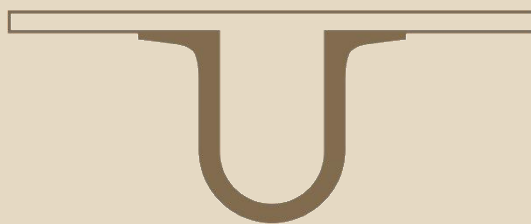




UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Marta Isabel Rodrigues Estrela

AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Dissertação no âmbito do Mestrado de Gestão e Economia da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e pela Professora Doutora Maria Teresa Herdeiro e apresentada Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Junho de 2019



• U

C •

FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Marta Isabel Rodrigues Estrela

Tese no âmbito do Mestrado de Gestão e Economia da Saúde orientada pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e pela Professora Doutora Maria Teresa Herdeiro e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Junho de 2019



UNIVERSIDADE D
COIMBRA



DEDICATÓRIA

"Se vi mais longe foi por estar de pé sobre ombros de gigantes."

- Isaac Newton

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

AGRADECIMENTOS

Antes de iniciar esta dissertação, gostaria de agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, coordenador do Mestrado e orientador da dissertação, pelo apoio incondicional, por todos os esclarecimentos ao longo deste trabalho e pelo aguçar da minha curiosidade em relação ao amplo tema que é a política em saúde e à saúde mental.

À Professora Doutora Maria Teresa Herdeiro, orientadora desta dissertação e professora na Licenciatura em Ciências Biomédicas, pela constante disponibilidade, pelo sentido crítico e por todos os incentivos. Agradeço ainda todas as aulas durante a Licenciatura em Ciências Biomédicas, que não só aumentaram o meu interesse no mundo da farmacologia e da saúde pública, mas também me permitiram evoluir enquanto estudante.

A todos os professores deste mestrado, sem exceção, pelo conhecimento que me transmitiram, pelas discussões dos mais variados temas durante as aulas e pela possibilidade que me deram em pensar fora da caixa e a abrir os meus horizontes.

A todos os professores da Licenciatura em Ciências Biomédicas que estimularam o meu espírito crítico, que me deram ferramentas importantíssimas para a redação da presente dissertação.

Ao Professor Doutor Miguel Xavier, ao Dr. Horácio Firmino e ao Dr. António Pires Preto, que se disponibilizaram para serem entrevistados no âmbito desta dissertação. Estas três personalidades permitiram, sem dúvida nenhuma, que a componente crítica deste trabalho fosse mais consistente e próxima da realidade.

À Fundação Tóquio que financiou o presente trabalho, através do programa Ryoichi Sasakawa Young Leaders Fellowship Fund (Sylff).

Aos dois grandes pilares da minha vida: À minha mãe, que desde que me viu nascer tem cuidado de mim como mais ninguém. Agradeço-lhe os ombros para chorar, os incentivos, a exigência, o carinho. Sem a minha mãe, nada seria. Devo-lhe tudo. À minha irmã, que teve de crescer depressa demais e se tornou uma segunda mãe aos doze anos. A ela

agradeço o altruísmo, todas as chamadas de atenção, todas as brincadeiras e todas as arrelias. Sou o que sou hoje devido à minha irmã. Estou-vos eternamente grata, e amar-vos-ei para sempre.

Ao meu pai, que mesmo não estando fisicamente presente porque a morte não o permitiu, fez de mim uma criança feliz e que certamente me acompanha nesta jornada.

Aos meus amigos, que longe ou perto me fizeram rir, ouviram os meus desabafos e partilharam as mesmas dores.

Ao meu cão, Nikkō, que embora tenha surgido recentemente, me animou como ninguém com a sua energia e lealdade. Às minhas caturras Yoshi, Micha, Kihiro e Tobi, que me ajudaram a descomprimir com as personalidades mais distintas e vincadas que vi em qualquer animal.

A todos aqueles que durante toda a minha vida se cruzaram comigo de alguma forma. Com todos aprendi algo que me fez ser a pessoa que sou.

Obrigada por me ajudarem a atingir este sonho e a subir mais um degrau naquela que espero ser uma grande escadaria.

RESUMO

A saúde mental tem sido uma das principais preocupações do século XXI. As doenças relacionadas com a saúde mental representam mais de 7% do impacto de todas as doenças no mundo e um terço do impacto na Europa, sendo das doenças não fatais com maior impacto no mundo. (Antunes et al., 2018)

Estudos sugerem que cerca de 5% da população em idade ativa é afetada por uma doença mental grave e 15% por uma doença mental comum, como transtornos depressivos e ansiosos. Além disso, a OCDE sugere que 50% da população sofrerá alguma doença mental em algum momento das suas vidas, resultando numa diminuição nas perspectivas de trabalho, produtividade e salários. (OECD, 2014)

Os dados portugueses de 2015 mostram que menos de 0,8% da despesa total para a Saúde é direcionada para os cuidados de Saúde mental, sendo um dos países com o financiamento mais baixo deste tipo de assistência da UE-27. Associando estes 0,8% ao facto de o Orçamento do Estado para a Saúde corresponder a menos de 10%, que também é inferior à média da OCDE, verifica-se que existe um subfinanciamento crónico dos cuidados de Saúde mental. (OCDE, 2017)

Outro problema está relacionado à grande lacuna em relação à acessibilidade para obter atendimento em tempo útil, tanto em termos de diagnóstico como de acompanhamento. Embora a prevalência de pacientes com transtornos mentais seja superior a 20%, menos de 10% dos pacientes registados nos cuidados de saúde primários têm registo de transtornos depressivos e ansiedade. Adicionalmente, apenas 35% dos pacientes com qualquer tipo de perturbação de humor tiveram uma consulta no ano de início da doença, correspondendo a um atraso médio de 5 anos, e apenas 37,8% daqueles com depressão major tinham algum tipo de tratamento no ano de início da doença, correspondendo a uma duração mediana de atraso de 4 anos. (DGS, 2015)

Além das dificuldades associadas às próprias doenças mentais, à falta de acessibilidade e ao subfinanciamento do sistema de saúde mental, um dos maiores problemas é o consumo excessivo de psicofármacos. As estatísticas da OCDE de 2015 mostram que o volume de vendas de ansiolíticos em ambulatório representou 2,2% de todos os medicamentos vendidos em Portugal, representando uma despesa de 54,9 M €, ficando em primeiro lugar

em comparação com todos os outros países da OCDE. Em termos de consumo de hipnóticos e sedativos, Portugal ficou em 7º lugar, com um volume de vendas de 0,8%, correspondente a 20,8M € de despesas. Relativamente aos antidepressivos, Portugal ficou em terceiro lugar, apenas superado pelo Canadá e Espanha, com um volume de vendas de 3,7%, associado a uma despesa de 92,9M €. (OECD, 2017)

Considerando os problemas acima mencionados, é crucial trabalhar para diminuir a incidência e a prevalência de transtornos mentais, melhorar o *empowerment* dos pacientes com a saúde mental, erradicar o estigma relacionado à saúde mental e reduzir o consumo de psicofármacos pela implementação de políticas que melhoram a acessibilidade ao diagnóstico precoce e outros tratamentos, como a psicoterapia.

PALAVRAS-CHAVE: *Saúde mental; Políticas de saúde mental; Psicofármacos; Depressão; Ansiedade; DGS; INFARMED; Plano Nacional de Saúde Mental*

ABSTRACT

Mental health has been a major concern of the 21st century. Mental health-related diseases account for more than 7% of the burden of all diseases in the world and one third of the burden in Europe, being the non-fatal diseases with the greatest impact all over the world. (Antunes et al., 2018)

Studies suggest that about 5% of the working-age population is affected by a serious mental illness and 15% by a common mental illness like depressive and anxiety disorders. In addition, OECD suggests that 50% of the population will experience some mental illness at some point in their lives, resulting in a decrease in work prospects, productivity and wages. (OECD, 2014)

Portuguese data from 2015 shows that less than 0,8% of the total expenditure for Health is directed to Mental Healthcare, being one of the countries with the lowest funding of this care of the EU-27. (eurostat, 2015) Associating these 0,8% to the fact that the State Budget for Health corresponds to less than 10%, which is also lower than the OECD average, it is visible there is a chronic underfinancing of Mental Health care. (OCDE, 2017)

Another problem is related to the large gap regarding accessibility to obtain care in a timely manner, both in terms of diagnosis and follow-up. Although the prevalence of patients with mental disorders exceeds 20%, less than 10% of patients registered in primary health care have a register of depressive disorders and anxiety. Linking these numbers to the fact that only 35% of patients with any type of Mood Disorder had an appointment in the year of disease onset, corresponding to a median delay of 5 years, and only 37,8% of those with Depression Major had any kind of treatment in the year of onset of the disease, corresponding to a median delay duration of 4 years. (DGS, 2015)

Besides the difficulties associated with the mental health diseases themselves, the lack of accessibility, and the underfinancing of mental healthcare system, one of the biggest problems is the excessive consumption of psycholeptics. OECD statistics from 2015 show that the volume of sales of anxiolytics in outpatient services accounted for 2,2% of all drugs sold in Portugal, representing an expenditure of 54,9 M€, ranking first in comparison to all other OECD countries. In terms of the consumption of hypnotics and

sedatives, Portugal was in 7th place, with a sales volume of 0,8%, corresponding to 20,8M€ of expenditure. Regarding antidepressants, Portugal was in third place, only surpassed by Canada and Spain, with sales volume standing at 3,7%, associated with an expense of 92,9M €. (OECD, 2017)

Considering the aforementioned problems, it's crucial to work in order to decline the incidence and prevalence of mental health disorders, improving the empowerment of mental health patients, eradicate stigma related to mental health, and reduce the consumption of psycholeptics by implementing innovative policies that improve the accessibility to early diagnosis and other treatments, such as psychotherapy.

