

CATEGORIA
Relatórios de
Evidência Científica

AUTORIA
Gabinete de Estudos
Técnicos

OUTUBRO '13



Investir na Saúde Mental através da Intervenção Psicológica

Sugestão de Citação

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013). Investir na Saúde Mental através da Intervenção Psicológica. Lisboa.

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

recursos.ordemdospsicologos.pt
www.ordemdospsicologos.pt



ÍNDICE

Sumário Executivo

Introdução

1. Factos e Números sobre a Doença Mental

- 1.1. A Realidade Europeia
- 1.2. A Realidade Portuguesa
- 1.3. O Papel da Doença Física na Realidade da Doença Mental

2. O Impacto Económico da Doença Mental

- 2.1. O Custo Económico da Doença Mental
- 2.2. O Custo Económico da Doença Mental na Infância e na Adolescência
- 2.3. O Custo Económico da Doença Mental relacionada com a Doença Física

3. Investir na Saúde Mental

- 3.1. Reduzir Custos e Poupar através da Intervenção Psicológica
- 3.2. Estratégias de Intervenção Psicológica Custo-Efectivas

Na Doença Física

Na Depressão

Na Ansiedade

- 3.3. Estratégias de Prevenção Psicológica Custo-Efectivas

Depressão

Suicídio

Crianças, Jovens e Pais

Contexto de Trabalho

Conclusão

Referências Bibliográficas



Investir na Saúde Mental através da Intervenção Psicológica

Sumário Executivo

A **prevalência das perturbações mentais**, na Europa e em Portugal, é preocupante. Na Europa, estima-se que as perturbações mentais afetem mais de um terço da população, todos os anos. Em Portugal mais de 1 em cada 5 cidadãos portugueses (23%) sofre de uma doença mental. No entanto, cerca de 65% não recebeu tratamento no ano anterior e apenas 1,7% procura ajuda nos serviços públicos de saúde mental.

Esta realidade é responsável por **40% dos anos vividos com incapacidade** e implica um grande **encargo económico com a doença**, que ascende aos **€277 biliões** no Espaço Económico Europeu. Entre a população activa, a doença mental é ainda responsável por quase metade do **absentismo** e grande parte do **presentismo laboral**.

Sem saúde mental não há saúde, não há bem-estar, não há prosperidade económica. Nem no presente nem no futuro. Face a esta realidade e ao seu extenso impacto económico, **a saúde mental deve tornar-se prioritária nas acções e políticas públicas**. É necessário dedicar esforços à prevenção, promoção e intervenção na saúde mental.

O investimento no sector da saúde mental através da aposta na intervenção psicológica custo-efectiva gera benefícios e recursos clínicos, sociais e económicos, permitindo reduzir e poupar custos.

Introdução

A **Saúde Mental** é uma parte integral da saúde do ser humano. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define-a como um estado de bem-estar que permite às pessoas realizar as suas capacidades e potencial, lidar com o stresse normal do dia-a-dia, trabalhar produtivamente e contribuir activamente para a sua comunidade.

A Saúde Mental não corresponde apenas à ausência de problemas e doenças mentais; resulta em **benefícios de saúde, sociais e económicos** que incluem: uma melhor saúde física, a redução de comportamentos destrutivos para a saúde, um melhor desempenho académico, maior produtividade laboral, melhores salários, redução do absentismo, menos crime, maior participação na vida social e redução da mortalidade (Herman et al., 2005).

O desenvolvimento sustentável de um país não pode ser conseguido sem **cuidar do bem-estar psicológico dos seus cidadãos**. A saúde mental é fundamental para a qualidade de vida e a produtividade dos indivíduos, das famílias, das comunidades e das nações. Deste modo, **para atingir os seus objectivos de crescimento económico Portugal deve proteger e promover o seu capital humano**. Até porque a doença mental não tem apenas custos humanos e sociais, mas também custos económicos. Nas sociedades actuais, de acordo com os estudos epidemiológicos mais recentes, as perturbações mentais constituem uma das principais causas do encargo económico com a doença, com a incapacidade e a morbilidade.

Apesar deste impacto social e económico e de todas as evidências apontarem no sentido de que **não há saúde sem saúde mental**, a saúde mental não é um tema prioritário nas acções e políticas públicas. Em Portugal, a saúde mental tem-se confrontado com inúmeros desafios, incluindo a acessibilidade a cuidados de saúde de qualidade e eficazes, assim como o controlo dos custos e despesas, numa conjuntura económica e social que exige um esforço adicional de racionalização dos custos.

Contudo, **posicionar a saúde mental no centro da política de saúde pública é essencial para a saúde e o bem-estar dos cidadãos, assim como para a prosperidade económica do país.** Apesar da ideia generalizada de que, nomeadamente em tempos de crise se devem evitar ou minimizar as despesas associadas aos serviços e tratamento da doença mental, **existem benefícios e contrapartidas económicas que justificam a aposta e o investimento neste sector.**

Frequentemente existe desconhecimento ou falta de reconhecimento sobre as **poupanças significativas de custos para o sistema de saúde que se podem obter a partir das intervenções psicológicas** (Goodheart, 2010).

Neste sentido, ao longo deste documento procuramos pensar sobre alguns dos argumentos que justificam a necessidade de investir na saúde mental, nomeadamente através de intervenções psicológicas que contribuam para reduzir os custos económicos e ainda, poupar.

Começamos por observar alguns factos e números referentes à realidade da saúde e da doença mental na Europa e em Portugal. De seguida examinamos o impacto económico da doença mental. Por último, analisamos estratégias de prevenção e intervenção psicológica custo-efectivas. Concluimos que os benefícios clínicos, sociais e económicos – a curto, médio e longo prazo – da intervenção psicológica, justificam o investimento no sector da saúde mental.

1. Factos e Números sobre a Doença Mental

A prevalência das perturbações mentais, na Europa e em Portugal, é preocupante. A ela vem associado não só muito sofrimento psicológico (para as pessoas afectadas, seus familiares e amigos), mas também mortes prematuras e um elevado encargo económico com a doença e a incapacidade. Começamos por rever alguns dos dados disponíveis acerca das perturbações mentais, na Europa e em Portugal, assim como a forma como a doença mental se relaciona com a doença física.

1.1. A Realidade Europeia

A saúde mental constitui um dos principais desafios de saúde pública na Europa, no que diz respeito à prevalência, encargo com a doença e incapacidade. Ninguém é imune ao risco da falta de saúde mental. Estima-se que **as perturbações mentais afectem mais de um terço da população, todos os anos.** Actualmente é provável que **1 em cada 4 cidadãos da União Europeia venham a experienciar um problema de saúde mental ao longo da vida** (McDaid et al., 2011).

De acordo com um estudo epidemiológico realizado em 2011, **todos os anos, mais de 38,2% da população europeia sofre de pelo menos uma doença mental, o que corresponde a cerca de 164.7 milhões de pessoas.** As doenças mentais mais frequentes, em termos do número estimado de pessoas afectadas, em todos os grupos etários, foram: Perturbações da Ansiedade (69,1 milhões); Depressão Unipolar (30,3 milhões), Insónia (29,1 milhões), Perturbações Somatoformes (incluindo dores de cabeça, 20,4 milhões), Dependência do Álcool (14,6 milhões), Perturbações da Infância e Adolescência (incluindo a Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção – 3,3 milhões) (Wittchen et al., 2011).

Na Europa, as doenças mentais mais comuns são a depressão e a ansiedade. Todos os anos, mais de 10% da população europeia experiencia algum tipo de perturbação depressiva ou ansiosa, nomeadamente mulheres. Cerca de 1-2% da população têm perturbações psicóticas e, em toda a Europa, 5,6% dos homens e 1,3% das mulheres sofrem de perturbações de abuso de substâncias (McCrone et al., 2008).

Segundo Wittchen et al. (2011), em 2005, **o custo do encargo global europeu com a doença mental foi estimado em €277 biliões.** No entanto, o verdadeiro impacto das doenças mentais só é possível ser avaliado quando se reconhece a dimensão da incapacidade que elas originam. Geralmente **a doença mental é mais debilitante do que a maior parte das doenças físicas.** Por exemplo, em média, uma pessoa com depressão tem 50% mais de incapacidade do que uma pessoa com angina de peito, artrite, asma ou diabetes. A dor mental é tão real quanto a dor física, muitas vezes é mais grave (MHPG, 2012).

Desta forma, as **doenças mentais** são, claramente, as doenças crónicas que afectam de forma mais significativa a população europeia, sendo responsáveis por cerca de **40% dos anos vividos com incapacidade.**

Só a Depressão é responsável por 13,7% do encargo decorrente da incapacidade, seguida pelas perturbações relacionadas com o consumo de álcool (6,2%). Uma grande percentagem das pessoas que recebem benefícios e pensões de incapacidade por parte dos sistemas de segurança social na Europa recebem-no devido a problemas de saúde mental. Por exemplo, na Dinamarca 44% dos subsídios e pensões de incapacidade são explicados pela doença mental, na Finlândia e Escócia 43% e 37% na Roménia (The Scottish Government, 2012).

O encargo com a doença inclui ainda as **mortes prematuras**. Comparativamente à população geral, **as pessoas com doença mental** (sobretudo com esquizofrenia e perturbação bipolar que, em média, têm menos 25 anos de esperança de vida) **morrem prematuramente** (NICE, 2009).

A doença mental tem o mesmo efeito na esperança de vida do que o tabagismo e mais do que a obesidade. Por exemplo, **a Depressão** constitui um factor de risco para todas as grandes causas de morte relacionadas com doenças físicas: no geral, **está associada a um aumento da mortalidade em 50%**; a um aumento de 67% da mortalidade quando existe doença cardiovascular e de 50% no caso do cancro (Mykletun et al., 2007). Por outro lado, o aumento do sofrimento psicológico está associado a um aumento de 11% do risco de sofrer um ataque cardíaco (Surtees et al., 2008). A doença mental está ainda associada a taxas mais elevadas e a maior risco de cometer suicídio (Cooper et al., 2005), consumir álcool em excesso (Crawford, 2001) e ser obeso (White et al., 2007).

