



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

—
EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
**SOBRE CUSTO-EFECTIVIDADE
DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS
EM CUIDADOS DE SAÚDE**

OUTUBRO /

2011

Índice

Sumário Executivo	4
Contextualização	7
Fundamentação e Evidência do Custo-Efectividade da Intervenção Psicológica	12
Impacto da Intervenção Psicológica na redução da utilização de serviços de saúde	16
Impacto da Intervenção Psicológica na redução dos custos em saúde mental	20
Impacto da Intervenção Psicológica na redução dos custos, por patologia	26
› Doença Cardiovascular	26
› Doença Oncológica	27
› Artrite Reumatóide	29
› Dor Crónica	29
› Doença Inflamatória do Intestino	30
Impacto da Intervenção Psicológica na saúde em geral	31
Súmula dos Principais Resultados	34
Caracterização do Consumo de Psicofármacos: Evolução do Consumo 2000-2009	40
Principais resultados	40
› Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos	41
› Despesa global com psicofármacos	41
› Evolução do consumo	41
› Antipsicóticos	42
› Argumentos utilizados pelo SNS para o aumento de consumo	42
› Conclusões do Relatório do Infarmed	43
Outros Dados sobre o Consumo de Psicofármacos	46
Conclusão	47
Referências Bibliográficas	49

Sumário Executivo

A investigação internacional demonstra a efectividade da intervenção psicológica. Para além do alívio do sofrimento que a perturbação psicológica acarreta, este tipo de intervenções minimiza um conjunto de consequências sociais e económicas da perturbação.

O aumento da prevalência das perturbações mentais e das perturbações psicológicas, os seus custos e os efeitos da crise económica no agravamento deste problema reforçam a necessidade intervenção psicológica. Este relatório procura rever a investigação que demonstra o custo-efectividade da intervenção psicológica.

O aumento da prevalência da perturbação mental na Europa e em Portugal são preocupantes. Em 2008 a União Europeia estimava que cerca de 50 milhões de pessoas (cerca de 11% da população) tinham algum tipo de perturbação mental. **Em Portugal, relativamente à prevalência ao longo da vida, 1 em cada 5 cidadãos experienciou uma perturbação mental (23%). Assim, Portugal apresenta uma prevalência de perturbações mentais acima da média europeia.**

Este problema assume particular relevância em contexto de crise económica. Um relatório recente da Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que os problemas a nível de saúde mental possam ser agravados pela crise económica, nomeadamente a existência de maior mortalidade, aumento da taxa de suicídio e fatalidades associadas ao consumo de álcool.

Para além dos dados recolhidos no contexto da saúde mental, a perturbação psicológica assume significativa relevância noutros contextos de saúde. **Dez a 20% das pessoas que recorrem aos cuidados de saúde primários fazem-no por queixas relacionadas com perturbação psicológica. Adicionalmente existem um conjunto de doenças físicas que tem como factor essencial o comportamento do doente.** Estas doenças, que estão associadas a estilos de vida pouco saudáveis (tabagismo, sedentarismo, etc.), têm tido um crescimento acentuado em termos de prevalência. A mudança para um estilo de vida mais saudável e a adesão à terapêutica são determinantes da melhoria da qualidade de vida e sucesso da recuperação.

O crescimento dos problemas de saúde mental e saúde física mencionados, traduz-se no aumento da utilização de recursos de saúde e consumo de medicamentos. A nível da medicação, entre 2004 e 2009, observou-se um crescimento de 25,3% no consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos. Estes dados são confirmados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), onde Portugal se situa acima da média dos países desta organização no consumo de ansiolíticos. Outro exemplo de custos associados à saúde mental advém do internamento hospitalar em psiquiatria. **Dados de 2005, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, apontam para que os custos com o internamento no Serviço Nacional de Saúde (SNS) representem cerca de 56% dos custos totais.**

A nível económico, a perturbação mental está directamente associada ao absentismo laboral e redução da produtividade dos cidadãos. No Reino Unido a consequência económica da ausência ao emprego, devido a depressão ou ansiedade, foi calculada em cerca de £17 biliões (cerca de 19,5 biliões de euros).

Os economistas da saúde e os psicólogos têm desenvolvido análises de custo-efectividade que permitem avaliar a efectividade das intervenções psicológicas na redução dos custos com saúde. Os estudos desenvolvidos apontam para a efectividade e potencial da intervenção psicológica na melhoria do estado de saúde do cidadão e na redução dos custos directos (número de consultas; número de dias de internamentos; consumo de fármacos) e indirectos (absentismo; redução dos encargos do Estado com os benefícios fiscais para o doente e menor produtividade). Estudos desenvolvidos pela London School of Economics and Political Science permitem verificar que a intervenção psicológica tem um grau de custo-efectividade que possibilita não só pagar a própria intervenção como obter ganhos em saúde. Isto acontece porque a intervenção psicológica tem custos reduzidos e taxas de recuperação elevadas comparativamente aos custos elevados da incapacidade. Estes dados são confirmados noutros países. Por exemplo, investigação Canadiana conclui que a intervenção psicológica permite uma poupança de cerca de 20 a 30% nos custos directos da saúde, através da redução da utilização dos cuidados de saúde.

Um estudo preliminar desenvolvido em Portugal demonstra que a Consulta de Psicologia Clínica no Centro de Saúde São João (CSSJ) parece ter contribuído para a diminuição do volume de trabalho dos Médicos de Família com os utentes inscritos nas suas consultas.

O benefício da intervenção psicológica verifica-se num conjunto de outras patologias, não necessariamente relacionadas com a perturbação mental, tais como doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, artrite reumatóide, diabetes, dor crónica, entre outras. Os ganhos obtidos permitem uma redução do recurso aos serviços e de consumo de medicamentos, uma maior adesão à terapêutica e facilitação da mudança de comportamentos.

Outros resultados, que complementam estas conclusões, advêm da investigação da efectividade das intervenções psicoterapêuticas breves. Este tipo de abordagens, entre 6 a 8 sessões, reduz o número de recaídas e de re-ocorrências de eventos depressivos/ansiosos. **Estes efeitos permitem uma redução dos custos directos (nº de consultas) e indirectos com a saúde, por exemplo redução do absentismo laboral (3 dias/ano por trabalhador) e até mesmo outros custos económicos.**

A efectividade das intervenções psicológicas era uma informação conhecida. Este relatório vem coligir um conjunto de investigação que demonstra que, para além da efectividade, a intervenção psicológica apresenta uma boa relação custo-efectividade. Permite não só aliviar o sofrimento e perturbação das pessoas, mas também reduzir os custos com a saúde e minorar o impacto num conjunto de variáveis económicas e sociais. Num momento de crise económica, é expectável que os problemas associados a perturbação psicológica aumentem significativamente. **A intervenção psicológica fornece um importante contributo para a solução deste problema e para a maximização da efectividade da prestação de cuidados de saúde.**

Contextualização

Desde há muito que a Psicologia demonstrou a efectividade das intervenções psicológicas em contexto de saúde, sendo eficaz no tratamento de uma panóplia de problemas que emergem ao longo do ciclo de vida. O campo destas intervenções estende-se desde as perturbações mentais propriamente ditas tais como depressão, ansiedade generalizada, perturbações de pânico, perturbações de stress pós-traumático (PTSD), perturbações do comportamento alimentar, perturbações de consumo de substâncias até um conjunto de patologias clínicas como a doença cardiovascular (DCV), o cancro, dor crónica, entre outras. Estas patologias são tratáveis ou geridas a nível dos Cuidados Hospitalares e/ou Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo também um campo de acção privilegiado para intervenção psicológica (reabilitação, adesão à terapêutica, etc.).

Actualmente existe um aumento das perturbações mentais, nomeadamente depressões, ansiedade, fobias e PTSD. A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que cerca de metade de todo o sofrimento associado a situações de saúde-doença, no Ocidente, seja devido a perturbação mental, sobretudo à depressão e ansiedade (OMS, 2000).

As perturbações mentais estão a aumentar na Europa. Em 2008, dados da União Europeia estimavam que quase 50 milhões de cidadãos (cerca de 11% da população europeia) tenham tido algum tipo de perturbação mental. A depressão já é em muitos Estados-Membros da UE o problema de saúde com maior prevalência (Conferência Europeia de Alto Nível, 2008).

Num contexto de crise económica pode verificar-se que um aumento de 1% no desemprego se reflecte num aumento de 0,79% nos casos de suicídio, em idades inferiores a 65 anos (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts & Mackee, 2009).

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/06 a frequência de indivíduos que em Portugal reporta sofrer de ansiedade ou depressão é respectivamente de 4% e 7% (Inquérito Nacional de Saúde 2005/06).

A intervenção psicológica, enquanto cuidado de saúde, deve cumprir os princípios acessibilidade, equidade e qualidade dos serviços prestados.

-

Estima-se que quase 50 milhões de cidadãos tenham algum tipo de perturbação mental.

-

Um aumento de 1% no desemprego pode reflectir-se num aumento de 0,79% nos casos de suicídio.

-

1 em cada 5 portugueses apresentou uma doença psiquiátrica (23%) e quase metade (43%) já teve uma destas perturbações durante a vida.

Portugal apresenta uma proporção de consumo de antidepressivos maior que a média da União Europeia: 15% contra uma média de EU de 7%.

O “Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica: Prevalência, factores de risco, carga social e económica e utilização de serviços” aponta para que Portugal seja o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população (Estudo Epidemiológico Nacional cit in Furtado, Ribeirinho, & Gaspar, 2010).

No último ano (2009), 1 em cada 5 portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica (23%) e quase metade (43%) já teve uma destas perturbações durante a vida (Estudo Epidemiológico Nacional cit in Furtado et al., 2010).

Dados do Eurobarómetro para 2010 indicam que a proporção dos inquiridos portugueses que tomaram antidepressivos nos últimos 12 meses foi mais elevada do que a média da UE (15% contra uma média da UE de 7%). Os inquiridos portugueses tomam mais antidepressivos para a depressão (55%) do que para a ansiedade (41%), enquanto na Europa são tomados quase igualmente para estas circunstâncias (Eurobarómetro, 2010).

Os dados da OCDE apontam para um consumo de ansiolíticos em Portugal muito superior à média dos países da OCDE (OCDE, 2010).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 estabelecia como meta uma redução de 20% no consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos antidepressivos no mercado do SNS. No entanto este consumo evoluiu no sentido contrário à meta apresentando um aumento acentuado do consumo destes psicofármacos (Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde, 2010).

Em 2004 o consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório foi de 129,5 (DDD/1000 hab dia)¹. Em 2009 este consumo passou para 162,23 representando um crescimento de 25,3% (Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde, 2010).

Em 2009 o consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos sofreu um aumento de 25,3% face a 2004.

