

Mensagem do Comité para Investigadores em Início de Carreira

Caros Associados,

A APES tem vindo a desenvolver uma preocupação especial em apoiar os seus associados a começar um percurso pela Economia da Saúde. Uma consequência deste interesse é a expansão das atividades do Comité para Investigadores em Início de Carreira — usualmente designado por *Early Career Committee* (ECC) —, que passou de garantir a representação portuguesa na associação Europeia (EuHEA) a ter um programa próprio no domínio português, o que simultaneamente espelha e espera motivar o número crescente de investigadores juniores que participam ativamente na nossa Associação.

No passado mês de junho, agradecendo o contributo e procurando continuar o legado da Sara Ribeirinho Machado e do Luís Filipe — os primeiros representantes ECC —, lançámos mãos à obra para iniciar um mandato norteado por novas ideias e mais ambições.

Pelas limitações dos tempos correntes, as primeiras atividades desenrolaram-se em meio digital. Falamos da série de seminários virtuais para investigadores em início de carreira (*Virtual Early Career Research* — VECR) e da primeira edição do curso Pré- *Workshop* APES, dedicada ao tema *Behavioral Experiments in Health*.

Os seminários VECR resultaram de uma colaboração com a associação congénere Espanhola e decorreram entre julho e outubro, proporcionando aos jovens investigadores a oportunidade de apresentarem o seu trabalho num período em que muitas conferências e *workshops* foram cancelados ou adiados. Contámos com 4 apresentações de colegas de vários países e com mais de 80 participantes, que ouviram e comentaram trabalhos sobre temas variados: a saúde mental infantil, os cuidados perinatais, as consequências da má-nutrição e a política do medicamento em Portugal. Os resumos destes trabalhos encontram-se disponíveis no nosso *website*.

O curso Pré- *Workshop* APES foi lecionado por Daniel Wiesen, estendeu-se por dois dias e contou com casa cheia: a procura excedeu a capacidade inicialmente prevista e as vagas foram ocupadas por velhos e novos sócios que se juntaram à APES para o efeito. Tendo incluído uma componente teórica ilustrada por aplicações ao estudo comportamental de prestadores de cuidados de saúde e uma componente prática de trabalho em grupo, o curso proporcionou aos participantes uma introdução aprofundada ao tema e uma discussão muito produtiva de ideias para trabalho experimental em saúde.



Para os meses que seguem temos várias ideias – e escolhas difíceis. Gostaríamos de saber dos Associados; principalmente daqueles em início de Carreira o que esperam da APES. Aguardamos o vosso contacto em earlycareer@apes.pt.

Até Já,

Francisca Vargas Lopes (doutoranda na *Erasmus University Rotterdam*) e Luís Sá (doutorando na Universidade do Minho).

Nesta Edição

Artigos de opinião dos associados APES #COVID19PT

- ✓ Quantas estrelas tem o “seu” lar?
- ✓ Uma vacina, esse bem público
- ✓ Impactos do confinamento na qualidade de vida: será que vai ficar tudo bem?
- ✓ Será que vamos passar o verão “na crista da onda”?
- ✓ Mortalidade: uma análise por faixa etária
- ✓ Prisioneiros da Covid-19
- ✓ Quando estudos não apontam
- ✓ desemprego, os jovens e a saúde mental
- ✓ Tempos de Espera em Tempo de Peste – Parte II
- ✓ Covid-19, exclusão digital e desigualdades na saúde
- ✓ Sinais vitais dos cuidados de saúde primários em plena pandemia
- ✓ Sputnik V: o prelúdio indesejado para a urgente cooperação internacional de forma a garantir uma vacina eficaz e economicamente viável para a COVID-19
- ✓ Diagnóstico complicado, prognóstico reservado



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.

