

Mensagem da Comissão Científica do 8º workshop

Caros associados,



O próximo workshop *APES: Economia e Política de Saúde* terá lugar já na próxima semana, no dia 25 de setembro. Se ainda não se inscreveu, vai querer fazê-lo —o programa inclui apresentações de oito artigos de elevada qualidade, sobre os mais variados temas. Deixamos-lhe aqui uma antevisão.

Os artigos selecionados cobrem desde temas “macro”, como a sustentabilidade da despesa em saúde (Eduardo Costa), até temas mais “micro” relacionados com diferentes tipos de serviços e produtos de saúde, como cuidados hospitalares, cuidados de longa duração, medicamentos e dispositivos de saúde. O Luís Sá falará do papel das expectativas dos doentes na qualidade dos cuidados hospitalares. Com um tema relacionado, mas desta vez com uma abordagem empírica, a Joana Vales fará uma comunicação sobre qualidade e escolha do hospital, na sequência da liberdade de escolha no Serviço Nacional de Saúde em vigor desde 2016. A Ana Moura fará a ligação entre o setor hospitalar e a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, falando-nos sobre a questão do “bed-blocking” —as camas de hospital ocupadas por doentes que só não têm alta porque não têm para onde ir (também chamados “casos sociais”). O setor do medicamento virá até nós pelas palavras da Carolina Santos, com uma análise da alteração das regras de cálculo do preço de referência e o impacto nos preços e no consumo de medicamentos. A Sofia Amaral-Garcia falará sobre interações entre médicos e a indústria, e como estas podem impactar a escolha do tratamento efetuado, usando como estudo de caso doentes com ataque cardíaco na Flórida, EUA. Por último, o Ricardo Alves falará sobre o custo económico para as famílias portuguesas da adesão a uma dieta mediterrânea, e a Sara Almeida apresentará um artigo sobre O tema inescapável de 2020: a COVID-19, e revelará as perceções e comportamentos dos portugueses relativamente aos impactos económicos e sociais da pandemia.

Para participar, basta enviar um e-mail para apes@apes.pt com o assunto “Inscrição no Workshop APES”. Mais informações sobre os trabalhos e funcionamento do workshop APES podem ser consultadas no [programa](#).

Judite Gonçalves pela Comissão Científica



Quantas estrelas tem o “seu” lar?

03 julho, 2020

A COVID-19 trouxe alguma atenção aos lares de idosos —infelizmente não pelos melhores motivos—, o que me levou a notar (não pela primeira vez) que em Portugal, não sabemos rigorosamente nada sobre a qualidade dos cuidados e serviços prestados nesses estabelecimentos. Na verdade, no que toca as várias respostas sociais para os mais velhos, sendo as principais os lares, centros de dia e apoio domiciliário, sabemos muito pouco.

Do meu conhecimento —que pode ser deficitário—, a informação disponível inclui os números de estabelecimentos, capacidade, taxas de utilização, e uma caracterização básica e agregada dos utentes segundo a residência (p. ex., se é oriundo do próprio concelho onde se encontra o lar), idade, tempo de permanência (i.e., há quanto tempo é utente), e prevalência de dificuldades na realização das atividades da vida diária. Esta é a informação publicada pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) na [Carta Social](#).

Eis alguma da informação que seria importante conhecermos, mas que não conhecemos, porque ou não é recolhida, ou não é disponibilizada (e se é recolhida, é utilizada pelos nossos decisores políticos para tomar decisões informadas?):

- Financiamento dos prestadores: que parte dos recursos financeiros das instituições provém de pagamentos do Ministério da Saúde, por exemplo pela prestação de cuidados de saúde no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, que parte provém de subsídios do estado, nomeadamente do MTSSS, e que parte corresponde a pagamentos pelos próprios utentes e seus familiares?
- Recursos humanos: quantos funcionários existem em cada instituição (a tempo total e a tempo parcial), nas várias funções (médicos, enfermeiros, auxiliares, cozinheiros...), e quais são as suas qualificações? Qual é a taxa de rotatividade? Haverá problemas de retenção? Porquê?
- Utentes: quantos utentes são temporários (p. ex., a recuperar de uma operação, descanso do cuidador), e quantos são permanentes? Como se caracterizam, não só a nível demográfico e de dependência, mas também a nível socioeconómico? Haverá problemas de seleção ou de discriminação; desigualdades no acesso?
- Oferta e procura: a oferta é suficiente? Quantas pessoas há em lista de espera? Quantas têm de ir para um lar longe de onde moravam e de onde mora a sua família, onde não conhecem ninguém? Haverá indivíduos com necessidades não satisfeitas na comunidade que não estão sinalizados?
- Quantas estrelas tem o “seu” lar?

Como referi no início, não sabemos nada sobre a qualidade dos nossos lares ou das restantes respostas sociais. Porque é que faz falta informação sobre a qualidade dos cuidados e serviços prestados por estas instituições?