KEYWORDS: *Mental health; Mental health policy; Psycholeptics; Depression; Anxiety; DGS; INFARMED; Plano Nacional de Saúde Mental*

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ATC Code - *Anatomical Therapeutic Chemical Code*

CESM - Comissão para o Estudo da Saúde mental

CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CZE – República Checa

DDD – Dose Diária Definida

DEU – Alemanha

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESP – Espanha

GABA – Ácido gama-aminobutírico

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

IBM SPSS - *International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences*

IMAO – Inibidores da monoamina oxidase

INFARMED, I. P. - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

ISL – Islândia

ISRS – Inibidores selectivos de recaptção de serotonina

JA MH-WB – *Joint Action for Mental Health and Well-being*

LUX – Luxemburgo

MHAP - Plano de Acção Global de Saúde mental

OCDE/OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde/*World Health Organization*

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PRT – Portugal

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SVK – Eslováquia

SWE - Suécia

YLD – *Years Lived with Disability*

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Prevalência de doenças mentais comuns no mundo

Tabela 2 - Tabela de correspondência entre a classificação ATC e a classificação farmacoterapêutica (Fonte: Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, 2014)

Tabela 3 - Análise descritiva dos dados de consumo e venda de psicofármacos na Europa (2000-2016)

Tabela 4 - Resultados obtidos através da análise de regressão linear

Tabela 5 - Análise descritiva dos dados de consumo de psicofármacos em Portugal

Tabela 6 - Resultados obtidos através da análise de regressão linear

Figura 1 - Impacto das doenças mentais e abuso de substâncias no mundo (Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017)

Figura 2-N05B - DDD consumidas (2000-2016)

Figura 3-N05B - % do total de vendas (2000-2016)

Figura 4-N05C - DDD consumidas (2000-2016)

Figura 5-N05C - % do total de vendas (2000-2016)

Figura 6-N06A - DDD consumidas (2000-2016)

Figura 7-N06A - % do total de vendas (2000-2016)

Figura 8 – Resultados da análise dos pressupostos para análise de regressão dos dados europeus

Figura 9 - Número de DDD dispensadas em Portugal Continental, no mercado participado do SNS, das ATC N05B, N05C e N06A

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

ÍNDICE

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract.....	ix
Lista de abreviaturas.....	xi
Lista de tabelas e figuras.....	xiii
1 Introdução	17
2 Revisão bibliográfica.....	18
2.1 A Saúde e a Doença Mental	18
2.2 As perturbações de humor.....	24
2.3 As perturbações de ansiedade.....	26
2.4 O tratamento das perturbações depressivas e de ansiedade	27
2.5 O consumo de psicofármacos	31
2.6 As políticas de saúde mental	33
2.6.1 As políticas de saúde mental em Portugal.....	38
3 Objetivos.....	43
4 Metodologia	44
4.1 Metodologia de pesquisa.....	44
4.2 Metodologia do estudo empírico	45
4.2.1 Análise de bases de dados e estudo estatístico	45
4.2.2 Realização de entrevistas	48
5 Resultados	49
5.1 Análise quantitativa – análise estatística das bases de dados	49
5.1.1 O consumo de psicofármacos na Europa	49
5.1.2 O consumo de psicofármacos em Portugal	57
5.2 Análise qualitativa: análise das entrevistas realizadas.....	60
6 Discussão	66
6.1 Consumo de psicofármacos na Europa.....	66

6.2	O consumo de psicofármacos em Portugal e as políticas de Saúde mental	68
6.3	Limitações do estudo	70
6.4	Pesquisas futuras	71
7	Conclusão.....	73
8	Bibliografia	74
9	Apêndices.....	81
9.1	Questões para entrevista	81
9.2	Entrevista Dr. Horácio Firmino, 22/04/2019, Hospital da Luz – Coimbra.....	82
9.3	Entrevista Dr. António Pires Preto, 11/04/2019, CHUC – Coimbra.....	86
9.4	Entrevista Professor Doutor Miguel Xavier, 08/05/2019	90
9.5	Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação.....	96

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação incidirá sobre as políticas de saúde mental associadas ao consumo excessivo de psicofármacos. O tema escolhido surge no seguimento dos relatórios divulgados pelo INFARMED e pela Direcção-Geral da Saúde relativamente ao contexto da saúde mental e ao consumo de medicamentos deste grupo fármaco-terapêutico, que retratam realidades preocupantes e ainda pouco aprofundadas de forma integrada.

Estima-se que, em 2030, as doenças depressivas unipolares sejam uma das principais causas de anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade a nível mundial, perdendo apenas para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sendo que em países com altos rendimentos, estas doenças constituem a 1ª causa. Em Portugal, a prevalência de doenças mentais de período igual ou superior a 12 meses é de 21,0%, em especial a ansiedade e as perturbações de humor. (Norquist & Magruder, 2017)

Embora estas doenças sejam altamente tratáveis, verifica-se uma proporção alarmante de indivíduos com uma destas doenças mentais que ainda não são acompanhados por profissionais de saúde ou que não recebem tratamento adequado. Em Portugal, no que concerne ao tratamento adequado dos utentes com doença mental acompanhados por um médico de família, a percentagem daqueles que recebem tratamento adequado não ultrapassa os 34%. Adicionalmente, apenas 12,7% dos doentes com perturbações de ansiedade e 35,3% dos doentes com perturbações de humor recebem tratamento durante o 1º ano de manifestação da doença. Embora os ansiolíticos e antidepressores sejam indicados no tratamento destas doenças, apresentam um grande número de efeitos secundários e a sua prescrição é realizada com demasiada frequência. Adicionalmente, é de salientar que o consumo excessivo de medicamentos ansiolíticos e antidepressores representa também uma elevada despesa para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). (J. C. de Almeida et al., 2013; DGS, 2015)

Considerando o enquadramento acima e os problemas supramencionados, surge a presente dissertação, cujo principal objetivo é avaliar as diferentes políticas de saúde mental de diferentes países da Europa às implementadas em Portugal, tendo como principal foco o consumo de psicofármacos.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A abordagem seguida neste capítulo terá como intenção principal salientar as temáticas mais relevantes para a referida investigação. De uma forma mais concreta, este capítulo aborda o conceito de saúde mental, explicando as perturbações mentais comuns e o seu tratamento e descreve de forma breve os padrões de consumo de psicofármacos e as políticas de saúde mental implementadas em Portugal, na Europa e no Mundo. Importa salientar que as temáticas abordadas serão sustentadas por autores da área e documentos oficiais que permitiram o estudo empírico que mais à frente se apresenta.

2.1 A SAÚDE E A DOENÇA MENTAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o conceito “saúde” é definido pelo estado de completo bem-estar físico, mental e social. (“Constitution of the World Health Organization,” 2008) O conceito de saúde mental, tal como o conceito de saúde, é definido não pela ausência de doença, mas sim como produto de diversas interações biológicas, psicológicas e sociais. Neste sentido, a saúde mental depende de uma série de fatores que irão determinar o estado de saúde de cada indivíduo, nomeadamente sociais e económicos. Os determinantes socioeconómicos que mais influenciam a saúde mental interrelacionam-se fortemente, como o emprego, a educação e a pobreza. A habitação e a urbanização influenciam também a predisposição de vir a desenvolver uma doença mental. Adicionalmente, outros fatores como a discriminação sexual, a violência de género, a exclusão social e estigma, a cultura em que o indivíduo se insere e os acontecimentos de vida passados influem fortemente na saúde mental. (Marinho Alves & Rodrigues, 2010)

As doenças mentais perfazem 7,4% dos encargos com a totalidade das doenças, sendo ainda considerada a causa principal de doenças não fatais no mundo. As doenças mentais constituem um grande desafio para os sistemas de saúde devido à sua elevada prevalência, representando mais de 460 mil milhões de euros em custos diretos na Europa. A prevalência de doenças mentais em Portugal é a mais elevada da Europa, sendo as perturbações de humor e de ansiedade as mais comuns. As doenças mentais em Portugal implicam custos sociais associados aos dias “out-of-role” muito superiores aos dos restantes países de alto rendimento, sendo que 20,2% dos últimos 30 dias foram improdutivos devido às doenças mentais. (Antunes et al., 2018; Cardoso et al., 2017) Na figura 1, é possível verificar o aumento da carga das doenças mentais no mundo, de 1990

a 2017. Nesta figura pode observar-se que quanto maior for o rendimento do país, maior é a percentagem correspondente à carga das doenças mentais. (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017)

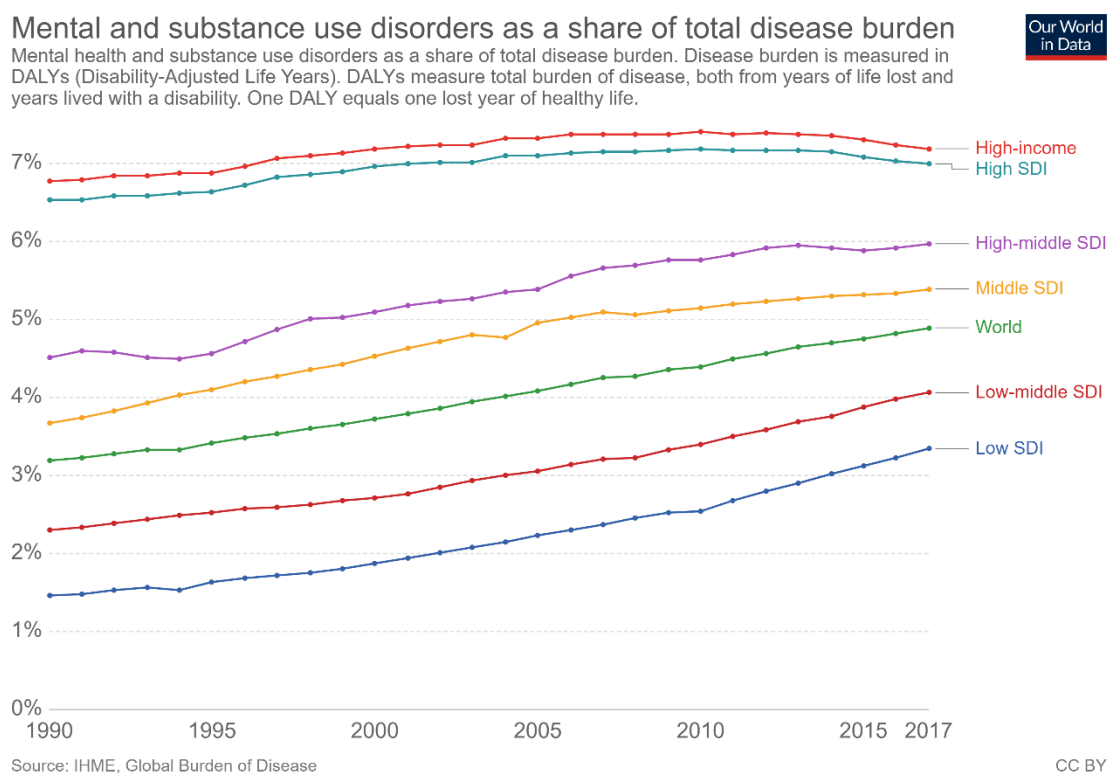


Figura 1 - Impacto das doenças mentais e abuso de substâncias no mundo (Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017)

No que concerne ao paradigma mundial, verifica-se uma ligeira heterogeneidade na prevalência de doenças mentais comuns entre as diferentes regiões do mundo. Dependente do rigor de recolha de dados, verifica-se que enquanto os países com rendimentos baixos a moderados apresentam uma prevalência de doenças mentais durante a vida de 22,7%, os países com elevados rendimentos exibem uma prevalência de 33,2%. Adicionalmente, de entre os países com rendimentos baixos a moderados, é de destacar a baixa prevalência nos países do Leste Asiático e Pacífico, com valores a rondar os 8,6% e a elevada prevalência de doenças mentais comuns na América Latina e Caraíbas, com uma prevalência de 33%. Já no que respeita aos países com mais rendimentos, destacam-se as elevadas prevalências de doenças mentais comuns nos EUA, Canadá e Austrália, atingindo quase os 40%, bem como na Europa, com valores a atingir os 35,2%. No que concerne aos países asiáticos com rendimentos elevados, verifica-se uma prevalência de doenças mentais significativamente inferior, de 21,4%. Não obstante, e dada a proximidade geográfica, é de destacar a discrepância importante entre a prevalência de

doenças mentais comuns na Ásia de Leste e Pacífico e os países asiáticos com elevados rendimentos, nomeadamente o Japão e a Coreia do Sul. Na tabela 1, é possível observar os valores de prevalência nos países com rendimentos baixos a moderados, bem como nos países com rendimentos elevados:

Tabela 1 - Prevalência de doenças mentais comuns no mundo

Região do mundo	Prevalência estimada de doenças mentais comuns durante a vida (%)
<i>Países com rendimentos baixos a moderados</i>	22,7
<i>Ásia de Leste e Pacífico</i>	8,6
<i>Europa e Ásia Central</i>	27
<i>América Latina e Caraíbas</i>	33
<i>Médio Oriente e África do Norte</i>	24,7*
<i>Sul da Ásia</i>	19,8*
<i>África Subsaariana</i>	22
<i>Países com rendimentos elevados</i>	33,2
<i>EUA, Canadá e Austrália</i>	39,7
<i>Europa</i>	35,2
<i>Ásia</i>	21,4

*valores referentes à prevalência anual de doenças mentais comuns

Para se realizar uma abordagem sustentável à saúde mental global, é necessário alocar recursos onde eles serão mais custo-efetivos e considerar uma abordagem que considere todo o tempo de vida em relação à população que sofre de perturbações mentais. Assim, tornar-se-á possível abrir caminho para uma melhor compreensão das causas, prevenção e tratamento de problemas de saúde mental.