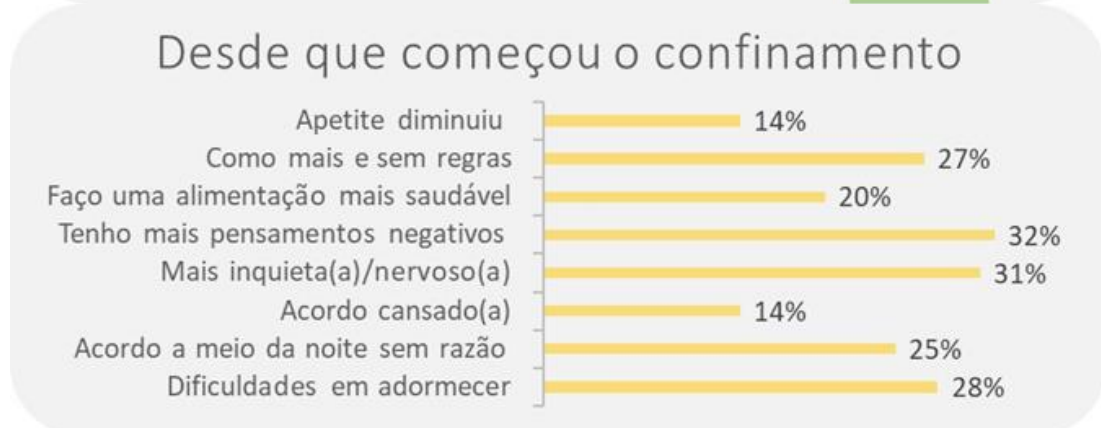
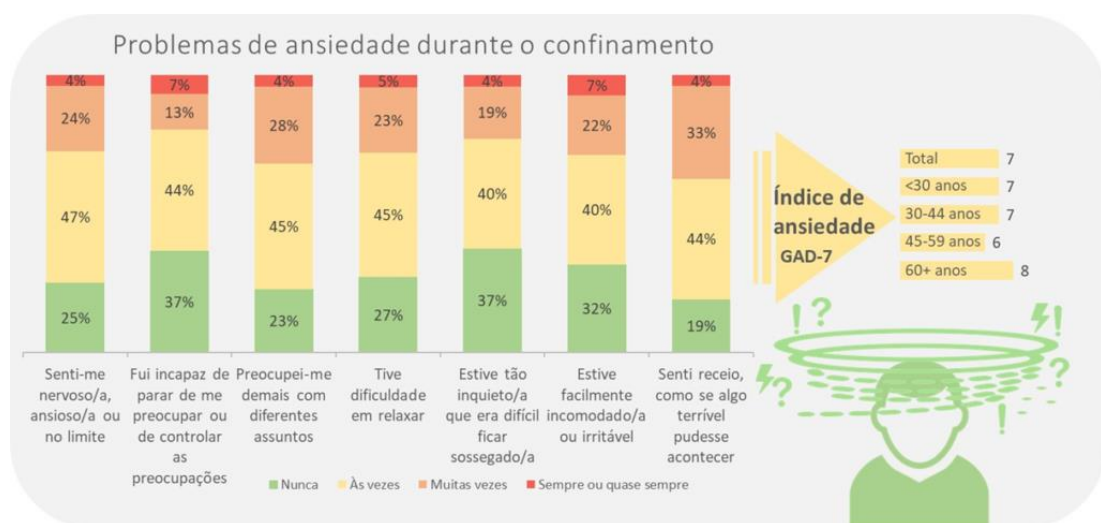
Apesar de várias medidas de prevenção tomadas, com o número de casos e mortes a aumentar, a situação rapidamente evoluiu de um isolamento social para medidas de confinamento domiciliário, com sérias consequências para a população e para as economias. De facto, a 3 de abril de 2020

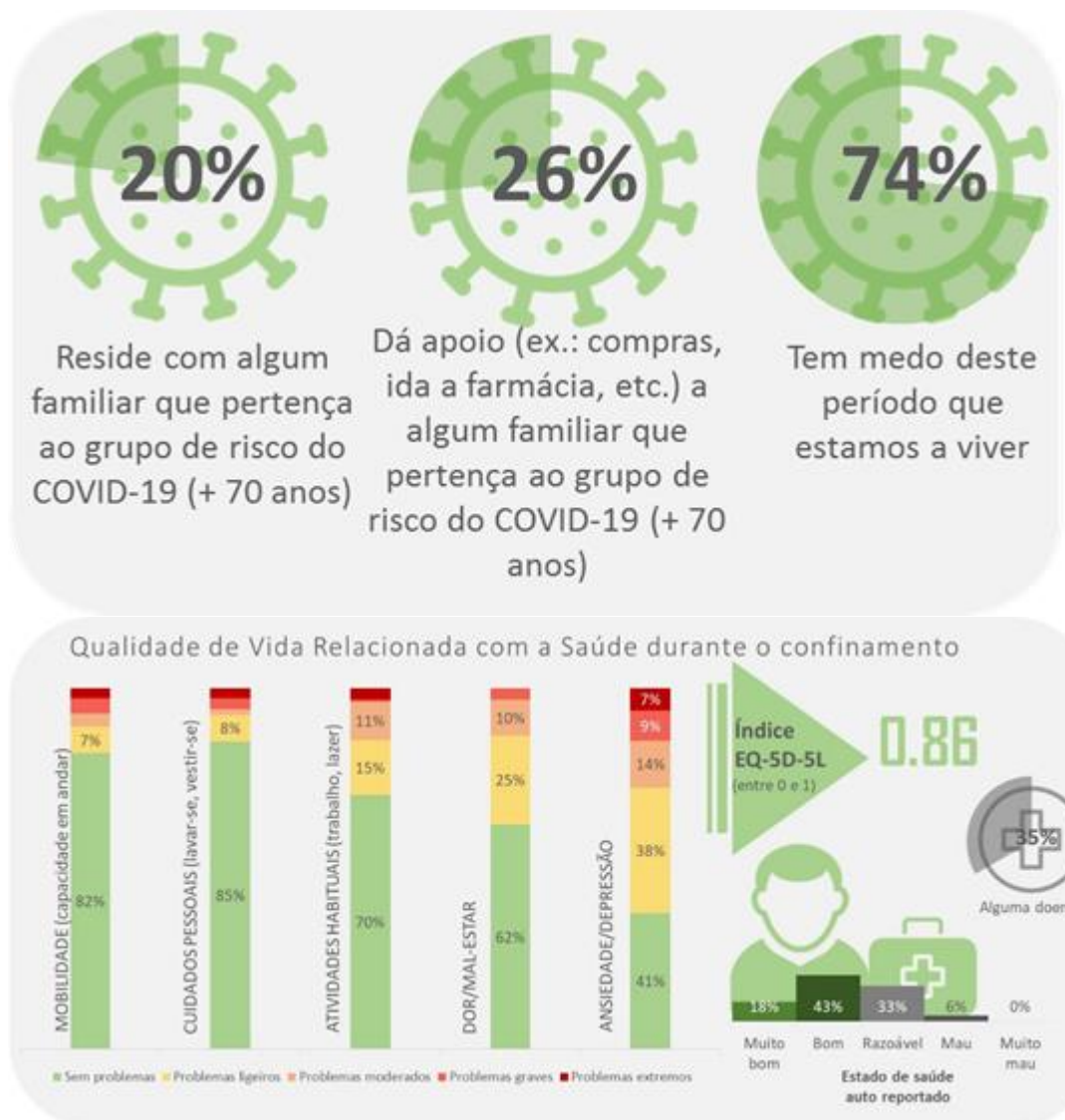
aproximadamente 4 mil milhões de pessoas em todo o mundo encontravam-se em confinamento.