O Infarmed, num relatório publicado no fim de 2010, refere que em caso “depressão ligeira o aconselhamento psicológico pode ser suficiente”, enquanto na “ansiedade generalizada o tratamento deve incidir na terapia psicológica.

Actualmente verifica-se também um crescimento acentuado de patologias crónicas, associadas a um estilo de vida pouco saudável, que exigem um grande consumo de recursos de saúde e que apresentam elevado impacto na funcionalidade do indivíduo requerendo capacidades de adaptação e mudança face a novas situações (exemplo, doença cardiovascular). O aumento destas patologias reflecte-se no aumento dos gastos com a saúde, por exemplo através do aumento da utilização de recursos e consumo de medicamentos, contribuindo para um aumento dos gastos com a saúde em geral e com os medicamentos em particular.

Dados de 2005 da Coordenação Nacional de Saúde Mental apontam para que 83% dos recursos financeiros na área da saúde mental sejam gastos com internamentos. Neste mesmo ano verificou-se que os custos com o internamento hospitalar da saúde mental no SNS representaram cerca de 56% dos custos totais. Os Hospitais Gerais, responsáveis por uma área geo-demográfica correspondente a 77% do total nacional consumiram 55% do total dos custos com a saúde mental (Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2005).

¹ DDD - Dose diária definida: dose média diária de manutenção do fármaco, em adultos, para a sua indicação principal, por uma determinada via de administração e expressa em quantidade de princípio activo.

DDD por 1000 habitantes/dia (DHD): dose diária definida por 1000 habitantes por dia e indica, em medicamentos administrados cronicamente, a proporção da população que diariamente recebe tratamento com determinado fármaco numa determinada dose média (Furtado, Ribeirinho, & Gaspar, 2010).

A deterioração do estado de saúde da população desencadeia elevados custos indirectos avaliados através do aumento do absentismo, de baixas médicas, aumento dos encargos do Estado com benefícios fiscais para os doentes, bem como redução da produtividade. No contexto actual de crise económica e de contenção dos custos não basta apenas demonstrar a efectividade da Psicologia em termos de ganhos em saúde para a população, mas também em termos de contribuição para a redução dos custos com a saúde e aumento da produtividade do país. A nível internacional psicólogos e economistas da saúde têm desenvolvido estudos sobre os benefícios da intervenção psicológica em termos de redução dos custos e poupança para os sistemas de saúde.

A intervenção psicológica apresenta custo-efectividade tanto a nível da redução directa dos custos, através da redução da procura de serviços de saúde, como a nível da redução indirecta, através de um aumento da produtividade, redução do absentismo e dos benefícios ou encargos sociais associados à doença.

Os estudos existentes, sobretudo análises de custo-efectividade algumas delas desenvolvidas pela London School of Economics, apresentam o potencial de efectividade das intervenções psicológicas na redução dos custos relacionados utilização de cuidados de saúde. Estes estudos indicam que intervenção psicológica é custo-efectiva e que a poupança é de tal ordem elevada que permite pagar a própria intervenção e ainda obter ganhos. Isto acontece porque a intervenção psicológica tem custos reduzidos (£750 por pessoa), as taxas de recuperação são elevadas (50%) e os custos da incapacidade são muito elevados (£750 por mês) (Layard, 2005; Layard, 2006a; Layard, 2006b; Layard, Clark, Knapp & Mayraz, 2007).

A intervenção de natureza cognitivo-comportamental (6-8 sessões), apresenta custos reduzidos e elevada taxa de recuperação.

A intervenção natureza cognitivo-comportamental (6 a 8 sessões) apresenta custo-efectividade ao nível de (Layard, 2005; Layard, 2006a; Layard, 2006b; Layard et al 2007):

i) Redução directa dos custos através da redução da procura de serviços de saúde (nº de consultas; nº de dias de internamento; nº de idas às urgências) e consumo de fármacos (nº de consumo de psicofármacos; maior adesão à terapêutica).

ii) Redução indirecta através de um aumento da produtividade, redução do absentismo por doença (nº de dias de baixa médica) e redução dos encargos do Estado com os benefícios fiscais ou outros associados a doença.

A realidade actual facilita a emergência de determinadas patologias e perturbações (depressão, ansiedade) e exige tomadas de decisão que se baseiem em princípios de eficiência de recursos e de efectividade na obtenção de ganhos em saúde. Neste sentido, os psicólogos constituem-se com uma força de trabalho cujas intervenções permitem contribuir para reduzir custos para os serviços de saúde, melhorar a saúde da população e aumentar a produtividade.

A realidade portuguesa apresenta características semelhantes aos restantes países da Europa, sendo expectável um aumento da perturbação psicológica e da patologia crónica. Assim, verifica-se que a Psicologia poderá vir a ter uma contribuição muito significativa tanto para a melhoria do estado de saúde da população, como para a redução da despesa da saúde e recuperação económica do país.

Actualmente é necessário desenvolver mais estudos custo-efectividade adaptados à realidade portuguesa de modo a demonstrar a efectividade das intervenções psicológicas na redução dos gastos na saúde em Portugal.

Este relatório pretende identificar evidência científica que apresente o custo-efectividade das intervenções psicológicas na redução dos custos dos serviços de saúde num conjunto de patologias. Apresentam-se também conclusões retiradas do Relatório da Evolução do Consumo de Psicofármacos em Portugal na última década, bem como a evolução dos indicadores do PNS 2004-2010 nesta área.

Fundamentação e evidência do custo-efectividade da intervenção psicológica

As intervenções psicológicas apresentam custo efectividade, permitindo uma poupança para os serviços de saúde.

Desde a década de 80 que os psicólogos e os economistas da saúde de outros países (Canadá, UK, EUA) têm estudado e mostrado o custo-efectividade das intervenções psicológicas e a poupança que esta intervenção permite aos serviços de saúde (Canadian Psychological Association, 2002).

A presença de profissionais de saúde mental nos CSP permite reduzir o número de consultas no médico de família, as prescrições de psicofármacos, os custos de prescrição e referenciação de doentes para especialistas.

As intervenções psicológicas são efectivas não só porque apresentam uma melhoria dos resultados em saúde, mas também porque manifestam potencial para reduzir os custos com a saúde (Canadian Psychological Association, 2002).

Uma percentagem elevada da procura de cuidados de saúde está relacionada com perturbações psicológicas e queixas psicossomáticas.

- Investigações internacionais referem que as perturbações psicológicas e perturbações mentais são um dos motivos mais frequentes de procura dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Brown & Harris, 1978).

Entre 10% a 20% dos cidadãos que recorrem aos CSP apresentam perturbações psicológicas.

- 10 a 20% dos cidadãos que recorrem aos CSP apresentam queixas relacionadas com perturbações psicológicas (Sobel, 2000a)

- 15% das idas aos CSP parecem dever-se a perturbações da ansiedade e depressão (Simon, Ormel, Van Korff, & Barlow, 1995 cit in Hunsley, 2002a).

- Mais de 80% dos utentes dos CSP evidenciam perturbações de stress, nomeadamente perturbações do sono; dores de cabeça; perturbações gastrointestinais (Brown & Harris, 1978; Carlson & Bultz, 2003; Cunningham & Edmonds, 1996).

Os pacientes com perturbações psicológicas e perturbações mentais sobre-utilizam os serviços de saúde.

- As pessoas com perturbações psicológicas e/ou perturbações mentais efectuam uma sobre-utilização dos serviços de saúde podendo representar cerca de 70% dos casos atendidos pelos clínicos e um aumento de custos de 250% (Carlson & Bultz, 2003; Lane, 1998).

Um estudo aponta para que em cidadãos com doença crónica (exemplo, diabetes, hipertensão, etc) intervenção psicológica permita reduzir os custos com a saúde na ordem dos 18 a 31% (Carlson & Bultz, 2003; Lechnyr, 1993).

Existem evidências sobre a efectividade da intervenção psicológica na redução dos custos com os serviços de saúde.

Uma revisão sistemática de literatura desenvolvida em 2008 analisou um total de 42 estudos 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 (Harkness & Bower, 2008).

Uma meta-análise de 91 estudos publicados entre 1967 e 1997, com doentes com várias patologias e que apresentavam uma sobre-utilização excessiva de cuidados de saúde, permitiu verificar que a média de custos de saúde poupados, devido a intervenções psicológicas, varia entre os 20 e os 30% nos vários estudos analisados (Chiles, Lambert & Hatch, 1999; Hunsley, 2002b).

A % de custos poupados fruto de intervenção psicológica varia entre os 20 e os 30%.

- 90% dos estudos analisados apresentam uma poupança de cerca de 20 a 30% nos custos directos da saúde.
- Dentro dos estudos que incluíam a estimativa dos custos poupados apenas 7% referiram que o custo do tratamento psicológico excedia os custos poupados com a intervenção.
- Para além da poupança obtida nos custos gastos verifica-se uma redução no consumo dos recursos de saúde.
- A poupança nos custos verifica-se porque a intervenção psicológica é mais acessível e permite, simultaneamente, uma redução da utilização dos cuidados de saúde e no consumo de recursos de saúde.

As intervenções psicológicas são efectivas num conjunto de perturbações de crianças e adultos, nomeadamente depressão, ansiedade generalizada, perturbação de pânico, PTSD, perturbações alimentares, perturbações do consumo de substâncias e dor crónica (Hunsley, 2002b).

- As intervenções cognitivo-comportamentais são mais eficazes, e também as mais estudadas, em situações de intervenção psicológica em contextos de saúde: preparação e recuperação de cirurgias gerais; doença cardíaca; histerectomia (Groth-Marnat & Edkins, 1996).

Doentes crónicos alvo de intervenção psicológica breve em grupo (2h durante período de 7 semanas) obtêm melhorias significativas na saúde (Sobel, 1995; Sobel, 2000b).

A intervenção psicológica permite uma poupança maior do que o custo da própria intervenção.

- A intervenção psicológica permite uma redução dos custos para o sistema de saúde maior do que o custo da própria intervenção, o que resulta numa elevada poupança e ganho para a saúde (Chiles et al., 1999; Hunsley, 2002b).

O NICE² definiu guidelines a nível da intervenção psicológica na depressão e outras perturbações, embora estas estejam a ser implementadas com dificuldade devido ao défice de psicólogos no NHS (Layard, Clark, Knapp, & Mayraz, 2006; Layard et al., 2007).

Em 1983 um estudo com 20.000 participantes indica que os doentes com perturbação mental não tratada aumentavam em 61% a utilização de cuidados médicos versus um aumento total de apenas 9% nos doentes sem doença mental durante o mesmo período de tempo (Lane, 1998; Carlson & Bultz, 2003)

² NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence.

Para que toda a população tenha acesso à intervenção psicológica e para que se obtenha o máximo potencial de ganhos é necessário tornar a psicologia acessível a todos dos doentes, o que implica aumentar o número de psicólogos nos centros de saúde (Layard et al., 2006; Layard et al., 2007; The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2006).