A Comissão do The Lancet para a Saúde mental Global e Desenvolvimento Sustentável, no entanto, identifica ameaças para alcançar tais objetivos, incluindo financiamento escasso para a saúde mental, alocação desigual de recursos e falta de serviços, bem como estigma, discriminação e violações dos direitos humanos. (Patel et al., 2018) A título de exemplo, a Pesquisa Nacional de Saúde mental de 2015–16 da Índia, um dos países mais pobres e mais populosos, revelou um *treatment gap* alarmante de cerca de 70-76% para doenças mentais graves. Embora o investimento em cuidados comunitários seja de facto o único caminho a seguir, os profissionais de saúde mental são

diariamente confrontados com a ausência abismal de serviços orientados para a recuperação na comunidade em países de baixos e médios rendimentos. (Chandra & Chand, 2018)

A lacuna entre a necessidade de tratamento para transtornos mentais e o seu fornecimento é amplo em todo o mundo. Entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais graves não recebem tratamento para os seus problemas de saúde mental em países de baixo e médio rendimento; o intervalo correspondente para países de alto rendimento também é alto: entre 35% e 50%. (World Health Organization, 2011) Embora o emprego, a educação e a pobreza sejam fatores determinantes para a probabilidade de vir a desenvolver perturbações mentais, verifica-se que os países com rendimentos inferiores apresentam prevalências de doenças mentais inferiores às dos países com rendimentos mais altos. Estes valores podem ser explicados pela baixa taxa de diagnóstico, causada pelo baixo rácio de profissionais de saúde mental em relação à população. (Bruckner et al., 2011)

Já na Europa, verifica-se que os distúrbios mentais são, de longe, os que mais contribuem para as condições crónicas que afligem a população. De acordo com os dados mais recentes disponíveis, do ano de 2012 os distúrbios neuropsiquiátricos são a primeira causa de anos vividos com incapacidade (YLD) na Europa, correspondendo a 36,1% daqueles atribuíveis a todas as causas. O transtorno depressivo unipolar perfaz 11% de todos os YLD, tornando-se a principal condição crónica na Europa e os transtornos de ansiedade estão em sexto lugar, representando 4% de todos os YLD. (WHO, 2019)

No que concerne à prevalência de doenças mentais na Europa, verifica-se que os transtornos depressivos são altamente comuns na maioria dos países, especialmente na Europa Setentrional. No entanto, com prevalências superiores à região Norte da Europa, a Hungria ocupa a primeira posição, com 10,3% da população a reportar sintomatologia depressiva, seguindo-se Portugal com 10,1%. (Eurostat, 2014)

Já no que diz respeito às perturbações de ansiedade, Portugal ocupa a primeira posição em termos de prevalência, com 16,5% da população a sofrer destes distúrbios, seguindo-se a Irlanda do Norte e a França com prevalências anuais de 14,6% e 12%, respetivamente. (J. C. de Almeida et al., 2013)

Segundo o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde mental, 22,9% dos Portugueses sofreu de alguma perturbação psiquiátrica nos últimos 12 meses, sendo que

16,5% apresentava um quadro de perturbações de ansiedade e 7,9% de perturbações de humor. Constatou-se ainda, que existem diferenças entre géneros, uma vez que as mulheres são mais predispostas a sofrer de perturbações de ansiedade e humor que os homens, bem como entre faixas etárias, já que os adultos dos 18 aos 34 anos apresentam uma probabilidade muito superior de sofrerem de perturbações de humor ou de ansiedade que as restantes faixas etárias. No que concerne à prevalência durante a vida, estima-se que 42,7% dos portugueses sofra de pelo menos uma perturbação psiquiátrica, sendo que as perturbações de ansiedade constituem 25,8% dessas mesmas perturbações e as perturbações de humor 19,3%, correspondendo, na sua grande maioria, a quadros de depressão major. No que diz respeito à idade de *onset* das doenças mentais, estima-se que as perturbações de ansiedade se iniciem aos 14 anos, no entanto a ansiedade generalizada apresenta uma mediana de 31 anos. Já no que toca às perturbações de humor, verifica-se que a idade de *onset* corresponde aos 33 anos, sendo que a depressão major tende a ocorrer ligeiramente mais tarde, aos 35 anos, e a bipolaridade mais cedo, aos 25. (J. C. de Almeida et al., 2013)

Em termos de acesso aos tratamentos, verifica-se a existência de um *treatment gap*¹ significativo, sendo que 33,6% dos doentes graves, 64,9% dos doentes com doença mental moderada e 81,8% com doença mental ligeira não recorre a nenhum tipo de tratamento de saúde mental. O *treatment gap* exprime-se também através das baixas percentagens de doentes que iniciam o tratamento no 1º ano em que a doença se manifesta: apenas 35% dos doentes com perturbações de humor e 12,7% dos doentes com perturbações de ansiedade recebem cuidados de saúde mental nos primeiros 12 meses. Estima-se ainda que na totalidade, 9,8% dos doentes mentais recorra à medicina geral e familiar e apenas 6,6% aos serviços especializados em saúde mental. Observa-se que apenas 17% dos doentes com perturbações mentais recorrem a cuidados especializados de saúde mental. Adicionalmente, a mediana do número de consultas de saúde mental por ano corresponde a 1,6, embora o número médio seja de 6 consultas. (J. C. de Almeida et al., 2013)

No que diz respeito à percentagem de utentes que recebem tratamento adequado – inclusão de psicofarmacoterapia (2 ou mais meses de medicação apropriada à

¹ O *treatment gap* para transtornos mentais refere-se à diferença que existe entre o número de pessoas que necessitam de cuidados e aquelas que recebem cuidados. (Jansen et al., 2015)

perturbação focal em conjunto com 4 ou mais consultas com qualquer tipo de médico) ou psicoterapia (8 ou mais sessões de pelo menos 30 minutos com um profissional) - esta varia consoante o profissional de saúde consultado e a doença mental de que o utente sofre. Nos casos em que os utentes são acompanhados por um psiquiatra, a adequabilidade de tratamento encontra-se entre os 48% e os 57%. Já no que concerne aos utentes acompanhados por um médico de família, a percentagem daqueles que recebem tratamento adequado não ultrapassa os 34%. Adicionalmente, apenas 12,7% dos doentes com perturbações de ansiedade e 35,3% dos doentes com perturbações de humor recebem tratamento dentro do 1º ano de manifestação da doença, sendo que a mediana de atraso corresponde a 5 anos no que toca às perturbações de humor e 23 anos no que concerne às perturbações de ansiedade. (J. C. de Almeida et al., 2013)

Cerca de 23,4% das mulheres portuguesas e 9,8% dos homens tomaram ansiolíticos no espaço de um ano, sendo que mais doentes tomaram ansiolíticos sofrendo de depressão do que sofrendo de ansiedade. (J. C. de Almeida et al., 2013)

Em 2030 estima-se que as perturbações depressivas unipolares constituam um dos principais motivos de anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade no mundo, sendo apenas ultrapassado pelo HIV. No entanto, em países com altos rendimentos, estas doenças constituirão a 1ª causa. (Norquist & Magruder, 2017) A depressão major é a segunda causa de anos vividos com incapacidade no mundo e a 19ª doença mais comum. Embora a depressão major seja diagnosticável e tratável de forma confiável, existem uma série de barreiras ao fornecimento destes cuidados, tanto do lado da oferta – nomeadamente no que concerne a políticas de investimento e consequente falta de serviços de saúde mental e de recursos humanos -, como do lado da procura – exclusão social, iliteracia sobre a doença, estigma. (Thornicroft et al., 2017)

Apesar de uma atenção crescente dada à saúde mental global nos últimos anos, juntamente com a publicação de *guidelines* para prevenção e tratamento de transtornos mentais, a tradução para benefícios do mundo real para aqueles com problemas de saúde mental tem sido lenta. O impacto dos transtornos mentais em todo o mundo é enorme, com cerca de mil milhões de pessoas afetadas por transtornos mentais ou de uso de substâncias em todo o mundo. (Frankish, Boyce, & Horton, 2018)

Adicionalmente, as violações dos direitos humanos continuam a ser comuns e as pessoas com perturbações mentais são frequentemente marginalizadas e até mesmo

maltratadas, com um grande número de pessoas isoladas em instituições. (Frankish et al., 2018)

A título de exemplo, e tendo em conta a existência de pouca evidência de qualquer redução no *treatment gap*: estudos realizados na China e na Índia - que abrigam um terço da população mundial - sugerem que mais de 80% das pessoas com transtornos mentais ou de uso de substâncias não procuram tratamento, e mesmo quando os indivíduos procuram tratamento, a qualidade desses tratamentos geralmente é de baixa qualidade. (Frankish et al., 2018)

Encontra-se ainda uma elevada heterogeneidade em termos geográficos no que concerne ao *treatment gap*: relativamente aos doentes com transtorno depressivo, apenas uma em cada cinco pessoas em países de elevados rendimentos e apenas uma em 27 pessoas em países de baixos e médios rendimentos recebem tratamento minimamente adequado. Além disso, os gastos do governo com saúde mental e desenvolvimento assistência para a saúde mental em muitas das nações mais pobres é chocantemente baixa. (Frankish et al., 2018)

No que concerne ao paradigma do tratamento da depressão major em Portugal, verificam-se que 8,3% dos portugueses foram diagnosticados com esta doença, dos quais 65,4% acreditam necessitar de tratamento. Embora 88,3% do grupo supracitado tenha efetivamente recebido tratamento, apenas 32,5% foi considerado minimamente adequado. De todos os utentes diagnosticados com depressão major, somente 18,8% recebeu tratamento minimamente adequado. (Thornicroft et al., 2017)