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 rupturas 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



O desemprego, os jovens e a saúde mental

28 Julho, 2020

Nos últimos tempos muito se tem falado das repercussões desta pandemia na saúde mental. E aqui entra a questão do desemprego. Ora vejamos.

No passado mês de junho, o Instituto Nacional de Estatística (INE) divulgou as suas estimativas da taxa de desemprego para os meses de março e abril. De acordo com esta entidade, a taxa de desemprego em março situou-se nos 6,2%, e em abril nos 6,3%. Uma análise à taxa de desemprego por grupo etário permite verificar que são os jovens, dos 15 aos 24 anos, que mais sofrem com o desemprego. Neste grupo etário, a taxa de desemprego atingiu os 18,3% em março e os 20,2% em abril (mais 3,1 pontos percentuais face ao mesmo mês do ano anterior). Estes valores estão perto dos registados na última crise financeira internacional em 2008. Segundo o INE, os dados recolhidos para o cálculo deste indicador podem não refletir a realidade devido ao atual contexto de pandemia, o que significa que as estimativas provisórias poderão sofrer *alterações substanciais*¹.

Porque é que isto deve fazer soar o alarme? Porque sabemos que o desemprego está associado, entre outros fatores, à perda de rendimento, instabilidade financeira, estigma social, perda de autoestima e diminuição da atividade física e mental do indivíduo². Todos estes fatores têm um impacto negativo na saúde mental uma vez que contribuem para o aumento ou agravamento das doenças associadas à depressão e ansiedade. Sabe-se ainda que jovens desempregados têm maior probabilidade de desenvolver doença mental quando comparados com os jovens empregados³. Há também evidência que uma pior saúde mental se associa a um período de desemprego mais longo criando, assim, um ciclo vicioso². Adicionalmente, há uma conjuntura económica e social inerente à atual pandemia que contribui para uma pior saúde mental. O isolamento social ou incerteza em relação ao futuro são disso exemplos.

Da última crise económica sabemos que Portugal registou um aumento importante da prevalência de sofrimento psicológico e que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) não foi capaz de dar resposta ao aumento das necessidades de cuidados de saúde mental⁴. Para evitar que voltemos a este cenário e a uma trajetória da taxa de desemprego (jovem) como a que se verificou nessa altura, o governo deve começar já a combater o desemprego *promovendo* a saúde mental. De facto, programas de empregabilidade que incorporam elementos de promoção da saúde mental mostram-se eficazes na redução das dificuldades económicas sentidas e na melhor capacidade para lidar com adversidades⁵. São exemplos de elementos promotores de saúde mental, o aumento da autoestima, maior controlo sobre si e o meio, melhores estratégias de *coping* e de autoconhecimento.

Para que tal seja atingível, é necessário que haja maior coordenação e simbiose entre os Ministérios da Saúde, Emprego e Segurança Social.

Maria Ana Matias

Centre for Health Economics, University of York

Referências:

¹ INE (2020). *Destaque: Informação à comunicação social. Estimativas Mensais de Emprego e Desemprego: Abril de 2020.*

² Organisation for Economic Co-operation and Development (2012). *Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work.* OECD Publishing.

³ World Health Organization (2011). *Impact of economic crisis on mental health.* WHO, Geneva.

⁴ Caldas de Almeida J. et al. (2017). Implicações do estudo da crise económica na saúde mental dos Portugueses. *PsiLOGOS*, 15(2), Editorial Convidado.

⁵ Reynolds C., Barry M. and Gabhainn S. (2010). Evaluating the Impact of the Winning New Jobs Programme on the Re-employment and Mental Health of a Mixed Profile of Unemployed People. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(2), 32-41.