Entre a população activa, **a doença mental é responsável por quase metade do absentismo laboral**. Entre os desempregados, a doença mental também é responsável por **quase metade das pessoas que recebem benefícios por incapacidade** (MHPG, 2012). A própria doença mental está associada a um risco aumentado de desemprego, sendo que o desemprego de longa duração, por sua vez, está associado à deterioração da saúde física e mental, incluindo um aumento do risco de suicídio e morte prematura (RCP, 2010).

No caso das crianças e dos jovens a falta de saúde mental tem um impacto ainda mais significativo e abrangente que se traduz, por exemplo, num mau desempenho académico, num risco aumentado para o suicídio e o abuso de substâncias, comportamento anti-social, delinquência e gravidez precoce (Fergusson et al., 2005). Estas **consequências negativas da doença mental na infância e adolescência prolongam-se, muitas vezes, ao longo da idade adulta**, incluindo taxas mais elevadas de doença mental, níveis mais baixos de empregabilidade, salários baixos, problemas conjugais e actividade criminosa (Richards & Abbott, 2009).

Apesar da elevada prevalência e de todas as consequências negativas da doença mental, **entre 35% a 50% das pessoas com perturbações mentais graves não recebem qualquer tipo de tratamento** (WHO, 2011). Em 2004, apenas 26% das pessoas que sofriam de uma doença mental, tinha consultado um profissional dos serviços de saúde. Entre as pessoas que procuravam tratamento existia um atraso muito grande entre o início da doença e o primeiro contacto para a tratar, sendo que apenas um pequeno número de pacientes recebia intervenções adequadas (Wittchen et al., 2011). Por exemplo, em Inglaterra, apenas um quarto das pessoas com doença mental estão a receber tratamento, comparativamente à vasta maioria das pessoas com uma doença física (Layard, 2013).

1.2. A Realidade Portuguesa

Segundo os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), estima-se que a população residente em Portugal seja de 10,6 milhões de pessoas. Destes cidadãos, estima-se que **um em cada cinco tenha sofrido uma doença psiquiátrica (23%)**, de acordo com um Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2009).

Segundo o mesmo estudo, esta prevalência e a segunda mais alta a nível europeu, com um valor quase igual ao da Irlanda do Norte, que ocupa o primeiro lugar. Portanto, **Portugal é o segundo país da Europa com maior prevalência de doenças mentais na população**. Quase metade dos cidadãos **(43%) já teve uma perturbação mental durante a sua vida**.

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).

Em termos de percentagem da população geral adulta, 4% da população apresenta uma perturbação psiquiátrica grave, 11,6% uma perturbação de gravidade moderada e 7,3% uma perturbação de gravidade

ligeira. As **mulheres**, os **grupos de menor idade**, e as **pessoas separadas e viúvas** apresentam uma **maior frequência de perturbações psiquiátricas**. Enquanto as mulheres apresentam mais perturbações depressivas e perturbações de ansiedade, os homens revelam mais perturbações de controlo dos impulsos e de perturbações por abuso de substâncias (Almeida & Xavier, 2009).

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2009) sublinha ainda as limitações no acesso aos cuidados de saúde mental: **quase 65% das pessoas com uma perturbação psiquiátrica não recebeu qualquer tratamento** nos 12 meses anteriores à recolha dos dados. Somente um pouco mais de um sexto da população utilizou serviços prestadores de cuidados de saúde mental. Para além disso, um ano após o início da doença, mais de metade dos doentes ainda não tinha tido qualquer tratamento.

Estes dados revelam um aumento das taxas de prevalência comparativamente aos dados de um relatório europeu anterior sobre a saúde mental em Portugal, no qual a OMS (2007) estimou que, **em Portugal, aproximadamente 1,557,054 habitantes (16,07% da população adulta** entre os 18 e os 65 anos) **sofriam de uma doença mental**. Destes, 528.122 (5,09%) sofria de uma perturbação afectiva incluindo a depressão, 981.766 (9,46%) de perturbações da ansiedade e 54.166 (0,52%) de perturbações psicóticas. Ainda de acordo com este relatório, **apenas 1,7% da população procurou ajuda nos serviços de saúde públicos**.

Uma das principais razões para existir uma grande percentagem das pessoas com doença mental que não recebe tratamento pode dever-se ao facto das **intervenções psicológicas não estarem disponíveis e acessíveis à população**. Os estudos efectuados no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental (2008) indiciam que os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves no que diz respeito à acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados. O número de pessoas que contactou, em 2005, com os serviços públicos de saúde mental (168.389 pessoas) indica que apenas uma pequena parte daqueles que têm problemas de saúde mental têm acesso a estes serviços.

De acordo com um estudo da DECO (2013), que inquiriu 1350 portugueses, nos últimos três anos, **17% recorreram a ajuda profissional para enfrentar problemas emocionais**. Quase todos os participantes revelaram uma **atitude positiva relativamente ao apoio psicológico** para este tipo de problemas, no entanto, cerca de metade nunca o procurou, mesmo tendo sido aconselhado a fazê-lo (39% dos participantes foi aconselhado a procurar ajuda profissional, mas 51% não chegou a fazê-lo). Para além disso, **78% dos participantes dizem ter abdicado de ajuda profissional apesar de não se sentirem bem emocionalmente**. Aqueles que procuraram ajuda fizeram-no sobretudo devido a perturbações relacionadas com a ansiedade, a depressão ou o sono. Comparativamente a 2002 existiu um aumento do recurso ao médico de família para tratar de questões do foro psicológico (de 11% passou a 19%). Apenas 7% recorreram a um psicólogo, psicoterapeuta ou psicanalista (embora este número tenha aumentado face a 2002). No entanto, somente 49% dos inquiridos dizem estar satisfeitos com o recurso ao médico de família para os problemas psicológicos. Este índice de satisfação é bastante inferior ao dos participantes que recorreram a um psicólogo (73% mostraram-se satisfeitos) ou a um psiquiatra (71% mostraram-se satisfeitos).

Para além das pessoas que apresentam uma perturbação o mental diagnosticada, existem muitas outras cujos **problemas de saúde mental são “subliminares”**, isto é, não preenchem os critérios de diagnóstico para uma perturbação psiquiátrica, mas estão em sofrimento e beneficiariam de uma intervenção. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), em 2005 cerca de **27,2% da população** residente em Portugal com 15 ou mais anos registava a **existência provável de sofrimento psicológico**. Se incluirmos ainda as famílias e os cuidadores das pessoas com doença mental, **a maior parte dos portugueses sofre o impacto das doenças mentais de alguma forma**.

O elevado consumo de psicofármacos na população portuguesa é outro indicador preocupante: na Europa, **Portugal é um dos países com maior uso de psicofármacos**, sobretudo entre as mulheres. Por exemplo, quase um quarto das mulheres e um décimo dos homens da população geral utilizam ansiolíticos (Almeida & Xavier, 2009). De acordo com um relatório do Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde, **entre 2000 e 2009 o consumo de Psicofármacos aumentou em 52%**, nomeadamente no que diz respeito aos Antidepressivos e Antipsicóticos.

1.3. O Papel da Doença Física na Realidade da Doença Mental

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 (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). De forma semelhante, as pessoas com diabetes apresentam uma probabilidade duas a três vezes maior do que a população geral de ter uma depressão (Fenton & Stover, 2006).

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).

Recorrentemente, **a doença mental agrava a doença física ou vice-versa.** A doença mental pode fazer piorar uma doença física e também pode causar **sintomas físicos sem explicação médica.** De acordo com Sobel (1995) os nossos pensamentos e emoções influenciam o aparecimento de algumas doenças e a gestão de quase todas. O desconforto físico resultante do stresse psicológico (como dores de cabeça, perturbações do sono ou sintomas gastrointestinais) é uma das principais razões pelas quais as pessoas procuram cuidados médicos. Quase **um terço das pessoas solicita uma consulta médica devido a sintomas físicos que expressam sintomas psicológicos.** Outro terço apresenta problemas que resultam de escolhas comportamentais, como o tabagismo ou o abuso de álcool. Por exemplo, em Inglaterra, metade das pessoas encaminhadas para uma primeira consulta médica apresentam sintomas que os médicos não conseguem explicar, como dores de cabeça, dores nas costas ou no peito (MHGP, 2012). De acordo com McDaid (2011), no Reino Unido e na Holanda os sintomas físicos sem explicação médica justificam entre 1 a 5 das novas consultas nos Cuidados de Saúde Primários. Mais de 70% das pessoas com este tipo de sintomas também apresenta depressão ou perturbações da ansiedade.

2. O Impacto Económico da Doença Mental

A realidade exposta evidenciou a dimensão do problema da doença mental e a forma como este problema afecta milhares de pessoas. Estas pessoas com perturbação mental experienciam um grande sofrimento psicológico e dificuldades na sua vida quotidiana, assim como na participação activa nas suas comunidades.

É comum falar-se sobre estes custos humanos e os custos sociais das perturbações mentais, especialmente sobre a estigmatização e a discriminação social. Todavia, o impacto económico da doença mental é igualmente profundo e duradouro.

Desta forma, para além do impacto pessoal e social, **a doença mental tem um impacto económico muito significativo**. A inexistência ou ineficiência dos cuidados de saúde mental adequados para tratar estas pessoas acarreta custos económicos enormes a curto, médio e longo prazo, que analisamos de seguida.

2.1. O Custo Económico da Doença Mental

A falta de saúde mental tem um impacto económico importante no sistema de saúde e no quadro económico europeu – **o custo total dos problemas de saúde mental para a economia dos países é muito expressivo**, sendo de notar que embora parte da carga económica imposta pela doença mental seja mensurável, outra parte é quase impossível de medir.