Impacto da intervenção psicológica na redução da utilização de serviços de saúde

Os estudos apontam para que as intervenções psicológicas permitam reduzir por exemplo, os custos com a utilização de cuidados de saúde primários, tratamentos de cancro, custos associados a um excessivo consumo de álcool (Chiles et al, 1999; Hunsley, 2002b).

A intervenção psicológica contribui, em situação de cirurgia ou outras situações clínicas, para uma redução da procura de cuidados de saúde (urgência e consultas de ambulatório), redução dos dias de internamento, diminuição das taxas de mortalidade por cancro (Sobel, 2000a).

A intervenção psicológica nos CSP permite reduzir em 50% o número de consultas médicas.

As intervenções psicológicas breves nos centros de saúde permitem melhorar o funcionamento psicológico (adaptação psicológica) e reduzir em 50% o número de consultas médicas (Golden, 1997; Hunsley, 2002b).

A consulta de psicologia parece permitir uma diminuição de quase uma consulta de medicina familiar por cada um dos utentes inscritos.

Um estudo preliminar desenvolvido em Portugal teve como objectivo analisar a influência das consultas de psicologia clínica no volume de trabalho dos médicos. Os resultados sugerem que os médicos de família tendem a referenciar os seus utentes para a consulta de psicologia (Hespanhol, Veiga & Ricou, in press).

- Este estudo contabilizou o número de consultas directas de medicina geral e familiar realizadas 6 meses antes e 6 meses após a 1ª consulta de Psicologia em 2001 e em 2003.

- A principal conclusão deste estudo aponta para que se verifique uma diminuição, em média, de quase uma consulta de medicina familiar por cada um dos utentes inscritos nessa consulta. Assim, a consulta de psicologia clínica no Centro de Saúde São João (CSSJ) parece ter diminuído o volume de trabalho dos médicos de família com os utentes inscritos nas suas consultas (Hespanhol et al, in press).

Estudos sugerem que os indivíduos (com várias patologias) que estão inseridos em programa de psicoterapia apresentam uma redução de 40% na procura de consultas com o médico de família. Este aspecto

permite uma elevada poupança para os serviços de saúde (Carlson & Bultz, 2003; Sobel, 2000).

- Em intervenções psicológicas prolongadas a redução na procura dos serviços de saúde é mais acentuada sobretudo após o segundo ano da intervenção (Carlson & Bultz, 2003; Sobel, 2000).

Uma meta-análise de 58 estudos de psicoterapia breve aponta para que, nestes casos, se verifique uma redução na utilização de cuidados de saúde de 10 a 33%, tendo este aspecto sido identificado em 85% dos estudos (Carlson & Bultz, 2003).

Estudos do Kaiser Permanente concluem que a intervenção psicológica em doentes com várias patologias e em situações de internamento permite uma redução de 77,9% na duração média de internamento, de 66,7% na frequência de hospitalizações, de 47,1% nas idas ao médico, 45,3% na redução das idas à urgência e em cerca de 4% nas prescrições recebidas. Estes estudos apontam ainda para que as intervenções permitam reduzir em 48,6% o número de prescrições escritas e em 31,2% os contactos telefónicos (Carlson & Bultz, 2003; Hunsley, 2002a; Sobel, 2000a).

Um estudo desenvolvido com 8100 cidadãos que participaram em intervenções psicoterapêuticas para situações agudas de doença, permitiu verificar uma redução da utilização de cuidados médicos em 7,2%, enquanto os pacientes que não tiveram intervenção psicoterapêutica aumentaram a utilização dos cuidados de saúde em 9,5% (Carlson & Bultz, 2003; Lane, 1998).

Ao nível dos nascimentos de bebés prematuros verifica-se que a intervenção precoce (estimulação sensorial precoce) permite um aumento mais rápido de peso e uma alta hospitalar cerca 5 a 6 dias mais cedo o que permite uma elevada poupança por bebé (Sobel, 2000b).

A intervenção psicológica permite reduzir o número de idas ao médico; as prescrições terapêuticas; as idas às urgências; contactos telefónicos para os serviços; a frequência das hospitalizações; o número de dias de internamento.

A intervenção precoce (estimulação sensorial precoce) em bebés prematuros permite um aumento mais rápido de peso e uma alta hospitalar mais rápida.

Foi desenvolvido um estudo com 952 doentes crónicos que participaram num programa de intervenção psicológica de carácter breve – Programa de auto-gestão da doença crónica -. Este foi elaborado em parceria entre o Kaiser Permanente Institut e a Universidade de Stanford com o objectivo de avaliar mudanças no comportamento de saúde e no estado de saúde; na utilização dos serviços de saúde, nomeadamente visitas ao médico, incluindo urgências, internamentos e deslocações ao hospital (nos 6 meses seguintes) e número de noites em internamento (Lorig et al. 1999).

- Este programa de Auto-Gestão da Doença Crónica (doença cardiovascular; artrite reumatóide; doença pulmonar –asma; bronquite; enfisema-) consistia em sessões de grupo (7 sessões semanais em grupo com a duração de 2h). Nestas sessões foi trabalhado um manual de informação do doente (psico-educação) e actividades com o objectivo desenvolver competências para gerir a doença (sintomas físicos, cognições e emoções). Os resultados dos participantes nesta intervenção, quando comparados com os que não tinham sido alvo de intervenção, permitiram verificar aos 6 meses: menos hospitalizações e uma média de noites de internamento cerca de 0,8 abaixo do grupo de controlo. Se for assumido que os custos diários com o hospital são cerca de USD\$ 1000, a poupança por participante ronda os USD\$ 750. A poupança é de tal modo elevada que o custo poupado por doente é 10 vezes maior que o custo gasto na intervenção psicológica.

- Para além da redução dos gastos com a saúde verificou-se uma melhoria no tempo de exercício semanal; melhoria no estado de saúde; redução de stress percebido, fadiga e incapacidade (Lorig et al. 1999).

A intervenção psicológica é eficaz na recuperação pós cirurgia reduzindo os dias de internamento.

A intervenção psicológica baseada no fornecimento de imaginação guiada em contextos de preparação cirúrgica apresenta efectividade na redução de hemorragias (43%) e na redução dos dias de internamento (Sobel, 2000b).

Os estudos apontam para que a intervenção psicológica seja eficaz no período de recuperação pós cirurgia (cirurgia cardíaca, pulmonar, gástrica), podendo reduzir até 1,5 dias de internamento. Nestes casos as intervenções estão organizadas em 3 aspectos: transmissão de informação sobre os cuidados a receber; exercícios de relaxamento, respiração; apoio emocional (Dreher, 1998).

É possível concluir que a poupança relacionada com a intervenção psicológica poderá ser maior para os doentes em internamento (cirurgia, oncologia, reabilitação cardíaca) face aos doentes de ambulatório (Hunsley, 2002b).

As intervenções psicológicas têm impacto positivo num conjunto de doenças, nomeadamente ao nível da redução da mortalidade, morbilidade e redução da utilização dos cuidados de saúde, por exemplo redução dos internamentos hospitalares. As intervenções baseadas no modelo biopsicossocial são custo-efectivas e permitem uma redução na despesa de saúde (Mendelson, 1984).

Impacto da intervenção psicológica na redução dos custos em saúde mental

A evidência aponta para que a depressão esteja associada a um maior consumo de recursos do sistema de saúde, uma redução na funcionalidade e na produtividade do indivíduo (Simon & Katzelmick, 1997).

A London School of Economics and Political Science apresenta estudos que quantificam a poupança para os serviços de saúde obtida através de intervenções psicológicas.

Alguns estudos desenvolvidos pela London School of Economics and Political Science sugerem que a intervenção psicológica cognitivo-comportamental nas situações de depressão e ansiedade generalizada é efectiva (Layard, 2005; Layard, 2006a; Layard, 2006b; Layard et al. 2007):

- Na redução dos custos indirectos associados à redução do absentismo laboral.
- Na poupança de custos directos, nomeadamente redução do número de consultas e de consumo de outros cuidados de saúde, por exemplo número de internamentos, referência para cuidados de especialidade e consumo de medicamentos.

A consequência económica da ausência ao emprego devido a depressão ou ansiedade pode ser calculada em cerca de £17 biliões (Layard, 2005).

Em Inglaterra os custos com a intervenção psicológica rondam os cerca de £750 por pessoa.

Os custos com a intervenção psicológica cognitivo comportamental rondam os £750 por pessoa (Layard, 2005).

A intervenção psicológica permite uma redução acentuada nos encargos do Estado com as despesas fiscais ou outros benefícios para os doentes.

Os ganhos obtidos excedem largamente os custos da intervenção psicológica (Layard et al. 2006; Layard, 2006a; Layard, 2006b):

- Os efeitos da intervenção psicológica, quando comparados como a ausência de intervenção, podem ser equivalentes a cerca de 12 meses extra de trabalho sem depressão e a cerca de 1½ meses de trabalho extra – Valores posteriores ao processo de recuperação.

- Os resultados da intervenção podem chegar a equivaler a cerca de 2 meses extra de trabalho, assim como a menos 2 meses de pagamento de subsídios ou reduções fiscais associadas a doença.

- O valor dos benefícios por incapacidade (certificados de incapacidade temporária) é £750 (pessoa/mês), verificando-se que a intervenção psicológica é auto-suficiente.

- Em termos de produtividade verifica-se uma média de cerca de £2,000. Este valor ultrapassa largamente o valor dos custos da intervenção psicológica (£750), não estando contemplados os efeitos positivos obtidos com a redução sofrimento (The Centre for Economics Performance's Mental Health Policy Group, 2006).

A poupança nos custos permitida pela intervenção psicológica é também obtida através da redução dos encargos do Estado com os benefícios fiscais e sociais associados à doença.

A intervenção cognitivo-comportamental breve nestas perturbações permite (Layard et al. 2006):

- Um aumento da produtividade que pode traduzir-se em cerca de £1,200 produto interno bruto (PIB) no fim de 2 anos. Tal resultado equivale a mais 1,1 mês de trabalho.

- Um aumento de cerca de 0,11 QALY³, por pessoa tratada, nos dois anos seguintes. Se cada QALY equivaler a £30,000, a intervenção permite um aumento de £3,300.

- Uma poupança para o NHS, ao fim de dois anos, de £300 por cidadão alvo de intervenção, sendo que a redução de sofrimento poderá permitir ainda uma poupança de £3,300 (Layard et al. 2006).

A intervenção psicológica permite um aumento da produtividade de cada cidadão com perturbação psicológica.

³ QALY – Quality-Adjusted Life Year. Trata-se de um método para medir o impacto na saúde, que incorpora esperança de vida e qualidade de vida do paciente.

A intervenção psicológica breve parece ser auto-suficiente, ou seja, a poupança obtida é suficiente para pagar a intervenção psicológica e poupar.