Tempos de Espera em Tempo de Peste – Parte II

31 Julho, 2020

No [primeiro de dois textos](#) sobre intervenções de política pública para atenuar ou reverter o aumento dos tempos de espera causado pela pandemia e pela interrupção da actividade assistencial não urgente entre Março e Maio no SNS, ocupei-me particularmente do lado da procura. Terminei-o dizendo que não é expectável que o modesto efeito da livre escolha seja amplificado pelo lado da oferta, se os incentivos financeiros à aceitação de consultas além do valor contratado não forem suficientemente fortes. Hoje, olho para o lado da oferta com mais atenção e começo por notar que há políticas que apontam mais directamente aos tempos de espera.

No SNS, os hospitais têm incentivos financeiros a manter os tempos de espera dos doentes nas suas listas para consultas e cirurgias abaixo de valores predeterminados, os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG). Se, por um lado, é razoável que ocorra uma renegociação dos esquemas de incentivos ligados aos TMRG em resultado do aumento inesperado da procura, por outro, ela não deve ser tal que os incentivos se

tornem lânguidos, porque, conquanto possam ser contornados, alguma eficácia têm. Não é grande novidade para os economistas da saúde que este mecanismo tal como está desenhado exerce pressão sobre as esperas mais longas, não sobre toda a distribuição de tempos de espera. É incentivado que estes fiquem abaixo do limiar, não que todos sejam reduzidos. Tal como disse no primeiro texto acerca do efeito redistribuidor da livre escolha, isto não é indesejável se a nossa preocupação for a espera extrema.

Estes limiares e a sua tradução orçamental relacionam-se com a livre escolha interessante e nefastamente. O [efeito da livre escolha pode ser limitado](#), mas a sua presença gera um incentivo perverso. Quando os doentes podem escolher o hospital no qual pretendem ser tratados, a procura por cuidados de saúde torna-se mais sensível aos tempos de espera, porque estes passam, pelo menos para alguns doentes, a ser um critério de escolha entre hospitais do SNS — com efeito, os tempos de espera são apresentados como um dos critérios que devem nortear a escolha no âmbito do sistema de Livre Acesso e Circulação (LAC). Neste contexto, do ponto de vista do hospital, aumentos da capacidade tornam-se uma ferramenta *menos* eficaz para reduzir os tempos de espera, atingir o limiar contratado e conquistar o bónus orçamental. A redução dos tempos de espera torna o hospital mais atractivo e pode, por isso, implicar um aumento da procura. Este, por sua vez, contribui para o aumento dos tempos de espera e dificulta a obtenção do bónus. Noutras palavras, na presença de livre escolha e de tempos de espera-alvo e na ausência de um acréscimo no pagamento, o incentivo a aumentos unilaterais da actividade hospitalar é menor.

Aqui chegados, regressamos ao início. Pela impossibilidade de reorganizar mecanismos institucionais que geram incentivos contrastantes rapidamente, talvez não possamos, no curto prazo, fazer muito mais do que financiar expansões da actividade. O [regime excepcional de incentivos à recuperação da atividade assistencial não realizada por força da situação epidemiológica](#), publicado no dia 14 deste mês em Diário da República, vai neste sentido. É uma intervenção incommumente simples, que aumenta o limite máximo do valor pago às equipas de profissionais de saúde por produção adicional de primeiras consultas e cirurgias. Ocorrem-me duas questões imediatas sobre o alcance desta medida. Em primeiro lugar, ainda que seja um activo mais líquido do que reconhecimento ou gratidão, será o aumento do pagamento suficiente? E, em segundo, quão desvirtuada pode ser esta intervenção durante a sua aplicação prática?

O aumento não é negligenciável. O valor máximo passa de entre 35% e 55% de um valor monetário predefinido para 95% no caso de primeiras consultas e 75% no caso das cirurgias. Falamos, no entanto, de valores máximos, dependendo dos conselhos de administração das instituições hospitalares a definição da percentagem efectivamente paga. Isto relaciona-se com as duas questões que coloquei. Nada surpreendentemente, se as administrações reflectirem o aumento (*i.e.*, não o desvirtuarem

sobremaneira), é mais provável que seja suficiente para induzir as horas de trabalho extras por profissionais de saúde desgastados. É possível que, à medida que o desgaste das semanas de trabalho durante a pandemia se acumula, só um pagamento suficientemente alto consiga induzir o esforço extra.

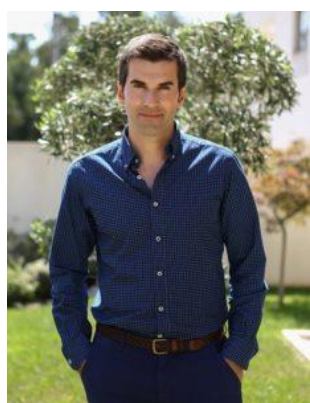
A segunda questão é sobre o desenho da medida. Tal como afirmei, o facto de se tratar de um valor máximo permite um certo grau de discricionariedade na aplicação, podendo o aumento do pagamento auferido pelos profissionais ficar aquém do pretendido pelo legislador. Todavia, há aspectos positivos. O princípio da intervenção é simples — pagar mais por produção extra; o objecto razoavelmente claro, com distinções relevantes — *atividade assistencial não realizada por força da pandemia de COVID-19 (...) em especial aquela(s) em que se verifique maior volume de doentes em lista de espera e maior grau de incumprimento dos TMRG*; e acautela a procura por cuidados de saúde contemporânea — a actividade adicional deve ser realizada *preferencialmente, fora do horário de trabalho das equipas, nomeadamente aos fins de semana* (o que não é novidade na contratação de produção hospitalar adicional).