- Em primeiro lugar, para garantir um nível mínimo de qualidade. A monitorização da atividade destas instituições deve ser sistemática, generalizada e padronizada, para ajudar a sinalizar e compreender problemas — e a resolvê-los. Fazendo a ligação com a lista acima, porque será a performance de um determinado lar má? Será porque recebe utentes de classes socioeconómicas mais desfavorecidas? Será porque tem falta de pessoal qualificado e/ou motivado? A monitorização deve ser feita por uma instituição externa, não deve ser anunciada/antecipada, e deve ter consequências (é sabido que em Portugal temos lares ilegais que estão identificados e continuam a funcionar).
- A recolha de indicadores de qualidade e a sua publicação deveria incentivar os prestadores a melhorar a qualidade, p. ex. porque os consumidores passam a poder fazer escolhas mais informadas ou a “exigir” mais do seu prestador. A evidência existente para os EUA e para a Alemanha sugere que a publicação de indicadores de qualidade leva à melhoria da qualidade, pelo menos quando há concorrência (p. ex., [Grabowski e Town 2011](#), [Herr et al. 2016](#), [Zhao 2016](#)). O título deste artigo faz menção a um sistema de classificação por estrelas, porque a evidência disponível sugere que tal sistema de reporte (por oposição ao reporte de uma bateria de indicadores) é de mais fácil compreensão e pode por isso aumentar a resposta dos consumidores ([Perrailon et al. 2017](#)).
- A recolha de indicadores de qualidade serve ainda de base a um eventual sistema de pagamento com base na performance, no futuro, como sistema de incentivo à qualidade. No entanto, a evidência sobre a eficácia deste tipo de sistema de pagamento ainda é escassa ([Konetzka et al. 2018](#)).
- Não há evidência de que melhorar a qualidade tenha de aumentar custos para os lares, e pode até reduzi-los ([Di Giorgio et al. 2016](#)).

Em jeito de conclusão, [um estudo recente](#) encontra uma relação positiva entre qualidade e ausência de casos e mortes relacionadas com a COVID-19 nos lares da Califórnia. Fica a esperança de que esta crise sirva pelo menos para mostrar a necessidade que temos de maior transparência no setor das respostas sociais para os mais velhos (entre outros).

Judite Gonçalves

Nova School of Business and Economics



Uma vacina, esse bem público

07 julho, 2020

Na semana em que se criticou o “[açambarcamento](#)” pelas autoridades dos EUA do antiviral Remdesivir, usado para tratar casos agudos da Covid-19, proponho uma reflexão sobre a importância da solidariedade mundial e dentro das comunidades, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento e administração de vacinas contra o SARS-CoV-2 (quando estas estiverem disponíveis).

Começemos pela perspectiva mundial da solidariedade entre países.

O caso do Remdesivir não foi, infelizmente, a primeira demonstração de competição abusiva na aquisição de meios para combater a pandemia. Recordemos no início do surto a corrida para a obtenção de ventiladores, desinfetantes ou equipamentos de proteção individual. No caso de uma vacina (ou um antivírico) deparamo-nos ainda com um processo de desenvolvimento complexo e moroso. Mas a vacina tem se tornado um bem cada vez mais precioso à medida que aumenta a evidência da fraca imunidade de grupo alcançada na ausência desta. Ontem (6 de junho), a Organização Mundial de Saúde (OMS) atualizou a lista para [19 vacinas](#) candidatas em ensaios clínicos e 130 em fase de avaliação pré-clínica. Ao todo existem mais de [145 vacinas](#) a ser investigadas em tempo recorde por todo o mundo.

Ainda a alguns meses de ter uma vacina que proteja a população, no melhor dos cenários, não devemos deixar para esse feliz dia o debate público sobre as estratégias para: prevenir a apropriação da produção da futura vacina, definir a prioridade a ser dada na sua distribuição e garantir o acesso global à mesma. O debate sobre a produção e partilha de uma futura vacina tem evoluído nos últimos meses perante uma desunião internacional exposta pela pandemia. “Precisamos de [solidariedade global](#) para garantir que todas as pessoas, em todos os lugares, tenham acesso” foi o apelo do Secretário Geral das Nações Unidas no Global Vaccine Summit, em Junho.

Mas onde ficou a solidariedade?

Depois de unir o mundo no confinamento, a coordenação entre países é necessária e urgente para alcançar uma vacina, apelidada de “bem público” pelos líderes mundiais da Europa à [China](#). Algumas medidas já foram tomadas com dois objetivos complementares: o de acelerar e apoiar os esforços dos cientistas na investigação; e o de garantir o acesso global a vacinas seguras. Eis algumas alianças internacionais [\[1\]](#) e verbas disponibilizadas:

- Assistimos ao lançamento em maio de uma ação global “Unidos pelo nosso Futuro” para o acesso universal à vacinação, tratamento

e testes de coronavírus a preços acessíveis, sob o patrocínio da presidente da Comissão Europeia, e para a qual diversas [entidades portuguesas também contribuíram](#). Esta ação culminou a 27 de junho com uma maratona de angariação de fundos com diversos discursos e concertos transmitidos em direto pelas televisões de todo o mundo. Na totalidade foram angariados cerca de [16 mil milhões de euros](#). O destino destas doações pode ser consultado [aqui](#).

