

CATEGORIA
Revisão de Dados
e Literatura Científica

AUTORIA
Gabinete de Estudos
Técnicos

OUTUBRO '14



A Co-Morbilidade das Doenças Físicas e Mentais



Sugestão de Citação

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2014). A Co-Morbilidade das Doenças Físicas e Mentais. Lisboa.

Para mais esclarecimentos contacte o Gabinete de Estudos Técnicos:
andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt



**ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS**

recursos.ordemdospsicologos.pt
www.ordemdospsicologos.pt



ÍNDICE

1. O Papel da Doença Física na Realidade da Doença Mental (e Vice-Versa)

2. O Custo Económico da Co-Morbilidade das Doenças Físicas e Mentais

3. A Co-Morbilidade Psiquiátrica

4. Estratégias de Intervenção Psicológica Custo-Efectivas na Doença Física

Referências Bibliográficas



A Co-Morbilidade das Doenças Físicas e Mentais

1. O Papel da Doença Física na Realidade da Doença Mental (e Vice-Versa)

A saúde mental está subjacente à saúde física. Se, por um lado, **a doença mental está associada a um aumento do risco de doença física** (devido a estilos de vida pouco saudáveis e a mais comportamentos de risco para a saúde), por outro lado, **a doença física aumenta o risco da doença mental** (NICE, 2009).

Em termos gerais, as evidências que existem indicam que **as pessoas com doenças crónicas apresentam uma probabilidade duas a três vezes superior de sofrer de uma doença mental** do que a população geral. Acontece também o inverso: muitas vezes, a doença mental despoleta ou agrava problemas de saúde física (Naylor et al., 2012).

De acordo com a estimativa conservadora de Cimpean e Drake (2011), em Inglaterra, cerca de 30% das pessoas sofre de doença crónica (aproximadamente 15.4 milhões de pessoas) e destas, cerca de 30% apresentam um problema de saúde mental co-mórbido (aproximadamente 4.6 milhões de pessoas). Por outro lado, 46% das pessoas com um problema de saúde mental também apresentam problemas de saúde física crónicos (aproximadamente 4.6 milhões de pessoas).

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), 20% dos portugueses sofre de Hipertensão, 6,5% de Diabetes, 16,3% de Dor Crónica e 24,4% de outras Doenças Crónicas. **A percentagem estimada de população portuguesa com uma ou mais doenças crónicas é de 52,3%.**

Frequentemente as pessoas com doenças crónicas experienciam problemas de saúde mental como a depressão, a ansiedade ou a demência, no caso dos idosos. A associação também parece ser particularmente forte no caso das doenças cardiovasculares, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica e doenças músculo-esqueléticas. Por exemplo:

- **A depressão é duas a três vezes mais comum em pessoas com doença cardiovascular** (Fenton & Stover, 2006, Welch et al., 2009) e as perturbações de ansiedade também são frequentes (Goodwin et al., 2009);
- **As pessoas com diabetes apresentam uma probabilidade duas a três vezes maior do que a população geral de ter uma depressão** (Fenton & Stover, 2006). Por outro lado, complicações relacionadas com a diabetes são quatro vezes mais frequentes em pessoas que já sofrem de perturbações depressivas (Katon et al., 2010 cit. in Sartorius, 2013).

Para além da **associação entre doença física e problemas de saúde mental específicos**, existe ainda uma **associação com o sofrimento emocional** (Delahanty et al., 2007). Segundo Sobel (2000) 10% a 20% das pessoas que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários apresentam uma perturbação psiquiátrica, mas **mais de 80% evidenciam sofrimento psicológico significativo**.