Talvez esta intervenção não ande muito longe do melhor que podemos por agora fazer, contanto que o acompanhamento da implementação seja adequado — e, sobre isto, o leitor é livre para escolher sorrir cumplicemente.

Luís Sá

Departamento de Economia / Núcleo de Investigação em Políticas Económicas (NIPE)

Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho



Covid-19, exclusão digital e desigualdades na saúde

04 Agosto, 2020

A forma como olhamos para o mundo digital transformou-se completamente com a pandemia da Covid-19. De um dia para o outro o uso da internet deixou de ser uma escolha e passou a ser a única opção para muitas situações do dia a dia. Por exemplo, o isolamento social forçado levou a que alguns serviços públicos estivessem apenas acessíveis *online*. O teletrabalho ganhou uma dimensão como nunca vista. Estudar a partir de casa passou a ser regra a todos os níveis de ensino. O acesso às compras online tornou-se para muitos, principalmente para a população mais vulnerável, uma opção forçada. E a lista continua...

Esta transformação digital veio expor um dos maiores desafios desta década – a exclusão digital. Por exemplo, mais de 20% da população Portuguesa encontra-se excluída do mundo digital. O [índice de acesso digital](#), medido pela União Internacional de Telecomunicações, em Portugal é de 0.65, sendo que este indicador varia entre 0 (sem acesso digital) e 1 (melhor acesso possível), e inclui cinco componentes: o uso da internet, infraestrutura de rede, qualidade de acesso, custos e competências digitais. Isto coloca Portugal muito abaixo dos países da Europa do Norte/Central e atrás de todos os países do Sul da Europa.

As razões para a exclusão digital prendem-se principalmente com três fatores:

1. a falta de acesso a internet. Isto reflete maioritariamente as desigualdades socioeconómicas e a variação da qualidade das infraestruturas a nível regional;
2. a falta de competências tecnológicas que impedem o uso das tecnologias, como o telemóvel ou o computador. Este tipo de exclusão afeta desproporcionalmente a população idosa, aqueles socialmente mais isolados ou vulneráveis e as mulheres;
3. a falta de competências digitais que permitam tirar a máxima utilidade do uso das plataformas digitais, a qual esta também fortemente associada com os fatores mencionados acima, assim como o nível de escolaridade.

No que diz respeito à saúde (e à economia da saúde), a pandemia da Covid-19 veio alterar completamente a realidade dos cuidados de saúde, principalmente dos cuidados primários. O distanciamento social e o sobrecarregamento do serviço nacional de saúde impostos pela pandemia levou a uma transição das consultas presenciais para teleconsultas, e um aumento do uso de outras ferramentas digitais. Se por um lado a digitalização dos serviços de saúde poderá permitir uma maior eficiência do sistema e facilitar a prestação de cuidados de saúde, por outro lado, o impacto desta na saúde da população é pouco claro. Por exemplo, será que as teleconsultas oferecem a mesma efetividade e qualidade dos cuidados primários comparando com as consultas presenciais?

Um outro aspecto particularmente preocupante da intensificação da digitalização dos serviços de saúde é a possibilidade de a exclusão digital exacerbar as desigualdades na saúde. Na realidade, os segmentos da população que tem uma maior probabilidade de serem afetados pela exclusão digital, tem também um maior risco de problemas de saúde, nomeadamente a população idosa, mais desfavorecida, socialmente isolada e com menor nível de escolaridade. Isto é particularmente preocupante porque a Covid-19 tem afetado a população de forma desigual, verificando

se uma maior incidência nestes mesmos grupos da população. Adicionalmente, estes indivíduos são também aqueles a quem o autoisolamento foi particularmente recomendado, e que na prática mais precisariam das ferramentas digitais, por exemplo, para procurar cuidados de saúde mental.

Neste contexto, estratégias no sentido de aumentar a inclusão digital podem ajudar a melhorar o acesso a cuidados de saúde primários, e por sua vez a reduzir as desigualdades na saúde. Para além de estratégias nacionais direcionadas ao aumento do acesso e da qualidade da internet e formação digital, destaco duas áreas que merecem especial atenção na área da saúde. A curto prazo, a prioridade deverá centrar-se num conjunto de medidas que aliviem o impacto de uma maior digitalização dos serviços de saúde nos segmentos mais vulneráveis da população. Estes poderão incluir a disponibilização de linhas gratuitas de apoio a saúde, ou acesso gratuito (sem custos de dados) a websites relacionados com serviços de saúde, como por exemplo o portal [SNS24](#).

A longo prazo, o sistema de saúde pode (e deve) adotar um papel mais cativo no apoio a população excluída do mundo digital. Por exemplo, através de programas de formação dos profissionais de saúde de modo a integrarem e apoiarem de forma mais efetiva os pacientes no uso de serviços de saúde digitais. Outro exemplo seria incluir a ‘prescrição’ de programas digitais no seio da comunidade que complementem os cuidados primários (em linha com o modelo de prescrição social popular em alguns sistemas de saúde Europeus), por exemplo, sessões de apoio ao acesso e uso de serviços de saúde digitais. Estas medidas tendem a ter um maior impacto quando tomadas em conjunto com estratégias de combate a exclusão social levadas a cabo pelo sistema social e governos locais.