McDaid et al. (2008) estimam que os **custos económicos globais associados às principais consequências da falta de saúde mental** (excluindo a demência e as perturbações que afectam crianças), **por lar europeu, ascendam a mais de €2,200 por ano**. Estas estimativas são conservadoras e não têm em conta várias implicações como as dos sistemas de segurança social, por exemplo. De acordo com os mesmos autores, se tivermos em conta apenas a **Depressão**, os custos totais para o espaço económico europeu foi estimado em **€136.3 biliões** (valores de 2007), recaindo um terço destes custos no sistema de saúde.

Em Inglaterra, McCrone et al. (2008) publicaram um relatório sobre os custos dos problemas de saúde sobre a forma como estes poderiam alterar-se ao longo de um período de 20 anos (de 2007 a 2026). Se nada mudar nos serviços de saúde mental, os custos com a Depressão passam de £7,5 (€8,3) biliões para £12,2 (€14,21) biliões e com a Ansiedade de £8,9 (€10,36) biliões para £14,2 (€16,54) biliões. Os £7.5 biliões dos custos totais anuais com a depressão incluíram £1.7 (€1,99) biliões gastos nos serviços de saúde e £5.8 (€6,79) biliões em perda de salários. No entanto, estes valores não incluíram cuidados informais ou outros gastos nos serviços públicos. Estimou-se que a baixa produtividade custaria mais £1.7 (€1,98) a £2.8 (€3,25) biliões, e os custos humanos mais £9.9 (€11,51) – £12.4 (€14,41) biliões, perfazendo um total anual do custo da depressão de £20.2 (€23,48) a £23.8 (€27,67) biliões. Se aos custos anuais com as perturbações da ansiedade forem adicionados o valor da perda de emprego os custos totais sobem para os £8.9 (€10,35) biliões. No geral, as projecções mostram, claramente, um **aumento substancial do impacto dos problemas de saúde mental na economia**.

No que diz respeito aos **custos indirectos da doença mental**, um dos principais custos é o da **perda de produtividade**, devida ao **absentismo** ou ao **presentismo laboral**, que corresponde à perda de produtividade que ocorre quando os trabalhadores vão para o seu local de emprego mas funcionam abaixo das suas capacidades devido à doença mental. Há ainda que ter em consideração que as pessoas com doença mental têm menos probabilidade de estarem empregadas e aquelas que o estão, têm maior probabilidade de tirar **dias de baixa** (MHPG, 2012). De acordo com McDaid (2011), dos €136.3 biliões (em valores de 2007) que se estima gastarem-se no **Espaço Económico Europeu**, a maior parte (**€99.3 biliões por ano**) estará associada a **perdas de produtividade e ao desemprego**.

Em Inglaterra, o *Sainsbury Centre for Mental Health*, num relatório de 2007, estima que 1 em cada 6 trabalhadores sofram de depressão, ansiedade ou problemas relacionados com o stresse. **O custo total para os empregadores dos problemas de saúde mental entre os seus trabalhadores é estimado em cerca de £26/€30,30 biliões por ano**, o que é equivalente a **£1,035/€1206,24 por cada trabalhador** da força activa britânica.

Os custos da doença mental, para as empresas, incluem: £8.4/€9,79 biliões por ano, em absentismo por doença – o empregado médio falta seis dias por ano devido a doença, 40% dos quais devido a problemas de saúde mental (cerca de 2,8 dias por ano). Usando um valor estimado de £120/€139,84 por dia perdido de trabalho, **o custo total do absentismo atribuível a problemas de saúde mental seria de £335/€390,38 por ano, por cada trabalhador britânico**. O que equivale ao custo total para os empregadores de £8.4/€9,79 por ano. **O custo total do absentismo que resulta de problemas de saúde mental relacionados com o trabalho é estimado em £1.26/€1,47 bilião por ano**, a nível nacional (SCMH, 2007).

O presentismo laboral explica 1,5 vezes mais o tempo de trabalho perdido do que o absentismo e custa mais aos empregadores. O custo médio do presentismo é estimado em £145/€168,97 por dia de trabalho perdido. **O presentismo atribuível a problemas de saúde mental é estimado em cerca de £605/€705,02 por cada trabalhador ou em £15.1/€17,60 bilhões no total** (SCMH, 2007).

Ainda em Inglaterra, estima-se que estes fenómenos relacionados com a doença mental **reduzam o PIB** em cerca de 4,1% ou £52 (€60,50) bilhões por ano (MHPG, 2012). A doença mental é ainda a **principal causa que leva aos pedidos de subsídios de incapacidade**: 43% das 2,6 milhões de pessoas que recebem benefícios de saúde têm uma doença mental ou do comportamento (RCP, 2010).

Se considerarmos outros custos indirectos, como o **impacto económico das doenças mentais na qualidade de vida**, as estimativas são (ainda) mais difíceis de concretizar. Um estudo de Lim et al. (2008) estimou este impacto em \$28.2 (**€20,35**) bilhões.

Apesar da prevalência das doenças mentais e da sua contribuição substancial para o encargo global com a doença e a incapacidade, **a proporção das despesas públicas totais que é alocada aos serviços de cuidado da saúde mental é, na maior parte das vezes, modesta**. Apenas quatro países europeus (Inglaterra, Alemanha, Luxemburgo e Noruega) despenderam 0,75 a 1% do seu PIB em despesas de saúde mental, embora a doença mental lhes possa custar quatro vezes mais este valor (McDaid, 2007)¹. Em Inglaterra, por exemplo, a saúde mental tem direito a apenas 13% do orçamento do sistema nacional de saúde (Layard, 2013).

Em Portugal são virtualmente inexistentes os estudos de avaliação económica dos custos com a saúde mental. Por esse motivo, **dados sobre gastos e despesas com a doença mental são muito escassos**.

No que diz respeito às **despesas totais com a saúde** sabemos que **têm sido cada vez maiores**: face ao PIB, as despesas com a saúde aumentaram de pouco mais de 7% em 1994 para mais de 10% em 2004 (Pita Barros, 2007). A saúde tem um peso progressivamente maior no Orçamento de Estado: 5,77% em 2010 contra 5,15% em 2009. O **orçamento de saúde representa 9,2% do PIB**. Todos os anos, por pessoa, os gastos em saúde rondam os \$1618 (€1212,4) e os gastos do estado em saúde os \$1116 (€836,34) (WHO, 2007).

De acordo com os estudos do grupo de investigação *Mental Health Economics European Network*, as **despesas com a saúde mental correspondem a cerca de 0,3% do PIB** (McDaid et al., 2007). Em 2005 a **despesa total com a saúde mental foi calculada em €229.380.764**. Uma estimativa aproximada aponta para que este valor signifique **menos do que 3,5% do orçamento geral para a saúde** (WHO, 2007).

De acordo com um Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2005), no ano de 2005, da totalidade dos recursos financeiros utilizados na prestação de cuidados de saúde mental, cerca de **83% foram consumidos no internamento hospitalar**, 3% em hospital de dia, 1% em urgência e 13% em consulta. Para o mesmo ano, os custos com o internamento hospitalar em Psiquiatria no SNS representaram, nos custos totais, cerca de 56%.

Até de acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (2008) **os recursos económicos atribuídos à saúde mental são muito baixos**, nomeadamente se tivermos em conta o impacto real das doenças mentais no encargo global com a doença.

2.2. O Custo Económico da Doença Mental na Infância e na Adolescência

Nas **crianças e adolescentes dos países europeus a doença mental** tem uma **prevalência** estimada de **8% a 23%**, sendo que estes números têm **tendência a aumentar**. A doença mental infantil afecta diversas esferas da vida das crianças e jovens afectados e dos seus familiares e amigos, assim como a sociedade em geral, acarretando um conjunto de **perdas económicas** (Suhrcke et al., 2008):

- Do ponto de vista das **crianças e adolescentes** com problemas mentais: os custos dos tratamentos e serviços de saúde; a redução da capacidade para a aprendizagem; a futura

¹ Os autores alertam, contudo, para alguns cuidados a ter na interpretação destes dados, uma vez que as comparações entre os vários países são difíceis de fazer devido a diferentes procedimentos e conceitos de “cuidados de saúde”.

incapacidade e perda de produtividade; assim como custos difíceis de estimar como o sofrimento, o suicídio, o estigma e a exclusão social;

- Do ponto de vista da **família e amigos**: os custos dos cuidados informais, que significam também uma redução do tempo de trabalho e respectiva produtividade, assim como encargo psicológico da doença;
- Do ponto de vista da **sociedade**: os custos referem-se à redução da produtividade e à potencial perda de vidas; há ainda custos relacionados com serviços educativos e criminais.

Para além das crianças com um diagnóstico de perturbação mental, existem muitas outras crianças que evidenciam **problemas de comportamento** embora estejam abaixo dos limites do diagnóstico clínico, mas que apresentam igualmente maior probabilidade de sofrer dificuldades persistentes ao nível da saúde mental, baixo desempenho escolar, salários baixos, gravidez precoce, problemas relacionais, assim como maior probabilidade de se envolverem em comportamentos delinquentes e actividades criminosas no futuro (SCMH, 2009).

Os custos para a sociedade são enormes. De acordo com Suhrcke et al. (2008) são ainda poucos os estudos europeus que realizaram avaliações económicas do encargo com a doença mental de crianças e jovens, sendo que a maior parte se refere ao Reino Unido. **Os custos totais estimados, em média, por ano e por criança, variam entre os €7,376 e os €64,703**, dependendo da idade e da perturbação mental em causa. Por exemplo:

- Romeo et al. (2006) estimaram o custo do **comportamento anti-social** das crianças britânicas (entre os 3 e os 8 anos) em cerca de €7,376 anuais, por criança;
- Clark et al. (2005) estimaram que o custo dos **problemas emocionais e comportamentais** das crianças (entre os 8 e os 18 anos) variava entre os €1,590 e os €245,921, por ano;
- Beecham et al. (2002) estimaram que o custo anual das **dificuldades de aprendizagens** de crianças entre os 4 e os 11 anos variava entre os €10,931 e os €57,780.

A **variabilidade dos custos** pode dever-se a vários factores, como a gravidade da doença mental de cada criança, doenças co-mórbidas, a idade das crianças e dos pais ou o tipo de metodologia utilizada para estimar os custos.