No caso da depressão e perturbações de pânico existe evidência que sugere que as intervenções psicológicas possam ter maior custo-efectividade que o tratamento farmacológico, em termos de redução da utilização dos cuidados de saúde, menor abandono da terapêutica e redução das recaídas (Hunsley, 2002a).

Os gastos com a intervenção psicológica nestas patologias (ansiedade e depressão) são de tal modo baixos e a poupança permitida de tal modo elevada, que permite pagar a intervenção psicológica e ter ganhos (Layard, 2006a).

Os estudos apontam para que a intervenção psicológica permita uma poupança em todas as vertentes não só na redução dos custos directos (consumo de consultas, medicação etc.), como indirectos (redução do absentismo, aumento da produtividade, redução dos encargos do Estado com benefícios fiscais associados à doença) permitindo uma poupança a curto e médio prazo (Carlson & Bultz, 2003; Hunsley, 2002b).

A maioria dos cidadãos que sofrem de ansiedade ou depressão são tratados com psicofármacos, podendo não chegar a receber tratamento porque não aderem à terapêutica. Este aspecto tem elevados custos directos para o sistema de saúde (maior consumo de cuidados) e custos indirectos (maior absentismo e menor produtividade) (The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2006).

- De todas as pessoas com depressão apenas metade recebe tratamento, sendo 8% fornecido por psiquiatras. Apenas 3% recebe acompanhamento psicológico. A maioria é acompanhada pelo médico de família (Layard, 2005).

A nível da perturbação verifica-se que quando esta é tratada ao nível dos médicos de família o tratamento farmacológico é a primeira opção. Este aspecto poderá dar origem ao aumento do consumo de psicofármacos, tratamentos demasiadamente prolongados, aumento dos efeitos secundários, desenvolvimento de dependência face a estes medicamentos (Hunsley, 2002a).

Tanto a terapia farmacológica como a intervenção psicológica têm potencial para melhorarem a saúde e reduzir os estados depressivos de cerca de 50% dos cidadãos deprimidos num período de 4 meses (Layard, 2006a).

A intervenção psicológica apresenta melhor resultado custo-efectividade face aos psicofármacos, apresentando custos inferiores sobretudo a médio e longo prazo. Além disso a medicação tem taxas mais elevadas de não adesão e de abandono do que a intervenção psicológica (Hunsley, 2002a).

A intervenção psicológica apresenta melhor custo-efectividade face aos psicofármacos, apresentando custos inferiores a médio e longo prazo.

A terapia cognitivo-comportamental é tão efectiva no tratamento da depressão, ansiedade e mesmo esquizofrenia como a medicação, sendo preferida pela maioria dos doentes (Layard, 2006c).

- A terapia cognitivo-comportamental apresenta elevado custo-efectividade tanto para ansiedade generalizada como para as perturbações de pânico, sobretudo a longo prazo.

- A terapia cognitivo-comportamental, utilizada isoladamente, parece ser a melhor opção custo-efectividade para o tratamento da depressão, devendo por isso ser a primeira opção de tratamento nestes casos (Hunsley, 2003).

Análises de custo-efectividade parecem apontar para que a terapia cognitivo-comportamental seja tão efectiva, a curto prazo, como a terapêutica farmacológica para a depressão, ansiedade generalizada e outras perturbações mentais (PTSD, fobias, etc.) (Layard, 2006).

- Esta intervenção psicológica é mais eficaz que a terapêutica farmacológica a longo prazo, prevenindo com maior efectividade as recaídas e re-ocorrências de episódios depressivos/ansiosos. Para que este aspecto fosse garantido pela medicação esta teria de ser continuada no tempo (Layard et al 2007; The Centre for Economics Performance's Mental Health Policy Group, 2006).

A intervenção psicológica permite reduzir o número de recaídas e re-ocorrências de episódios depressivos/ansiosos.

A intervenção psicológica permite um aumento do emprego e uma redução do absentismo laboral em cidadãos com perturbação psicológica (ansiedade e depressão).

Em situações em que a terapia comportamental e a terapia farmacológica possam ser comparáveis, os custos com a intervenção psicológica são sempre inferiores.

A intervenção psicológica apresenta maior efectividade a longo prazo na redução de recaídas e re-ocorrência de episódios.

Segundo os estudos de custo efectividade os cidadãos com perturbação psicológica (ansiedade e depressão) submetidos a intervenção psicológica de cariz cognitivo-comportamental nos CSP tendem:

- Num período de dois anos, a ter um aumento de 4% na taxa emprego e uma redução de ausências de 3 dias por ano por trabalhador alvo de intervenção psicológica (Layard et al. 2007).
- Outras análises referem que a intervenção psicológica permite uma redução anual no absentismo de cerca de 1,6 dias por doente (Layard et al. 2007).

A terapia cognitivo-comportamental e a terapia farmacológica têm uma efectividade comparável nas perturbações de pânico, porém os custos estimados desta intervenção psicológica são cerca de 10% a 50% inferiores aos tratamentos farmacológicos (Hunsley, 2002a).

A terapia cognitivo-comportamental parece ser mais efectiva e apresenta custo-efectividade no tratamento da ansiedade generalizada e perturbações de pânico face a vários psicofármacos (antidepressivos tricíclicos; inibidores da recaptação da serotonina) (maior número de DALY⁴ ganhos) (Heuzenroeder et al. 2004).

Estudos indicam que num período de 2 anos o tratamento farmacológico pode custar mais 30% do que uma intervenção cognitivo-comportamental. Além disso, a intervenção cognitivo-comportamental permite uma redução na procura dos cuidados de saúde sobretudo a partir do segundo ano (Hunsley, 2002a).

Um estudo realizado com ensaios clínicos aponta para o custo-efectividade das intervenções cognitivo-comportamentais no tratamento da depressão face a determinados psicofármacos. A terapia cognitivo-comportamental parece estar associada a uma resposta mais rápida

⁴ DALY - Disability-Adjusted Life Year. Medida da carga total de doença expressa em anos de vida perdidos.

ao tratamento (melhoria do estado de saúde), maior segurança da terapêutica e redução do risco de suicídio (Vos, Corry, Haby, Carter & Andrews, 2005).

Na sequência dos estudos anteriores também se verifica que a terapia cognitivo-comportamental apresenta custo efectivo nas depressões major em crianças e adolescentes, devendo ser a primeira linha de intervenção (Haby, Tonge, Littlefield, Carter & Vos, 2004).

O NICE emitiu guidelines que estabelecem a terapia cognitivo-comportamental como opção no tratamento da depressão e ansiedade. Estas guidelines baseiam-se num conjunto de ensaios clínicos que indicam que a terapia cognitivo-comportamental é tão efectiva como tratamento farmacológico, a curto prazo, apresentando efeitos mais duráveis a longo prazo (NICE, 2005). Estas guidelines apontam para intervenções psicológicas de natureza cognitivo-comportamental breve que decorrem média em 16 sessões.

Tanto a terapia cognitivo-comportamental como a terapia racional emotiva se apresentam como custo efectivo no tratamento da depressão face a terapia farmacológica. Estes dois tipos de intervenção psicológica apresentam também custo utilidade permitindo uma redução dos gastos (Sava, Yates, Lupu, Szentagotai & David, 2009).

Doentes com perturbações do humor ou ansiedade distribuídos aleatoriamente em intervenções de 8 sessões de psicoterapia de grupo utilizavam significativamente menos recursos de saúde do que os doentes do grupo de controlo. No primeiro caso os custos da psicoterapia pode ser recuperados dentro de 6 meses (Guthrie, Moorey, Margison, Barker, Palmer & McGrath, 1999).

A terapia cognitivo-comportamental tem sido muito estudada e testada, sendo essa uma das razões apontadas para que seja esta a intervenção utilizada na maioria das análises de custo-efectividade. Não se encontram estudos que comparam o custo-efectividade ou desenvolvam análises de custo-benefício entre intervenções psicológicas.

A intervenção cognitivo-comportamental deve ser a primeira linha de intervenção em crianças e adolescentes com depressões major.

O NICE desenvolveu guidelines que indicam a terapia cognitivo-comportamental como opção de tratamento para a depressão e ansiedade.

Impacto da intervenção psicológica na redução dos custos, por patologia

As patologias com maior peso na despesa dos serviços de saúde são a patologia cardiovascular e músculo-esquelética (Canadian Psychological Association, 2002).

- A intervenção psicológica é reconhecida por ser eficaz na minimização dos impactos destas patologias tanto nível do tratamento, recuperação/reabilitação como da própria prevenção (Canadian Psychological Association, 2002).

A intervenção psicológica nas situações de doença cardiovascular permite uma redução do risco de mortalidade, do risco de re-ocorrências de eventos cardíacos fatais.

DOENÇA CARDIOVASCULAR

Uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados com intervenções na reabilitação de doença cardíaca permitiu verificar uma redução do risco de mortalidade e de re-ocorrência de eventos de 70 a 84% no fim dos 2 primeiros anos para os doentes que foram alvo de intervenção psicológica, principalmente comportamental (Linden, Stossel & Maurice, 1996; Carlson & Bultz, 2003).

Intervenções psicológicas na reabilitação cardíaca reduzem o risco de eventos fatais e não fatais em cerca 30 a 50% (Department of Psychology Clinical Support Services, sem data).

Nos doentes com insuficiência cardíaca, a intervenção psicológica dirigida à gestão de stress está associada a uma redução dos custos de saúde comparativamente à prestação de cuidados de saúde sem intervenção, tanto aos 2 como aos 5 anos de follow up (Blumenthal et al., 2002; Department of Psychology Clinical Support Services, sem data).

Um estudo desenvolvido com doentes cardíacos permitiu verificar que a intervenção psicológica pode reduzir o risco de futuros eventos cardíacos até cerca de 75% quando comparados com doentes submetidos a tratamento normal (Blumenthal et al. 1997).

- Neste estudo foi analisada uma amostra de 107 doentes com doença cardíaca divididos aleatoriamente por 3 grupos de intervenção

(cuidados habituais; exercício; gestão de stress) com follow up aos 5 anos para os seguintes eventos clínicos: enfarte agudo do miocárdio, bypass, angioplastia.

- A intervenção centrada na gestão de stress demonstrou ter capacidade para provocar uma diferença significativa face aos outros 2 grupos: apenas 10% sofreram os referidos eventos, face a 21% dos doentes do grupo de exercício físico e 30% dos doentes que estavam inseridos no grupo de tratamento habitual.

DOENÇA ONCOLÓGICA

A doença oncológica tem aumentado significativamente e verifica-se que em todos os estádios de todos os tipos de cancro os doentes sofrem uma elevada pressão emocional, stress e ansiedade como consequência da doença e do tratamento (Carlson & Bultz, 2003).

A intervenção psicológica ajuda os doentes e familiares a confrontarem-se adaptativamente com a doença reduzindo o mal-estar (Carlson & Bultz, 2003).