Manuel Gomes

University College London, Reino Unido

Sinais vitais dos cuidados de saúde primários em plena pandemia

12 Agosto, 2020

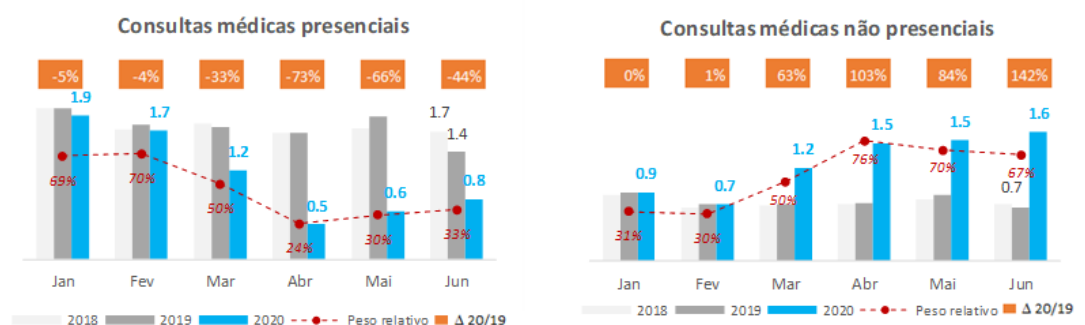
Os cuidados de saúde primários (CSP) assumem-se como o pilar do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A existência de um SNS saudável foi determinante para assegurar uma resposta eficaz, com a simbiose de uma ação estruturada e comunicação ágil, ao nível dos vários níveis de cuidados e estruturas organizacionais. A pandemia por Covid-19 confirmou a relevância da proximidade, onde uma forte rede de CSP tem sido o rosto



(in)visível do sistema de saúde. A maioria dos infetados não precisa de internamento hospitalar, sendo que cerca de 97% foram acompanhados pelos CSP em termos domiciliários. Desta forma foi possível atenuar os danos da epidemia, sendo o recurso aos hospitais apenas assumido em caso de necessidade. Apesar duma visão *hospitalocêntrica* numa fase preliminar, apenas 5% dos casos foram intervencionados em contexto hospitalar, cerca de metade da expectativa inicial.

Face à coexistência de modelos organizacionais distintos, é de enaltecer o mérito para que num curto espaço de tempo tenha sido possível a reinvenção dos CSP, com reorganização de recursos humanos e reestruturação do ponto de vista clínico face às normas emanadas pela DGS, bem como redefinição dos próprios espaços físicos entre unidades próximas ou subunidades para equipas espelho. Sem dúvida que a necessidade faz o engenho. Um dos ganhos colaterais desta pandemia culminou na aceleração do processo de digitalização da saúde, consubstanciando-se na forma como médicos e enfermeiros passaram a comunicar diariamente, através de telefone e mensagens, com os doentes.

No reverso da medalha, a premência de orientação para doentes Covid-19 relegou para segundo plano os demais doentes, onde a atividade assistencial dos CSP padeceu de uma drástica redução. No primeiro semestre, o número de consultas médicas diminuiu cerca de 1 milhão segundo o Ministério da Saúde, ou 3 milhões conforme a Ordem dos Médicos, face ao período homólogo. O diferencial advém de considerar, ou não, as consultas à distância. No cômputo global, as consultas médicas presenciais diminuíram 36% e, as consultas não presenciais aumentaram 63%, conquistando assim um novo posicionamento. Os gráficos abaixo (informação do portal da transparência do SNS) são elucidativos da evolução do triénio.



Nesta fase, parece ser expectável que tenhamos de conviver com esta pandemia por algum tempo. Mas, persistindo as outras patologias, torna-se imperativo passar de serviços mínimos para o *business as usual* dos CSP. Face ao enquadramento atual atrás exposto, importa relançar as sementes do futuro de forma clara para inverter a situação. O eco dos utentes é muitas vezes de incompreensão face ao afastamento do médico de família. Entendo que a comunicação social não tem o dado o devido protagonismo ao papel dos CSP. A agravar a situação, os idosos e pessoas pertencentes a grupos em

condições socioeconómicas mais desfavorecidas confrontam-se com uma dura realidade: avanços tecnológicos por um lado, e infoexclusão por outro, onde o remédio parece ser insistir, seja para consultas ou pedidos de prescrição, e quando a alternativa se apresenta sob a forma de correio eletrónico maiores são as assimetrias. A retoma gradual da atividade presencial surge também como um anseio dos profissionais de saúde, como extensão da aprendizagem para que foram formados, e ressaltando que a gestão de cerca de um milhão de doentes crónicos não está a ter espaço para a devida atenção, o que pode colocar em causa os bons resultados alcançados nos últimos anos, para além do diagnóstico precoce de doentes com cancro. De facto, o impacto desta suspensão é incalculável nesta fase. As ADC (áreas dedicadas Covid-19) deverão acompanhar a evolução epidemiológica do país, e concretamente das regiões onde se inserem de forma a que os médicos de família não prestem cuidados excessivos a quem está bem, em detrimento dos restantes, como tem sido veiculado. A resposta deverá ser flexível e, mais do que despachos em sentido único, as condições deverão ser atempadamente concebidas num quadro integrado com todas as instituições do SNS.

