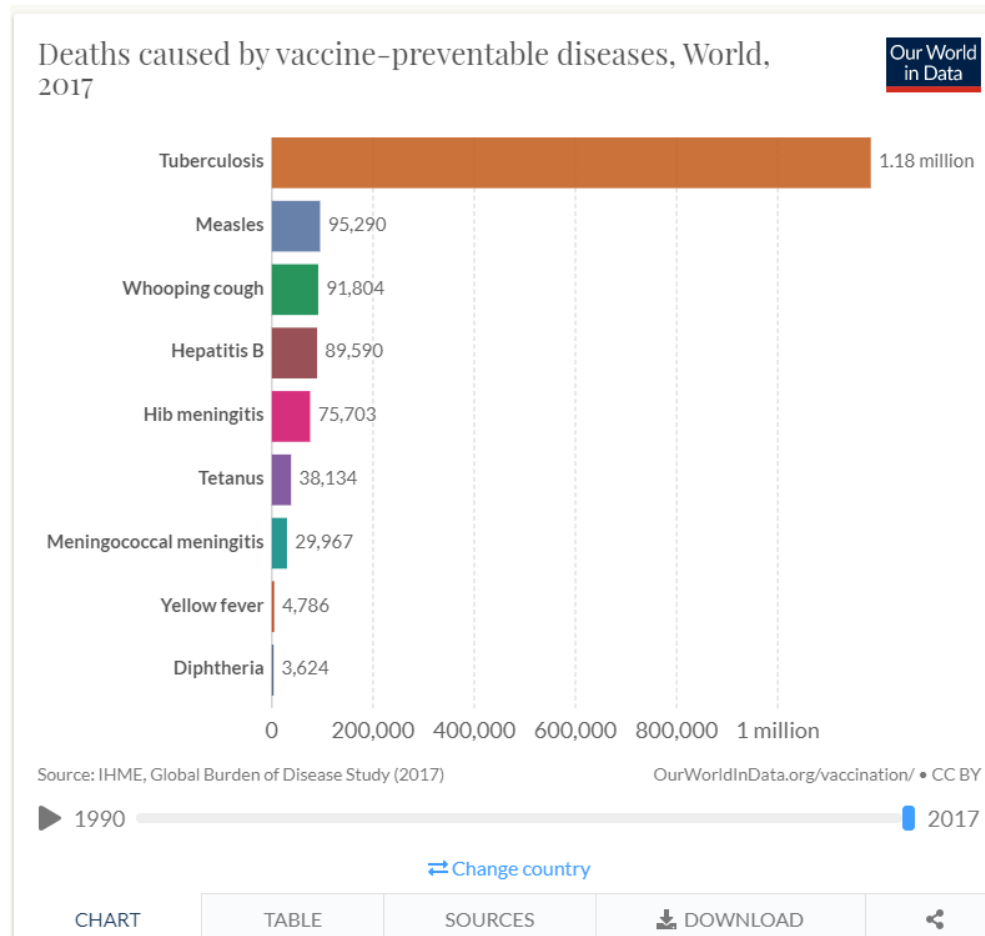


Gráfico: Mortes causadas por doenças evitáveis por vacinação (1990-2017).
(Fonte: [Our World in Data](#))

Apesar dos números referentes a mortes causadas por doenças evitáveis por vacinação serem bastante animadores, a utilização de vacinas na Europa,

assim como em outros continentes, diminuiu acentuadamente nos últimos anos, motivada, entre outros, por uma crescente hesitação vacinal. O aumento do número de crianças não vacinadas, muitas vezes devido a movimentos anti vacinação, levou ao crescimento do número de casos de sarampo em países como os Estados Unidos da América, Reino Unido e França (2). A título de exemplo, a queda na cobertura da vacina VASPR* foi seguida de surtos de sarampo com mais de 500,000 casos confirmados mundialmente em 2019, valor superior a qualquer outro ano desde 2006 (3). No primeiro semestre de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) Europa alertava para o facto dos países desta região se encontrarem a atravessar um surto de sarampo com 89,994 casos, em 48 dos países membros, mais do dobro de casos relativamente ao período homólogo (44,175), e também superior ao ano de 2018 (84,462) (4). Em Portugal, a vacinação contra o sarampo iniciou-se em 1973 e contou, posteriormente, em 2015, com certificados de eliminação do sarampo emitidos pela OMS. Apesar do número de casos de sarampo em Portugal nos últimos anos ser muito próximo de zero, no ano de 2018 existiu um aumento substancial do número de casos confirmados (168 casos), cinco vezes superior ao ano transato (29 casos) (5).