Segundo Suhrcke et al. (2008) os diferentes custos estão ainda **distribuídos por vários sectores**: saúde, serviços sociais, sistema educativo, sistema de justiça ou os custos da produtividade perdida dos pais. Em média, os sectores que parecem ser **mais afectados são os do sistema educativo e de justiça**, juntamente com os custos de produtividade perdida (ao contrário do que se passa no caso dos adultos, em que a maior parte dos custos são suportados pelo sistema de saúde):

- Os custos que são atribuídos ao **sistema de saúde** variam entre os **€395 e os €2,270**, conforme os estudos, sendo que 43% destes custos são suportados pelos pais;
- Os custos atribuídos aos **serviços sociais** variam entre os **€441 e os €32,999**;
- Os custos atribuídos ao **sistema educativo** variam entre os **€758 e os €24,587**;
- Os custos atribuídos ao **sistema de justiça** entre os **€163 e os €647**.

Se não forem tratadas as perturbações do comportamento persistirão em 50% das crianças (Richardson & Joughin, 2002). E sabemos que as pessoas com problemas de comportamento graves na adolescência têm uma probabilidade 4 vezes maior de serem presos no início da vida adulta e 3 vezes mais probabilidade de receberem uma condenação de um tribunal (SCMH, 2009).

Portanto, para além dos custos da doença mental na infância e na adolescência é de notar que a existência de perturbações mentais em crianças e jovens **aumenta a probabilidade de existência de perturbações mentais na idade adulta**, o que resulta em custos económicos acrescidos durante a adultez:

- Knaap et al. (2004) demonstraram que as crianças com depressão apresentavam, em adultas, taxas mais elevadas de utilização do sistema de justiça e de hospitalização. Consequentemente representavam um custo total mais elevado do que a população adulta geral;
- Scott et al. (2001) estimaram que, em Inglaterra, uma criança com uma perturbação do comportamento aos 10 anos pode custar ao estado, subseqüentemente, cerca de £100.000 (€116,200) mais do que outra criança;
- No Reino Unido o custo total dos crimes atribuíveis a pessoas com problemas de comportamento na infância é estimado em cerca de £60 (€69,69) por ano (SCMH, 2009);
- Ao longo da vida, os custos, por ano, de uma criança com perturbação do comportamento chegam aos £5.2 (€6,04) biliões (SCMH, 2009).

2.3. O Custo Económico da Doença Mental relacionada com a Doença Física

Como já vimos, **quase um terço das pessoas com doenças físicas crónicas apresenta um problema de saúde mental co-mórbido**, como a depressão ou uma perturbação de ansiedade. Acontece também o inverso: muitas vezes, a doença mental despoleta ou agrava problemas de saúde física (Naylor et al., 2012).

A abordagem terapêutica tradicional é tratar estas pessoas com medicamentos, negligenciando muitas vezes as dimensões mentais, emocionais e comportamentais da doença. Este “desencontro” entre as necessidades psicossociais das pessoas e a resposta médica habitual leva à frustração dos pacientes, à ineficiência dos cuidados de saúde e ao **desperdício dos recursos de saúde**, desperdiçando-se oportunidades de melhorar a qualidade de vida destas pessoas (Sobel, 1995).

Os **custos económicos** de prestar cuidados de saúde a este grupo de pessoas **são igualmente aumentados**. 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. Investir na Saúde Mental

Ficou claro como a doença mental acarreta custos económicos enormes não só para o próprio, como para a sua família, empregadores e o próprio estado, sendo responsável por grande parte do **encargo com a doença**. Simultaneamente exerce um **efeito negativo no crescimento económico**, uma vez que provoca grandes perdas económicas através de taxas elevadas de desemprego, absentismo e presentismo laboral. Prevê-se que estes **custos dupliquem nos próximos 20 anos**.

Mesmo face a este cenário é frequente os decisores políticos encararem as intervenções e os serviços de saúde mental como despesas a serem evitadas ou minimizadas. Para além disso, o clima económico actual pode não fazer parecer esta a altura ideal para advogar mais despesas com a saúde mental. Com a necessidade de reduzir os gastos do estado, todos os serviços de saúde, incluindo os da saúde mental, são alvo de cortes.

Todavia, a **crise** também é associada a **consequências negativas do ponto de vista psicológico e da saúde mental** – o aumento das taxas de depressão e suicídio constituem apenas dois dos exemplos mais citados. Os períodos de instabilidade económica associam-se ao desenvolvimento e ao agravamento das doenças mentais.

Deste modo, os cortes e o **subfinanciamento dos serviços de saúde mental** que decorrem destas dificuldades económicas também não podem deixar de ter repercussões negativas na saúde mental dos cidadãos, nomeadamente numa altura em que os pedidos de consultas psiquiátricas e psicológicas aumentam – por um lado, os problemas mentais aumentaram em resultado da crise, por outro, muitos indivíduos que, anteriormente, procuravam ajuda no sector privado, deixaram de o poder fazer por motivos económicos, e recorrem agora ao sistema público de saúde.

Se, por um lado, a doença mental traz consequências negativas, por outro, **são inúmeros os benefícios associados à saúde mental**, desde a capacidade resiliente de lidar com o stresse quotidiano, às competências sociais, à inovação e criatividade. Uma boa saúde mental oferece a base necessária para a capacidade de aprender e crescer intelectualmente, fisicamente e emocionalmente, assim como para a produtividade laboral.

Desta forma, entre os **benefícios de investir na saúde mental**, podemos enumerar:

- **Mais pessoas terão uma boa saúde e bem-estar mental.** Menos pessoas desenvolverão doenças mentais, porque se desenvolvem bem, trabalham bem, vivem bem e envelhecem saudavelmente;
- **Mais pessoas com problemas mentais recuperarão da doença.** Mais pessoas com doença mental terão uma boa qualidade de vida – maior capacidade para gerir a própria vida, relações sociais mais fortes, sentido de vida, capacidade para trabalhar, melhores oportunidades educativas e melhores taxas de empregabilidade;
- **Mais pessoas com problemas de saúde física terão uma boa saúde mental.** E menos pessoas com problemas mentais morrerão prematuramente;

- **Mais pessoas terão uma experiência positiva com os cuidados de saúde**, tendo acesso a intervenções baseadas em evidências que lhes darão mais escolhas e controlo sobre a própria vida, assegurando que os seus direitos são protegidos;
- **Menos pessoas serão alvo de estigma e discriminação**. A compreensão da doença mental aumentará e, conseqüentemente, as atitudes e comportamentos negativos contra as pessoas com doença mental diminuirão.

Para além de gerar benefícios e recursos económicos, a saúde mental permite ainda reduzir e poupar outros recursos económicos associados, por exemplo, à elevada utilização dos serviços de saúde, aos subsídios e apoios da segurança social, aos gastos com os sistemas educativo e de justiça, à perda de produtividade no trabalho gerados pela doença mental.

Para reduzir estes custos é necessário **investir esforços na prevenção e promoção da saúde mental** para toda a população, assim como se apostar no diagnóstico precoce e em **intervenções custo-efectivas** e baseadas em evidências.

Dentre estas estratégias, **as intervenções e serviços psicológicos podem ser muito valiosos** para a população, o sistema de saúde, as instituições públicas, as escolas e os locais de trabalho. Os Psicólogos têm um grande potencial de resposta às necessidades de saúde e bem-estar mental e físico, criando serviços de prevenção, avaliação, supervisão e tratamento para um largo espectro de problemas e dificuldades, que podem alcançar benefícios a curto, médio e longo prazo, na área da saúde e não só (Goodheart, 2010).

De seguida procuramos justificar as vantagens de se investir na saúde mental, nomeadamente através da **aposta em intervenções e serviços psicológicos custo-efectivos**.

3.1. Reduzir Custos e Poupar através da Intervenção Psicológica

Chiles et al. (1999) realizaram uma meta-análise de 91 artigos, publicados entre 1967 e 1997, sobre o impacto das intervenções psicológicas (várias formas de psicoterapia, medicina comportamental e consultas psiquiátricas) na compensação dos custos médicos. Os resultados desta meta-análise mostraram uma **redução na utilização de outros cuidados de saúde após a intervenção psicológica** (nomeadamente no que diz respeito a intervenções psicoeducativas e comportamentais); 90% dos estudos analisados mostravam um **efeito de compensação de custos**. A **poupança média resultante da implementação das intervenções psicológicas foi estimada em cerca de 20%-30%**. Cerca de um terço dos artigos demonstrou que a poupança continuava a ser substancial mesmo quando o custo de prestar serviços psicológicos era subtraído ao valor poupado.