A intervenção psicológica é um aspecto importante do modelo de cuidados/tratamento da doença oncológica apresentando uma melhoria ao nível do custo-efectividade dos tratamentos. Para além da poupança imediata a intervenção psicológica permite uma poupança a longo prazo (Carlson & Bultz, 2004).

- A intervenção psicológica permite uma poupança para os serviços de saúde através de uma redução directa nas despesas/custos dos serviços de saúde.

- Redução das queixas relacionadas com dores de cabeça, náuseas e vómitos associados aos tratamentos oncológicos.

Os doentes oncológicos apresentam-se vulneráveis a sentimentos de pressão emocional, stress e ansiedade.

A intervenção psicológica permite uma redução directa nas despesas dos serviços de saúde, na medida em que permite uma redução dos sintomas.

A intervenção psicológica, em doentes oncológicos, permite reduzir a sintomatologia física e o número de deslocações ao médico.

Um estudo experimental com doentes com cancro da próstata comparou dois grupos (um grupo alvo de intervenção psicológica baseada na terapia narrativa segundo o modelo de Pennebaker e um grupo de controlo alvo de tratamento normal) relativamente a: utilização de cuidados de saúde e número de contactos médicos (Rosenberg, Rosenberg, Ernstroff, Wolford, Amdur & Elshamy, 2002).

- Os homens do grupo de intervenção psicológica manifestaram melhor estado psicológico e menos sintomas físicos (particularmente dor). Para além disso, os contactos médicos diminuíram de 10 para 4,4 no grupo de intervenção, enquanto permaneceram estáveis no grupo de controlo: cerca de 8 contactos ao longo de 6 meses.

Simpson, Carlson e Trew, (2001) desenvolveram um estudo comparativo com doentes com cancro da mama com o objectivo de avaliar se a participação numa intervenção cognitivo-comportamental se traduzia numa melhoria de funcionamento psicológico e numa redução dos custos com a saúde.

- Os doentes foram divididos em dois grupos: grupo de controlo e grupo de intervenção cognitivo comportamental em grupo. Ambos receberam apoio psicossocial habitual naquele serviço de saúde, sendo que o grupo de intervenção recebeu adicionalmente intervenção cognitiva-comportamental semanal (sessões semanais de 90 minutos durante 6 semanas). Todos foram avaliados nas seguintes variáveis: sintomas psiquiátricos, humor, depressão e estratégias de coping em 4 momentos: pré-intervenção, pós-intervenção; ao fim de 1 e de 2 anos. Os custos com a saúde, após dois anos, foram calculados a partir de relatórios de contas.

- Os resultados obtidos demonstram que as mulheres do grupo de intervenção apresentam menos depressão e menos perturbações psicológicas, melhor qualidade de vida e menos sintomas psiqui-

átricos que o grupo de controlo. Estes resultados verificaram-se tanto no primeiro momento pós-intervenção mantendo-se na avaliação realizada ao fim de 2 anos.

- Relativamente aos custos com os cuidados prestados verificou-se uma redução de 23,5% dos custos por pessoa no grupo de intervenção face ao grupo de controlo (uma média de menos 147 dólares, ou seja, cerca de 104 euros por pessoa).

ARTRITE REUMATÓIDE

No caso de artrite reumatóide os programas de auto-gestão da doença (gestão da doença e controlo da dor) apresentam uma elevada capacidade de poupança nos custos do sistema de saúde, na medida em que diminuem a utilização de recursos de saúde (diminuição da dor está associada a uma redução no consumo de medicamentos e uma diminuição das idas ao médico) (Lorig, Mazonson & Holman, 1993; Sobel, 1995).

- Nestes casos os pacientes que participaram nestes estudos referiram uma redução de 19% de dor e de 43% nas consultas médicas (Lorig et al., 1993).

DOR CRÓNICA

Programas de natureza comportamental (10 sessões) desenvolvidos com doentes com dor crónica, seguidos em contexto de CSP, indicam uma redução de 36% na procura de cuidados de saúde no fim do 1º e 2º ano após o programa de intervenção. A evidência apresenta ainda uma redução no consumo de medicamentos (Sobel, 1995).

A intervenção psicológica em situações clínicas de artrite reumatóide permite uma poupança dos custos do serviço de saúde, através da redução de queixas de dor e de consultas médicas.

DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO

A terapia cognitiva comportamental permite ter ganhos adicionais e melhorias maiores para a saúde dos indivíduos do que a utilização isolada da terapêutica mebeverina (Reme, Kennedy, Jones, Darnley & Chalder, 2010).

- O comportamento de procura de cuidados de saúde medido pela utilização de cuidados de saúde estava correlacionado com a depressão em doentes com doença inflamatória do intestino e dor crónica (de Boer, Sprangers, Bartelsman & de Haes, 1998; Jensen, Turner & Romano, 1994).

Impacto da intervenção psicológica na saúde em geral

Um estudo realizado em Portugal sobre a efectividade da psicoterapia permitiu concluir que 28% da amostra estudada recorreu a profissionais de ajuda, nomeadamente ao médico de família (39,1%), seguindo-se o psiquiatra (29,6%) e médicos de outras especialidades (27,7%). Os Psicólogos surgem em 4º lugar, sendo consultados apenas em 14,9% das situações (Vasco, Santos & Silva, 2003).

- Os resultados encontrados permitem verificar que a maioria dos consumidores afirma ter melhorado e estar satisfeita com a intervenção psicológica desenvolvida, quando esta pressupõe terapia verbal.

A maioria dos participantes refere ter melhorado e estar satisfeita com a intervenção psicológica.

- A intervenção baseada em psicofármacos está associada a piores índices de melhoria percebida e de satisfação.

- A melhoria do estado emocional geral é encontrada em 80% dos casos seguidos por psicólogos. Este valor é semelhante ao obtido por psiquiatras. A melhoria do estado emocional é menos referida quando o apoio é fornecido pelo médico de família (50,4%).

Outro estudo português sobre a realidade do Centro de Saúde de São João (CSSJ) no que se refere ao consumo de benzodiazepinas apontou para a existência de um consumo exagerado destes psicofármacos. Nas principais conclusões os autores salientam a necessidade de informação do utente sobre as alternativas às benzodiazepinas, nomeadamente a intervenção psicológica em perturbações psicológicas. Grande parte dos participantes deste estudo manifesta intenção ou vontade de solicitar apoio psicológico. Este estudo aponta ainda a percentagem de sujeitos que beneficia deste apoio seja reduzida (Ricou, Duarte, Lopes, Canário & Correia, in press).

A intervenção psicológica tem potencial para contribuir para a redução dos gastos a nível dos CSP e Cuidados Hospitalares: programas de reabilitação em doenças crónicas (DCV; artrite reumatóide; cancro; dor crónica); adesão à medicação; diagnóstico e tratamento de perturba-

A intervenção psicológica contribui para a redução dos gastos tanto a nível dos CSP como hospitalares.

ções psicossomáticas; preparação para cirurgia e MCDT (controlo da ansiedade); cessação tabágica e alterações de estilos de vida pouco saudáveis são alguns dos exemplos onde a intervenção psicológica tem apresentado capacidade para contribuir para a redução dos gastos com a doença (Groth-Marnat & Edkins, 1996).

A intervenção psicológica permite uma maior adesão à terapêutica, facilita a alteração de estilos de vida pouco saudáveis.

A evidência sugere que a intervenção psicológica tem um papel relevante na promoção de adesão dos doentes a esquemas e programas terapêuticos complexos (Department of Psychology Clinical Support Services, 2011b):

- No caso da diabetes os estudos indicam que apenas 7% dos doentes aderem completamente ao programa terapêutico. Este aspecto é prejudicial pois agrava o risco de doença cardiovascular, insuficiência renal, amputações dos membros e cegueira.

- No caso da hipertensão os estudos referem que 50% dos doentes abandona a terapêutica oral no fim do 1º ano. A hipertensão não controlada aumenta o risco de co-morbilidades, nomeadamente acidente vascular cerebral (AVC) e enfarte agudo do miocárdio (EAM). Além disso a hipertensão é uma das principais causas de procura de cuidados saúde primários entre os 35 e 64 anos (Burke et al, 1997 cit in Department of Psychology Clinical Support Services, sem data).

A intervenção psicológica permite uma redução do consumo de recursos de saúde, em várias patologias tais como a doença cardíaca, hipertensão, diabetes, cancro, dor crónica.

As investigações apontam a efectividade das intervenções psicológicas na redução dos custos da saúde (consumo de recursos de saúde: número de consultas; facilidade na gestão da doença; maior adesão à medicação) em várias patologias: doença cardíaca; hipertensão; cancro e dor crónica (Hunsley, 2002a).

A intervenção psicológica individual ou em grupo desenvolvida nos serviços de saúde apresenta-se como custo-efectiva para as seguintes patologias: cancro; depressão no adulto; depressão da criança e dos jovens; rastreios de doença mental, ideação suicida e depressão (Vos, Carter, Barendregt, Mihapoulos, Veerman & Magnus, 2010).

Um estudo experimental desenvolvido no Hawai com 2 grupos de doentes crónicos com várias patologias (diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crónica) e consumidores que sobre-utilizavam os cuidados permitiu obter melhorias na saúde dos doentes e em simultâneo uma redução na utilização dos serviços de saúde. Neste estudo os doentes foram divididos em grupo de controlo e grupo alvo de programa de intervenção psicológica breve (alívio do stress) (Carlson & Bultz, 2003; Department of Psychology Clinical Support Services, 2011a; Pallak, Cummings, Dorken & Henke, 1994).

- Os resultados permitiram verificar uma redução nos custos e na utilização dos serviços de saúde que varia entre os 23 e os 40%.

- No fim de um período de 18 meses verificou-se uma diferença de cerca de 44% de gastos de saúde entre os dois grupos, tendo os custos com a intervenção sido recuperados num intervalo entre os 6 e os 24 meses.

O tabagismo, obesidade e manutenção de um estilo de vida sedentário são factores de risco para um conjunto de patologias, levando ao consumo de uma elevada percentagem de recursos de saúde. As intervenções psicológicas dirigidas à mudança de hábitos, prevenção da recaída e estilos de vida desadequados são essenciais à promoção da saúde e prevenção da doença (Department of Psychology Clinical Support Services, 2011).

- Existem evidências sobre a efectividade da Psicologia em diferentes patologias e perturbações (Chambless & Ollendick, 2001; Nathan & Gorman, 1998; Roth & Fonagy, 1996; U. K. Department of Health, 2001 cit in Hunsley, 2002b):

- Doenças crónicas, algumas difíceis de gerir e controlar: diabetes; doenças cardiovasculares; artrite reumatóide.

- Ansiedades, depressões, fobias pânico, perturbações alimentares, consumo de substâncias.