- A OMS lançou em abril o [Access To Covid-19 Tools Accelerator](#), uma colaboração global para acelerar o desenvolvimento, produção e acesso equitativo a novas vacinas, diagnósticos e terapêuticas para combater a COVID-19. Esta mobilização de recursos por meio de compromissos internacionais entre países, organizações globais de saúde, empresas, e outros doadores não é completamente uma novidade neste contexto. Experiências anteriores, como a do [Advance Market Commitment](#) em 2009, conseguiram compromissos de fornecimento a um preço máximo por dose, de uma parte da procura anual prevista da vacina pneumocócica em países em desenvolvimento.
- Em junho, o bloco de países composto pela Alemanha, França, Itália e Países Baixos arrancaram com a assinatura com potenciais criadores e fabricantes de uma vacina de um [acordo prévio de aquisição](#). O primeiro contrato com a empresa farmacêutica AstraZeneca assegura a aquisição de até 400 milhões de doses de uma vacina atualmente em desenvolvimento em conjunto com a Universidade de Oxford. Esperemos que a ação coordenada destes estados membros crie valor agregado para todos os cidadãos da UE.

Se estas medidas lhe parecerem insuficientes, especialmente quando se trata de garantir o acesso aos países e populações mais vulneráveis, recomendo a leitura da história da [criação da vacina para a Ébola](#), que pode oferecer pistas importantes para o debate em momentos de descrença.

Do ponto de vista das comunidades locais o desafio é o da adoção.

Esta pandemia foi para muitos de nós um “test drive” do que seria o mundo sem vacinação. Tomar uma vacina pode ser visto em si como um ato solidário, que tem sofrido de uma certa politização com a emergência de [campanhas anti vacinação](#). Para o vírus SARS-CoV-2 são essenciais programas de vacinação em larga escala para obter imunidade de grupo.

E se quando houver uma vacina, alguns grupos hesitarem ou recusarem vacinar-se?

Esta foi a pergunta que lançou um grupo de investigadores, em coautoria com investigadores da Nova SBE, num inquérito a uma amostra representativa da população europeia. A primeira vaga do [estudo](#) para compreender o que leva a população a estar mais (ou menos) disponível para tomar uma futura vacina encontrou diferenças demográficas e entre os

países europeus (Dinamarca, França, Alemanha, Itália, Portugal, Países Baixos e Reino Unido). Os investigadores apuraram que 74% dos inquiridos estão disponíveis para a toma da futura vacina, este valor varia entre 62% em França e 80% na Dinamarca. Esta taxa é mais elevada na população masculina em todos os países. Em Portugal, 21% dos inquiridos hesitaria na tomada da vacina e 5% não a tomaria de todo. Estes valores são consideravelmente elevados num país em que cobertura de vacinação é habitualmente alta, [cerca dos 97%](#). A principal razão apontada para a hesitação é o receio de potenciais efeitos secundários. Este revela-se assim mais um desafio a ter em conta num incerto “futuro com vacina para o SARS-CoV-2”, acrescentando à preocupação atual, [como alerta a OMS](#), com a continuidade dos planos de vacinação já existentes para proteger as comunidades de outros surtos e os serviços de saúde de picos de utilização.

Porque nesta situação só estaremos seguros se os nossos vizinhos e o resto do mundo estiverem seguros.

Joana Pestana

Nova School of Business and Economics

[\[1\]](#) Para além da aliança internacional para a vacinação (GAVI).



Impactos do confinamento na qualidade de vida: será que vai ficar tudo bem?

10 julho, 2020

A pandemia e a situação de confinamento excepcional que vivemos recentemente apanhou-nos a todos desprevenidos. Em março passado, de um dia para o outro, o mundo parou: as escolas fecharam, os restaurantes, os hotéis e uma grande parte do comércio fechou, os lares e os hospitais proibiram visitas, as pessoas foram enviadas para casa em teletrabalho... isto aconteceu um pouco por todo o mundo. Vários países fecharam as suas fronteiras, repatriaram cidadãos e desencorajaram o turismo. Assistimos todos a algo nunca visto, em que os aviões que antes cruzavam os céus, ficaram parados pela suspensão das viagens aéreas entre continentes, dentro de continentes e mesmo dentro do próprio país. Nalguns países, a circulação ferroviária e terrestre também foi suspensa.