Como resultado da **co-morbilidade**, o **prognóstico da doença crónica e a sua qualidade de vida podem deteriorar-se de forma acentuada**. Por exemplo, uma investigação concluiu que a depressão aumenta 3,5 vezes a taxa de mortalidade após um ataque cardíaco (Lesperance et al., 2002). Os resultados clínicos negativos associados a esta co-morbilidade devem-se parcialmente à reduzida capacidade destas pessoas para auto-gerirem a sua condição física e aos, frequentemente associados, comportamentos pouco saudáveis, como o tabagismo. Por exemplo, para os pacientes cardíacos, a depressão parece aumentar os comportamentos pouco saudáveis (por exemplo, a inactividade física) e diminuir a adesão a programas de cessação tabágica, às alterações na dieta e aos programas de reabilitação cardíaca (Benton et al., 2007).

2. O Custo Económico da Co-Morbilidade das Doenças Físicas e Mentais

A co-morbilidade **aumenta substancialmente o uso dos serviços de saúde**, que se traduz num aumento proporcional dos custos:

- Na Alemanha, no caso dos pacientes com doença cardiovascular e co-morbilidade psiquiátrica, o **tempo médio de hospitalização aumentava** de 8,9 dias para 13,2 dias, provocando um **aumento de 49% nos custos** (Hochlehnert et al., 2011);
- Em Inglaterra, Naylor et al. (2012) sugerem que ao interagir e exacerbar a doença física, os problemas de saúde mental co-mórbidos representam um **aumento de cerca de 45% dos custos totais dos cuidados de saúde por pessoa com doença física e doença mental co-mórbida**. Esta situação representa **entre 12% a 18% das despesas totais do sistema de saúde**, traduzindo-se num gasto de £8 (€9,31) biliões a £13 (€15,12) biliões todos os anos. **Por pessoa com uma doença crónica, os problemas de saúde mental co-mórbidos representam um gasto nos serviços de saúde de aproximadamente £3.910 (€4,550) to £5.670 (€6,600) por ano**. Se juntarmos aos £8 (€9,31) biliões os £3 (€3,49) biliões que custam os pacientes com sintomas físicos que os médicos não conseguem explicar, a doença mental não tratada acarreta uma despesa de mais de £10 (€11,63) biliões ao sistema de saúde inglês em cuidados de saúde física;
- De acordo com Chisholm (2003) os custos para o sistema de saúde para pessoas com uma doença física e depressão co-mórbida por **aumentar até quase 50%** e segundo Rutledge et al. (2009) no caso de pessoas com uma doença cardiovascular e depressão co-mórbida os custos podem **aumentar entre 15% a 40%**. No caso de pessoas com diabetes e depressão co-mórbida os custos podem ser **1,7 a 4,5 vezes superiores** aos custos de saúde das pessoas apenas com diabetes (Simon et al., 2005).

Em termos gerais, a investigação internacional mostra que os **problemas de saúde mental** estão associados a um **aumento de 45% a 75% dos custos dos serviços de saúde para as doenças crónicas** (Naylor et al., 2012).

No caso dos **sintomas físicos sem explicação médica**, que muitas vezes expressam sofrimento psicológico, de acordo com Bermingham et al. (2011), representam um custo enorme para o sistema de saúde, equivalente a **10% do total de custos de saúde** para a população em idade activa.

Para além do aumento dos custos relacionados com os serviços de saúde, os problemas de saúde mental co-mórbidos têm **custos económicos mais alargados**. Existem evidências de que estas pessoas têm menor probabilidade de estar empregadas comparativamente àquelas que apresentam apenas doença física, assim como uma **produtividade reduzida**. Por exemplo, Hutter et al. (2010) reviram investigações dos Estados Unidos, Canadá, Singapura e Hungria, concluindo que o absentismo do trabalho era mais elevado nas pessoas com diabetes e uma doença mental co-mórbida do que nas pessoas com diabetes apenas.

3. A Co-Morbilidade Psiquiátrica

De acordo com o mais recente Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2009), Portugal tem uma das mais elevadas prevalências de doenças psiquiátricas na Europa (23%).