Embora a taxa de cobertura vacinal em Portugal seja uma das melhores da Europa, verificou-se um decréscimo de cerca de 16,5% do número de vacinas administradas durante o mês de abril de 2020 quando comparado com o mesmo período de 2019, uma situação que preocupa, naturalmente, as autoridades de saúde nacionais (6).

Neste momento, por consequência da conjuntura atual de pandemia por COVID-19, tem sido relatado um decréscimo da vacinação em vários países do mundo. Em resposta ao risco iminente de interrupção das atividades de vacinação, a OMS forneceu uma orientação, a 20 de março, na qual refere a importância de priorizar o cumprimento dos programas de vacinação, tendo em conta a avaliação da situação epidemiológica local de cada país. Esta orientação alerta também para o risco do aumento da morbidade e mortalidade das doenças evitáveis por vacinação, associadas ao não cumprimento da mesma, o que poderá simbolizar uma potencial sobrecarga futura para os serviços de saúde (7). Tendo em conta o impacto da pandemia de COVID-19 na vacinação, a GAVI Alliance (Gavi, The Vaccine Alliance) estimou que, pelo menos 13.5 milhões de pessoas dos países menos desenvolvidos não serão vacinadas contra o sarampo, poliomielite e Vírus do Papiloma Humano (HPV) a curto prazo (8). A vacinação de rotina é um serviço de saúde essencial que deve ser priorizado, sob pena de podermos assistir a surtos de doenças, especialmente em crianças.

Muitos países com casos confirmados de COVID-19 implementaram medidas de prevenção, tais como o isolamento social, o distanciamento social e a quarentena, que provavelmente também terão contribuído para a diminuição da transmissão comunitária de doenças evitáveis por vacinação. Porém, estas medidas trouxeram igualmente um novo desafio: assegurar o cumprimento do PNV, por forma a que as doenças transmissíveis tenham

um menor impacto aquando a normalização da vida social e nos anos que se seguem.

A diminuição da vacinação no ano de 2020 poderá gerar um número elevado de crianças suscetíveis a doenças como o sarampo. Embora o combate à COVID-19 seja prioritário, é crucial que outros cuidados de saúde sejam assegurados, entre estes, a vacinação. Neste sentido, é vital que no decurso da pandemia as autoridades de saúde mantenham a confiança da população na vacinação. Para este desígnio, poderá ser realizado um reforço nas informações que sensibilizem e apelem ao cumprimento da vacinação e repensada a forma como a comunicação é dirigida. Por exemplo, promovendo-se ações conjuntas entre as autoridades de saúde, o poder local e os agrupamentos ou unidades de saúde de proximidade, através da definição de estratégias localizadas perante a avaliação da situação local.

Diana Costa

Farmacêutica

*VASPR – Vacina contra sarampo (S) combinada com as vacinas contra rubéola (R) e parotidite epidémica (P)

Os hábitos alimentares durante a pandemia da COVID-19

11 junho, 2020



O crescimento e desenvolvimento económico estão sujeitos a uma série de choques que afetam a segurança alimentar e a nutrição das populações mais vulneráveis. Uma crise à escala mundial, como a da COVID-19, é disso exemplo consistindo num choque externo com consequências ao nível do bem-estar e gerando desemprego e perda de rendimento generalizada.

Ainda que as consequências económicas da pandemia já se façam sentir, até ao momento pouco se tem discutido o impacto da pandemia na segurança e hábitos alimentares dos portugueses. Dados do Barómetro COVID-19, o primeiro inquérito sobre o COVID-19 da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa, apontam para um aumento do consumo de álcool e comida menos saudável como consequência do confinamento relativo à crise pandémica. [1]

A capacidade de fazer face a um choque desta magnitude depende em parte da taxa de poupança dos indivíduos. Em Portugal, a taxa de poupança em percentagem do rendimento disponível das famílias é de -2.05%. [2] Uma taxa de poupança negativa significa que os portugueses já utilizavam as suas poupanças ou recorriam ao crédito para fazer face a despesas regulares e inevitáveis. Deixando pouca ou nenhuma margem financeira para fazer face a um choque desta magnitude, sobretudo no que toca às famílias mais desfavorecidas que despendem uma maior percentagem do seu rendimento disponível em alimentação.