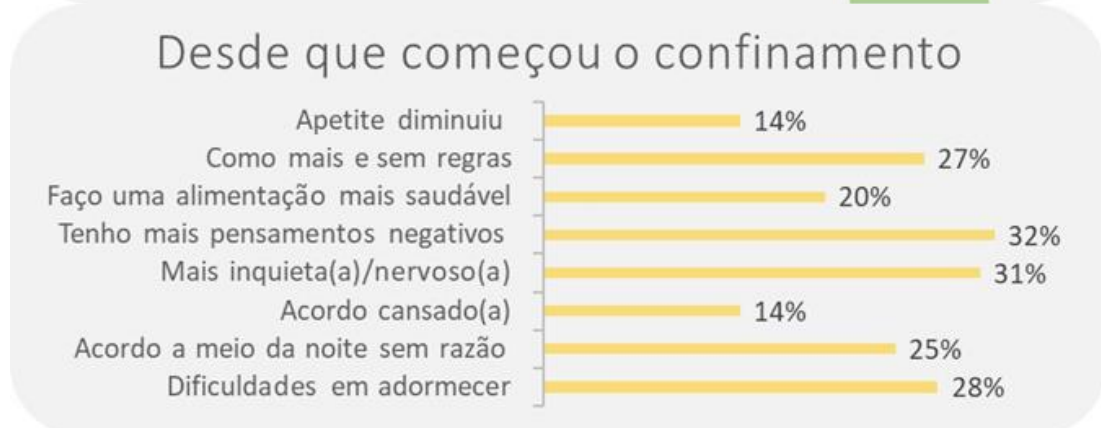
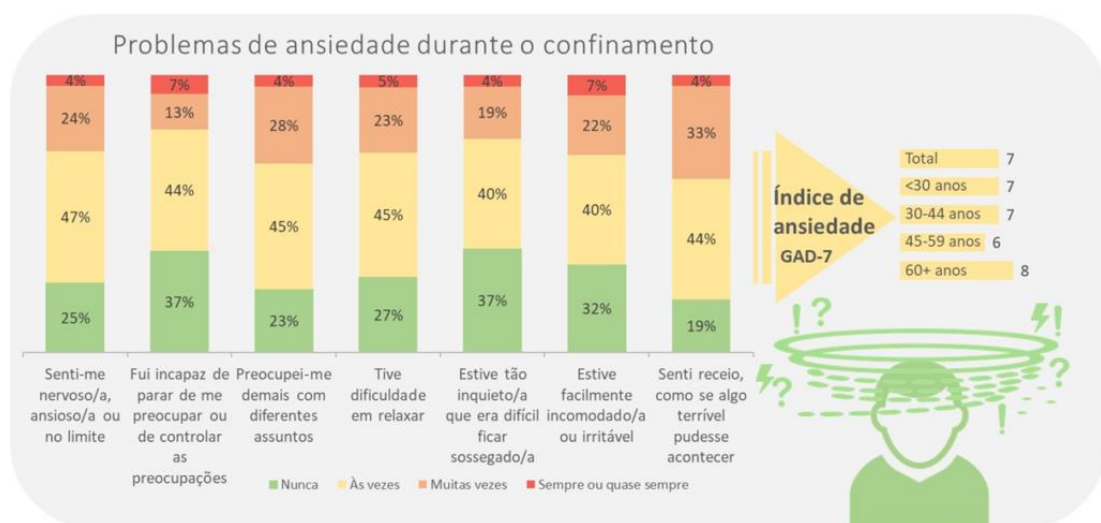
Apesar de várias medidas de prevenção tomadas, com o número de casos e mortes a aumentar, a situação rapidamente evoluiu de um isolamento social para medidas de confinamento domiciliário, com sérias consequências para a população e para as economias. De facto, a 3 de abril de 2020