2.2 AS PERTURBAÇÕES DE HUMOR

As perturbações depressivas incluem um espectro alargado de doenças relacionadas com alterações de humor. Embora a depressão *major* seja a doença mais comum, as perturbações de humor incluem também a doença de desregulação de humor disruptiva, a distímia, a disforia pré-menstrual, a depressão induzida por drogas ou por outras condições médicas, e outras doenças depressivas específicas e inespecíficas. (American Psychiatric Association, 2013) As perturbações de humor estão geralmente associadas a uma depleção da produção de neurotransmissores como a norepinefrina e/ou serotonina. A norepinefrina encontra-se essencialmente no encéfalo e na medula espinhal, tendo um papel excitatório ou inibitório. Já a serotonina, implicada no humor, ansiedade e indução

do sono, está localizada nas mesmas zonas e tem um efeito geralmente inibitório. (Vanputte, Seeley, Stephens, & Tate, 2016)

Um número considerável de neurónios secretores destes neurotransmissores está localizado no tronco cerebral, em particular no *locus ceruleus*. Estes neurónios enviam estímulos para a maior parte do sistema límbico – que influencia as emoções, as respostas viscerais às emoções, a motivação, o humor, e sensações de dor e prazer -, para o tálamo e para o córtex cerebral. Adicionalmente, muitos neurónios produtores de serotonina localizados na parte inferior da ponte cerebral enviam estímulos para várias áreas do sistema límbico e para outras áreas do encéfalo. (Hall, 2015; Vanputte et al., 2016)

A depressão *major*, a doença depressiva mais comum das supracitadas, é caracterizada por episódios discretos com pelo menos duas semanas de duração, com alterações significativas em termos afetivos, cognitivos, bem como nas funções neurovegetativas. Quando estas alterações se prolongam por mais de dois anos (ou um ano em crianças), deixa de se tratar de um caso de depressão *major*, passando a ser considerado um quadro clínico de distímia. (American Psychiatric Association, 2013)

Em termos de manifestações clínicas das perturbações depressivas, é de salientar a tristeza, a apatia, a indiferença ou a irritabilidade, geralmente associada a alterações nos padrões de sono, apetite e peso, agitação motora, fadiga, diminuição da concentração e capacidade de tomada de decisão, bem como pensamentos relacionados com a morte. Doentes com depressão tendem, adicionalmente, a perder a sensação de prazer em atividades outrora consideradas agradáveis, bem como a experienciar alterações humorais ao longo do dia. (Kasper et al., 2015)

A depressão é uma doença comumente não-diagnosticada, e ainda mais frequentemente, tratada inadequadamente. É necessário que o médico verifique de início se se trata de um caso de depressão unipolar ou bipolar, ou se a depressão está associada ao abuso de substâncias ou a outra doença que o utente possa ter, e de seguida deve avaliar o risco de suicídio tendo em conta os factos de risco associados ao doente. (Kasper et al., 2015)

As doenças depressivas geralmente iniciam-se no início da vida adulta e ocorrem episodicamente ao longo da vida, sendo que 50-60% dos doentes que tiveram uma doença depressiva num determinado momento, terão pelo menos uma ou duas recorrências, e alguns doentes experienciam episódios múltiplos, cada vez mais severos e frequentes ao

longo da vida. A duração de episódios depressivos não tratados varia largamente, podendo prolongar-se de alguns meses a mais de um ano. (American Psychiatric Association, 2013; Kasper et al., 2015)

Em termos de tratamento das doenças depressivas, a abordagem mais efetiva para promover a remissão e prevenir recorrências consiste na utilização conjunta de medicação e psicoterapia. Aproximadamente 40% dos doentes dos cuidados de saúde primários com depressão desistem do tratamento e descontinuam a medicação se não notam melhorias sintomáticas desde o primeiro mês. Como tal, para diminuir esta desistência e melhorar os resultados, é sugerido o aumento da frequência e intensidade das consultas de psicoterapia durante as primeiras 4-6 semanas de tratamento, o fornecimento de material educacional suplementar ao doente, bem como consultas de psiquiatria quando indicadas. (Kasper et al., 2015)

2.3 AS PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE

As perturbações de ansiedade incluem doenças que partilhem características associadas ao medo excessivo e a distúrbios comportamentais ansiosos. Enquanto o medo é uma resposta emocional a ameaças iminentes, reais ou percebidas, e está associado a uma resposta do sistema nervoso autónomo de *“fight or flight”*, a ansiedade é a antecipação de futuras ameaças, estando mais ligada a sintomatologia como a tensão muscular e aumento do estado de vigiância. (American Psychiatric Association, 2013)

As doenças de ansiedade diferem entre si consoante os objetos ou situações que desencadeiam medo, ansiedade ou comportamentos evasivos. Embora as perturbações de ansiedade tenham tendência a ser altamente comórbidas entre si, é possível diferenciá-las através de examinação cuidadosa dos tipos de situações ou objetos que são receados e/ou evitados. (American Psychiatric Association, 2013)

As perturbações de ansiedade diferem do medo ou ansiedade comuns pelo seu grau excessivo e pela sua persistência ao longo do tempo, sendo que geralmente se considera um quadro de doença de ansiedade a partir dos 6 meses de persistência dos sintomas supracitados. Uma vez que os doentes tendem a sobrestimar os perigos daquilo que receiam/evitam, a primeira abordagem do médico deve ser averiguar se o medo ou ansiedade são considerados desproporcionais, nunca descurando o ambiente sociocultural do doente, bem como determinar se a ansiedade decorre de uma outra doença ou de um

efeito secundário de algum fármaco que o doente esteja a tomar. (American Psychiatric Association, 2013; Hall, 2015)

Em termos de manifestações clínicas, os doentes com ansiedade apresentam, em adição à preocupação excessiva, diminuição da concentração, tensão muscular, insónia, bem como, em casos de ansiedade somática, dificuldade em respirar, alterações gastrointestinais, sensação de aperto no peito, entre outras. (Kasper et al., 2015)

O primeiro episódio de ansiedade tende a ocorrer antes dos 20 anos de idade, estando comumente associado um historial de medos na infância e inibição social. Mais de 80% dos doentes com ansiedade generalizada sofrem simultaneamente de depressão *major*, distímia, ou fobia social, sendo comum o abuso de fármacos, nomeadamente sedativos/hipnóticos. No que concerne ao tratamento, verifica-se efetividade na combinação de psicoterapia com intervenções farmacológicas, geralmente benzodiazepinas, embora o alívio sintomático total seja raro. (Kasper et al., 2015)

2.4 O TRATAMENTO DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS E DE ANSIEDADE

Os ansiolíticos são utilizados essencialmente para tratamento das síndromes de ansiedade, primários ou secundários e/ou a indução ou manutenção do sono. Existem diversos grupos farmacológicos que têm estas ações, como os barbitúricos, alguns anti-histamínicos, as benzodiazepinas e novas substâncias quimicamente diferentes das benzodiazepinas, bem como alguns extratos de plantas cujo mecanismo de ação não está elucidado, como é o caso da valeriana. (INFARMED, n.d.)

Embora os barbitúricos sejam considerados eficazes como ansiolíticos ou hipnóticos, têm riscos associados, nomeadamente a possibilidade de depressão grave do sistema nervoso central (SNC), indo até a situações de coma e morte. Como tal, a existência de alternativas mais seguras, como é o caso das benzodiazepinas, faz com que a sua utilização deva ser reservada para casos especiais. (Wells, Dipiro, Schwinghammer, & Dipiro, 2009)

As benzodiazepinas atuam seletivamente em vias polissinápticas do SNC. Os mecanismos e os locais de ação precisos não estão ainda totalmente esclarecidos, no entanto, o recetor das benzodiazepinas, situado na estrutura de um dos recetores do GABA designado por GABA A, está bem caracterizado e sabe-se que as benzodiazepinas modulam a ação do próprio GABA, promovendo a hiperpolarização das células onde

atuam, por favorecerem a abertura do canal de cloro. Desta forma, as benzodiazepinas verificam-se eficazes como ansiolíticos e hipnóticos, no entanto, por regra, não devem ser usadas para além de oito a doze semanas de tratamento. As benzodiazepinas apresentam também diversos efeitos secundários, como sonolência e incoordenação motora, alteração da memória a curto prazo, confusão, depressão, vertigem, alterações gastrintestinais, alterações visuais e irregularidades cardiovasculares. É de salientar também que todas as benzodiazepinas podem induzir tolerância, dependência física e psíquica, sendo que as benzodiazepinas de curta duração de ação são as que têm maior potencial de induzir dependência. (INFARMED, n.d.; Kasper et al., 2015; Wells et al., 2009)

As benzodiazepinas apresentam ainda diversas contraindicações, ou devem ser usadas com precaução, em idosos (as doses devem ser em geral menores do que no adulto jovem) e em crianças uma vez que podem desencadear reações paradoxais. Adicionalmente, embora sejam utilizadas no tratamento de insónias, as benzodiazepinas estão contraindicadas na apneia do sono. Alguns exemplos de benzodiazepinas mais comuns são o diazepam, o lorazepam e o alprazolam. (Goodman & Gilman's, 2017)

Já os medicamentos antidepressores têm demonstrado eficácia no controlo sintomático das perturbações depressivas do humor, quer se trate de depressão *major* ou de alteração distímica sendo que, de um modo geral, interferem com a recaptção de um ou mais neurotransmissores, sendo a noradrenalina e a serotonina os mais relevantes no processo. (INFARMED, n.d.; Kasper et al., 2015; Wells et al., 2009)

Os primeiros antidepressores que surgiam eram caracterizados por terem três anéis na sua estrutura química, denominando-se assim de tricíclicos. O mecanismo de ação destas moléculas consiste na inibição, de forma não seletiva, da recaptção da noradrenalina e da serotonina, interferindo simultaneamente com a atividade dos recetores para vários outros neurotransmissores. (INFARMED, n.d.)

Posteriormente aos tricíclicos, desenvolveram-se outras moléculas com as mesmas características farmacológicas, no entanto com estruturas químicas divergentes, surgindo assim o grupo dos tetracíclicos e grupos com estruturas afins. Como tal, o conjunto destas moléculas representa atualmente um grupo heterogéneo com eficácia reconhecida designados por antidepressores tricíclicos e afins. Todos estes fármacos, inseridos no mesmo grupo farmacoterapêutico, partilham o potencial para determinar diversas reações adversas, diferindo apenas na intensidade e na frequência de molécula para molécula.