A experiência recente indica que os indivíduos, face a uma perda de rendimento, conseguem manter a qualidade das dietas e a ingestão diária de calorias substituindo despesa por tempo despendido na procura de bens substitutos com preço inferior, implicando grandes mudanças nos hábitos alimentares.[3-6]

Contudo, o contexto de confinamento social coloca barreiras acrescidas aos indivíduos. Por um lado, o isolamento aumenta os níveis de stress e ansiedade intimamente relacionados com uma alimentação menos saudável.[7] Pelo outro, a capacidade dos indivíduos fazerem face ao choque económico aumentando o esforço de procura por bens alimentares substitutos mais baratos encontra-se diminuída. O acesso e a disponibilidade de alimentos são particularmente vulneráveis às implicações do surto pandémico, principalmente devido às dificuldades no transporte, distribuição e entrega impossibilitando estratégias individuais para fazer face à perda de rendimento.[8] Esta situação conduziu ao açambarcamento de bens alimentares, permitindo aos que dispõem de mais recursos a possibilidade de acumular mais do que precisam causando consequências devastadoras para as populações mais desfavorecidas, provocando escassez e aumentando o preço.[9]

A diminuição da qualidade da alimentação das famílias, tendo em conta que os efeitos desta crise serão persistentes, terá consequências significativas ao nível da saúde dos portugueses com o aumento do risco de obesidade e doenças cardiovasculares.[10] O impacto da pandemia na nutrição e nos hábitos alimentares já ultrapassou as famílias e as comunidades, para se tornar um problema de carácter nacional e global. Esta interdependência torna a saúde de cada indivíduo uma função direta das suas escolhas, das escolhas da comunidade, do envolvimento governamental e, em última análise, da resposta global a esta temática. É, portanto, urgente identificar as consequências da pandemia ao nível da nutrição em Portugal e desenvolver uma plataforma de ação que as permita mitigar.

Tiago Matos

Center for Primary Care and Public Health (Unisanté),

University of Lausanne, Switzerland

Referências:

[1] Carvalho, Catarina (18 de Abril de 2020). Confinamento levou ao maior consumo de álcool e comida pouco saudável. Diário de Notícias , pag. 20.

[2] Dados da OCDE. <https://data.oecd.org/hha/household-savings.htm>

[3] Ásgeirsdóttir, T. L., Corman, H., Noonan, K., Ólafsdóttir, Þ., & Reichman, N. E. (2014). Was the economic crisis of 2008 good for Icelanders? Impact on health behaviors. *Economics & Human Biology*, 13, 1-19.

- [4] Griffith, R., O'Connell, M., & Smith, K. (2015). Relative prices, consumer preferences, and the demand for food. *Oxford Review of Economic Policy*, 31(1), 116-130.
- [5] Griffith, R., O'Connell, M., & Smith, K. (2016). Shopping around: how households adjusted food spending over the Great Recession. *Economica*, 83(330), 247-280.
- [6] Aguiar, M., & Hurst, E. (2005). Consumption versus expenditure. *Journal of political Economy*, 113(5), 919-948.
- [7] Anton, S. D., & Miller, P. M. (2005). Do negative emotions predict alcohol consumption, saturated fat intake, and physical activity in older adults?. *Behavior modification*, 29(4), 677-688.
- [8] Vallianatos, M., Azuma, A. M., Gilliland, S., & Gottlieb, R. (2010). Peer Reviewed: Food Access, Availability, and Affordability in 3 Los Angeles Communities, Project CAFE, 2004-2006. *Preventing chronic disease*, 7(2).
- [9] Kohn, S., Eaton, J. L., Feroz, S., Bainbridge, A. A., Hoolachan, J., & Barnett, D. J. (2012). Personal disaster preparedness: an integrative review of the literature. *Disaster medicine and public health preparedness*, 6(3), 217-231.
- [10] Yousafzai, A. K., Rasheed, M. A., & Bhutta, Z. A. (2013). Annual research review: improved nutrition—a pathway to resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 367-377.

É urgente redefinir a saúde mental – uma abordagem multidisciplinar

12 junho, 2020



Em tempos de COVID-19 discute-se bastante a SAÚDE MENTAL, especialmente durante o confinamento. Saúde mental, esse tabu sobre o qual durante muito tempo pouco ou entre dentes se falava, chamando-lhe timidamente até de outras coisas que não o que realmente é. A saúde mental no geral e dos portugueses em particular, precisa de ser falada, precisa de ser discutida mais abertamente. Não é por acaso que somos o povo que mais consome ansiolíticos na Europa, e o segundo com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa (22,9%)[1]. Chegados a este ponto, manter as políticas atuais seria um enorme desrespeito pela saúde dos portugueses, sendo a saúde mental um pilar importante para uma boa qualidade de vida e considerando o seu impacto em todos os aspetos da nossa vida.

A COVID-19 trouxe consigo grandes desafios. Passando pelo distanciamento físico e o isolamento social, o luto coletivo e o medo que ele poderia, pode e ainda poderá causar-nos a nós como indivíduos. Estudos nos Estados Unidos da América (EUA) e na China demonstram o aumento das taxas de

ansiedade e depressão relacionado com a COVID-19. No primeiro, por exemplo, 64% da população adulta entrevistada reportou sintomas de ansiedade ou depressão relacionadas com a pandemia[2]. Um aumento de 200% relativamente aos níveis pré-pandemia.