As **perturbações mentais mais comuns** são as da **ansiedade** (16,5% - dentro das quais, as mais frequentes são as fobias específicas, com 8,6%, seguidas da perturbação obsessivo-compulsiva, com 4,4%) e as depressivas. A **depressão corresponde a 8% do total das doenças mentais** (Almeida & Xavier, 2009).

A comorbilidade entre doenças psiquiátricas tem uma dimensão significativa: 5,3% dos entrevistados apresentam duas perturbações psiquiátricas e 2,9% cumprem os critérios de diagnóstico de 3 ou mais perturbações (Almeida & Xavier, 2009).

A comorbilidade está associada a uma maior percentagem de casos graves: enquanto nos casos só com um diagnóstico se encontram 10,2% de casos graves, nos casos com dois diagnósticos os casos graves são 20% e nos casos com 3 ou mais diagnósticos a percentagem sobe para 50,2%.

Entre 10% a 20% dos adultos, num período de 12 meses, visitam o seu Médico de Família durante um episódio depressivo ou de ansiedade (embora, normalmente, a propósito de queixas não psiquiátricas); mais de 50% destes pacientes sofrem de uma segunda perturbação depressiva ou de ansiedade co-mórbida. A presença de **co-morbilidade entre a depressão e a ansiedade** aumenta a utilização dos cuidados de saúde, está associada com uma maior cronicidade, recuperação mais lenta, aumento das recaídas e maior incapacidade psicossocial (Hirschfeld, 2001).

4. Estratégias de Intervenção Psicológica Custo-Efectivas na Doença Física

A **co-morbilidade constitui um dos grandes desafios de saúde do século XXI**. Este tipo de co-morbilidade tem graves consequências: piora o prognóstico das doenças e aumenta a possibilidade de complicações; aumenta o custo do tratamento e a probabilidade da incapacidade duradoura. Frequentemente as pessoas com problemas de saúde co-mórbidos não recebem cuidados de saúde adequados e apropriados às suas necessidades, entre outros motivos, devido à **fragmentação dos cuidados de saúde** e à **sub-especialização das disciplinas da saúde** (Sartorius, 2013).

A crescente **sub-especialização das áreas da saúde** é uma consequência do aumento do conhecimento que possuímos e da necessidade de desenvolver competências muito específicas. No entanto, a existência de super-especialistas também tem desvantagens. Por exemplo, os especialistas têm um conhecimento superficial das restantes áreas e problemas de saúde, por isso centram-se no problema que trouxe o paciente e podem descuidar doenças co-mórbidas. Particularmente nos casos em que a co-morbilidade envolve uma doença mental e uma doença física o diagnóstico pode atrasar-se, diminuindo a qualidade de vida e a esperança de vida do paciente (Sartorius, 2013).

De acordo com Sartorius (2013) uma resposta possível deve passar por:

- **Mudança na formação dos profissionais de saúde** que, em vez de se focarem em determinadas doenças, devem centrar-se na pessoa que tem uma doença e que também pode ter outros problemas;
- **Organização integrada dos cuidados de saúde.**

Outros autores defendem como essencial construir **cuidados integrados de saúde**, que respondam simultaneamente às necessidades de saúde física e mental dos utentes. As evidências científicas apontam para os **Cuidados Colaborativos** como a abordagem mais eficaz. Este modelo enfatiza o papel de profissionais de saúde como os **Psicólogos** em várias dimensões: na educação de outros profissionais de saúde sobre saúde mental; na construção e disseminação de orientações de tratamento; em procedimentos de rastreio e avaliação psicológica precoce; na implementação de intervenções psicológicas (Lunnay & Bywood, 2011).

Os Psicólogos podem contribuir não só para a melhoria da saúde mental, mas também para a melhoria da saúde física, assim como para a **redução dos custos** de utilização dos serviços de saúde associados às doenças físicas (Groth-Marnat & Edkins, 1996).