Outras investigações examinaram a **compensação dos custos médicos por parte das intervenções psicológicas em vários problemas de saúde física**:

- Mumford et al. (1984) realizaram uma meta-análise com 58 estudos sobre os efeitos da psicoterapia na utilização subsequente de serviços de saúde. De acordo com os autores, 80% dos estudos reportaram uma **diminuição entre 10% a 33% da utilização dos cuidados médicos após a psicoterapia**;
- Schlesinger et al. (1987) estudaram, durante três anos, a adaptação e a utilização dos cuidados de saúde por parte de 700 pacientes diagnosticados com cardiopatia isquémica, hipertensão e diabetes que receberam intervenções psicológicas (e um grupo de 1300 pacientes que não receberam serviços psicológicos). Comparativamente àqueles que não receberam tratamento, **aqueles que foram alvo de intervenção psicológica evidenciaram 40% de redução nos custos médicos anuais** (US\$950/€709,54 e US\$570/€452,72, respectivamente). Mesmo tendo em conta o custo da intervenção

psicológica, a poupança líquida atingia ainda os 5% para o grupo que tinha recebido tratamento;

- Groth-Marnat e Edkins (1996) encontraram evidência para a **poupança de custos** como resultado da prestação de serviços psicológicos a pacientes que se preparavam para uma cirurgia, na melhoria da adesão a regimes terapêuticos, na cessação tabágica, nos programas de reabilitação, na dor provocada por doenças crónicas, nas doenças cardiovasculares e nas queixas somáticas gerais sem causa orgânica;
- Golden (1997), num estudo canadiano, procurou investigar se uma intervenção psicoterapêutica breve (com uma duração média de 12,5 sessões de uma hora) influenciava a frequência com que os pacientes iam ao médico de família. O autor realizou uma análise retrospectiva da informação médica de 33 pacientes seis meses antes e depois da intervenção psicoterapêutica, assim como durante a intervenção. O estudo permitiu concluir que **a frequência das consultas com o médico de família diminuiu** durante e depois da psicoterapia (sendo que o maior decréscimo – **49%** - se verificava depois da intervenção);
- Um estudo realizado pela Kaiser Permanente (uma empresa de cuidados de saúde da Califórnia) revelou que os pacientes que participavam de intervenções psicoterapêuticas apresentavam um **declínio de 77,9% no tempo de hospitalização, uma redução de 66,7% na frequência de hospitalizações, uma diminuição de 47,1% nas consultas médicas e de 45,3% nas idas às urgências**, assim como uma redução de 4% nas prescrições médicas (Sobel, 2000);
- Simpson et al. (2001) analisaram o efeito de uma intervenção de grupo breve (seis sessões de 90 minutos) para mulheres com cancro da mama, na utilização dos serviços de saúde. Para além da intervenção ter sido eficaz na melhoria da adaptação e da qualidade de vida das mulheres do grupo intervencionado (comparativamente a um grupo que não recebeu a intervenção) e desse efeito ser evidente dois anos após a intervenção, ainda permitiu uma **poupança de cerca de 23%** (\$150/€112,03 por paciente). Os investigadores estimaram o custo da intervenção em \$100/€74,69 por paciente, por isso, **a intervenção pagou-se a si própria e ainda permitiu ao sistema de saúde poupar**;
- Harkness e Bower (2008) realizaram uma revisão sistemática da literatura, analisando um total de 42 estudos e concluindo que a presença de profissionais de saúde mental nos CSP permitia **reduzir o número de consultas dos médicos de família, o número de prescrições de psicofármacos, os custos de prescrição e referência de doentes**.

Os estudos sobre a compensação de custos médicos deixam claro que a maior parte das **intervenções psicológicas reduzem a utilização dos serviços de saúde**, poupando assim os custos que lhe estão associados. Verifica-se o mesmo no caso das **doenças psicológicas**. Por exemplo:

- Gabbard et al. (1997) limitaram a sua revisão ao impacto dos tratamentos psicológicos em doenças psicológicas e também concluíram que existe uma **compensação dos custos médicos**. A psicoterapia parece ter um impacto benéfico em termos de poupança de

custos quando é utilizada no tratamento de doenças mentais, incluindo a Esquizofrenia, a Doença Bipolar e a Perturbação *Borderline* da Personalidade. A maior parte dos benefícios advém da **redução dos dias de hospitalização** e do **decréscimo do absentismo e presentismo laborais**;

- Lane (1998 cit. in Carlson & Bultz, 2004) estudaram uma amostra de 8100 participantes e concluíram que aqueles que receberam psicoterapia para problemas mentais graves apresentaram uma **redução de 7,2% na utilização dos serviços de saúde**, enquanto os pacientes que não receberam psicoterapia aumentaram a taxa de utilização em 9,5%;
- Hunsley (2003) avaliou a custo-efectividade e a compensação de custos médicos por parte dos serviços psicológicos e concluiu que a evidência indica que os tratamentos psicológicos podem ser formas custo-efectivas de tratamento e que têm potencial para **reduzir os custos da utilização de outros cuidados de saúde**;
- Crane e Christenson (2012) atestam a custo-efectividade da terapia familiar e de casal. A partir de quatro estudos com diferentes companhias de seguros de saúde, verificaram que este tipo de terapia permite uma **compensação de custos médicos**, sobretudo no caso de utilizadores frequentes dos cuidados de saúde.

Existem cada vez mais evidências de que é custo-efectivo, a curto e a longo prazo, investir na prevenção, na promoção e na intervenção psicológica. De seguida, procuramos analisar alguns dos estudos mais relevantes.

3.2. Estratégias de Intervenção Psicológica Custo-Efectivas

Na Doença Física

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 stresse, 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.

Na Depressão

Antonuccio et al. (1997) comparando a custo-efectividade do tratamento farmacológico para a **depressão** (40mg de Fluoxetina por dia e consultas psiquiátricas a cada seis semanas) com a TCC (20 sessões ao longo de dois anos) concluíram que, num período de 2 anos, **a administração de Fluoxetina pode resultar em custos 30% superiores à TCC individual**. Os investigadores estimaram o **custo total da TCC em US\$23,696/€17,740** (US\$7,268/€5441, 06 para custos directos de tratamento, US\$1,253/€938,04 em custos directos para a comunidade e US\$15,174/€11,360 em custos indirectos para a sociedade). Comparativamente o tratamento psicofarmacológico teve um custo total de US\$30,733/€23,010 (US\$12,738/€9536,07 em custos directos de tratamento – mais 75% do que a TCC; US\$946/€708,21 em custos directos para a comunidade e US\$17,049/€12,760 em custos indirectos para a sociedade). A combinação dos dois tratamentos podia resultar em custos 23% superiores à TCC (US\$34,308/€25,680 versus US\$27,892/€20,880); e a TCC em grupo pode resultar apenas em 2% de poupança comparativamente à TCC individual (US\$27,296/€20,430 versus US\$27,892/€20,880).

Sava et al. (2009) analisaram a custo-efectividade e a custo-utilidade da Terapia Cognitiva (TC), da Terapia Comportamental Racional-Emotiva (TCRE) e da Fluoxetina (Prozac) para a depressão major, numa

amostra de 170 clientes romenos. Cada intervenção foi prestada ao longo de 14 semanas, mais três sessões. As três intervenções não diferiram quanto à remissão dos sintomas, dias livres de depressão ou QALYs. No entanto, **as duas psicoterapias foram as mais custo-efectivas devido aos custos mais baixos e à melhor custo-utilidade**, comparativamente à farmacoterapia. Em média a TC custou \$26.44/€19,81 pelos dias livres de depressão durante um mês, e a TCRE \$23.77/€17,81, comparativamente ao Prozac que implicou um gasto de \$34.93/€26,17. Os gastos por QALY foram \$1,638/€1227,19, \$1,734/€1299,11 e \$2,287/€1713,42 para a TC, a TCRE e o Prozac, respectivamente.

Kamlet et al. (1992 cit. in Lazar, 2010) analisaram os custos da Psicoterapia Interpessoal no tratamento da **depressão**, concluindo que este tipo de terapia aumentava a qualidade de vida dos doentes e reduzia os custos de tratamento, devido à redução do número de episódios depressivos. Embora se analisarmos apenas os custos directos, a Psicoterapia Interpessoal seja cara, esse investimento traduz-se numa **poupança de US\$9,000/€6743,69 ao longo da vida** e numa **redução da probabilidade de suicídio** de 8,8% para 4%. A **combinação** deste tipo de psicoterapia **com psicofármacos garante uma poupança estimada de US\$11,540/€8641,54**.

Haby et al. (2004) avaliaram a custo-efectividade de dois tipos de intervenção para a **depressão em crianças e adolescentes** (Terapia Cognitivo-Comportamental e Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina) comparativamente aos cuidados de saúde habituais. A **TCC** realizada por psicólogos do serviço público revelou-se a intervenção mais custo-efectiva, permitindo **poupar A\$9000/€6017,72 por DALY**.

Lynch et al. (2005) realizaram uma análise de custo-efectividade de dois tipos de intervenção para **adolescentes** (entre os 13 e os 18 anos) **com risco de depressão**: cuidados de saúde usuais e cuidados de saúde usuais seguidos de 15 semanas de Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo. Os resultados clínicos foram convertidos em dias livres de depressão e em QALYs, sendo que o custo estimado de um dia sem depressão foi de \$10 (€7,48) e de \$9275 (€6943,92) por QALY. A intervenção foi considerada **custo-efectiva**.

Na Ansiedade

Gould et al. (1995) examinaram os custos do tratamento da **perturbação de pânico** ao longo de um período de dois anos, comparando a TCC com medicação psicofarmacológica (anti-depressivos e benzodiazepinas). Primeiro realizaram uma meta-análise para comparar os efeitos dos dois tipos de tratamento, concluindo que, em termos gerais, eram muito semelhantes. De seguida estimaram os custos para cada um dos tratamentos. Para a TCC os custos foram estimados em US\$90/€67,45 por sessão individual e em US\$40/€29,97 por sessão em grupo. Os custos foram computados com base em 15 sessões mais um sessão adicional durante o primeiro ano e mais 4 sessões durante o segundo. O tratamento psicofarmacológico foi estimado em US\$60/€44,95 por sessão de gestão da medicação, US\$0.60 (€0,45)/ por 1mg de alprazolam genérico, US\$0.09/€0,07 por 50mg de imipramina genérico e US\$1.93/€1,45 por 20mg de Prozac. O tratamento com psicofármacos foi computado com base em duas sessões no primeiro mês, sessões mensais nos três meses seguintes, três sessões adicionais no primeiro ano e mais quatro sessões durante o segundo. Com base nestes pressupostos **o custo da TCC individual foi estimado em US\$1,650/€1236,15 ao longo de dois anos; e o custo da TCC em grupo em US\$840/€629,31**. Em contraste, o tratamento com Alprazolam variou entre US\$1,800/€1348,53 e US\$3,312/€2481,29, dependendo da dosagem; o tratamento com Imipramina custou US\$912 e o tratamento com Prozac, US\$3,504/€2625,13. Esta informação juntamente com a informação sobre a efectividade indica que **a TCC é comparável ao tratamento farmacológico em termos de efectividade, mas é mais barata**.

Num estudo posterior, Otto et al. (2000) encontraram resultados consistentes com os de Gould et al. (1995). Concluindo que a TCC e a farmacoterapia oferecem ganhos clínicos semelhantes a curto-prazo para a **perturbação de pânico**, mas **a TCC oferece melhores resultados a longo-prazo e é uma opção mais custo-efectiva**.