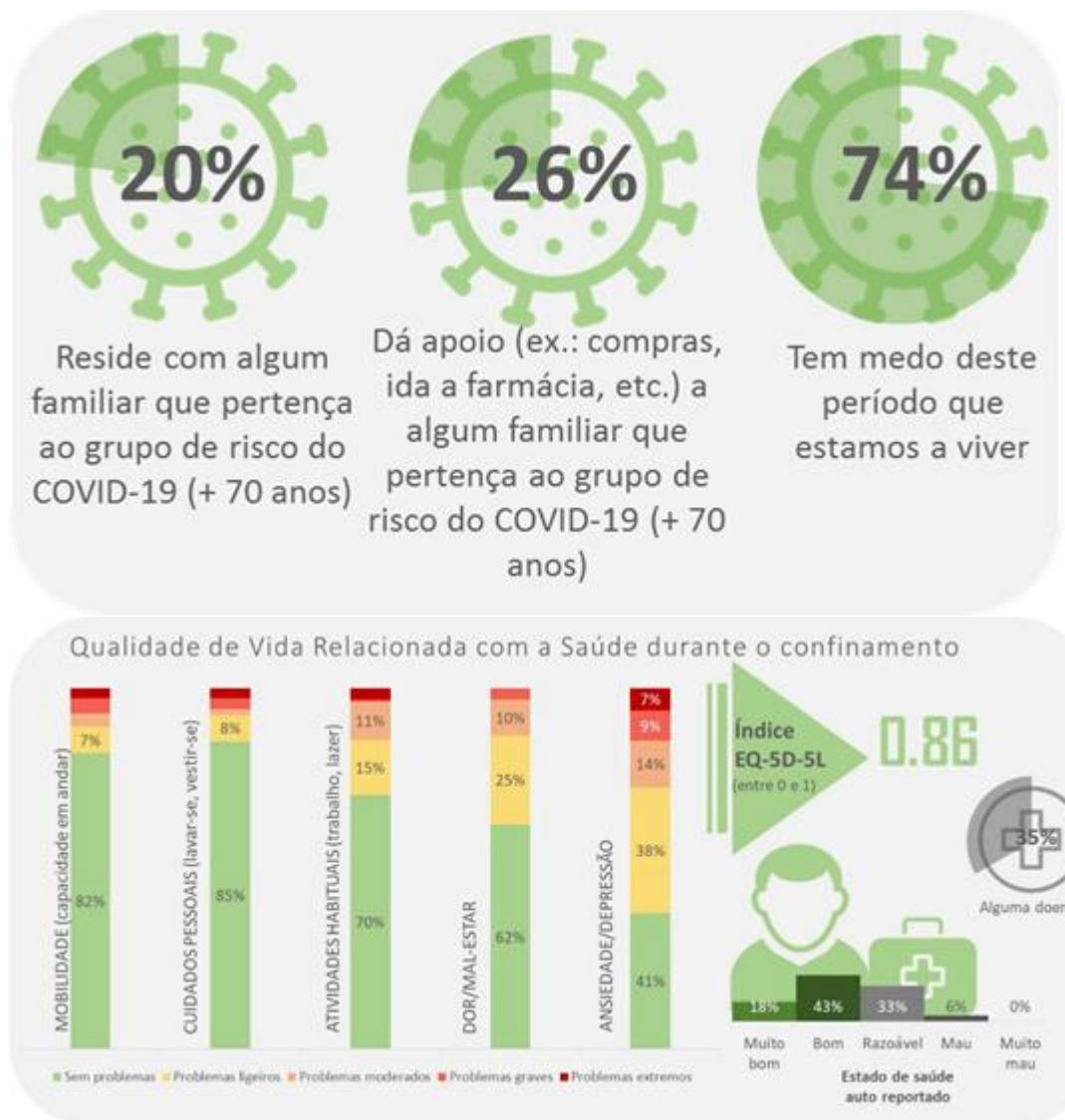
aproximadamente 4 mil milhões de pessoas em todo o mundo encontravam-se em confinamento.

Em Portugal, a situação foi semelhante ao que se passou noutros países da Europa: a 18 de março foi decretado o estado de emergência e implementadas medidas de confinamento, e apenas no início de maio se iniciou o desconfinamento.

Esta inatividade física imposta durante várias semanas, o facto da maioria das famílias terem que partilhar um espaço muitas vezes pequeno para trabalhar, estudar, cozinhar, brincar e praticar exercício físico, aliada ao medo que poderiam sentir por elas ou pelos seus parentes e amigos e, muito provavelmente, exacerbada pela quantidade de informação fornecida pelos meios de comunicação social, pode ter deixado as pessoas em pânico, aumentado a ansiedade e a depressão, e diminuído a sua qualidade de vida.

Neste sentido, pareceu-nos importante conduzir um estudo de opinião durante o confinamento para percebermos qual o seu impacto na ansiedade e na qualidade de vida dos Portugueses. Os resultados principais do estudo estão resumidos nos infográficos seguintes.





Os resultados mostram que os respondentes que se encontravam em confinamento reportaram níveis elevados de ansiedade, uma menor qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) e que pessoas com elevados níveis de ansiedade tenderam a ter menor QVRS. As mulheres e os idosos reportaram níveis mais altos de ansiedade e pior QVRS. Os níveis mais altos de ansiedade nos idosos podem ser explicados pelo fato de pertencerem ao grupo de risco da pandemia de COVID-19. Nas restantes faixas etárias os níveis de ansiedade podem ser devidos a vários fatores, como a incerteza do futuro, o facto de estarem a trabalhar em casa, a cuidar de crianças pequenas e a ajudar no trabalho escolar, muitas vezes em simultâneo, medo de que possam ser infetadas ou de que isso possa acontecer aos seus parentes e amigos. Este estudo destaca a necessidade de fornecer apoio adequado aos cuidados de saúde mental durante um surto de pandemia. Na verdade, os Governos devem, não apenas prestar atenção ao controlo da doença, mas também adotar medidas sociais e de saúde projetadas especificamente para a saúde mental e para lidar com sentimentos de solidão, prevenindo assim a diminuição da QVRS. Se uma segunda vaga efetivamente acontecer, como está a ser projetado por vários cientistas, e for necessário entrarmos em confinamento outra vez, como já

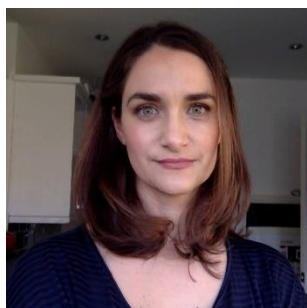
aconteceu nalgumas regiões do mundo, será necessário planear e tomar decisões informadas com base nas lições aprendidas durante essa situação excecional.