A intervenção psicológica facilita mudança de hábitos, a prevenção da recaída e a mudança de estilos de vida desadequados.

Súmula dos principais resultados

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Utilização de cuidados de saúde.	<p>Redução, em média, de quase uma consulta de medicina geral e familiar;</p> <p>Redução em 50% do número de consultas médicas;</p> <p>Redução de 45,3% a deslocação às urgências;</p> <p>Redução de 31,2% os contactos telefónicos;</p> <p>Redução de 47,1% nas idas ao médico;</p> <p>Redução de 40% na procura de consultas com o médico de família;</p> <p>Redução de 48,6% nas idas ao médico;</p> <p>Redução de 43% nas consultas médicas;</p> <p>Redução de 45,3% nas deslocações à urgência;</p> <p>Redução de 66,7% na frequência de hospitalização;</p> <p>Redução de 7,2% (após psicoterapia em situações agudas de doença);</p> <p>Poupança de 20 a 30% nos custos devido a redução da utilização de cuidados;</p> <p>Redução de cuidados entre 10 a 33%.</p>	<p>Consulta psicológica;</p> <p>Intervenções psicoterapêuticas breves;</p> <p>Terapias cognitivo-comportamentais.</p>	<p>Hespanhol et al, in press;</p> <p>Golden, 1997;</p> <p>Hunsley, 2002a;</p> <p>Hunsley, 2002b;</p> <p>Chiles et al, 1999;</p> <p>Lechnyr, 1993;</p> <p>Pallak et al., 1994;</p> <p>Sobel, 2000a;</p> <p>Sobel 2000b;</p> <p>Carlson e Bultz, 2003;</p> <p>Lane, 1998;</p> <p>Lorig et al, 1993;</p> <p>Carlson & Bultz, 2003.</p>

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Prescrição terapêutica.	<p>Redução de 48,6% nas prescrições terapêuticas;</p> <p>Redução de 4% nas prescrições terapêuticas;</p> <p>Parece existir um consumo exagerado de benzodiazepinas, sendo fundamental informar o utente sobre as alternativas existentes.</p>	<p>Intervenções psicoterapêuticas breves;</p> <p>Terapias cognitivo-comportamentais.</p>	<p>Hunsley, 2002a;</p> <p>Sobel, 2000a;</p> <p>Sobel, 2000b;</p> <p>Carlson e Bultz, 2003;</p> <p>Ricou et al, in press.</p>

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Psicoterapia e consulta psicológica.	<p>80% dos casos seguidos por psicólogos manifestam uma melhoria do estado emocional geral;</p> <p>A maioria dos participantes refere ter melhorado com a psicoterapia e estar satisfeita com a intervenção desenvolvida;</p> <p>Os participantes em estudos que consomem psicofármacos manifestam intenção de solicitar apoio psicológico.</p>	<p>Intervenções psicoterapêuticas breves;</p> <p>Terapias cognitivo-comportamentais.</p>	<p>Vasco et al, 2003;</p> <p>Ricou et al., in press.</p>

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Depressão (criança, jovem e adulto; rastreios e diagnóstico precoce; suicídio).	<p>Intervenção psicológica tem maior custo-efectividade que o tratamento farmacológico;</p> <p>Redução de recaídas; prevenção de novos episódios;</p> <p>Aumento de 4% na taxa emprego; redução de ausências de 3 dias por ano por trabalhador;</p> <p>Dois meses a menos de pagamento de subsídios ou reduções fiscais associadas a doença;</p> <p>Redução do número de consultas dos médicos de família;</p> <p>Redução do número de psicofármacos;</p> <p>Redução do custo de prescrição;</p> <p>Redução da referenciação dos utentes;</p> <p>Redução do suicídio;</p> <p>Maior número de DALY.</p>	<p>Intervenção psicológica individual ou em grupo;</p> <p>Terapias cognitivo-comportamentais (breves > 16 sessões);</p> <p>Terapia Cognitivo Comportamental 1ª linha de intervenção no tratamento da depressão em crianças e adolescentes.</p>	<p>Vos et al., 2010;</p> <p>Layard, 2005;</p> <p>Layard et al. 2006;</p> <p>Layard, 2006a;</p> <p>Layard, 2006b;</p> <p>Layard et al., 2007;</p> <p>Hunsley, 2002a;</p> <p>Nathan e Gorman, 1998;</p> <p>Chambless e Ollendick, 2001;</p> <p>Roth e Fonagy, 1996;</p> <p>U. K. Department of Health, 2001;</p> <p>Harkness e Bower, 2010;</p> <p>Carlson e Bultz, 2003;</p> <p>Vos et al.,2005;</p> <p>Haby et al., 2004;</p> <p>Heuzenroeder et al. 2004.</p>

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Ansiedade generalizada, fobias, pânico.	<p>Terapia cognitivo-comportamental e terapia farmacológica têm efectividade comparável;</p> <p>Custos estimados da intervenção psicológica são cerca de 10% a 50% inferiores aos tratamentos farmacológicos;</p> <p>Maior número de DALY;</p> <p>Maior adesão à medicação;</p> <p>Redução na procura de cuidados mais evidentes ao fim de 2 anos.</p>	Terapia cognitivo-comportamental.	<p>Hunsley, 2002a;</p> <p>Nathan e Gorman, 1998;</p> <p>Chambless e Ollendick, 2001;</p> <p>U. K. Department of Health, 2001;</p> <p>Hunsley, 2002b;</p> <p>Heuzenroeder et al., 2004;</p> <p>Hunsley, 2003;</p> <p>Vos, et al 2005;</p> <p>Layard, 2005;</p> <p>Layard, 2006a;</p> <p>Layard, 2006b;</p> <p>Layard, 2006c.</p>

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Doenças crónicas em geral (diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crónica; doença músculo-esquelética).	<p>Redução na utilização dos serviços de saúde;</p> <p>No fim de 18 meses redução de 44% nos gastos de saúde; os custos da intervenção foram recuperados ao fim de 6 meses;</p> <p>Redução da mortalidade, morbilidade;</p> <p>Redução da utilização de cuidados;</p> <p>Redução de internamentos hospitalares;</p> <p>Redução de 0,8 nas noites passadas no hospital;</p> <p>O custo poupado por doente chega a ser 10 vezes maior que o custo da intervenção psicológica.</p>	<p>Programas de reabilitação;</p> <p>Controlo da ansiedade;</p> <p>Cessaçao tabágica;</p> <p>Alteração de estilo de vida;</p> <p>Intervenções que poderão estar centradas em: transmissão de informação (psico-educação);</p> <p>Treino de relaxamento e respiração;</p> <p>Apoio emocional;</p> <p>Intervenções comportamentais.</p>	<p>Groth-Marnat e Edkins, 1996;</p> <p>Carlson e Bultz, 2003;</p> <p>Pallak et al., 1994</p> <p>Department of Psychology Clinical Support Services, 2011;</p> <p>Mendelson, 1984;</p> <p>Sobel, 1995;</p> <p>Sobel, 2000b;</p> <p>Hunsley, 2002a;</p> <p>Hunsley, 2002b;</p> <p>Lorig et al., 1999;</p> <p>Chiles et al., 1999.</p>

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Doença Cardiovascular.	<p>Redução da utilização de cuidados;</p> <p>Redução dos internamentos;</p> <p>Redução da re-ocorrência de eventos entre 70 a 84% ao fim dos primeiros 2 anos;</p> <p>Redução do risco de mortalidade;</p> <p>Redução do risco de eventos fatais e não fatais em cerca de 30 a 50%;</p> <p>Redução dos custos com a saúde tanto aos 2 como aos 5 anos (gestão do stress);</p> <p>Redução até 75% de re-ocorrência de eventos cardíacos.</p>	<p>Intervenção comportamental;</p> <p>Gestão do stress.</p>	<p>Canadian Psychological Association, 2002);</p> <p>Groth-Marnat e Edkins, 1996;</p> <p>Linden et al., 1996;</p> <p>Department of Psychology Clinical Support Services, sem data;</p> <p>Blumenthal et al., 1997;</p> <p>Sobel, 2000b.</p>

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Doença Oncológica.	<p>Redução dos internamentos;</p> <p>Redução dos contactos médicos de 10 para 4,4 ao longo de 6 meses;</p> <p>Poupança a longo prazo;</p> <p>Redução de 23,5% nos custos dos cuidados de saúde nos 2 anos seguintes.</p>	<p>Terapia cognitivo-comportamental;</p> <p>Apoio emocional.</p>	<p>Hunsley, 2002a;</p> <p>Simpson et al., 2001;</p> <p>Hunsley, 2002b;</p> <p>Rosenberg et al., 2002</p> <p>Chiles et al, 1999;</p> <p>Carlson e Bultz, 2003;</p> <p>Carlson e Bultz, 2004;</p> <p>Brown e Harris, 1978.</p>

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Artrite Reumatóide.	<p>Diminuição da utilização de recursos: consultas e consumo de fármacos;</p> <p>Redução de 19% na dor e de 43% nas consultas médicas.</p>	<p>Programas de auto-gestão da doença.</p>	<p>Sobel, 1995;</p> <p>Carlson e Bultz, 2003.</p>

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Dor Crónica.	Redução de 36% na procura de cuidados de saúde no fim do 1º e 2º anos (CSP); Redução do consumo de medicamentos.	Intervenção comportamental (10 sessões).	Sobel, 1995.

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Doença Inflamatória do Intestino.	Melhora a saúde do indivíduo; Aumento da procura de cuidados está relacionado com a depressão.	Terapia cognitivo-comportamental.	Reme et al., 2010; de Boer et al., 1998; Carlson e Bultz, 2003; Jensen et al., 1994.

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Bebés prematuros.	Aumento rápido do peso; Alta hospitalar cerca de 5 a 6 dias mais cedo.	Intervenção precoce.	Sobel, 2000b.

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Cessação tabágica; redução do peso; consumo de álcool, alteração de estilos de vida, perturbações alimentares.	Redução do consumo e alteração dos estilos de vida.	Terapia cognitivo-comportamental.	Nathan e Gorman, 1998; Chambless e Ollendick, 2001; Roth e Fonagy, 1996; U. K. Department of Health, 2001; Hunsley, 2002b.

TEMÁTICA	POUPANÇA ANALISADA	INTERVENÇÃO	BIBLIOGRAFIA
Preparação da cirurgia ou exames complexos.	<p>Redução dos dias de internamento até 1,5 noites;</p> <p>Redução média da duração do internamento de 77,9%;</p> <p>Redução da procura de cuidados (urgência e consulta de ambulatório);</p> <p>Redução das hemorragias;</p> <p>Redução da taxa de cesarianas.</p>	Terapia cognitivo-comportamental.	<p>Dreher, 1998;</p> <p>Carlson e Bultz, 2003;</p> <p>Sobel, 2000a;</p> <p>Sobel, 2000b;</p> <p>Groth-Marnat e Edkins, 1996;</p> <p>Hunsley, 2002b.</p>

Caracterização do consumo de psicofármacos: evolução do consumo 2000/2009

O Infarmed realizou uma análise da evolução do consumo de psicofármacos de 2000 a 2009 de onde se extraem alguns aspectos de relevância sobre o tema em questão (Furtado et al., 2010). Este estudo refere-se apenas aos psicofármacos comparticipados pelo SNS, sem inclusão dos subsistemas de saúde ou consumo hospitalar.