Heuzenroeder et al. (2004) avaliaram a custo-efectividade de duas intervenções para a **perturbação da ansiedade generalizada** (TCC e Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina) e três intervenções para a **perturbação de pânico** (TCC, Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina e Anti-Depressivos Tricíclicos) comparativamente aos cuidados de saúde habituais. **Para ambas as perturbações a TCC realizada por psicólogos do serviço público revelou-se a intervenção mais custo-efectiva, permitindo poupar A\$6900 (€4611,14)/DALY no caso da perturbação da ansiedade e A\$6800 (€4547,18)/DALY no caso da perturbação de pânico**.

Hunsley (2003) avaliou a custo-efectividade e a compensação de custos médicos por parte dos serviços psicológicos. Por exemplo, embora tenham uma efectividade comparável, é estimado que **os tratamentos cognitivo-comportamentais para a perturbação de pânico e para a depressão custem, aproximadamente, menos um terço do que o tratamento farmacológico, sem muitos dos seus efeitos secundários.**

3.3. Estratégias de Prevenção Psicológica Custo-Efectivas

Embora, a abordagem mais usual à doença mental consista em tratá-la, para muitos problemas de saúde mental, a prevenção é melhor do que a cura. As **estratégias de prevenção e promoção da saúde mental** podem ser dirigidas a indivíduos ou a grupos de pessoas.

McDaid (2011) faz uma análise da magnitude dos potenciais benefícios económicos que decorreriam do investimento em acções de prevenção e de promoção da saúde mental, procurando perceber qual seria o retorno do investimento e o tempo necessário para existir esse retorno. Conclui que existe uma variação considerável no que diz respeito ao retorno do investimento e o período de tempo em que ele acontece. As duas acções mais vantajosas de acordo com estes dois critérios parecem ser a **promoção da saúde e bem-estar mentais nas crianças** e a **promoção da saúde mental no local de trabalho.**

De seguida, abordamos algumas estratégias de prevenção custo-efectivas que procuram combater a depressão e o suicídio, assim como estratégias dirigidas às crianças/famílias e ao contexto de trabalho.

Depressão

Smit et al. (2006) estudaram a custo-efectividade da **prevenção da depressão** em pacientes com depressão subliminar: compararam um grupo de pacientes que receberam os cuidados de saúde usuais com um outro grupo de pacientes que para além dos cuidados de saúde usuais recebeu também psicoterapia. Os pacientes beneficiaram desta última opção, tendo o **risco de desenvolver uma depressão decrescido de 18% para 12%**. Considerou-se que esta intervenção tinha **70% de probabilidade de ser mais custo-efectiva** do que os cuidados de saúde usuais.

Petrou et al. (2006) analisaram o custo-efectividade de uma intervenção preventiva (consulta psicológica e sessões de apoio à relação mãe-bebé) dirigida a **mulheres com risco elevado de desenvolver uma depressão pós-parto**. A um grupo de mulheres foi aleatoriamente atribuída esta intervenção e um outro grupo teve acesso aos cuidados de saúde primários habituais. Verificou-se que existia uma **probabilidade de 70% da intervenção ser custo-efectiva** caso a WTP por mês de depressão evitado fosse abaixo de £1,000 (€1158,16).

Suicídio

O impacto económico do suicídio é profundo e alastra-se a vários sectores – sistemas de saúde, polícia e serviços de emergência, perda de produtividade económica. Os benefícios de se prevenir o suicídio decorrem sobretudo do evitamento das perdas de produtividade que advém de mortes prematuras (McDaid, 2011).

Knaap et al. (2011) estimaram que, em Inglaterra, o custo médio de um suicídio de uma pessoa em idade activa seja de £1.67 (€1,78) milhões (preços de 2009). Neste custo estão incluídos os custos intangíveis (perda da vida de uma pessoa, sofrimento dos familiares) assim como a perda de produtividade (remunerada e não remunerada), polícia e funerais. De acordo com os mesmos autores quando se evita um suicídio o número de anos de produtividade perdida é reduzido e isso traduz-se num **evitamento de custos de cerca de £66,797 (€77,370)** por ano, por pessoa em idade activa.

Nos Estados Unidos estima-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental possa ajudar a **reduzir o risco** de suicídios futuros **em mais de 50%** (Brown et al., 2005). Appleby et al. (2000) procuraram estudar a **custo-efectividade de treinar profissionais de saúde** para avaliar e gerir pessoas em risco de suicídio. Estimou-se que o custo da intervenção, para atingir uma redução de 2,5% na taxa de suicídio, seria de £99,747 (€115,500) por suicídio evitado e de £3,391 (€3928,44) por ano de vida ganho.

As intervenções e programas de prevenção e promoção da saúde mental junto de crianças e jovens trazem um conjunto de **benefícios a curto e a longo prazo**, quer para as crianças quer para outros membros da família e da comunidade, **em diversos domínios**: cognitivo, desempenho académico, social e emocional, sucesso académico, comportamento criminoso, comportamentos relacionados com a saúde e maus-tratos e abuso infantil. As crianças mentalmente saudáveis têm maior probabilidade de ter um bom desempenho na escola e melhores perspectivas de carreira. Pelo contrário, as crianças que apresentam problemas de comportamento geram maiores exigências aos sistemas de educação, segurança social e saúde, provocando consequências adversas (relacionadas com o crime, abuso de substâncias, doença mental) que podem persistir durante a idade adulta (Scott et al., 2001).

Estes benefícios têm muitas vezes, um efeito “bola de neve”. Por exemplo, se as intervenções de prevenção e promoção da saúde mental permitem melhorar o desempenho académico isso fará com que as despesas no sistema de educação diminuam (uma vez que não são necessários mais anos para acabar a escolaridade obrigatória ou não há necessidade de apoios educativos). Se as melhorias no desempenho escolar conduzirem a um nível mais elevado de escolaridade e ao subsequente sucesso económico na idade adulta, o estado pode beneficiar de impostos mais elevados, assim como da redução dos subsídios da segurança social e dos custos com o sistema de justiça. Como resultado de melhores resultados económicos, os participantes da intervenção podem beneficiar de salários mais elevados, e os outros membros da sociedade ganham com taxas menores de delinquência e actividade criminosa. Se as intervenções dirigidas às crianças também beneficiarem os pais (por exemplo, a produtividade do seu trabalho ou a diminuição da utilização dos subsídios da segurança social), mais dinheiro será revertido a favor estado, dos participantes e da sociedade em geral (Karoly et al., 2005).

Sabemos que melhorar a saúde mental nos primeiros anos de vida reduzirá as desigualdades, melhorará a saúde física, reduzirá os comportamentos de risco para a saúde, aumentará a esperança de vida, a produtividade económica, o funcionamento social e a qualidade de vida. Estes **benefícios de proteger e promover a saúde mental** sentir-se-ão ao longo de várias gerações.

Vários estudos, europeus e não europeus, têm procurado avaliar os benefícios económicos a longo prazo dos programas de prevenção e da promoção da saúde mental e bem-estar das crianças e jovens. A maior parte destes benefícios parece estar associada não só à **saúde**, mas sobretudo a áreas distintas da saúde, como a **justiça e a educação** (McDaid, 2011).

A maior parte destes benefícios pode ser, pelo menos parcialmente, quantificável em termos de valor monetário. Karoly et al. (2005) avaliaram seis intervenções de prevenção e promoção da saúde mental dirigidas a crianças e concluíram que cinco desses programas para além de serem eficazes, permitiam um **retorno de €1.26 a €17.07 por cada €1.00 investido**.

Alguns dos programas mais eficazes são de prevenção e dirigem-se a famílias de crianças em idade pré-escolar. Os custos de intervenção são relativamente baixos, nomeadamente se se tiverem em conta os benefícios potenciais. Por exemplo, em Inglaterra, **os programas que funcionam com base em intervenções grupais custam entre £600/€697,09 e £900/€1045,63, por criança** (SCMH, 2009). Mas há autores que estimam que a prevenção das perturbações de comportamento numa única criança pode resultar em **poupanças duradouras no sistema judicial, no sistema de saúde e em salários de cerca de £230,000/€267,800** (Friedli & Parsonage, 2007); ou que melhorar moderadamente ou muito a saúde mental de uma criança pode resultar em **poupanças duradouras de pelo menos \$140,000/€104,900** (Smith & Smith, 2010).

No Canadá, se através de estratégias de prevenção da doença mental em crianças e jovens, fosse possível reduzir em 10% o número de pessoas a experimentar uma doença mental pela primeira vez, estima-se que, após 10 anos, **as poupanças para a economia traduzir-se-iam em pelo menos \$4/€2,88 bilhões** (MHCC, 2013).

Em Inglaterra Friedli e Parsonage (2009) estudaram a custo-efectividade de um **programa de desenvolvimento de competências parentais** para a prevenção das perturbações do comportamento, concluindo que era possível **poupar cerca de £150.000/€174,53 por caso**, ao longo da vida.

Bonim et al. (2011) também estudaram a custo-efectividade **de intervenções dirigidas a pais** (baseadas num programa de 8 a 12 semanas de intervenções grupais e individuais) para a prevenção de problemas de comportamento das crianças. O programa demonstrou potencial para permitir **poupar €9.288/€10,81 por criança**. Permitiu ainda estimar que, em Inglaterra, o investimento em programas dirigidos a pais para prevenir as perturbações do comportamento, seja custo-efectivo: **num prazo de 10 anos prevê-se que o retorno do investimento seja de cerca de €8 por cada €1 investido**. Enquanto o retorno para o sistema de saúde é modesto (€1.08), **o retorno para outros sectores públicos, como o da justiça serão maiores (€1.78), podendo ir até €5.03 devido a benefícios globais para a sociedade**, incluindo a redução do impacto de crimes violentos. A poupança no sector público corresponderia a cerca de £3,368/€3922,64 por criança, que inclui uma poupança de £1,278/€1488,72 para o sistema nacional de saúde.