Está bem fundamentada a ligação entre saúde mental e saúde física, tendo pessoas com problemas de saúde mental maior probabilidade de desenvolver problemas cardiovasculares, respiratórios, infeções e doenças metabólicas[3]. Há evidência que demonstra uma redução na esperança média de vida entre 15 a 30 anos face à população geral, em países desenvolvidos, de certas doenças do foro psiquiátrico[4]. O impacto na saúde física e as diferenças na mortalidade e esperança média de vida já foram até chamados de “o escândalo dos direitos humanos” [5]. Uma comissão formada em 2019 pelo periódico Lancet, chamada The Lancet Psychiatry Commission, resumiu a evidência científica de mais de 100 revisões da literatura e delineou um plano prático para proteger a saúde mental e física desta fração da população[3].

Entre as recomendações está a integração dos serviços de saúde física com os serviços de saúde mental, de forma a que a população tenha acesso a intervenções de estilos de vida como parte do seu tratamento. O objetivo seria uma abordagem holística do doente com monitorização contínua da saúde tanto física como mental, intervindo em comportamentos de risco modificáveis desde o primeiro contato com os serviços de saúde mental. Através da integração de profissionais qualificados de outras áreas da saúde nos serviços de saúde mental, e da sua intervenção para a melhoria de comportamentos como a atividade física, cessação tabágica, higiene do sono e dieta saudável seguidos naturalmente por profissionais qualificados, é possível alcançar uma melhoria da saúde mental até um nível interestelar.

Tal mudança no atual sistema de serviços de saúde mental iria exigir uma mudança do status quo, um continuado combate ao estigma, e uma redefinição do que é a saúde mental. É possível que os recursos necessários para uma reorganização destes serviços de saúde e introdução de programas de intervenção precoce sejam substanciais, mas constitui um investimento necessário a bem da saúde mental dos portugueses.

Filipa Sampaio

Faculdade de Ciências Biomédicas, Universidade de Uppsala, Suécia

Referências:

[1] Direção Geral da Saúde (DGS). Depressão e outras perturbações mentais comuns. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>.

[2] McKinsey & Company. Helping US healthcare stakeholders understand the human side of the COVID-19 crisis: McKinsey Consumer Healthcare Insights. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems->

and-services/our-insights/helping-us-healthcare-stakeholders-understand-the-human-side-of-the-covid-19-crisis#.

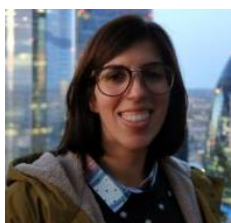
[3] Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry* 2019; 6: 675–712.

[4] Newman SC, Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Can J Psychiatry* 1991; 36: 239–45.

[5] Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br. J. Psychiatry*. 2011; 199: 441–2.

A COVID-19 olha a géneros?

16 junho, 2020



A COVID-19 acrescentou algumas incertezas à vida do ser humano. Além de insegurança sobre um possível contágio e declínio do estado de saúde, acrescentou incerteza no futuro económico e profissional.

As mulheres, em particular, poderão ser as mais afetadas. Se em recessões ditas “regulares” o emprego era severamente afetado, não diferenciava o trabalhador pelo género, mesmo que os homens estivessem maioritariamente associados à indústria e às tarefas de intensiva produção manual e as mulheres aos serviços³.

Com a COVID-19, em particular com as medidas de distanciamento social implementadas, muitos trabalhadores foram “empurrados” para teletrabalho ou para “*layoff*” levando a uma mistura potencialmente perigosa entre a vida doméstica, familiar e profissional que afeta particularmente as mulheres. Para piorar o cenário verificou-se o encerramento de escolas, centros de atividades extracurriculares e centros de dia para idosos^{1,3}.

Sendo a mulher um pilar no desempenho de tarefas domésticas, bem como na prestação de cuidados prestados a crianças e idosos, não será difícil de imaginar situações de conflito entre estas diferentes tarefas a serem desenvolvidas em ambiente doméstico².

Existe um mito urbano que afirma serem as mulheres multitarefa... Que conseguem realizar mais do que uma tarefa ao mesmo tempo, o que neste caso lhes permitiria conciliar as necessidades familiares com as obrigações profissionais tendo em atenção a partilha de espaços e do tempo, sem perder a concentração necessária a cada tarefa. Mesmo que fosse verdade esta situação potencia a saturação mental, o cansaço ou “*burnout*” e aumenta de forma significativa o risco de desemprego. Em menor escala, estes eventos poderão também acontecer a mulheres que continuaram a trabalhar presencialmente, como por exemplo profissionais de saúde ou trabalhadoras de empresas de retalho e distribuição alimentar.