De qualquer forma, o impacto do confinamento na qualidade de vida da população e na sua saúde mental é algo que continuará a merecer a nossa atenção, uma vez que os estragos e as cicatrizes desta situação totalmente nova e inesperada irão muito provavelmente estender-se durante algum tempo. A incerteza do futuro leva muita gente a questionar-se: será que vai ficar tudo bem?

Lara Noronha Ferreira

Universidade do Algarve, Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra



Será que vamos passar o verão “na crista da onda”?

14 Julho, 2020

Claude Chabrol, precursor do movimento *Nouvelle Vague*, disse: não há novas ondas, só mar. Vejo nisso uma metáfora para a situação, de transição quase inevitável de epidemia para endemia, que vivemos. O cenário de endemicidade é, na maior parte das doenças, precedido por sucessivas epidemias, de diferentes magnitudes, que vulgarmente chamamos de ondas pela representação gráfica que as mimetiza.

Chegou o verão e estamos todos a precisar de ouvir o clássico “Sol da Caparica” dos Peste & Sida a caminho da praia. Mas qual é a consequência deste desejo de mar e sol na situação de pandemia atual? Será que vamos ter uma “onda” de casos de coronavírus no verão antes da antecipada “onda” no inverno? Estaremos preparados para surfar uma onda da Nazaré?

Com o término gradual de medidas de contenção e do confinamento social, a sociedade foi voltando a um novo normal. Contudo era expectável, que com a reentrada de indivíduos suscetíveis, verificar um aumento progressivo de casos. Assim, incidência de casos confirmados foi aumentando e apesar de consideravelmente inferior aos valores observados no final de março temos agora, a 13 de Julho, 115 casos confirmados por cada 1000 casos suspeitos (Relatório de Situação, DGS). Esta evolução parece indicar que teremos um segundo pico, uma segunda “onda” possivelmente ainda neste verão. Mas estará o SNS preparado para uma onda da Nazaré? Dada a incerteza relativamente ao tempo de recuperação dos doentes com COVID-19 especialmente em âmbito de internamento hospitalar, qual é o número de novos casos diários que o SNS será capaz de acompanhar e tratar?

Façamos o seguinte exercício, se 97% dos casos confirmados são seguidos em casa, teremos cerca de 11 doentes hospitalares por cada 350 casos diários. Destes 11 doentes (empregando a configuração da atual apresentação clínica dos casos confirmados – do relatório de situação da DGS) cerca de 14% – 1,5 doentes – precisarão de internamento em UCI. Se diariamente temos mais 11 doentes internados dos quais 1,5 estão em UCI, quantos dias nos restam até estarmos a usar o máximo de recursos do SNS? Como sabemos, não se trata de uma aritmética tão linear. A montante da pressão sobre as UCI temos, entre outros, a variação da taxa de infeção que determinará a velocidade das novas admissões hospitalares e a jusante, aspetos como, a gestão/alocação de recursos e *outcomes* da intervenção, tal como a morte ou recuperação, irão aliviar a pressão no Serviço de Medicina Intensiva e UCI. A tendência internacional para responder a esta questão é uma adaptação ao modelo SIR, desenvolvido pela Universidade da Pensilvânia – E.U.A, CHIME (disponível [aqui](#)), que permite-nos muito rapidamente parametrizar e entender se estamos efetivamente preparados para uma “rasgada” da onda. Perdoe-se a tentativa de uso de analogia da manobra do surf que se traduz, no meu leigo entender do assunto, numa descida brusca da onda antecedida por uma breve subida. Regressando à questão e assumindo algumas constantes no CHIME, percebe-se que temos um número razoável de camas para enfrentar uma possível nova “onda” com tranquilidade se a subida de casos não se tornar exponencial. Contudo, aspetos como a desinformação e a saturação da população em relação a medidas de distanciamento social e outros cuidados inerentes à prevenção de um inimigo invisível, e fácil de ignorar, podem levar a um aumento significativo do R_0 e como consequência quebrar a nossa tábua de salvação, que está preparada para uma onda de verão, mas não para uma onda da Nazaré.

Rita Santos

Centre for Health Economics, University of York



Mortalidade: uma análise por faixa etária

17 Julho, 2020

Tem sido genericamente aceite que a mortalidade é o indicador mais relevante para analisar o impacto clínico da Covid-19. Nesta altura, em que o sucesso no combate à doença é utilizado como instrumento de política económica, é importante termos um indicador que não depende da estratégia de realização de testes implementada em cada país. Acresce que tendemos a acreditar que, em qualquer lugar, será mais fácil não contabilizar todos os casos de Covid-19 do que todas as mortes por Covid-19.

Em abril já se discutia a mortalidade excessiva, aquela não atribuída diretamente à Covid-19, mas que se deverá a impactos indireto da doença. Atualmente temos mais dados para analisar este tema e conseguimos até tentar realizar análises mais finas. Tentamos... porque os dados disponibilizados são limitados e nem sempre comparáveis com dados de anos anteriores. De facto, os óbitos diários por Covid-19 são reportados por década de vida (de 0 a 9 anos, de 10 a 19, etc.) mas os óbitos diários por todas as causas são apresentados considerando o primeiro ano, os seguintes quatro, e cada decénio subsequente (até 1 ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 14, etc.). Faz realmente falta uma mudança cultural relativamente à disponibilização de dados à comunidade!