O que aprendemos para o futuro? Em primeiro lugar, que a cooperação entre diferentes unidades e níveis de cuidados de saúde é uma solução possível de almejar em prol do bem comum. Segundo, a pandemia não deve ser uma oportunidade perdida para repensar a reforma dos CSP, de forma a torná-los mais resilientes a situações de crise. Nesta vertente, as Unidades de Saúde Familiar (USF) merecem ganhar um novo fôlego, por um lado com transição para modelos organizativos com incentivos baseados na performance, dando primazia à eficiência, e por outro lado a dicotomia do privado *versus* público poderia vir a ganhar forma com as USFs do modelo C, ainda não implementadas, mas preconizadas no início da reforma. Terceiro, perceber quais das transformações alicerçadas na urgência se podem consolidar de forma permanente, com vista à otimização de recursos e cuidados, simplificação de procedimentos, valorização da troca de experiências e maximização do benefício da transformação digital. Por fim, assegurar que seja a evidência científica e o contributo dos profissionais de saúde e utentes a nortear a tríade de inovação, flexibilidade e equidade no acesso aos cuidados de saúde. A expectativa é grande, uma vez que em períodos bélicos acaba por ocorrer um avanço exponencial de conhecimento e tecnologia, à semelhança do que diariamente temos vindo a ser confrontados. No geral, importa, pois, adotar uma atitude proativa capaz de estar à altura dos novos desafios.

Rita Bastião

Faculdade de Economia da Universidade do Porto



Sputnik V: o prelúdio indesejado para a urgente cooperação internacional de forma a garantir uma vacina eficaz e economicamente viável para a COVID-19

18 Agosto, 2020

Com mais de 770 mil mortes [registadas](#), o surto de SARS-CoV-2 constitui um problema global sem precedentes para as economias e sociedades contemporâneas. Com o ressurgimento de uma segunda vaga, o [Economic Outlook da OCDE](#) prevê contrações no PIB apenas comparáveis ao pós-guerra: -11.5% na zona Euro, -8.5% nos Estados Unidos, e -7.3% no Japão.

Antevê-se como solução única de longo prazo, uma vacina segura e eficaz que permitirá às sociedades e economias retornar à vida normal sem perda inaceitável de vidas. Num esforço científico fenomenal, centenas de investigações científicas pré-clínicas e ensaios clínicos foram registados desde o início da pandemia. Grande parte dos candidatos em estudo são medicamentos para tratar o COVID-19 que apresentam resultados até então decepcionantes. A atenção está agora virada para a descoberta científica de vacinas. À data de 17 de agosto, segundo o [LSHTM VaccineTracker](#), existiam 197 em investigação pré-clínica, 34 em ensaios clínicos, 6 das quais em fase final de grande escala. Esta tem sido uma corrida fulgurante protagonizada por cientistas, universidades, pequenas e grandes empresas, apoiadas por financiadores públicos e privados.

No entanto, é grande a incerteza na espera por evidência robusta. Cenários otimistas garantem que no final de 2021 teremos disponível uma vacina eficaz para o SARS-CoV-2. Tal otimismo deve ser ponderado com moderação: a [evidência](#) histórica sugere uma média de 7 a 9 anos para que uma vacina eficaz esteja disponível. Além disso, há várias questões científicas fundamentais por decifrar, no que diz respeito ao comportamento do vírus e no desenvolvimento das vacinas, como refere a revista [Nature](#). Por exemplo, é inconclusivo o nível e duração de proteção imunológica em indivíduos expostos ao vírus e, portanto, o nível de eficácia de uma vacina.

Contudo, as descobertas científicas são insuficientes para acabar com esta pandemia. Os sistemas de saúde terão que vacinar 50% a 75% da população global. A [OCDE](#) alerta para a urgência da cooperação internacional na resolução desta pandemia evitando-se nacionalismos e guerras comerciais que poderão sabotar o fim desta crise. É fundamental que os países cooperem para:

- Acelerar o progresso científico na luta contra SARS-CoV-2, através da cooperação científica, multiplicando as oportunidades de experimentação coordenada e adesão a padrões internacionais

gerando evidência quanto à efetividade e segurança das vacinas candidatas.

- Estimar a procura global e planejar a capacidade de produção e logística de distribuição necessárias, no sentido de priorizar a implementação de uma campanha massiva de vacinação sem precedentes.
- Assegurar uma vacina eficaz e economicamente viável, acessível às populações em todo o mundo, acordando antecipadamente regras de aquisição e propriedade intelectual de modo a evitar disputas de licitações e de preços que afetarão sobretudo os mais pobres.
- Definir mecanismos de financiamento público apropriados, complementares ao investimento privado, que reduzam a incerteza do retorno financeiro, vinculados à efetividade da vacina e às condições de acessibilidade e disponibilidade dos vários países, como é o caso da iniciativa global [COVAX](#) que visa garantir pelo menos 950 milhões de doses de qualquer vacina bem-sucedida para países de baixo ou médio-rendimento.