Constata-se que, de um modo global, os tricíclicos e afins provocam sedação, efeitos anticolinérgicos e hipotensão ortostática, as aminas terciárias são as que possuem um efeito sedativo mais potente, e a maprotilina e amoxapina são as que têm maior potencial proconvulsivante. (INFARMED, n.d.; Wells et al., 2009)

A partir da década de 60 foram desenvolvidos fármacos que inibem o metabolismo das catecolaminas por bloquearem a monoaminoxidase (MAO), conhecidos por IMAO. Os IMAO demonstram eficácia como antidepressores, no entanto, a dificuldade da sua utilização clínica, devido ao risco de crise hipertensiva, levou a que a sua utilização fosse restrita, nunca tendo sido comercializados em Portugal. Recentemente foram desenvolvidos IMAO que por serem inibidores reversíveis e seletivos para um dos subtipos de MAO, apresentam menos riscos de causarem crises hipertensivas, sendo que os fármacos comercializados em Portugal são a moclobemida e o pirlindol. (INFARMED, n.d.; Wells et al., 2009)

De forma a melhorar as terapias farmacológicas para a depressão, criaram-se moléculas que não só mantivessem as propriedades antidepressivas, mas também que determinassem menos ou diferentes reações adversas em relação aos tricíclicos e afins, surgindo assim os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) nomeadamente a fluoxetina, a fluvoxamina, a paroxetina e a sertralina. Os ISRS distinguem-se dos tricíclicos e afins por não terem afinidade significativa para quaisquer recetores e para o transportador da noradrenalina. Por outro lado, outra classe de antidepressores é a dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina (ISRSN) de que são exemplo a duloxetina e o milnaciprano, sendo que parecem apresentar menor afinidade para recetores, o que contribui para a minimização de reações adversas a nível do SNC e do aparelho cardiovascular. (Goodman & Gilman's, 2017; INFARMED, n.d.; Wells et al., 2009)

O bupropiom tem um mecanismo de ação distinto: inibe a recaptção de noradrenalina e de dopamina e ao qual está associado um perfil diferente de reações adversas. Além do seu efeito antidepressor, está também indicado como adjuvante em programas de cessação do consumo de nicotina. (Goodman & Gilman's, 2017; Wells et al., 2009)

Em suma, os diferentes antidepressores distinguem-se mais pelo seu perfil de reações adversas e por propriedades farmacocinéticas do que pelo padrão de eficácia terapêutica, sendo que a discriminação e caracterização dos critérios de seleção dos antidepressores

ficam fora do âmbito do plano terapêutico. As reações adversas dos antidepressores são amplas, sendo de salientar a ocorrência de náuseas, insónias, ganho de peso, cefaleias e disfunção sexual. (INFARMED, n.d.; Kasper et al., 2015)

No que concerne às plantas medicinais, o hipericão é uma das mais bem estudadas do ponto de vista clínico, embora os resultados dos estudos existentes sejam contraditórios. Como tal, devido a esta inconsistência de resultados, aliada à circunstância de o hipericão determinar importantes interações medicamentosas, leva a que a sua utilização clínica não seja recomendada. (INFARMED, n.d.)

Estudos de meta-análise destacam que as diferenças nos efeitos entre a psicoterapia e medicação antidepressiva são pequenas ou inexistentes para depressão major, transtorno do pânico e afasia do pânico, sendo que a farmacoterapia é significativamente mais eficaz na distímia e a psicoterapia é significativamente mais eficaz nos transtornos obsessivo-compulsivos. Adicionalmente, a farmacoterapia é significativamente mais eficaz do que o aconselhamento não-direcionado, e a psicoterapia é significativamente mais eficaz do que a farmacoterapia com tricíclicos.

Adicionalmente, a psicoterapia demonstra-se mais eficaz na Europa em comparação com os países de outros continentes, e a farmacoterapia mostra-se significativamente mais eficaz entre grupos-alvo específicos do que entre adultos em geral. Dado que diferentes tipos de antidepressores e psicoterapias têm diferentes graus de eficácia no tratamento de transtornos depressivos e ansiosos, é importante adequar o tratamento a cada utente, tendo em consideração o transtorno de que padece, o envolvimento socioeconómico e a tolerabilidade aos tratamentos psicofarmacêuticos. (Cuijpers et al., 2013)

Além da utilização exclusiva de psicoterapia ou psicofarmacoterapia, é importante reiterar a possibilidade de utilização de ambas as terapias em conjunto. Existem claras evidências de que o tratamento combinado com psicoterapia e medicação antidepressiva é mais eficaz do que o tratamento apenas com medicação antidepressiva, tendo essa diferença sido significativa para depressão major, transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo. Adicionalmente, os estudos constantes na meta-análise indicam possíveis efeitos superiores nas perturbações de ansiedade social.

É de salientar que os efeitos da psicoterapia e da farmacoterapia são amplamente independentes uns dos outros e aditivos, não interferindo uns com os outros, e contribuindo igualmente para os efeitos do tratamento combinado. Como tal, do ponto

de vista clínico, o tratamento combinado deve ser usado em mais pacientes do que atualmente é feito na prática clínica, uma vez que a maioria dos pacientes recebe farmacoterapia ou psicoterapia e apenas uma minoria recebe terapia combinada. (Cuijpers et al., 2014)

Embora tanto os ansiolíticos como os antidepressores apresentem um grande número de efeitos secundários, a sua prescrição é realizada com grande frequência, sendo um dos grandes problemas associados ao tratamento de doenças do foro psicológico.

2.5 O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

O consumo excessivo de psicofármacos é um problema transversal a grande parte dos países desenvolvidos, principalmente no que concerne ao consumo de antidepressores e ansiolíticos, especialmente benzodiazepinas. (Donoghue & Lader, 2010; McCarthy, 2013; World Health Organization, 1996)

O consumo de antidepressores tem aumentado visivelmente na última década, principalmente nos países mais ricos. Parte desse crescimento reside no aumento da intensidade e duração dos tratamentos, bem como do número de indicações terapêuticas, o que tem levantado preocupações relativas à pertinência das prescrições. Uma das justificações para esse aumento recente é o surgimento da crise económica de 2008, reflectindo-se no aumento da insegurança e instabilidade da população. No entanto, o consumo de antidepressores aumentou ainda mais em países como a Alemanha, que foram menos afectados pela crise económica, com um crescimento de 46% entre 2007 e 2011. (McCarthy, 2013)

Mais de 55 anos após a introdução das benzodiazepinas, esta classe farmacológica continua a ser extensamente prescrita, embora as preocupações com os efeitos indesejados sejam crescentes, bem como a probabilidade de dependência e o potencial para uso abusivo. Recentemente, estudos e *guidelines* relativos ao tratamento do distúrbio de ansiedade generalizada, afirmam que apesar das benzodiazepinas serem eficazes no tratamento por terem um alívio rápido dos sintomas, o seu uso a longo prazo não é recomendado. (Donoghue & Lader, 2010; Ministério da Saúde, 2017)

Não obstante as recomendações, o consumo de benzodiazepinas continua a ser excessivo e a prescrição a ser realizada por um prazo superior ao recomendado – 6 meses – em diversos pontos do globo, especialmente nos países ocidentais desenvolvidos. (Donoghue & Lader, 2010)

Em Portugal, segundo as estatísticas da OCDE correspondentes ao ano de 2017, o volume de vendas de ansiolíticos em ambulatório correspondia a 2% de todos os fármacos vendidos em território nacional, representando uma despesa de 51,9M€, sendo que Portugal se encontrava em primeiro lugar comparativamente a todos os outros países da OCDE. Em termos de consumo de hipnóticos e sedativos, Portugal situava-se em 7º lugar, com um volume de vendas de 0,7%, correspondente a 19M€ de despesa. Já relativamente aos antidepressores, Portugal encontrava-se em terceiro lugar, apenas ultrapassado pelo Canadá e por Espanha, sendo que o volume de vendas se situava nos 3,8%, tendo associada uma despesa de 92,9M€.

Quando comparado o somatório do volume de vendas (6,5%) e da despesa destas três classes de fármacos com outras, verifica-se que estes valores ultrapassam diversos grupos farmacoterapêuticos largamente utilizados em doenças altamente prevalentes, nomeadamente hipolipemiantes para o tratamento das dislipidemias, com um volume de vendas de 6,3%, anti-inflamatórios não-esteróides com um volume de 3,6% e até mesmo medicamentos para doenças respiratórias obstrutivas ou anti-infecciosos, com 5,2% e 4,6% de volume de vendas, respetivamente.

É de salientar ainda que o relatório de 2017 da Direção- Geral da Saúde revela que, embora tenha havido um decréscimo de 46,2% nos encargos do SNS por embalagem de psicofármacos, houve um aumento tanto no número de embalagens vendidas, na ordem dos 97,3%, como, conseqüentemente, nos encargos totais para o SNS. (Direção-Geral da Saúde, 2017)

Um dos maiores problemas em Portugal consiste na dispensa de benzodiazepinas. Estes fármacos, embora sejam seguros quando tomados durante 2 a 4 semanas, apresentam elevados riscos quando tomados por mais tempo, nomeadamente aumento da propensão para quedas e fracturas, acidentes de viação, problemas cognitivos e dependência. As benzodiazepinas mais utilizadas em Portugal são o alprazolam, o lorazepam e o diazepam, e a sua prescrição é realizada mais comumente a mulheres e a indivíduos com mais idade. (Ministério da Saúde, 2017)

A prescrição destes ansiolíticos é realizada essencialmente nos cuidados de saúde primários, sendo que a ARS Norte e a ARS Centro são aquelas com maiores níveis de prescrição deste tipo de fármacos. (Ministério da Saúde, 2017)

O relatório *Health at a Glance* de 2018, realizado pela OCDE salienta os elevados níveis de prescrição de hipnóticos e ansiolíticos, especialmente em idosos. As benzodiazepinas e outros medicamentos semelhantes são frequentemente prescritos para distúrbios de ansiedade e de sono, embora sejam bem documentados os riscos de reações adversas, nomeadamente confusão, fadiga e vertigens. Adicionalmente, o uso de benzodiazepinas em idosos representa também um risco adicional de quedas, acidentes e overdose, bem como de casos de tolerabilidade e dependência, pseudo-demência e diminuição cognitiva.

Associados aos riscos acrescidos causados pelo uso prolongado de benzodiazepinas, um dos problemas reside no tipo de benzodiazepinas prescritas aos idosos, uma vez que as benzodiazepinas de ação prolongada não são recomendadas à população idosa. (Faria Vaz et al., 2017) Apesar das recomendações, Portugal é não só o segundo país com mais idosos a tomar benzodiazepinas, sendo que esta classe farmacoterapêutica é prescrita a 139 idosos em cada 1000, mas também mais de 60% destes idosos tomam benzodiazepinas de acção prolongada. Estudos apontam ainda que 59,2% dos idosos se encontram polimedicados e 37,0% tomam medicação potencialmente inapropriada. (Eiras et al., 2016)

Ao associar estes dados à ampla prescrição de antidepressores e ansiolíticos, às elevadas taxas de polimedicção e à prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados, principalmente na população idosa, verifica-se um problema grave em termos de apropriação da terapêutica prescrita aos doentes com doença mental.