Não foi desenvolvida uma análise que associasse o consumo destes medicamentos ao diagnóstico precedente, não sendo por isso possível analisar a qualidade/adequação da prescrição.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Verifica-se um aumento do consumo de psicofármacos com reflexo num aumento de mais 100% na despesa com estes medicamentos.

O aumento da despesa com os psicofármacos no preço de venda ao público (PVP) (119%) deve-se não só a um maior consumo, mas também à utilização de novas substâncias activas para as quais não existem genéricos comercializados.

Os encargos dos utentes mantiveram-se constantes entre 2000-2009, mas houve um aumento elevado dos encargos do SNS (213%), decorrente da eliminação das restrições na prescrição de medicamentos antipsicóticos e antidepressores no âmbito do regime especial de comparticipação (Portaria n.º 543/2001, de 30 de Maio). Em 2007 ocorreu um decréscimo dos encargos do SNS como consequência da redução dos níveis de comparticipação, mas a taxa média de comparticipação volta a aumentar em 2008 e 2009. O aumento de 2009 pode dever-se à comparticipação a 100% dos medicamentos genéricos aos pensionistas.

O consumo acentuado de psicofármacos pode indicar que os tratamentos são mais prolongados do que o indicado e que podem estar a ser utilizados em situações para as quais não estão indicados.

- Os valores elevados e o aumento continuado do consumo pode significar que os tratamentos são mais prolongados do que o indicado e que estão a ser utilizados em indicações terapêuticas para os quais não estão aconselhados.

De 2000 a 2009 verifica-se um aumento de consumo de doses diárias de psicofármacos por 1000 habitantes dia (DHD) o que reflecte um aumento da utilização (52%), sendo mais evidente nos antidepressores e antipsicóticos.

Em 2009 verificou-se um aumento de 52% na utilização de psicofármacos, sobretudo antidepressores e antipsicóticos.

Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos

As recomendações internacionais para o tratamento da ansiedade generalizada referem que as benzodiazepinas não devem ser utilizadas por períodos superiores a 4 semanas. As benzodiazepinas podem também ser utilizadas como relaxantes musculares e como anti-epilépticos (ex. Clonazepam).

- O tratamento da depressão depende da gravidade e do estágio da doença. Em caso de depressão ligeira o aconselhamento psicológico pode ser suficiente. Nos casos de depressão moderada a severa a utilização de antidepressivos pode ser necessária.

Despesa global com psicofármacos

Crescimento da despesa a nível de Preço de Venda ao Público (PVP) (119%) e dos encargos suportados pelo SNS (213%), embora sem agravamento dos encargos para os utentes.

- Crescimento de antipsicóticos e antidepressores desencadeou um crescimento acentuado dos encargos do SNS em 2001 e 2002, decorrente do alargamento do regime especial de prescrição a todos os médicos, independentemente da especialidade.

Evolução do consumo

Verificou-se no período em estudo (2000-2009) uma diminuição de 7% nos encargos do SNS (com as ansiolíticos, sedativos e hipnóticos), sendo o valor em 2009 de aproximadamente 22 milhões de euros. Esta redução está associada á redução das comparticipações.

Entre 2000 e 2009 verificou-se um aumento acentuado na utilização de Sertralina e do Escitalopram.

- No ano 2000 a Fluoxetina era a substância com maior consumo no ambulatório do SNS. No entanto, entre o período de 2000 a 2009 verificou-se um aumento acentuado da utilização da Sertralina e do Escitalopram, os quais foram responsáveis por cerca de 55% do crescimento deste subgrupo terapêutico no período em estudo.

- Verificou-se que os encargos do SNS apresentaram um crescimento de 189% no período 2000-2009 e o principal responsável por esta variação foi o Escitalopram, seguido da Sertralina e Venlafaxina.

O consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos no SNS manteve uma tendência de crescimento (11%) no período em análise e apresentou em 2009 um nível bastante elevado de cerca de 101 DDD por 1000 habitantes dia.

Em 2009 verificou-se que o consumo de antidepressivos quase triplicou passando de 26DHD (ano 2000) para 72 DHD.

- Os antidepressivos apresentaram um crescimento acentuado (177%) no período em estudo, tendo o nível de utilização passado de 26 DHD em 2000 para 72 DHD em 2009 (quase o triplo).

- O aumento de consumo está associado a um aumento da prescrição que, por sua vez, parece estar associado à alteração legislativa que permite a prescrição a todos os médicos (especialistas e não especialistas).

Antipsicóticos

Os antipsicóticos apresentavam no ano 2000 um consumo de 5 DDD por 1000 habitantes dia e no ano de 2009 um valor de 12 DDD por 1000 habitantes dia, o que representa um aumento aproximado de 140%.

Argumentos utilizados pelo SNS para o aumento de consumo

Alargamento do regime especial de comparticipação destes medicamentos, prescritos por patologia independentemente da especialidade do prescriptor quando anteriormente a prescrição apenas poderia ser efectuada por um psiquiatra ou neurologista (Portaria n.º 543/2001).

Conclusões do Relatório do Infarmed

Crescimento da utilização e da despesa com ansiolíticos, antidepressores e antipsicóticos.

- Aumento pode dever-se a uma utilização mais prolongada destes fármacos, a novos utilizadores devido a uma melhor taxa de diagnóstico, maior acessibilidade aos medicamentos ou utilização mais alargada devido à introdução de novas indicações terapêuticas.
- O aumento da despesa com estes fármacos deve-se não só a um maior consumo mas também à utilização de novas substâncias activas para as quais ainda não existem medicamentos genéricos.
- Os encargos dos utentes mantiveram-se constantes ao longo do período em estudo, mas houve em contrapartida um aumento elevado dos encargos do SNS, decorrente do alargamento do regime especial de comparticipação aos medicamentos antipsicóticos e antidepressores prescritos por médicos de outra especialidade.

Aumento da utilização de antipsicóticos tem sido generalizado na maioria dos países europeus. A literatura sobre a prescrição de antipsicóticos identifica quatro possíveis explicações:

- Aumento da prevalência de perturbações psicóticas, aumento da duração do tratamento, alargamento das indicações terapêuticas aprovadas para os antipsicóticos de segunda geração e o aumento da utilização sem prescrição ou indicação terapêutica⁵.

A literatura sobre prescrição de antipsicóticos permitiu verificar que nos estudos em que foi possível identificar o diagnóstico associado à prescrição, os antipsicóticos eram utilizados também em casos de demência, perturbações mentais, e nas crianças e adolescentes eram também prescritos para a hiperactividade e perturbações do comportamento.

⁵ Off-label no original.

O aumento do consumo de psicofármacos pode estar associado a um melhor diagnóstico e a uma maior acessibilidade aos medicamentos.

O elevado consumo de psicofármacos em Portugal foi realçado no International Narcotic Board.

Em Portugal os valores elevados e o aumento continuado do consumo de psicofármacos parece apontar para que os tratamentos se prolonguem no tempo.

- O facto de Portugal apresentar dos maiores níveis de utilização de benzodiazepinas a nível europeu veio realçado no relatório do International Narcotic Board aconselhando Portugal a analisar a prática actual no que concerne à prescrição e utilização de benzodiazepinas.

No tratamento das perturbações de pânico as benzodiazepinas estão associadas a resultados menos satisfatórios a longo prazo e não devem ser prescritas para esta indicação. Os antidepressivos são considerados pelo NICE como sendo a única intervenção farmacológica que deve ser utilizada no tratamento a longo prazo da perturbação de pânico.

Na ansiedade generalizada o tratamento deve centrar-se na intervenção psicológica.

Na ansiedade generalizada o tratamento deve incidir na intervenção psicológica. Em caso de opção pela intervenção farmacológica podem ser prescritas benzodiazepinas as quais não devem ser utilizadas neste caso por um período superior a 2-4 semanas. Também podem ser prescritos anti-histamínicos com acção sedativa. Os antidepressivos são a única intervenção farmacológica que pode ser utilizada no tratamento a longo prazo da ansiedade generalizada.

- Parece existir uma utilização excessiva de benzodiazepinas, as quais só são recomendadas por períodos limitados no tempo.

- Os antipsicóticos podem estar a ser utilizados em indicações terapêuticas para as quais não estão aprovados, à semelhança do que se verifica noutros países.

-
- Não foi avaliada a qualidade da prescrição, porque não associaram a prescrição ao diagnóstico que deu origem ao consumo.
 - Não é possível diferenciar a população que está a tomar apenas um psicofármaco daquela que está a tomar dois ou mais.
 - Não foi identificado a percentagem destes fármacos que foram prescritos por especialistas e clínicos gerais.

Outros dados sobre o consumo de psicofármacos

A meta estabelecida no PNS 2004-2010 para o consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório previa uma redução de 20% (Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde, 2010).

O consumo de psicofármacos apresentou um crescimento na ordem dos 25,3% entre 2004 e 2009.

-

- Verificou-se que o consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório (DDD/1000 hab dia) evoluiu de 129,5 em 2004 para 162,23 em 2009. Este aspecto representa um crescimento de 25,3%.

- O argumento utilizado para justificar este crescimento prende-se com a alteração das políticas de acesso ao medicamento que permitiram que todos os médicos independentemente da especialidade tenham a possibilidade de prescrever este tipo de medicamentos.

A OCDE num relatório sobre a performance dos sistemas de saúde aponta para existência de um consumo de ansiolíticos muito superior à média dos restantes países. No caso dos antidepressivos o consumo é elevado embora não tão distante da média dos países da OCDE (OCDE, 2001).

Conclusão

Este relatório tinha como objectivo agregar um conjunto de evidência recente que indicasse o custo-efectividade da intervenção psicológica na redução da despesa no sector saúde.

De facto os estudos são consensuais em considerar as intervenções psicológicas, sobretudo as intervenções cognitivo-comportamentais (6 a 8 sessões) como custo-efectivas tanto nos cuidados de saúde primários como nos cuidados hospitalares. A intervenção cognitivo-comportamental permite reduzir os custos directos e indirectos com a saúde: a) a redução directa é obtida através da redução da procura e do consumo de serviços (nº de consultas; nº de dias de internamento; nº de idas às urgências), assim como do consumo de fármacos (nº de consumo de psicofármacos; maior adesão à terapêutica); b) enquanto a redução indirecta é obtida através de um aumento da produtividade, redução do absentismo por doença (nº de dias de baixa médica) e redução dos encargos do estado com os benefícios fiscais para os doentes ou outros benefícios associados a doença.