Existem diversos tratamentos psicológicos eficazes para doenças físicas frequentes nos Cuidados de Saúde Primários como a diabetes, as enxaquecas, a artrite reumatóide, as dores crónicas nas costas e um conjunto de sintomas sem explicação médica. Ajudar estas pessoas a regular a sua doença e as necessidades psicossociais que lhe subjazem, a desenvolver capacidades de *coping* e um sentido de controlo da sua doença, traduz-se não só numa **melhoria substancial dos resultados de saúde**, mas também na **redução dos custos de saúde**.

Diferentes intervenções psicológicas (gestão do stress, psicoeducação, psicoterapia, apoio emocional) são **custo-efectivas** e reduzem a necessidade de tratamentos médicos mais caros (Sobel, 1995):

- De acordo com Hunsley (2002) **cada \$1 (€0,75) gasto em serviços psicológicos permite poupar \$5 (€3,74) em custos médicos;**
- Em Inglaterra, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* estimou um **ganho de £4,043 (€4684,91) em QALY** quando, para gerir e prevenir os casos de **depressão em pessoas com problemas de saúde física crónicos**, os cuidados de saúde mental eram incluídos nos Cuidados de Saúde Primários (McDaid, 2011);
- Se pudessem ser disponibilizadas intervenções psicológicas a pessoas com **sintomas graves sem explicação médica** poderiam ser **ganhos €2.28 por cada €1 investido** em cuidados de saúde (McDaid et al., 2011);
- Perante uma hospitalização ou a expectativa de procedimentos médicos invasivos (como as cirurgias), frequentemente, os pacientes sentem-se ansiosos. Esta ansiedade pode ser desadaptativa e causar várias complicações na fase de recuperação. As intervenções psicológicas e psicoeducativas podem desempenhar um papel importante neste processo, permitindo poupar custos ao reduzir o número de dias de hospitalização pós-operatória, a necessidade de medicação analgésica e de problemas comportamentais (Groth-Marnat & Edkins, 1996). Por exemplo, Devine e Cook (1983) reviram 49 experiências que usaram uma **preparação psicoeducativa dos pacientes antes da cirurgia**, e reportaram uma **média de 1,31 dias a menos de hospitalização** para os pacientes alvo da intervenção (comparativamente a outros que tinham recebido apenas os cuidados médicos usuais);
- Gillham et al. (2012) estimaram os custos e o valor potencial da poupança de prestar um serviço de apoio psicológico a pessoas com **problemas de humor após um ataque cardíaco**. Quase 40% das pessoas que têm um ataque cardíaco experienciam perdas cognitivas, problemas de comportamento e perturbações do humor, sendo que cerca de 30% sofrem de sintomas depressivos graves após o ataque cardíaco. De acordo com estes autores, um investimento de aproximadamente £69,000 (€79,960) em cuidados psicológicos pode trazer **benefícios de cerca de £108.300 (€125,500)** ao sistema de saúde num prazo de dois anos;
- Lorig et al. (2001) analisaram os efeitos de um programa de desenvolvimento de competências de auto-regulação da **doença crónica**, que incluía, durante sete semanas, sessões psicoeducativas em grupo sobre estratégias para lidar com sintomas e emoções comuns na doença crónica (com ênfase nas competências de resolução de problemas, tomada de decisão e auto-confiança). Comparativamente aos pacientes que não receberam a intervenção, os pacientes que participaram nestas sessões mostraram uma melhoria do estado de saúde e uma redução da utilização dos cuidados de saúde. Ao fim de um ano, havia uma melhoria significativa dos comportamentos de saúde (exercício físico, regulação cognitiva dos sintomas, comunicação com os profissionais de saúde), da auto-eficácia e do estado de saúde (fadiga, dificuldade em respirar, dor, depressão e sofrimento), para além de uma **diminuição das idas às urgências** (a média de 0,4 nos seis meses anteriores à

intervenção desceu para uma média de 0,3 nos seis meses posteriores à intervenção). Os custos deste programa foram estimados em cerca de \$200 (€149,55) por paciente.