Mesmo no retorno ao trabalho existirão dificuldades. Este poderá ser lento e dificultado pelas condicionantes impostas pela instabilidade económica e financeira que se verifica nas empresas o que pode levar os empresários à tentação de reduzir postos de trabalho, em especial os que estão ocupados por mulheres. A COVID-19 e em particular o teletrabalho vieram deturpar ainda mais a visão sobre a influência negativa da maternidade e da vida familiar da mulher no trabalho, acrescentando algo mais de negativo ao pensamento tradicionalmente masculino de muitos empreendedores⁴.

Por outro lado, a criação de novos empregos sofreu um sério revés com a pandemia. A possibilidade de “novos empregos” foi suspensa e não será difícil perceber que, no momento que forem abertos concursos, as mulheres poderão ser facilmente colocadas num patamar inferior. Temo que nem a capacidade adaptativa que as mulheres sempre demonstraram poderá funcionar como uma mais-valia à sua contratação. E tudo fica mais “estranho” se centramos a atenção no emprego em lugares de administração ou chefia na generalidade das empresas.

Como conclusões deixo três ideias, todas elas com impacto na economia:

- A primeira lembra os números de licenciadas, mestras ou doutoradas, que são significativamente maiores que os relativos ao sexo masculino, não se percebendo muito bem a razão lógica de tal situação não se refletir na ocupação dos cargos de maior responsabilidade nas empresas;
- A segunda tem a ver com o trabalho que a sociedade e o estado têm de desenvolver para criar as necessárias condições de igualdade e proteção ao emprego, evitando a discriminação de género, além de garantir o reconhecimento de competências e do mérito das mulheres. Será necessário a criação de apoios sociais que retirem o constrangimento às famílias e em particular às mulheres quando estas são o principal e muitas vezes único apoio a descendentes ou ascendentes, através de creches, infantários ou lares para idosos;
- A terceira ideia tem que ver com a necessidade de sensibilização de todos e das empresas em especial para a ideia da igualdade de género com a adoção de boas práticas.

Joana Gomes da Costa

Centro de Economia e Finanças da Universidade do Porto – Faculdade de Economia da Universidade do Porto

Referências:

Alon, T. M., Doepke, M., Olmstead-Rumsey, J., & Tertilt, M. (2020). The Impact of COVID-19 on Gender Equality. In National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Jacobs, E., & Noonan, L. (2020). Is the coronavirus crisis taking women back to the 1950s? Financial Times. <https://www.ft.com/content/7e147d57-050e-405c-a334-75a5ea748e2a>

Montenovo, L., Jiang, X., Wing, C., Lozano Rojas, F., Schmutte, I. M., Weinberg, B. A., & Simon, K. I. (2020). Determinants of Disparities in COVID-19 Job Losses. In National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Sangster, E. (2020). Men: Here's How To Be A Good Workplace Ally To Women During COVID-19. Forbes. <https://www.forbes.com/sites/elissasangster/2020/04/28/men-heres-how-to-be-a-good-workplace-ally-to-women-during-covid-19/#20281b3877ae>

A dormente realidade para a qual voltámos a acordar

19 junho, 2020



Sabemos que as desigualdades sociais se manifestam, também, em profundas desigualdades em saúde. Refletem-se não só no acesso à saúde, mas também nos seus resultados. Sabemos que as franjas mais vulneráveis da população são também as mais permeáveis a choques em saúde, com reflexos na sua esperança média de vida e na qualidade da mesma. Esta é uma realidade, não exclusivamente portuguesa, com a qual nos conformamos e, no nosso dia-a-dia, aprendemos, em maior ou menor medida, a ignorar.

Uma das mais cruéis facetas da pandemia do COVID-19 foi precisamente por a nu esta triste realidade. Acordados da nossa dormência verificamos com espanto (?) que a pandemia afeta desproporcionalmente aqueles que estão mais desprotegidos.

A região de Lisboa tem sido disso mesmo um exemplo, nestas últimas semanas. Do topo da nossa sabedoria, proclamamos a necessidade do distanciamento social, da utilização de equipamentos de proteção individual, da minimização na utilização dos transportes públicos, entre tantas outras medidas. Todas estas medidas são importantes, naquele que é um esforço conjunto de controlar a pandemia. Porém, estas mesmas medidas esbarram com a crua realidade, não sendo eficazes ou mesmo exequíveis junto dos mais pobres.