Infelizmente o bilateralismo tem sido a estratégia dominante. Influenciados pelas atuais estratégias geopolíticas e guerras comerciais, vários países incluindo a União Europeia, o Reino Unido e os Estados Unidos da América já assinaram acordos [bilaterais](#) com várias empresas, numa luta para garantir milhões de doses de vacinas candidatas. Também alguns países de baixo ou médio-rendimento estão em negociações com bancos para financiar os seus próprios acordos bilaterais.

Será a corrida a uma vacina contra o COVID-19 a corrida espacial dos nossos tempos? Esta é a sensação de *deja vu* que a vacina Sputnik V nos deixou, aquando do seu anúncio oficial na passada semana, pelo Presidente Vladimir Putin. Esperemos que Sputnik V não seja a morte anunciada do modelo de cooperação internacional necessário para combater esta pandemia – antes um *wake up call* para o rumo que necessariamente e quanto antes teremos de tomar.

Eliana Barrenho

OCDE, Economista e Analista de Políticas de Saúde

As opiniões e argumentos expressos neste documento são de responsabilidade da autora e não refletem necessariamente as opiniões oficiais da OCDE ou dos seus países membros.



Diagnóstico complicado, prognóstico reservado

27 Agosto, 2020

Diagnóstico e prevenção fazem agora parte do léxico diário. Para ultrapassar a crise provocada pelo coronavírus, é fundamental proceder com diligência ao rastreio e diagnóstico da infeção. As estratégias de rastreio, seja universal, localizado, ou por grupos da população, têm sempre elementos não só de diagnóstico, mas também de prevenção de doença.

Nos últimos meses, e tendo também em conta o tempo de necessário ao desenvolvimento de vacinas e tratamentos, o avanço tecnológico de deteção de doença alcançou um ritmo nunca antes visto. Start-ups dedicadas a produzir testes de diagnóstico mais (ex. [ebio25](#), [SalivaDirect](#)) ou menos (ex. [Sherlock Biosciences](#)) rápido, mais acessíveis, são cruciais para o sucesso das medidas de contenção da pandemia. Os testes de *PCR* que são, por agora, o gold standard, têm o seu papel.

O custo de oportunidade a entre sensibilidade do teste e a rapidez da deteção dos surtos e assim, os custos associados a cada tipo de teste, fazem com que a estratégia ótima de rastreio utilize provavelmente uma combinação de diferentes tipos de teste. Testes rápidos e baratos têm sido a chave na luta contra outras epidemias, como zika e ébola, e podem contribuir também para o retomar de atividade, o mais rápido possível, em segurança. É claro que aplicações de rastreio de contacto podem contribuir para a identificação de surtos, mas os riscos para a segurança da população, [a muitos níveis](#), limitam o seu potencial. Enquanto as vacinas não atinjam a maturidade, continuaremos a depender de tecnologias de diagnóstico, e de outras seguramente em desenvolvimento, para conter a epidemia.

Mas o problema dos diagnósticos não se fica pela Covid-19. Os cuidados preventivos sofreram muitíssimo nos últimos meses. Há doença por diagnosticar e complicações por prevenir. A inovação em cuidados médicos virtuais poderá contribuir para mitigar os efeitos nocivos da necessária distância criada entre os cidadãos e os prestadores de cuidados de saúde.

As recentes movimentações de capital nesta indústria não deixam margem para dúvidas. Da [fusão](#) anunciada pela Teladoc e Livongo, naquele que é o maior negócio de saúde digital, até hoje, por 18.5 milhares de milhões de dólares, aos rumores da [OPA da MDLive](#), a mil e uma outras decisões, a telemedicina [veio para ficar](#). A evolução dos cuidados virtuais tinha, até agora, enfrentado dificuldades de entrada em mercados, também por resistência dos serviços de saúde. Por exemplo, a [mudança de política de saúde](#) que permitiu à Medicare reembolsar consultas de telemedicina a taxas comparáveis com visitas presenciais é um exemplo de mudanças estruturais rápidas, que pareciam impossíveis na era pré-Covid-19, e que alimentam a chama da inovação no sector de saúde digital.

Sara Ribeirinho Machado

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

Próximos Eventos

Congresso 2021 - iHEA



O próximo congresso internacional da iHEA subordinado ao tema “Health economics in a time of global change” será virtual nos dias 12 a 15 de julho 2021.

A data limite para o envio dos abstracts é 07.12.2020.

Além de o congresso se tornar virtual, existem algumas outras mudanças importantes em relação aos congressos anteriores, portanto, leia as informações [aqui](#) para o ajudar a preparar seus resumos com bastante antecedência da abertura do sistema de submissão.



A Reunião do Health Economists' Study Group de Inverno de 2021, será online e organizada pelo Centre for Health Economics em Londres, LSHTM, de 6 a 8 de janeiro de 2021.

As inscrições já estão abertas [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.