O consumo de psicofármacos, especialmente de benzodiazepinas, que apresenta níveis muito superiores à média dos restantes países da Europa, sugere que a prescrição é uma opção terapêutica muito comum na abordagem das perturbações depressivas e de ansiedade, o que eventualmente poderá ser causado pela indisponibilidade de propostas terapêuticas alternativas e mais efetivas. (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde mental, 2017)

2.6 AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

A doença mental constitui um problema de saúde pública devido a todo o seu impacto e, como tal, as políticas de saúde mental são essenciais para determinar da melhor forma como se devem alocar os recursos no sentido de proporcionar aos doentes os melhores serviços de saúde mental possíveis. A criação de políticas de saúde mental não

é necessária exclusivamente devido ao seu impacto económico, mas também a toda a influência que a doença mental tem em termos sociais, nomeadamente no que concerne à pobreza, ao impacto na saúde física da população, bem como às consequências que as doenças mentais trarão às gerações futuras. As políticas de saúde mental não devem, no entanto, ser tratadas como um problema isolado, mas sim estar enquadradas com as políticas de Saúde no seu todo, particularmente em termos de orçamentação, integração nos sistemas de informação, recursos humanos, etc.. (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde mental, 2017)

Para alcançar o objetivo de melhorar a saúde mental para todos, a Comissão de Saúde Mental Global do *The Lancet* sugere que quatro inovações sejam tidas como prioridade:

- Em primeiro lugar, há fortes evidências para a eficácia das terapias psicossociais no tratamento de transtornos mentais, no entanto o acesso a profissionais qualificados é deficiente em muitos países. Para enfrentar este desafio, a Comissão propõe que a prestação de terapias psicossociais por profissionais de saúde menos especializados ou consultores leigos em ambientes ou lares de cuidados de rotina, com o apoio de profissionais especializados que possam ser localizados remotamente, deve ser a base de uma saúde mental. sistema de cuidados.
- As tecnologias digitais devem ser aproveitadas para ajudar a educar o público e disseminar informações sobre transtornos mentais comuns; deve facilitar-se o diagnóstico por meio de ferramentas de triagem digital ou aplicativos para *smartphones*; apoiar o tratamento através de programas de autogestão online; ajudar na formação e supervisão de profissionais de saúde não especializados; e apoiar os esforços a nível sistemático para melhorar a educação em saúde mental.
- Os cuidados baseados na comunidade e no hospital devem ser coordenados para alcançar um modelo equilibrado de atendimento, personalizado para cada contexto de recursos.
- Devem ser realizadas intervenções baseadas na comunidade para reduzir o estigma e a discriminação da doença mental para incrementar a procura de ajuda e a demanda por cuidados de saúde. (Frankish et al., 2018)

Um dos grandes focos nas políticas de saúde mental na atualidade consiste no desenvolvimento de serviços de saúde mental na comunidade, uma vez que os cuidados na comunidade não só contribuem para a melhoria no acesso aos serviços, mas também à satisfação dos utentes, à adesão ao tratamento, à diminuição da estigmatização e à proteção dos direitos humanos. Adicionalmente, os cuidados de saúde mental na comunidade facilitam ainda a intervenção precoce e a reabilitação psicossocial, bem como possibilitam uma colaboração integrada com os serviços sociais e cuidados de saúde primários, permitindo uma observação holística do estado de saúde e do enquadramento psicossocial do utente. (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde mental, 2017)

Como tal, verificou-se necessária uma transição nos modelos tradicionais de saúde mental, em moldes institucionais, para modelos baseado na comunidade que sejam socialmente inclusivos. Esta transição tornou-se não só num compromisso em Portugal, mas de todos os outros países que ratificaram a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e que aprovaram, em 2013, o Plano de Acção Global de Saúde mental 2013-2020 (MHAP), lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Este plano foi elaborado com a participação dos vários estados-membros, da sociedade civil e de parceiros internacionais, e é caracterizado por uma abordagem multisectorial e compreensiva, através do envolvimento dos sectores da saúde e sociais. O MHAP incide sobre a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidado e recuperação, propondo indicadores-chave que possam ser utilizados na avaliação da implementação, progresso e impacto das diversas políticas de saúde mental tomadas. (World Health Organization, 2013)

A visão do MHAP é trabalhar com a finalidade de valorizar, promover e proteger a saúde mental, prevenir os transtornos mentais e tornar as pessoas afetadas por esses transtornos capazes de exercer toda a gama de direitos humanos, nomeadamente ter acesso a saúde de alta qualidade e culturalmente apropriada, bem como a cuidados sociais de forma oportuna para promover a recuperação. Desta forma, é possível auxiliar quem padece destes transtornos a atingir o nível mais alto possível de saúde e a participar plenamente na sociedade e no trabalho, livres da estigmatização e discriminação. (World Health Organization, 2013)

O Plano de Ação Global de Saúde mental tem os seguintes objetivos:

1. fortalecer a liderança e a governança para a saúde mental;
2. fornecer serviços de saúde mental e sociais abrangentes, integrados em contextos comunitários;
3. implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental;
4. fortalecer os sistemas de informação, evidências e pesquisas para a saúde mental.

Adicionalmente, este plano de ação baseia-se em seis princípios transversais: a cobertura universal de saúde, a implementação de medidas em conformidade com os Direitos Humanos e a prática baseada em evidências, com uma abordagem multisetorial e a todas as fases da vida dos doentes, capacitando particularmente aqueles com transtornos mentais e deficiências psicossociais. (World Health Organization, 2013)

No seguimento do MAHP e tendo por base os mesmos ideais, surgiu não só o Plano de Ação Europeu de Saúde mental 2013-2020, como também a Joint Action for Mental Health and Well-being (JA MH-WB). A JA MH-WB é uma ação europeia cujo objetivo é desenvolver uma estratégia de ação política para a saúde mental na Europa, sendo financiada pela Agência Europeia da Saúde e da Segurança Alimentar, e envolvendo 27 Estados Membros da UE e 11 organizações europeias. Esta estratégia tem como focos a promoção da saúde mental, a prevenção das doenças mentais e melhoria dos cuidados e da inclusão social de pessoas com doenças mentais em território europeu. (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde mental, 2017; JM Caldas de Almeida, Pedro Mateus, Miguel Xavier, & Gina Tomé, 2015)

A JA MW-WB considera que investir na melhoria da saúde mental das populações através da expansão da cobertura de intervenções custo-efectivas para fornecer apoio e/ou tratamento a pessoas com problemas de saúde mental, prevenir problemas de saúde mental e promover a saúde mental, contribui para:

1. Melhorar a saúde, a qualidade de vida e a resiliência dos cidadãos;
2. Reduzir os comportamentos de risco associados à saúde, como uso de álcool, drogas e tabaco, inatividade física e dietas pouco saudáveis;
3. Melhorar a saúde física e a expectativa de vida, inclusive para pessoas que sofrem de transtornos mentais;
4. Reduzir o número de suicídios;
5. Melhorar os resultados pedagógicos de crianças e adolescentes;

6. Proteger a sustentabilidade dos sistemas de cuidados de saúde nos Estados-Membros, nomeadamente aumentando a capacidade dos sistemas de saúde para agir de forma mais eficaz e eficiente contra os distúrbios mentais, melhorando a acessibilidade ao tratamento e à prevenção. (World Health Organization [WHO], 2016)

A JA MH-WB foca-se essencialmente em cinco eixos prioritários, que conjuntamente promovem melhorias significativas no paradigma da saúde mental. Um dos eixos, denominado “Saúde mental em todas as políticas”, promove a integração da saúde mental em políticas não relacionadas diretamente com a saúde mas que, a curto ou longo prazo, influem no estado de saúde mental dos cidadãos, como é o caso do investimento em atividades socioculturais, a melhoria das políticas relativas à educação e parentalidade, bem como ao trabalho e à segurança dos cidadãos. (World Health Organization [WHO], 2016)

O segundo eixo, “promover a saúde mental no local de trabalho”, foca-se essencialmente nas melhorias das condições de trabalho, na promoção de ambientes laborais menos stressantes, bem como na identificação e mitigação de fatores de risco para a degradação do estado de saúde mental dos trabalhadores. (World Health Organization [WHO], 2016)

Já o terceiro eixo, “Saúde mental e as escolas”, procura diminuir o abandono escolar e aumentar o papel das escolas no que concerne ao apoio psicológico para as crianças e jovens. O quarto eixo prioritário deste plano consiste na prevenção da depressão e suicídio, diminuindo o *treatment gap* dos doentes com depressão, aumentando a acessibilidade a tratamentos, o investimento no combate a esta doença e promovendo a literacia de todos os cidadãos em relação à depressão e ao suicídio. (World Health Organization [WHO], 2016)

O quarto eixo procura ainda facilitar a melhoria do estado da saúde mental com apoio das tecnologias de informação, através da promoção de iniciativas e de investimentos em *e-health*, como telemedicina, educação em psicologia, jogos aplicados e auto-ajuda. (World Health Organization [WHO], 2016)

Por fim, o último eixo, “Transição para cuidados de saúde mental baseados na comunidade e socialmente inclusivos”, procura alterar o modelo tradicional de institucionalização para um modelo integrado na comunidade, permitindo assim aos

doentes com transtornos mentais a criação e manutenção de relações interpessoais com familiares, amigos, bem como a integração num posto de trabalho. A integração destes doentes na comunidade promove não só a sua satisfação, a adesão aos tratamentos e a continuidade do tratamento, mas também diminui a estigmatização das doenças mentais e protege os direitos humanos. (World Health Organization [WHO], 2016)

2.6.1 As políticas de saúde mental em Portugal

No início da década de 60, verificou-se necessária uma transição nos modelos tradicionais de saúde mental, em moldes institucionais, para modelos baseados na comunidade socialmente inclusivos. O início da abordagem da Saúde mental em termos legais iniciou-se em 1963, com a Lei da Saúde mental, sendo que a promulgação desta lei determinou a criação de centros de saúde mental nos diversos distritos. (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde mental, 2017)

Com a lei da Saúde mental, iniciou-se oficialmente a renovação psiquiátrica, sendo que as políticas fundamentais incidiam na continuidade dos cuidados, na facilidade de acesso sem discriminação e na implicação da comunidade onde vive a pessoa com transtorno mental (Antonio José de Almeida Filho et al., 2015; Presidência da República, 1963)

Em 1964, com o Decreto-lei 46102, de 23 de Dezembro, foram criados, mediante os centros de saúde mental previstos na base VIII da Lei de Saúde mental. Esta lei deeterminava que os centros de saúde mental, que deveriam ser integrados em estabelecimentos hospitalares já existentes em Lisboa, Porto e Coimbra, tivessem autonomia técnica e funcionassem sem prejuízo da estrutura administrativa dos referidos estabelecimentos. (Ministério da Saúde e Assistência, 1964)

Após a Revolução dos Cravos em 1974, a aplicação do Decreto-Lei número 413 de 1971, que reajustava a orgânica dos serviços do Ministério da Saúde e Assistência aos princípios definidos no Estatuto da Saúde e Assistência constantes na Lei número 2120 de 19 de julho 1963, acabou por ser comprometida devido à iminente crise política, principalmente no que concerne à integração dos cuidados psiquiátricos nas unidades de saúde primária. Evidenciou-se, assim, a necessidade de se democratizar o acesso à saúde mental, sendo que foi em 1984 que se retomaram as discussões de associar a saúde mental à saúde primária, com a criação da Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde mental. (Filho et al., 2015; Ministério da Saúde e Assistência, 1971)