E que pobres são estes? Uma classe trabalhadora, grande parte em profissões essenciais, com baixos rendimentos, vivendo nos subúrbios de Lisboa, muitas vezes com grandes agregados familiares e em habitações pequenas e de fraca qualidade. Classe que depende dos transportes públicos, mesmo quando cheios, para chegarem ao local de trabalho. Pessoas que dependem do seu salário para comprar comida e às quais não sobra muito (ou quase nada) ao final do mês. Enfrentam a escolha impossível entre

comprar comida ou máscaras, ou entre trabalhar e ficar em casa. As notícias multiplicam-se e as preocupações adensam-se com os operários da construção civil, trabalhadores da distribuição, e tantos outros. E ainda que estes exemplos sejam da região de Lisboa, refletem uma realidade que existe dispersa por todo o país. Os problemas de base são, porém, os mesmos. Podemos genuinamente estar surpreendidos com estas notícias?

A pandemia expôs esta velha realidade. Um exemplo concreto é a multiplicação de pedidos de ajuda alimentar de cidadãos que passam fome. As assimetrias nas grandes zonas urbanas são gritantes e os sistemas de segurança social – inegavelmente importantes, mas muitas vezes parcos em instrumentos e incentivos – têm falhado na missão de quebrar o ciclo de pobreza. Mesmo a rede de segurança que o sistema deveria incluir deixa escapar por entre as suas malhas milhares de cidadãos. É esta a sociedade que queremos continuar a ter? Não será esta uma boa oportunidade de repensar o nosso sistema de apoio social?

Eduardo Costa

Nova School of Business and Economics

COVID-19 e as listas de espera

23 junho, 2020



As listas de espera para cirurgia programada têm sido um problema persistente no acesso à saúde em sistemas de saúde públicos, sistemas maioritariamente financiados com impostos. Com o surgimento da Covid-19, a capacidade hospitalar, que numa fase inicial se previa responder com muita dificuldade ao crescimento de novos casos, dedicou-se integralmente aos pacientes-covid, fazendo com que o tratamento de pacientes considerados menos urgentes fosse adiado.

O medo instalado pela pandemia também contribuiu para que muitos pacientes optassem por faltar/adiar tratamentos ou por não serem submetidos a cirurgia logo que fora possível.

Assim, porque as outras doenças não deixaram de existir, a lista e os tempos de espera foram aumentando de forma ainda mais dramática. No período pré-covid já se mostrara que o não cumprimento dos tempos de resposta, associados a cada nível de prioridade, podia expor o paciente a cancelamento dos cuidados médicos, devido à deterioração da condição clínica, ou mesmo por óbito. No período pós-covid, será então fundamental aumentar a capacidade de resposta do SNS, não apenas para reduzir os tempos de espera, mas também para melhorar a gestão dos níveis de prioridade.

Uma das medidas a adotar passará pelo financiamento extra a atividade cirúrgica no SNS, com pessoal de saúde adicional, ou com extensão do horário de trabalho. Sendo de notar que esta medida só poderá ser

considerada em hospitais que operam abaixo da sua capacidade total. Uma medida adicional passará por fazer acordos com o setor social que, no passado, já mostraram resultados positivos no combate às listas de espera.

Joana Cima

Faculdade de Economia da Universidade do Porto, NIPE

COVID-19: uma oportunidade para mais justiça fiscal?

26 Junho, 2020



A COVID-19 tem flagelado vidas, ameaçado a saúde pública, depauperado a economia. De acordo com [previsões do Banco de Portugal](#), em 2020 o produto interno bruto português cairá 9,5%, naquela que será a maior contração da atividade económica do último século. O Governo português, numa tentativa de mitigar os efeitos nefastos da pandemia na economia, tem anunciado inúmeras medidas de apoio às empresas e aos trabalhadores, como sejam o regime de *layoff* simplificado ou o diferimento do pagamento de contribuições à Segurança Social pelas entidades empregadoras ou por trabalhadores independentes.

Em Portugal, ao contrário do que foi estipulado em países como a França ou a Dinamarca, as empresas com ligações a offshores vão poder beneficiar dos mecanismos de apoio excecional criados pelo Governo. Em vez de se adotar uma postura pedagógica, que punisse empresas opacas, passa-se a mensagem de que não vale de muito ter uma situação tributária regularizada, porque o Estado auxilia todos por igual. A decisão de apoiar empresas que não deixam em Portugal a sua quota-parte de impostos constitui uma afronta a todos os contribuintes honestos, a todas as entidades íntegras.

Aos instrumentos de assistência económica e social desenhados pelo [Governo português](#), junta-se o [plano da Comissão Europeia](#) para estimular a economia do bloco, com base na solidariedade entre os estados-membros. Se todos os países partilham genuinamente dessa solidariedade, já é outra questão. De facto, os “quatro frugais” (Áustria, Dinamarca, Suécia e Países Baixos) têm-se oposto veementemente à emissão de dívida conjunta pelos 27 países da União Europeia (UE) para financiar a resposta à crise e, mais recentemente, propuseram que o fundo de recuperação da UE fosse distribuído [sob a forma de empréstimos e não de subvenções](#). Receiam que os países do sul beneficiem indevidamente dessa ajuda. Esta posição dos Países Baixos é muito caricata!