Os dados de [mortalidade geral](#) permitem-nos comparar os óbitos por faixa etária dos anos 2014 a 2019 com os verificados em 2020. Considerando a primeira metade de cada ano (mais concretamente os primeiros 183 dias), as diferenças são irrelevantes nas faixas etárias até aos 34 anos; contraditórias até aos 84 anos (por exemplo, dos 65 aos 74 anos houve mais 429 mortes, mas dos 75 aos 84 houve menos 362 mortes); e parecem realmente significativas na população com pelo menos 85 anos. Nesta última faixa etária ocorreram mais 2.680 óbitos, o que representa um acréscimo de cerca de 11% em relação à média de 2014-2019.

Tendo em consideração que o acréscimo de óbitos na primeira metade de 2020 é de 2.725 casos, é natural concluir-se que é preciso uma redobrada atenção nos cuidados prestados a esta faixa da população. Acresce que esta conclusão parece ser válida se considerarmos quer a mortalidade direta quer a mortalidade indireta. De facto, além de dois terços dos óbitos por Covid-19 ocorrerem na população com 80 ou mais anos, é também nesta faixa etária que ocorreu a quase totalidade dos óbitos por mortalidade indireta.

Finalmente, é importante que a análise dos dados de mortalidade efetivamente verificada não conduza à conclusão que todo o esforço realizado pela sociedade, pelo Estado e pelo Serviço Nacional de Saúde se traduz “apenas” na diminuição da mortalidade na faixa etária mais elevada. Não sabemos ainda, se é que alguma vez saberemos, qual seria o acréscimo de óbitos em toda a população se outra política tivesse sido implementada.

Luís Silva Miguel

CEMBE, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência



Prisioneiros da Covid-19

21 Julho, 2020

A Covid-19 tem tido um impacto devastador nos lares de idosos, tanto em Portugal como pelo mundo fora. Há poucos meses atrás, ainda antes de se poder adivinhar a dimensão que a Covid-19 tomaria nos lares de idosos, outras estruturas eram igualmente alvo de preocupações: as prisões.

Se nos lares era a idade avançada dos utentes e o seu estado de saúde debilitado a principal fonte de preocupação, nas prisões eram questões de sobrelotação e falta de higiene. Ainda que num contexto fundamentalmente distinto, tanto os lares como as prisões são estruturas em que se partilham equipamentos e onde é difícil praticar distanciamento social, tornando-se ambientes propícios à propagação da Covid-19.

Uma das principais medidas tomadas em relação às prisões, com vista à redução da população prisional, foi a libertação de reclusos. Tal ocorreu um pouco por todo o mundo. Na Europa, Portugal foi o quarto país europeu com maior percentagem (15%) de reclusos libertados como forma de evitar a propagação da Covid-19, atrás da Turquia (35%), Chipre (16%) e Eslovénia (16%). Em Portugal, a redução da população prisional foi conseguida através de mecanismos vários, entre os quais um perdão parcial de penas de prisão até dois anos para crimes menos graves. Enquanto o objetivo desta medida é meritório, há potenciais efeitos adversos a considerar.

Para ser bem-sucedida e evitar situações de reincidência criminal, a libertação de reclusos deve ser acompanhada de medidas de reinserção social,¹ especialmente nas esferas laboral e habitacional.^{2,3} Estas medidas têm uma relevância acrescida dado o atual contexto de pandemia e incerteza económica, caracterizado por escassas oportunidades no mercado de trabalho. Vários estudos apontam para o facto de reclusos libertados em períodos em que as oportunidades disponíveis no mercado de trabalho são menos atrativas terem maior probabilidade de reincidência criminal.^{4,5} O motivo é simples: na ausência de oportunidades de trabalho viáveis e de apoios que permitam assegurar um meio de sustento, a atividade criminal assume-se como uma alternativa.^{6,7}

A atual situação de pandemia coloca entraves adicionais à reintegração social — já difícil em circunstâncias ditas normais — dos reclusos colocados em liberdade. As medidas implementadas com vista à redução da população prisional deveriam ter sido acompanhadas por medidas de apoio, que visassem facilitar a reintegração destes indivíduos na sociedade. Na ausência de uma resposta harmonizada em termos de políticas públicas, não será uma surpresa se, num futuro próximo, Portugal registar um aumento da atividade criminal.

Ana Moura
Tilburg University

Leituras adicionais:

¹ Crystal S. Yang. 2017. “Does Public Assistance Reduce Recidivism?” *American Economic Review: Papers & Proceedings*, 107: 551–555.

² Amanda Y. Agan and Michael D. Makowsky. 2018. “The Minimum Wage, EITC, and Criminal Recidivism.” NBER Working paper No. 25116

³ Timothy Young. 2018. “From Locked Up to Locked Out: Access to Affordable Rental Housing and Criminal Recidivism”. *Job Market Paper*.