A terapia cognitivo-comportamental é das intervenções psicológicas que mais tem sido testada e avaliada, podendo ser essa umas das razões pelas quais surge com maior frequência nos estudos analisados.

Os estudos analisados sobre o custo-efectividade da intervenção psicológica referem-se a outros países, no entanto nada aponta para que a replicação em contexto português não permita obter as mesmas conclusões. Este aspecto aplica-se, sobretudo, aos estudos realizados em contexto inglês devido à similaridade entre o National Health System (NHS) e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português.

A efectividade da intervenção psicológica não é só evidente no âmbito da perturbação psicológica (ansiedade, perturbação mental), como também a nível de um conjunto de patologias crónicas e de factores de risco para determinadas. Neste sentido a intervenção psicológica constitui-se como um instrumento com potencialidade para contribuir para a melhoria da saúde da população, para contenção dos custos no sector e para a produtividade do país.

Infelizmente, as políticas de saúde têm ignorado os dados que aqui apresentamos e, conseqüentemente, não disponibilizam aos cidadãos formas de ajuda que não só são preferidas por estes como permitem a diminuição dos custos de intervenção e ganhos significativos de bem-estar. É tempo de nos apoiarmos naquilo que os estudos têm demonstrado de forma inequívoca, e começar a aplicar as soluções que são melhores para todos nós. No caso de Portugal, nem nos podemos queixar da falta de técnicos, dado que existem mais do que suficientes com formação para cobrir as necessidades. Resta encontrar a forma de utilizar as competências desenvolvidas pelos profissionais e pô-las ao serviço das necessidades identificadas. Num quadro de exigência de maior racionalidade na prestação de serviços ignorar estes factos é uma forma de desperdício insustentável para o país.

A Ordem dos Psicólogos Portugueses põe-se à disposição para colaborar com o Ministério da Saúde para encontrar as melhores formas de desenvolver soluções que permitam pôr em prática a intervenção psicológica alargada, com benefícios claros para os utilizadores. E fá-lo-emos promovendo a avaliação da intervenção, para que possamos continuar a demonstrar que a intervenção psicológica em saúde serve os objectivos de redução dos custos, mais saúde e maior bem-estar.

Referências Bibliográficas

Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde (2010). Evolução do Indicadores PNS 2004-2010.

Blumenthal, J.A., Jiang, W., Babyak, M.A., Krantz, D.S., Frid, D.J.; Coleman, R.E., Waugh, R.; Hanson, M., Appelbaum, M., O'Connor, C. & Morris, J.J. (1997). Stress management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia: effects on prognosis and evaluation of mechanisms. *Arch Intern Med.*;157:2213-2223.

Brown, G. & Harris, T. (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. (New York: The free Press ed.).

Canadian Psychological Association (2002). The Costeffectiveness of psychological interventions.

Carlson, L. & Bultz, B. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1.

Carlson, L. & Bultz, B. (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. *Psychooncology*, 13(12), 837-49.

Clark, D.M., Ehlers, A., McManus, F., Hackman, A., Fennell, M.J.V., Campbell, H. Flower, T., Davenport, C. & Louis, B. Cognitive therapy vs fluoxetine in generalized social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, 71, 1058-67.

Chambless, D.L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Chiles, JA., Lambert, M., & Hatch, A. (1999). The Impact of Psychological Interventions on Medical Cost Offset: A Metaanalytic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 204-220.

Cunningham AJ & Edmonds CV. (1996). Group psychological therapy for cancer patients: a point of view, and discussion of the hierarchy of options. *Int J Psychiatry Med*, 26:51-82.

de Boer AG, Sprangers MA, Bartelsman JF & de Haes HC (1998). Predictors of health care utilization in patients with inflammatory bowel disease: a longitudinal study *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 10:783-789.

Department of Psychology Clinical Support Services (sem data). Evidence-Based Psychological Therapy Fact Sheet Calgary Health Region.

Dreher H. (1998). Mind-body interventions for surgery: evidence and exigency. *Adv Mind-Body Med.*; 14:207-222.

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 Direcção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde.

Golden, G. A. (1997). Impact of psychotherapy: Does it affect frequency of visits to family physicians? *Canadian Family Physician*, 43, 1098-1102

Groth-Marnat, G. & Edkins, G. (1996). Professional psychologists in general health care settings: A review of the financial efficacy of direct treatment interventions. *Research and Practice*, Vol 27 (2), 161-174.

Guthrie E, Moorey J, Margison F, Barker H, Palmer S & McGrath G (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry*, 56:519-526.

Haby, MM., 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 N Z J Psychiatry*, 38 (8), 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. The Chocrane Collaboration.
- Hespanhol, AP, Veiga, A. & Ricou., M (in press). Consulta de Psicologia Clínica no Centro de Saúde São João: Assegurar Qualidade na perspectiva de Gestão. Revista Portuguesa de Psicossomática.
- Heuzenroeder L, Donnelly M, Haby MM, Mihalopoulos C, Rossell R, Carter R, Andrews G & Vos T. (2004). Costeffectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 38 (8), 602-12.
- Hunsley, J (2002a). Cost-effectiveness of Psychological Treatment. British Columbia Psychological Association.
- Hunsley, J. (2002b). The Cost-effectiveness of psychological interventions. Canadian Psychological Association: Ontario.
- Hunsley, J. (2003). Cost-Effectiveness and Medical Cost-Offset Considerations in Psychological Service Provision. *Canadian Psychology*, 44:1, 61-73.
- Inquérito Nacional de Saúde 2005/06.
- Jensen, MP, Turner, JA & Romano, JM (1994). Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain *J Consult Clin Psychol*, 62:172-179.
- Lane JS (1998). Medical cost offset: A Review of current research and practices. Wichita, KS: Preferred Mental Health Management.
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy Centre for Economic Performance. London School of Economics and Political Science.
- Layard, R. (2006a). LSE Depression Report urges choice of psychological therapy for all Mental Health Policy Group of the Centre for Economic Performance (CEP) at LSE.
- Layard, R (2006b). The case for psychological treatment centres. London School of Economics and Political Science.
- Layard, R., (2006c). THE DEPRESSION REPORT. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders.
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M. & Mayraz, G. (2006). Implementing the NICE guidelines for depression and anxiety. A cost-benefit analysis.
- Layard, D. (2005). Mental health: Britain's Biggest Social Problem? Paper presented at the No.10 Strategy Unit Seminar on Mental Health on 20th January 2005.
- Lechnyr, EAP Digest 1993. Medicaid patients with drug and alcohol problems who received targeted psychological.
- Linden W, Stossel C & Maurice J (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis *Arch Intern Med* 1996, 156:745-752.
- Lorig KR, Mazonson PD., & Holman HR (1993). Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum*, 36:439-446.

Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Stewart, AL., Brown, BW., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez VM., Laurent, DD. & Holman, HR. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care.*;37:5-14.

Mangalore, R. & Knapp, M. (2007). Cost of schizophrenia in England. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 10:23-41.

Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiter, H., Roberts, C., Hill, E., Wiersma, D., Bond, GR, Huxley, P. & Tyrer, P. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess*;5 (21).

Mendelson, G. (1984). Psychosocial factors and the management of physical illness: a contribution to the cost containment of medical care. *Aust N Z J Psychiatry.*, 18(3), 211-6.

Nathan, P.E. & Gorman, J. M. (Eds.). (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.

National Institute for Clinical Excellence, National Clinical Practice Guidelines (2005):
Depression, December 2005
Anxiety, December 2005
Post-traumatic stress disorder, March 2005.

OCDE (2010). *Health Care Systems: Efficiency & Policy Settings*.

Pallak MS, Cummings NA, Dorke H. & Henke, CJ (1994). Medical costs, Medicaid, and managed mental health treatment: the Hawaii study *Manag Care Q*, 2:64-70.

Relatório - Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2005. Ministério da Saúde.

Reme SE., Kennedy T., Jones R., Darnley S., & Chalder T. (2010). Predictors of treatment outcome after cognitive behavior therapy and antispasmodic treatment for patients with irritable bowel syndrome in primary care. *J Psychosom Res.*, 69 (5), 523-8.

Ricou, M., Duarte, I., Lopes, M., Canário, C. & Correia S (in press). *Saúde Mental, Acompanhamento Psicológico e Consumo de Benzodiazepinas nos Cuidados de Saúde Primários*.

Roth, A.D., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.

Rosenberg HJ, Rosenberg SD, Ernstoff MS, Wolford GL, Amdur RJ & Elshamy MR (2002). Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. *Int J Psychiatry Med*, 32:37-53.

Sava, F., Yates, BT., 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.

Simon, G. & Katzelmick, D. (1997). Depression, use of medical services and cost-offset effects. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (4), 333-344.

Simpson, J. S. A., Carlson, L. E., & Trew, M. E. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Practice*, 9, 19-26.

Sobel, D. (1995). Rethinking Medicine: Improving Health Outcomes With Cost-Effective Psychosocial Interventions. *Psychosomatic Medicine*, 57, 234-244.

Sobel, D. (2000a). The cost-effectiveness of mind-body medicine interventions. *Prog Brain Res.*, 122, 393-412.

Sobel, D. (2000b). Mind Matters, Money Matters: The Costeffectiveness of Mind/Body Medicine. *JAMA*, 284 (13), 1075.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A & Mckee, M (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374, (9686), 315 - 323.

The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2006). *THE DEPRESSION REPORT. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders* The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group.

U. K. Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling: Evidence based clinical practice guidelines*. London: Author.

Vasco, AB., Santos, O., Silva, F (2003). *Psicoterapeuta Sim!: Eficácia, Efectividade e Psicoterapeutas (em Portugal)*. *Psicologia*, Vol XVII(2):485-95.

Vos, T., Carter, R., Barendregt, J., Mihapoulos, C., Veerman, L., Magnus, A., Cobiac, L., Bertram, M., & Wallace, S (2010). *Assessing Cost-Effectiveness in Prevention. (ACEPrevention): Final Report*. ACE-Prevention Team.

Vos, T., Corry, J., Haby, MM., Carter, R., & Andrews, G. (2005). Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy and drug interventions for major depression. *Aust N Z J Psychiatry*, 39 (8), 683-92.

Organização Mundial de Saúde, (2011). *Impact of economic crisis on mental health*. Copenhagen: WHO.

Organização Mundial de Saúde. International Consortium in Psychiatric Epidemiology, Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000: 78, 413-26.





ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES
Travessa da Trindade, N° 16, 5° A, 1200-469 LISBOA
Tel. +351 213 400 250/1 Fax. +351 213 400 259
info@ordemdospsicologos.pt

www.ordemdospsicologos.pt



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

www.ordemdospsicologos.pt