Um estudo Australiano estima que o programa *Triple P Parenting* pode **reduzir o número de crianças com perturbações do comportamento em 25% a 48%** (Mihalopoulos, 2007). Nos Estados Unidos um modelo económico prevê que **os custos deste programa possam ser recuperados no espaço de um ano através da uma redução de 10% na taxa de crianças vítimas de maus tratos e abusos** (Foster et al., 2008). O Programa *Triple P – Positive Parenting Program* – consiste em intervenções dirigidas aos pais, a múltiplos níveis, que combina uma intervenção generalista e universal com outras mais especificamente dirigidas a crianças em risco e seus pais. O objectivo geral do programa é melhorar o conhecimento, as competências e a confiança dos pais, reduzindo assim as taxas de prevalência dos problemas de comportamento e emocionais nas crianças e adolescentes (Sanders, 2008).

Aos et al. (2004) reviram os custos e os benefícios de um conjunto de programas de prevenção para crianças e jovens. Este estudo americano concluiu que **os programas para jovens delinquentes têm o maior benefício líquido, podendo variar entre \$1,900/€1427,36 e \$31,200/€23,440 por jovem**. Alguns programas de visitas ao domicílio dirigidos a mães em risco ou com baixos rendimentos demonstraram um **benefício líquido de \$6,000/€4505,86 a \$17,200/€12,910 por jovem**.

Contexto de Trabalho

A falta de saúde mental é uma das principais causas do absentismo e do presenteísmo. Os potenciais custos económicos que advém da perda de produtividade (que, por sua vez decorre da falta de saúde mental e de problemas como a depressão e as perturbações da ansiedade entre a força de trabalho) são substanciais. Para o estado, não intervir significa ainda aumentar os custos do sistema de saúde e de segurança social. **Os custos das intervenções de promoção da saúde mental no trabalho, geralmente, são claramente ultrapassados pela redução do absentismo e melhoria da produtividade**. Alguns estudos sugerem um **retorno do investimento de mais de €9 por cada €1 gasto** (Knaap et al., 2011).

No Reino Unido o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2009) estimou que as perdas de produtividade poderiam ser reduzidas pelo menos em 30% e resultar em **poupanças anuais de £250,607/€292,100 numa organização com 1000 trabalhadores**.

McDaid, King e Parsonage (2011) avaliaram uma intervenção de rastreio da depressão e da ansiedade no local de trabalho. Os empregados completavam um questionário de rastreio, àqueles identificados como possuindo sintomas de ansiedade ou depressão era-lhes oferecido um pacote de seis sessões de TCC ao longo de 12 semanas. O modelo de simulação da custo-efectividade da intervenção estimou que, **para uma empresa de 500 trabalhadores, a poupança gerada pela intervenção seria de £19,700/€22,950** (sobretudo devido à redução do absentismo e presenteísmo).

Um programa australiano de diagnóstico e intervenção precoces para trabalhadores com sintomas depressivos indica que **os benefícios financeiros anuais em termos de aumento de produtividade são quase 5 vezes maiores do que os custos anuais do programa** (Hilton, 2005). Um programa similar, nos Estados Unidos, apresenta **benefícios anuais de \$1,800/€1350,65 por trabalhador**, comparativamente a custos de apenas \$100/€75,04 – \$400/€300,26 por ano (Wang et al., 2007).

Conclusão

A prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal é muito elevada: mais de 1 em cada 5 portugueses (23%) sofre de uma doença mental. No entanto, cerca de 65% não recebeu tratamento no ano anterior e apenas 1,7% procura ajuda nos serviços públicos de saúde mental.

Tendo em conta este cenário, as evidências apresentadas neste relatório oferecem **três razões principais para investir mais na saúde mental em Portugal**:

- As **necessidades ao nível da saúde mental** são substanciais e vão continuar a sê-lo nos próximos anos – se nada mudar nos programas públicos, nas políticas de investimento, nas práticas empresariais e dos cuidados de saúde, o número de pessoas com problemas e doenças mentais vai continuar a aumentar;
- Os **custos actuais da doença mental e da falta de saúde mental** são muito elevados e serão ainda maiores no futuro;
- Não agir com base no que sabemos sobre **intervenções custo-efectivas** vai ter um custo económico superior, quer no presente quer no futuro. Não investir na saúde mental é muito caro.

O argumento fica completo se acrescentarmos que existem intervenções psicológicas custo-efectivas que podem diminuir estes custos, trazendo desenvolvimento económico, aumento da produtividade e do bem-estar mental.

Em Portugal existe um **total de 567 Psicólogos no Serviço Nacional de Saúde**, quando o rácio recomendado, por exemplo, no Reino Unido é de 1 Psicólogo para 5781 pessoas. Se utilizarmos esta estimativa, **precisaríamos de 1729 Psicólogos em Portugal**, o que significa que existe um défice de 1162 Psicólogos – disponíveis num universo de aproximadamente **15 500 profissionais Membros Efectivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses**.

Investir em Psicólogos e intervenções psicológicas traduzir-se-á em poupanças globais e em benefícios clínicos, sociais e económicos, a curto, médio e longo-prazo.

As intervenções psicológicas podem pagar-se a si próprias em termos económicos e permitem:

- Reduzir o número de pessoas que sofre de doença mental;
- Reduzir o encargo económico com a doença;
- Reduzir o absentismo e o presentismo laboral;
- Reduzir a utilização de outros cuidados de saúde;
- Reduzir até 40% de custos médicos anuais;
- Reduzir até 50% das consultas médicas;
- Reduzir até 75% do tempo de hospitalização;
- Reduzir até 65% da frequência de hospitalizações;
- Reduzir até 45% das idas às urgências;
- Poupar entre 20% a 30% dos custos económicos em cuidados de saúde;
- Aumentar o acesso aos cuidados de saúde mental;
- Aumentar a empregabilidade e a produtividade;
- Aumentar a qualidade de vida e o bem-estar mental.

Referências Bibliográficas

- Almeida, J., & Xavier, M. (Coords.) (2009). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Antonuccio, D., Thomas, M., & Danton, W. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behav Ther*, 28, 187–210.
- Aos, S. et al. (2004). *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth*. Olympia, Washington: Washington State Institute for Public Policy.
- Appleby, L., Morriss, R., Gask, L., Roland, M., Lewis, B., Perry, A., Battersby, L., Colbert, N., Green, G., Amos, T., Davies, L., & Faragher, B. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project). *Psychological Medicine*, 30, 805-812.
- Ball et al. (2009). Investing in Prevention - The Economic Perspective: Key Finding From a Survey of the Recent Evidence. Public Health Agency of Canada.
- Beecham, J., Byford, S., Kwok, C., & Parsonage, M. (2011). School-based interventions to reduce bullying. In M. Knapp, D. McDaid, & M. Parsonage (eds.), *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*. London, U.K.: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.
- Beecham, J. et al. (2002). Children with severe learning disabilities: needs, services and costs. *Children & Society*, 16, 168–181.
- 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.
- Bonin, E., Stevens, M., Beecham, J., Byford, S., Parsonage, M. (2011). Parenting interventions for the prevention of persistent conduct disorders. In M. Knapp, D. McDaid, M. Parsonage (eds.), *Mental Health Promotion and Prevention: the Economic Case*. London Department of Health.
- Brooke, R., & Axelrad, J. (2013). Cost effectiveness of psychological services: a summary review of the literature. Presented to Dr. Sam Knaap, Director of Professional Affairs, Pennsylvania Psychological Association.
- Brown, G., Ten Have, T., Henriques, G. et al. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 294, 563–70.
- Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., Inskip, H. (2010). Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 196 (2), 116–121.
- Chiles, J., Lambert, M., & Hatch, A. (1999). The Impact of Psychological Interventions on Medical Cost Offset: A Meta-analytic Review. *Clin Psychol Sci Prac*, 6, 204-220.
- Carlson, L., & Bultz, B. (2004). Efficacy and Medical Cost Offset of Psychological Interventions in Cancer Care: Making the Case for Economic Analysis. *Psycho-Oncology*, 13, 837-849.
- 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.

Clark, A. et al. (2005). Children with complex mental health problems: needs, costs and predictors over one year. *Child and Adolescent Mental Health*, 10 (4), 170–178.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2005). Relatório - Proposta de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016.

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 297–303.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo*. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde.

Crane, D., & Christenson, J. (2012). A Summary Report of the Cost-Effectiveness of the Profession and Practice of Marriage and Family Therapy. *Contemporary Family Therapy*, 34, 204-216.

Crawford, V. (2001). *Co-Existing Problems of Mental Disorder and Substance Misuse ('Dual Diagnosis'): A Review of Relevant Literature*. Final Report to the Department of Health Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit.

Crow, S., & Nyman, J. (2004). The Cost-Effectiveness of Anorexia Nervosa Treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (2), 155-160.

Culyer, A. (2005). *The Dictionary of Health Economics*. UK: Edward Elgar Publishing.

DECO (2013). *Psicoterapia, Teste Saúde*, nº 103.

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.

Dretzke, J., Frew, E., Davenport, C., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Sandercock, J., et al. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder in children. *Health Technol Assess*, 9 (50),1-233.

Fenton, W., & Stover, E. (2006). Mood disorders: cardiovascular and diabetes comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (4), 421–7.

Fergusson, D., Horwood, L., Ridder, E. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology*, 46, 837–849.

Foster, E., Prinz, R., Sanders, M., Shapiro, C. (2008). The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review*, 30, 493-501.

Frank, R., & McGuire, T. (1999). *Economics and Mental Health*. National Bureau of Economic Research Working Paper.

Friedli, L., & Parsonage, M. (2009). *Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness: The Economic Case for Investment in Wales*. Cardiff, Wales: All Wales Mental Health Promotion Network.

Friedli, L., & Parsonage, M. (2007). *Mental health promotion: Building an economic case*. Belfast: Northern Ireland Association for Mental Health.

Furtado, C., Ribeirinho, M., & Gaspar, M. (2010). Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009. Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde, Ministério da Saúde e Infarmed.