Os Países Baixos não integram a [lista da UE de jurisdições fiscais não cooperantes](#), é certo, mas são um paraíso fiscal velado. Se o país de Wopke Hoekstra não enveredasse por uma política fiscal agressiva, a Europa teria certamente mais margem para estabilizar a economia em momentos como o que enfrentamos. De acordo com um estudo da organização

internacional [Tax Justice Network](#) (TJN), a engenharia fiscal das empresas multinacionais norte-americanas, em grande parte possibilitada pelos Países Baixos, faz com que Portugal perca anualmente um montante equivalente a aproximadamente 1,5% da despesa em saúde em Portugal. Se tivermos ainda em conta as empresas do PSI-20 que têm sede fiscal nos Países Baixos, rapidamente depreendemos que o Estado português perde quantias substanciais em impostos não arrecadados, que poderiam ser aplicados em prol do bem comum, no Serviço Nacional de Saúde ou na Educação pública. Felizmente, a [Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico](#) e a [Comissão Europeia](#) têm desenvolvido trabalho no sentido de aumentar os níveis de transparência da fiscalidade corporativa, bem como de a adaptar à economia digital.

A COVID-19 veio indiscutivelmente comprovar a importância do Estado social. Cidadãos e empresas voltam-se agora para o Estado, na esperança de que este lhes confira alguma confiança, na esperança de que atenuie as antecipadas quebras de rendimento. Resta saber se estes cidadãos e empresas honraram as suas obrigações fiscais em tempos de bonança.

Carolina Santos

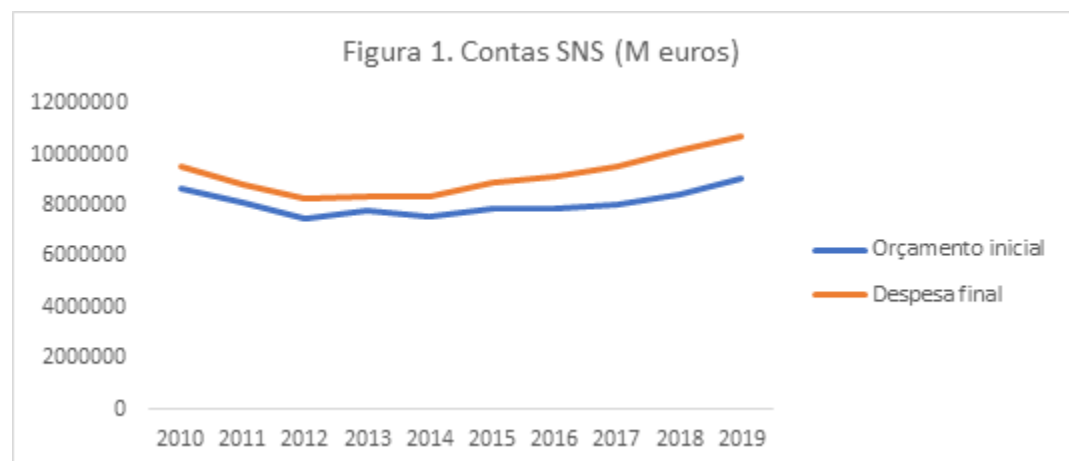
Nova School of Business and Economics

Contas do SNS, orçamento suplementar e nuvens

30 junho, 2020



É possível, com base em dados públicos, termos uma boa imagem das contas do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A Figura 1 indica aquilo que se entende por “suborçamentação”: desde 2010, nunca o orçamento inicial foi suficiente para as despesas.



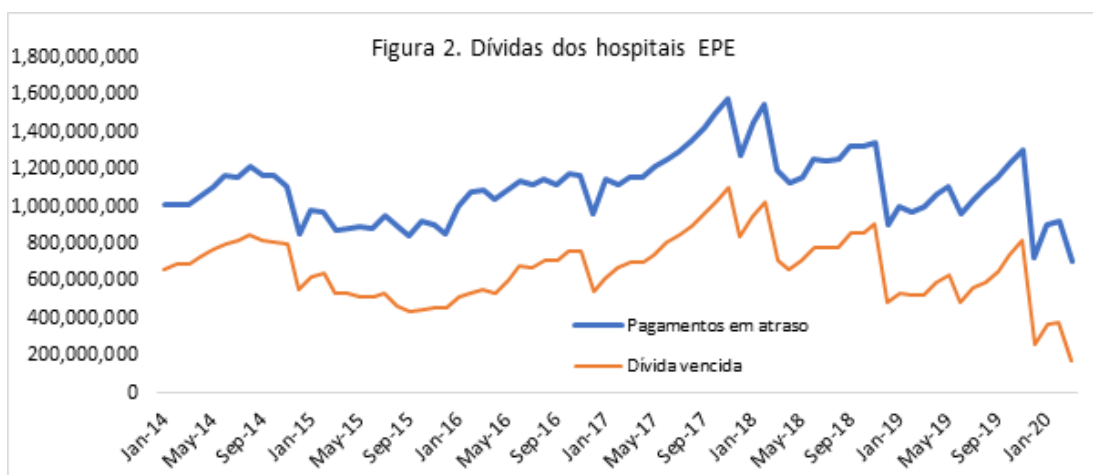
Fonte: Direção Geral do Orçamento, www.dgo.pt