O período de 1984 a 1990 é conhecido pela criação e desenvolvimento de uma rede de serviços psiquiátricos integrados, com a reestruturação dos Centros de Saúde mental. Estes centros, inseridos em várias áreas geográficas, responsabilizavam-se pela prestação de atendimento desde a fase do tratamento à reabilitação. (Filho et al., 2015)

Foi apenas em 1992, com o Decreto-Lei número 127, que se integraram os serviços de saúde mental nos serviços de saúde geral, com o fim dos Centros de Saúde mental e Centros de Saúde mental Infante-Juvenil criados ao abrigo do Decreto-Lei n.º 46102, de 24 de Dezembro de 1964, integrando-se estes nos serviços de 24 hospitais gerais e distritais que passariam a oferecer departamentos e urgências psiquiátricas. (Filho et al., 2015; Ministério da Saúde e Assistência, 1964) Embora tenha havido iniciativa política para descentralizar os serviços de saúde mental e combater a segregação das pessoas com doença mental, esta medida foi contestada pela profissão psiquiátrica e suas associações, argumentando que a psiquiatria nos hospitais gerais constituía um retrocesso, uma vez que reforçava a institucionalização. No entanto, a classe que contestou esta integração aceitou que os grandes hospitais psiquiátricos continuassem a existir. Dados os conflitos gerados com a ideia de adesão descentralizadora, a iniciativa acabou por não acontecer, uma vez que não houve uma disseminação eficaz entre os utentes e seus familiares, bem como entre profissionais. (Filho et al., 2015; Siqueira-Silva, Nunes, & Moraes, 2013)

Não obstante a resistência, a década de 1990 foi das mais importantes na evolução das políticas em saúde mental em Portugal. Foram criadas várias leis que procuravam valer o que era mais vantajoso e adequado nos cuidados à pessoa com doença mental, que não só procuravam a integração de cuidados, como também a aproximação da psiquiatria à comunidade. (Filho et al., 2015; Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde mental, 2017)

O ano de 1994 foi marcado pela nomeação de uma Comissão para o Estudo da Saúde mental (CESM) pelo Diretor-Geral da Saúde. Desta comissão surgiu um relatório, no ano seguinte, denominado “Princípios de Organização dos Serviços de Saúde mental – Saúde mental: Proposta de Mudança”, que propunha que os princípios organizacionais que deverão estar contidos em todos os serviços de saúde mental seriam:

- A sectorização, que garantisse a responsabilização pelos cuidados prestados em cada unidade geodemográfica;

- A continuidade de cuidados e o seu desenvolvimento a nível da comunidade;
- A diversificação e coordenação dos dispositivos que integram a rede de serviços de cada sector;
- A articulação funcional dos serviços especializados de saúde mental com os outros serviços de saúde;
- A reestruturação da hospitalização psiquiátrica, hospitalizando os doentes agudos nos hospitais gerais e na criação de dispositivos facilitadores da reabilitação e desinstitucionalização dos doentes de evolução prolongada;
- O envolvimento de pacientes, famílias e outras entidades da comunidade nos cuidados de saúde mental. (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde mental, 2017; Siqueira-Silva et al., 2013)

Com estas medidas, redesenhou-se uma nova política de saúde mental em Portugal, e todas as tentativas que se seguiram tiveram em conta estas proposições e as iniciativas passaram a ser tomadas no sentido de aproximar e integrar a saúde mental nos serviços de saúde geral. (Siqueira-Silva et al., 2013)

No sentido de distribuir os atendimentos pelo país, agregaram-se os interesses para que descentralizassem os serviços, levando cuidados a toda a população, sendo que as propostas do modelo organizacional consistiam na criação de dispositivos de saúde mental nas unidades de saúde para uma área geodemográfica de 250.000 habitantes, de unidades de saúde mental infanto-juvenis nas unidades de saúde, bem como de serviços a nível regional capazes de apoiar os serviços locais inseridos em cada unidade de saúde, e os Centros Regionais de Alcoologia. (Siqueira-Silva et al., 2013)

Em 1998 criou-se uma nova Lei da Saúde mental (número 36/98), que passou a regular o internamento compulsivo e a determinar que a prestação de cuidados fosse promovida prioritariamente ao nível da comunidade. Foram ainda valorizadas unidades de reabilitação, no cenário da saúde mental, estruturas residenciais para doentes de evolução prolongada e estruturas para formação e reinserção profissional. Foi apenas neste ano que se oficializou a necessidade da criação de uma rede diversificada e articulada, com a colaboração interministerial e das organizações sociais comunitárias. Esta articulação promoveu um debate sobre as contradições e as fragilidades do sistema. (Filho et al., 2015; Assembleia da República, 1998; Siqueira-Silva et al., 2013)

A par da preocupação crescente no que concerne aos cuidados de Saúde mental, foi criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde mental em 2006, cujo objectivo era não só averiguar a situação da prestação de cuidados de saúde mental, mas também criar um plano que reestruturasse e desenvolvesse os serviços de saúde mental. Surgiu assim, em 2007, o Plano Nacional da Saúde mental 2007-2016 (PNSM), que se encontra de acordo com as orientações da OMS e outras organizações internacionais com ação nas questões da saúde mental. Os valores deste plano consistiam essencialmente no facto da saúde mental não ser separada da Saúde em geral, na preferência pelos cuidados de saúde mental na comunidade, a proteção dos direitos humanos de quem sofre de perturbações mentais e a coordenação e integração de cuidados. (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde mental, 2017)

O Plano Nacional de Saúde Mental, resultante da discussão realizada pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde mental, tem como objetivos basilares:

- Garantir o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental nomeadamente a grupos vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Promover a saúde mental das populações e diminuir o impacto das perturbações mentais;
- Descentralizar os serviços de saúde mental, contribuindo para a prestação de cuidados mais próximos e para uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- Integrar os cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, nomeadamente nos cuidados primários, hospitais gerais e cuidados continuados, facilitando o acesso e diminuindo a institucionalização. (Presidência do Conselho de Ministros, 2008)

Não obstante a existência do PNSM e das estratégias europeias e internacionais, relatórios do presente ano revelam que em Portugal a prevalência de doenças mentais de período igual ou superior a 12 meses é de 21,0% (Antunes et al., 2018), sendo que mais de 80% dos utentes recorre a um médico de família para consultas de saúde mental, mas

apenas 15% recorre a médicos psiquiatras e 9% a psicólogos. (OECD, 2011) Em 2016 existiam 1613 profissionais de saúde mental nos serviços públicos de adultos e apenas estavam integrados no SNS 262 psicólogos. Estatísticas de 2015 do SNS apontam ainda para a existência de 4 médicos psiquiatras por cada 75 000 habitantes. Em termos de consultas de psiquiatria de adultos realizadas, as zonas do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo foram as mais abrangidas, perfazendo cerca de 75% de todas as consultas realizadas. Já as zonas do Alentejo e Algarve apresentaram uma percentagem de 4% e 2% do número total de consultas de psiquiatria realizadas, respetivamente. (Entidade Reguladora da Saúde, 2015)

Os relatórios de avaliação do PNSM identificam, no entanto, os constrangimentos que explicam, pelo menos até determinado ponto, os obstáculos associados à melhoria dos cuidados de saúde mental e aos números supracitados. Embora o PNSM tenha sido implementado há mais de 10 anos, são identificados problemas considerados crónicos, nomeadamente a baixa autonomia e capacidade de decisão dos responsáveis pela implementação do PNSM e dos centros de decisão locais, o que compromete a melhoria dos cuidados na comunidade, a ausência de coordenação e grande concentração de recursos humanos apenas nos hospitais centrais e a inadequação dos modelos de financiamento e gestão. Adicionalmente, ainda se verificam problemas na articulação com os cuidados de saúde primários, com as administrações regionais de saúde e com a Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde mental. (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde mental, 2017)

Não obstante, Portugal está situado no topo das referências em Saúde mental por três instituições: EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Comissão dos Direitos Humanos da ONU e a Plataforma Global Gulbenkian de Saúde mental. (Direção-Geral da Saúde, 2016)

No que concerne às políticas relacionadas com o consumo de psicofármacos em Portugal, o consumo de benzodiazepinas tem sido alvo de atenção por parte dos organismos públicos de Saúde. Foi criado o Protocolo de desabituação do uso crónico de benzodiazepinas, estabelecido com o Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública da faculdade de Medicina de Lisboa. Este protocolo tem como objetivo avaliar as intervenções de descontinuação do uso crónico de benzodiazepinas, no âmbito dos cuidados de saúde primários. (ACSS, 2016)

Em 2017, foi ainda promovido um simpósio denominado «Dormir e relaxar sem depender de benzodiazepinas», promovido pela Coordenação Nacional da Estratégia do Medicamento e dos Produtos de Saúde, com o envolvimento de 14 departamentos do Ministério da Saúde e as Ordens dos Médicos, dos Farmacêuticos e dos Psicólogos. Esta campanha procurou sensibilizar os profissionais de saúde e cidadãos para a utilização excessiva de benzodiazepinas (BDZ), com o foco em três vertentes: os riscos da utilização de BDZ, a necessidade de suspensão ou redução destes medicamentos ser feita pelo médico assistente, e a existência de alternativas terapêuticas não medicamentosas e medicamentosas para o tratamento da ansiedade e da insónia. (Serviço Nacional de Saúde, 2017)

Considerando a elevada prevalência de doenças mentais comuns nos mais diversos pontos do globo e todos os problemas associados, nomeadamente o impacto socioeconómico, a falta de acessibilidade, a adequabilidade de tratamento e o consumo excessivo de psicofármacos, evidencia-se a necessidade de tomar decisões políticas de forma a melhorar os cuidados de saúde mental. Neste sentido, as medidas tomadas pelos mais diversos organismos, especialmente pela OMS a nível mundial, pela JA MH-WB a nível europeu e pela DGS a nível nacional, têm um impacto muito importante, não só na melhoria do paradigma da saúde mental, como também na estimulação da discussão entre os mais diversos organismos e a sociedade em relação a esta área.

3 OBJETIVOS

O principal objetivo desta dissertação é avaliar as diferentes políticas de saúde mental de diferentes países da Europa às implementadas em Portugal, tendo como principal foco o consumo de psicofármacos. A presente dissertação terá duas abordagens principais, que correspondem aos dois objetivos secundários:

- A abordagem quantitativa, cujo objetivo é comparar as bases de dados portuguesas e europeias relacionadas com o uso de psicofármacos e determinar as tendências de consumo destes fármacos nos diferentes países e em Portugal de 2000 a 2016.
- Em relação à abordagem qualitativa, o objetivo é apreciar de forma crítica das políticas portuguesas de saúde mental e comparação com outros países, especialmente europeus, recorrendo a entrevistas a profissionais de saúde mental,

decisores políticos de saúde mental e investigadores de renome das políticas de saúde mental.

4 METODOLOGIA

O presente capítulo pretende descrever a metodologia adotada na realização deste estudo, clarificando os pressupostos teóricos e as circunstâncias práticas subjacentes à sua condução. Desta forma, é apresentada a metodologia de pesquisa, a classificação do estudo empírico e as questões de investigação, as hipóteses propostas, as variáveis envolvidas e a população alvo, os instrumentos de recolha dos dados e os procedimentos ético-formais associados, bem como as técnicas de tratamento e análise estatística.