⁴ Crystal S. Yang. Local labor markets and criminal recidivism. *Journal of Public Economics*, 147: 16–29, 2017.

⁵ Kevin T. Schnepel. Good jobs and recidivism. *The Economic Journal*, 128(608): 447–469, 2018.

⁶ Cody Tuttle. Snapping back: food stamp bans and criminal recidivism. *American Economic Journal: Economic Policy*, 1(2): 301–327, 2019.

⁷ Ignacio Munyo and Martín A. Rossi. First-day criminal recidivism. *Journal of Public Economics*, 124:81–90, 2015.



Quando estudos não apontam

23 Julho, 2020

Não há muita coisa boa que tenha vindo com este vírus, mas se há algo de positivo a ressaltar será sem dúvida o aumento da atenção para com a ciência. De um momento para o outro, políticos que usavam a opinião da sogra (literalmente) para implementar (ou não) políticas passaram a não dar um passo sem perguntar aos cientistas primeiro (vou admitir que por intenções genuínas e sem nenhuma tentativa de “lavar as mãos”).

Mas isso criou um problema, porque o processo da ciência é estruturalmente lento, e quando algo novo surge não vão existir respostas imediatas. Quando não existem estudos temos de usar o senso comum, a pouca informação que temos e simples análises de custo benefício adaptadas às nossas expectativas.

Exemplo 1: Em Portugal os políticos disseram para os cidadãos comuns não usarem máscara, inicialmente. Isto porque não havia evidência estatística que as máscaras ajudassem. Mas não será senso comum que os tecidos possam dificultar a passagem de gotículas para as nossas vias aéreas? Independentemente de não se saber na altura (ou até ainda agora) como é que o vírus se transmitia e da efetividade das máscaras, o senso comum dizia que provavelmente elas poderiam ajudar. E a que custo? Se conseguissem ser evitadas ruturas de stocks para quem mais precisasse (o que não deveria ser um problema caso não fossem eficazes) e que as pessoas caíssem num sentimento de falsa segurança, os custos seriam muito baixos. Logo, o benefício esperado era relativamente alto (número de contágios e mortes potencialmente evitadas) e o custo efetivo era mínimo. Conclusão: usar, mesmo sem evidência.

Exemplo 2: Muitos países queriam usar cloroquina no tratamento e prevenção da doença porque um estudo manhoso disse que fazia efeito. O Trump e o Bolsonaro até perguntaram: “o que temos a perder?”. Mas é aí que está o erro deles. O que eles queriam dizer é que o valor esperado dos benefícios é positivo. E realmente, por muito baixa que fosse existia alguma crença que a substância pudesse ajudar. A questão são os custos. Porque havia também uma crença forte que a substância pudesse causar efeitos secundários (alguns deles documentados) em quem a tomasse. Então o benefício esperado, embora positivo, é negligenciável, mas o custo esperado não. Conclusão: não usar.

Exemplo 3: Se não estou em erro (corrijam-me se estiver errado) ainda não há evidência estatística de que o vírus se possa transmitir através do contato com superfícies infetadas. No entanto estamos todos obrigados a esfregar as mãos com álcool à entrada de supermercados e outras lojas. Mas se não há evidência porque é que o fazemos? Fazemos porque colocamos alguma crença na possibilidade de o vírus se transmitir desta forma. Imaginem que afinal o vírus não se propaga através das superfícies. O que é que nos custou pôr álcool nas mãos? Nada. Mas e se ele se propaga através das superfícies, quantas vidas salvámos? O benefício real até pode ser zero, mas o benefício esperado é sem dúvida positivo e não negligenciável. O custo é por outro lado bastante baixo. Além disso não se perde nada em criar mais hábitos de higiene que podem ajudar a prevenir outras doenças ou outros problemas. Conclusão: usar.

Reparem que a evidência científica poderá posteriormente alterar ou confirmar as decisões. Mas enquanto se espera é preciso fazer algo. Para isso deve-se usar o conceito de expectativas que têm como base toda a informação que já foi gerada até ao momento da decisão. É usar o senso comum mesmo!

Luís Filipe
Lancaster University

Próximos Eventos



8ª Workshop APES -25 de Setembro 2020

A 8ª edição do workshop bienal Economia e Política de Saúde decorre no dia 25 de setembro a partir das 10h, via ZOOM e contará com apresentação de 8 trabalhos sobre variados tópicos.

Para participar, os Associados devem enviar um e-mail para apes@apes.pt com o assunto “Inscrição no Workshop APES”. Mais informações sobre os trabalhos e funcionamento do workshop APES podem ser consultadas no [programa](#).



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 entre colegas, num momento em que muitas conferências e workshops foram canceladas ou adiadas. A quarta edição decorrerá no dia 13 de Outubro, pelas 13h.

Pode subscrever a nossa [lista de e-mails](#) para receber informações sobre o próximo seminário, e consultar mais informações sobre a submissão de resumos e funcionamento [aqui](#).

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.