Como assumir uma despesa não orçamentada? A resposta, intuitiva, é a acumulação de dívida, em particular nos hospitais (61% da despesa total do SNS em 2019). A Figura 2 ilustra os níveis muito elevados de dívida vencida e pagamentos em atraso. No entanto, a situação não foi pior por causa das

injeções financeiras regulares. Por exemplo, o endividamento hoje é o mais baixo dos últimos anos; ora, foi injetado desde janeiro 2019 um valor ligeiramente superior a 1.200M[1] milhões de euros. Assim, o SNS está suborçamentado, mas não subfinanciado.

Como já foi repetido até exaustão, este funcionamento é péssimo para a eficiência dos hospitais, porque o endividamento impede assumir compromissos de longo prazo, mais vantajosos, deteriora a capacidade negocial com os fornecedores, enquanto as injeções garantidas eliminam qualquer incentivo à racionalidade. Por isso, interessa mais analisar a “geração de dívida”, cujos valores mensais ascenderam a 74M em 2017, e a 70M em 2018 e 2019.

O ano 2020 apresentava-se melhor. O orçamento inicial era superior a 11.000M, ou seja, 5% superior à despesa efetivamente realizada em 2019. Ora, ao fim de 5 meses (valores de maio), observamos um aumento da despesa de 9,2% em comparação com maio 2019, sobre o qual ainda tenho apenas meras hipóteses:



Fonte: Portal da transparência do SNS,
<https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

- Aumento de 9,2% das despesas com pessoal. Efeito da contratação de 2.550 profissionais desde o início do ano, e da recuperação do valor das horas extraordinárias;
- Aumento de 14,9% das despesas com aquisição de bens. Efeito em boa parte devido aos novos medicamentos para o cancro[2], e dispositivos/consumíveis para fazer face à pandemia;
- Aumento de 11,3% das despesas com medicamentos vendidos em farmácias. Efeito em boa parte devido aos novos antidiabéticos e anticoagulantes;
- Duplicação dos investimentos, de 29,8 para 91,8M de euros. Sem dúvida, efeito pandemia.

Este aumento poderá ser colmatado com o orçamento suplementar. Se se confirmar o aumento de 9,2% até fim do ano, a despesa chegará a um valor de 11.666M, correspondendo a uma dívida de 441M em relação ao orçamento

inicial. O orçamento suplementar, de 504M, poderá, portanto, ser suficiente para fazer face às necessidades.

Mas este aumento da despesa, ao contrário do que aconteceu em 2019, foi acompanhado por uma quebra abrupta da produção (Tabela 1). Se quisermos garantir acesso e a qualidade aceitáveis, em condições de pandemia, qual a despesa que se deverá assumir, em contratações, horas extraordinárias, vales-cirurgias e investimentos? Aguardam-se estas contas!

Tabela 1. Evolução da atividade assistencial.

	Abril 2019	Abril 2020	Variação (%)
Consultas CSP	10.568.626	10.109.782	-458.844 (-4,3%)
Consultas externas	4.209.732	3.669.528	-540.204 (-12,3%)
Internamentos	751.003	754.102	+3.099 (+0,41%)
Urgências	2.103.880	1.667.366	-436.514 (-20,7%)
Cirurgias	198.296	149.563	-48.733 (-24,6%)

Fonte: Portal da transparência do SNS,
<https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

Julian Perelman

Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

P.S. Hoje quando olho as nuvens, só vejo nuvens. É por ter trabalhado dois anos nas finanças?

[1] M=milhões

[2] <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/relatorios>

Próximos Eventos



8ª Workshop APES -25 de Setembro 2020

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



O Seminário Virtual para Investigadores em Início de Carreira (VECR) decorre no dia 11 de Agosto às 13h com a apresentação:

Accumulation and transmission of inequalities of opportunity (IOp) and the double burden of malnutrition (DBM): the case of Mexico

por Andrea Salas Ortiz (University of York).

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. Subscrevam a nossa [lista de e-mails](#) para receber informações sobre cada seminário. 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.