Referências Bibliográficas

Almeida, J., & Xavier, M. (Coords.) (2009). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Benton, T., Staab, J., Evans, D. (2007). Medical co-morbidity in depressive disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19 (4), 289–303.

Birmingham, S., Cohen, A., Hague, J., & Parsonage, M. (2011). The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008/09. *Mental Health in Family Medicine*, 7 (2), 71-84.

Chisholm, D., Diehr, P., Knapp, M., Patrick, D., Treglia, M., Simon, G. (2003). Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). *Br J Psychiatry*, 183, 121-31.

Cimpean, D., & Drake, R. (2011). Treating co-morbid medical conditions and anxiety/depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20 (2), 141–50.

Delahanty, L., Grant, R., Wittenberg, E., Bosch, J., Wexler, D., Cagliero, E., & Meigs, J. (2007). Association of diabetes-related emotional distress with diabetes treatment in primary care patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 24 (1), 48–54.

Devine, E., & Cook, T. (1983). A meta-analytic analysis of effects of psycho-educational intervention on length of post-surgical hospital stay. *Nursing Research*, 32, 267-274.

Gillham, S., Carpenter, M., & Leathley, M. (2012). Psychological care after stroke: economic modelling of a clinical psychology led team approach. NHS Improvement.

Goodwin, R., Davidson, K., Keyes, K. (2009). Mental disorders and cardiovascular disease among adults in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (3), 239–46.

Groth-Marnat, G., & Edkins, G. (1996). Professional psychologists in general health care settings: A review of financial efficacy of direct treatment interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 161-174.

Hirschfeld, R. (2001). The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 3 (6), 244-254.

Hochlehnert, A., Niehoff, D., Wild, B., Junger, J., Herzog, W., & Lowe, B. (2011). Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: costs, net gain, and length of hospitalization. *Journal of Psychosomatic Research*, 70 (2), 135–9.

- Hunsley, J. (2002). The Cost-effectiveness of psychological interventions. Canadian Psychological Association: Ontario.
- Hutter, N., Schnurr, A., & Baumeister, H. (2010). Healthcare costs in patients with diabetes mellitus and comorbid mental disorders – a systematic review. *Diabetologia*, 53 (12), 2470–2479.
- Lesperance, F., Frasure, S., Talajic, M., Bourassa, M. (2002). Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*, 105 (9), 1049–53.
- Lorig, K., Sobel, D., Ritter, P., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease. *Effective Clinical Practice*, 4 (6), 256-262.
- Lunnay, B., & Bywood, P. (2011). Co-morbidity of mental and physical illness: meeting unmet care needs.
- McDaid, D. (2011). Making the Long-Term Economic Case for Investing in Mental Health to Contribute to Sustainability. Written under the IMPACT contract to support European Pact for Mental Health and Well-Being. European Union.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Promoting mental health at work: Business case*. London, U.K
- Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M., & Galea, A. (2012). *Long-term conditions and mental health: The cost of co-morbidities*. The King's Fund and Centre for Mental Health.
- Sartorius, N. (2013). Comorbidity of Mental and Physical Disorders: A Main Challenge to Medicine in the 21st Century. *Medicina Academica Mostariensia*, 1 (1), 4-5.
- Simon, G., Katon, W., Lin, E., Ludman, E., VonKorff, M., Ciechanowski, P., et al. (2005). Diabetes complications and depression as predictors of health service costs. *Gen Hosp Psychiatry*, 27 (5), 344-51.
- Sobel, D. (2000). The cost-effectiveness of mind- body medicine interventions. *Prog Brain Res*, 122, 393–412.
- Sobel, D. (1995). Rethinking Medicine - Improving Health Outcomes with Cost-Effective Psychosocial Interventions. *Psychosomatic Medicine*, 57, 234-244.