Gabbard, G., Lazar, S., Hornberger, J., & Spiegel, D. (1997). The economic impact of psychotherapy: A review. *American Journal of Psychiatry*, 154, 147-155.

- Gillham, S., Carpenter, M., & Leathley, M. (2012). Psychological care after stroke: economic modelling of a clinical psychology led team approach. NHS Improvement.
- Golden, G. (1997). Impact of Psychotherapy: Does it affect frequency of visits to family physicians?. *Canadian Family Physician*, 43, 1098-1102.
- Goodheart, C. (2010). Economics and Psychology Practice: What We Need to Know and Why. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 189-195.
- 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.
- Gould, R., Otto, M., & Pollack, M. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev*, 15, 819–44.
- 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.
- Haby, M., Tonge, B., Littlefield, L., Carter, R., & Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for major depression in children and adolescents. *Aust NZJ Psychiatry*, 38, 579–91.
- Harkness, E., & Bower, P. (2010). On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database Syst Rev.*, 21 (1).
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. (Eds) (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. A WHO Report in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Hby, M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., Andrews, G., & Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Aust N Z P Psychiatry*, 38 (8), 602-612.
- Hilton, M. (2005) Assessing the financial return on investment of good management strategies and the WORC project. WORC Project paper.
- 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.
- Hunsley, J. (2003). Cost-Effectiveness and Medical CostOffset Considerations in Psychological Service Provision. *Canadian Psychology*, 44:1, 61-73.
- 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.
- Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.
- Karoly, L., Kilburn, M., Cannon J. (2005). *Early childhood interventions: proven results, future promise*. Santa Monica, CA, RAND Corporation.

Kessler, R., Akiskal, H., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., Hirschfeld, R., Jin, R., Merikangas, K., Simon, G., & Wang, P. (2006). Prevalence and Effects of Mood Disorders on Work Performance in a Nationally Representative Sample of U.S. Workers. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (9), 1561-1568.

Knapp, M., McDaid, D. & Parsonage, M. (Eds.) (2011). *Mental Health Promotion: The economic case*. Department of Health, London.

Knapp, M. et al. (2004). *An international review of cost-effectiveness studies for mental disorders*. Washington, DC, Fogarty International Centre of the National Institutes of Health.

Layard, L. (2013). Cutting NHS costs with mental health investments. Economic & Social Research Council.

Lesperance, F., Frasare, 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.

Levant, R., House, A., May, S., & Smith, R. (2006). Cost Offset: Past, Present, and Future. *Psychological Services*, 3 (3), 195-207.

Lim, K., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C.S. (2008). A new population based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28 (3), 92-98.

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.

Lynch, F., Hornbrook, M., Clarke, G., Perrin, N., Polen M., O'Connor, E., & Dickerson, J. (2005). Cost-Effectiveness of an Intervention to Prevent Depression in At-Risk Teens. *Archives of General Psychiatry*, 62 (11), 1241-1248.

McCrone, P., Dhanasiri, S., Patel, A., Knaap, M., & Lawton-Smith, S. (2008). Paying the Price - The cost of mental health care in England to 2026. London: King's Fund.

McCrone, P., Knapp, M., & Dhanasiri, S. (2009). Economic impact of services for first episode psychosis: a decision model approach. *Early Intervention in Psychiatry*, 3 (4), 266-270.

McCrone, P., Knapp, M., Henri, M., et al. (2010). The economic impact of initiatives to reduce stigma: demonstration of a modelling approach. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19, 131-139.

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.

McDaid, D., King, D., & Parsonage, M. (2011). Workplace screening for depression and anxiety disorders. In M. Knapp, D. McDaid, & M. Parsonage (eds.), *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*. London, U.K.: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.

McDaid, D., Parsonage, M., & Park, A. (2011). Tackling medically unexplained symptoms. In M. Knapp, D. McDaid, & M. Parsonage(eds.), *Mental Health Promotion and Prevention: the Economic Case*. London Department of Health.

McDaid, D., Zechmeister, I., Kilian, R., Medeiros, H., Knapp, M., Kennelly, B., et al. (2008). *Making the economic case for the promotion of mental well-being and the prevention of mental health problems*. London: London School of Economics and Political Science.

McDaid, D., Knaap, M., Medeiros, H., & MHEEN Group (2007). Mental health and economics in Europe: Findings from the MHEEN group. *Eurohealth*, 13 (3), 1-6.

- Mental Health Policy Group (2012). How Mental Illness Loses Out in the NHS. Report by The Centre for Economic Performance.
- Mihalopoulos, C. (2007). Does the triple P-positive parenting program provide value for money? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (3), 239-246.
- Mumford, E., Schlesinger, H., Glass, G., Patrick, C., Cuerdon, T. (1984). A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *Am J Psychiat*, 141, 1145–1158.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Dewey, M., et al. (2007). Anxiety, depression and cause specific mortality: The HUNT study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 323–331.
- 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.
- National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE (2009). Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management. NICE.
- O'Shea, E. & Kennelly, B. (2008). The Economics of Mental Health Care in Ireland. Dublin: Mental Health Commission.
- Otto, M., Pollack, M., & Maki, K. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *J Consult Clin Psychol*, 68, 556–63.
- Petrou, S., Cooper, P., Murray, L., & Davidson, L. (2006). Cost-effectiveness of a preventive counseling and support package for postnatal depression. *International Journal of Health Technology Assessment*, 22 (4), 444-453.
- PhRMA (2007). Productivity Impact Model – Calculating the Impact of Depression in the Workplace and the Benefits of Treatment, Version 3.0. Disponível online em: <http://www.depressioncalculator.com/>.
- Pita Barros, P. (2007). O Preço da Saúde. *J Port Gastreterol*, 14, 194-198.
- Platt, S., McLean, J., McCollam, A., et al. (2006). Evaluation of the First Phase of Choose Life: The National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland. Scottish Executive Social Research.
- Pollett, H. (2007). *Mental Health Promotion: A Literature Review*. Ottawa: Canadian Mental Health Association.
- Richards, M., & Abbott, R. (2009). *Childhood Mental Health and Life Chances in Post-War Britain. Insights from Three National Birth Cohort Studies*. The Sainsbury Centre for Mental Health, London.
- Richardson, J., Jughin, C. (2002) Parent Training Programmes for the Management of Young Children with Conduct Disorders: Findings from Research. London: Gaskell.
- Roberts, G., & Grimes, K. (2011). Return on Investment - Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention. Canadian Institute for Health Information.
- Romeo, R., Knapp, M., Scott, S. (2006). Economic cost of severe antisocial behaviour in children – and who pays it. *British Journal of Psychiatry*, 188, 547–553.
- Royal College of Psychiatrists (2010). *No Health without Public Mental Health - The Case for Action*. Position Statement PS4/2010 of Royal College of Psychiatrists, London.
- Rutledge, T., Vaccarino, V., Johnson, B., Bittner, V., Olson, M., Linke, S., et al. (2009). Depression and cardiovascular health care costs among women with suspected myocardial ischemia: prospective results from the WISE (Women's Ischemia Syndrome Evaluation) Study. *J Am Coll Cardiol*, 53 (2), 176-83.

- Sainsbury Centre for Mental Health (2009). *The chance of a lifetime: preventing early conduct problems and reducing crime*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Sainsbury Centre for Mental Health (2007). *Mental Health at Work: Developing the Business Case*, Policy Paper 8. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Sanders, M. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a Public Health Approach to Strengthening Parenting. *Journal of Family Psychology*, 22 (3), 506-517.
- Sava, F., Yates, B., Lupu, V., Szentagotai, A., & David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive-therapy, rational emotive behavioral therapy and fluoxetine (Prozac) in treating depression: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (1), 36-52.
- Schlesinger, H., Mumford, E., Glass, G., Patrick, C., & Sharfstein, S. (1983). Mental health treatment and medical care utilization in a fee-for-service system: Outpatient mental health treatment following the onset of a chronic disease. *American Journal of Public Health*, 73, 422-429.
- Scott, S. Knapp, M., & Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 1-5.
- 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.
- Simpson, J., Carlson, L., & Trew, M. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Practice*, 9, 19-26.
- Smit, F., Willemsse, G., Koopmanschap, M., Onrust, S., Cuijpers, P., & Beekman, A. (2006). Cost Effectiveness of Preventing Depression in Primary Care Patients: Randomised Trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 330-336.
- Smith, J., & Smith, G. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social Science & Medicine*, 71 (1), 110-115.
- Suhrcke, M., Pillas, D., & Selai, C. (2008). Economic aspects of mental health in children and adolescents. In WHO, *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 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.
- Suhrcke, M., McKee, M., Arce, R., Tsovala, S., & Mortensen, J. (2005). The contribution of health to the economy in the European Union. European Communities, Health & Consumer Protection Directorate-General.
- Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Wareham, N., Bingham, S., Khaw K. (2008). Psychological distress, major depressive disorder and risk of stroke. *Neurology*, 70 (10), 788-794.
- Wang, P., Simon, G., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E., McCulloch, J., Petukhova, M. & Kessler, R. (2007). Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 298 (12), 1401-1411.
- Welch, C., Czerwinski, D., Ghimire, B., & Bertsimas, D. (2009). Depression and costs of health care. *Psychosomatics*, 50 (4), 392-401.
- White, M., Adamson, A., Chadwick, T., et al. (2007). *The Changing Social Patterning of Obesity: An Analysis to Inform Practice and Policy Development*. Public Health Research Consortium.
- WHO (2011). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. Report by the Secretariat, World Health Organization.

WHO (2007). Portugal - WHO Country Summary, Effective and Human Mental Health, Treatment and Care for All.

Wittchen, H., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, B., et al. (2011). The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21 (9), 655-679.

Van't Veer-Tazelaar, P., Smith, F., van Hout, H., van Oppen, P., van der Horst, H., Beekman, A., & van Marwijk, H. (2010). Cost-Effectiveness of a Stepped Care Intervention to Prevent Depression and Anxiety in Late Life: Randomised Trial. *British Journal of Psychiatry*, 196 (4), 319–325.