4.1 METODOLOGIA DE PESQUISA

Para a revisão de literatura, foi necessário enquadrar os temas a abordar de forma coerente, para que fosse possível enfatizar a linha condutora entre os dois grandes temas da presente dissertação: as políticas de saúde mental e o consumo de psicofármacos. Como tal, a pesquisa iniciou-se sobre os conceitos de saúde e doença mental e os seus padrões epidemiológicos no mundo, na Europa e no país, seguindo-se da etiologia e fisiopatologia das doenças mentais comuns, nomeadamente das perturbações de humor e de ansiedade. Após a compreensão destas perturbações, a pesquisa incidiu no tratamento destas mesmas patologias, especialmente no que diz respeito ao tratamento farmacológico. Foram ainda exploradas as características farmacoepidemiológicas relativas ao uso de psicofármacos, também numa abordagem de “pirâmide invertida”, onde se procurou explorar e contextualizar, de forma geral, o consumo de psicofármacos a nível mundial, aumentando o nível de detalhe no que concerne às estatísticas a nível europeu e a nível nacional.

Depois da pesquisa relativa ao consumo de psicofármacos, procurou-se enquadrar as políticas de saúde mental, enfatizando, a nível mundial e europeu, as medidas pivotais para o desenvolvimento e avanço das políticas de saúde mental. Já a nível nacional, para além da pesquisa relacionada com o estado da saúde mental em Portugal atualmente, viu-se também vantajosa a realização de um enquadramento histórico da saúde mental e das políticas implementadas desde a primeira lei de saúde mental, em 1963 (lei 2118, 3 de abril).

A pesquisa de literatura foi efetuada nas bases de dados Pubmed, Embase, Sciencedirect e b-On. As palavras-chave pesquisadas foram “Mental health”, “Mental health policy”,

“Psychotropic”, “Depression”, “Anxiety”. O intervalo de tempo considerado para a pesquisa foi de 2010 a 2019. De forma a manter a pesquisa com a informação mais actualizada possível, foi excluída toda a literatura anterior a este período. Apenas foi consultada literatura cujo idioma fosse português, inglês ou espanhol.

Foram ainda consultados relatórios e planos estratégicos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), da Comissão Europeia e da Organização Mundial de Saúde (OMS), todos eles relacionados com as políticas de saúde mental e o consumo de psicofármacos. A nível nacional, explorou-se a documentação oficial constante nos *sites* do INFARMED, da Direcção-Geral da Saúde e do Ministério da Saúde, bem como do Diário da República electrónico, no que concerne à legislação, nomeadamente em relação ao enquadramento histórico das políticas de saúde mental, cuja pesquisa incide desde o ano de 1963. Adicionalmente, consultou-se bibliografia relacionada com a fisiopatologia das doenças mentais comuns e com as características farmacológicas dos psicofármacos, nomeadamente no que diz respeito aos mecanismos de ação, às indicações terapêuticas e aos efeitos adversos.

4.2 METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO

4.2.1 Análise de bases de dados e estudo estatístico

O presente trabalho é um estudo observacional transversal e retrospectivo, uma vez que a recolha de dados ocorreu apenas num momento e os dados se referem a factos presentes e passados. Como tal, qualquer análise prospetiva deverá ser realizada considerando a possibilidade das tendências de consumo e de vendas de psicofármacos se alterarem.

O universo alvo deste estudo foram as classes de medicamentos correspondentes aos códigos ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*) N05B (ansiolíticos), N05C (sedativos e hipnóticos) e N06A (antidepressores), dispensados em regime de ambulatório. Os códigos ATC classificam as substâncias ativas através de uma hierarquia com cinco níveis diferentes. O sistema possui catorze grupos anatómicos/farmacológicos principais, que correspondem à primeira hierarquia. Cada grupo principal de ATC é dividido em 2 níveis que podem ser grupos farmacológicos ou terapêuticos. O terceiro e quarto níveis são subgrupos químicos, farmacológicos ou terapêuticos e o quinto nível é a substância química. (World Health Organization, n.d.)

Paralelamente, a nível nacional, existe também a classificação farmacoterapêutica. Esta classificação dos medicamentos é efetuada de acordo com uma sistematização agrupada

em função da identidade, entre eles, e das indicações terapêuticas para que são aprovados e autorizados. (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, 2014a) Embora as duas classificações tenham algumas divergências, é possível fazer a correspondência entre ambas (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, 2014b):

Tabela 2 - Tabela de correspondência entre a classificação ATC e a classificação farmacoterapêutica (Fonte: Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, 2014)

Classificação ATC	Correspondência classificação farmacoterapêutica
N - SISTEMA NERVOSO	Grupo 2 — Sistema nervoso central
N05 – PSICOLÉPTICOS	2.9 — Psicofármacos:
<ul style="list-style-type: none"> • N05B – Ansiolíticos..... • N05C – Hipnóticos e sedativos... 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.9.1 — Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos
N06 - PSICOANALÉPTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • N06A – Antidepressores..... 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.9.3 — Antidepressores

Desta forma, neste estudo, o termo “psicofármacos” referir-se-á aos grupos ATC N05B, N05C e N06A. É importante, no entanto, mencionar que o grupo 2.9 – Psicofármacos constante na classificação farmacoterapêutica contém ainda os subgrupos 2.9.2 – Antipsicóticos e 2.9.4 – Lítio, que não serão considerados no presente estudo.

A análise estatística é dividida em duas partes: a primeira apresenta os dados de consumo e de vendas dos medicamentos supracitados em vários países da Europa. Estes dados foram obtidos através da base de dados da OCDE, onde constam diversos indicadores respeitantes ao consumo de medicamentos. A base de dados relativa às DDD é constituída por 26 países, e a base de dados da percentagem do total de vendas é constituída por 28 países. Os países europeus constantes na base de dados foram selecionados através de três critérios: metodologia de obtenção de dados igual ou semelhante, menor número de *missing values* em ambas as bases de dados e heterogeneidade da localização, sendo que foram escolhidos dois países da Europa Ocidental (Alemanha e Luxemburgo), dois da Europa de Leste (República Checa e Eslováquia), dois da Europa do Sul (Portugal e Espanha) e dois da Europa do Norte (Islândia e Suécia). O intervalo de tempo considerado foi do ano 2000 a 2016. As variáveis consideradas nesta parte do estudo são o número de DDD consumidas/1000 habitantes/dia e a percentagem de vendas de psicofármacos em

relação ao volume total de vendas de todos os medicamentos. As DDD correspondem à dose média diária definida do fármaco, em adultos, para a sua indicação principal. É importante salientar que embora a metodologia seja igual entre todos os países nos dados correspondentes às DDD, existem diferenças nas metodologias de obtenção de dados na Alemanha, Luxemburgo e Eslováquia nos dados correspondentes à percentagem do total de vendas, sendo que nos dois primeiros países estima-se que os dados de consumo sejam inferiores à realidade. Já no que concerne à Eslováquia, os dados são obtidos através de organizações de comércio por grosso, ao invés de instituições governamentais, como é o caso dos restantes países considerados.

Adicionalmente, no que concerne a ambas as bases de dados, a República Checa, a Islândia, a Eslováquia e a Suécia consideram também os medicamentos consumidos/vendidos em meio hospitalar. Apenas Espanha e o Luxemburgo não incluem nos dados os medicamentos não-comparticipados e Espanha, o Luxemburgo e a Alemanha não contabilizam os medicamentos vendidos *over the counter*.

Já no que concerne à segunda parte do estudo, os dados obtidos, fornecidos pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED), correspondem ao número de DDD dispensadas em Portugal Continental, no mercado participado do SNS, para os códigos ATC N05B, N05C e N06A, desde o ano 2000 ao ano 2018.

Todos estes dados foram analisados e tratados com recurso ao *software* estatístico IBM SPSS Statistics v25. Numa fase inicial foi aplicada análise estatística exploratória e descritiva das variáveis, com o objetivo de identificar eventuais *missing values*. Numa fase subsequente foram aplicadas técnicas de análise estatística inferencial. Os dados foram analisados com recurso a apresentações gráficas e a tendência do uso de psicofármacos em relação ao tempo foi avaliada usando a análise de regressão linear. Para verificar a consistência da análise de regressão, verificaram-se os pressupostos de linearidade, normalidade, autocorrelação e homocedasticidade. (Pestana & Gageiro, 2014)

As hipóteses em estudo são as seguintes:

- H1: O consumo de ansiolíticos tem aumentado, em média, em todos os países
- H2: O consumo de sedativos e hipnóticos tem aumentado, em média, em todos os países

- H3: O consumo de antidepressores tem aumentado, em média, em todos os países
- H4: A percentagem do total de vendas de ansiolíticos tem aumentado, em média, em todos os países
- H5: A percentagem do total de vendas de sedativos e hipnóticos tem aumentado, em média, em todos os países
- H6: A percentagem do total de vendas de antidepressores tem aumentado, em média, em todos os países
- H7: O consumo de ansiolíticos tem aumentado em Portugal
- H8: O consumo de sedativos e hipnóticos tem aumentado em Portugal
- H9: O consumo de antidepressores tem aumentado em Portugal

4.2.2 Realização de entrevistas

Além da análise estatística das bases de dados, foram ainda realizadas entrevistas a algumas personalidades reconhecidas no contexto da Saúde mental em Portugal, de forma a melhor compreender as políticas de saúde mental e os padrões de consumo de psicofármacos. As personalidades selecionadas foram contactadas via e-mail ou por telefone, sendo que foram agendadas as entrevistas presenciais. Foram escolhidas três personalidades de renome na área da saúde mental em Portugal: o Dr. Horácio Firmino (HF), Médico Psiquiatra no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e no Hospital da Luz de Coimbra, o Professor Doutor Miguel Xavier (MX), Professor Catedrático da NOVA Medical School e o Dr. António Preto (AP), Diretor do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC). Estas mesmas entrevistas, foram baseadas em nove questões, iguais para todas as personalidades (Apêndice 9.1). O objetivo da realização das entrevistas consistiu na exposição das visões destas mesmas personalidades em relação ao paradigma da Saúde mental em Portugal. As entrevistas foram conduzidas presencialmente, com recurso à tomada de notas, que foram posteriormente enviadas, via e-mail, a cada personalidade entrevistada para aprovação. Estas entrevistas foram posteriormente validadas pelos entrevistados, sendo que todos concordaram que fossem colocadas nos apêndices 9.2, 9.3 e 9.4 da presente dissertação. Antes do início de cada entrevista, foi apresentado um consentimento informado, livre e esclarecido, explicativo dos objetivos do estudo e dos métodos de condução da mesma (Apêndice 9.5).

5 RESULTADOS

Após as fases de recolha e tratamento dos dados estatísticos, procedeu-se à análise dos resultados obtidos. O presente capítulo apresenta os resultados obtidos com a análise das bases de dados e das entrevistas realizadas. A primeira divide-se em 2 partes distintas: a primeira, dividida em duas subpartes: a caracterização da amostra em estudo relativamente às variáveis de consumo e venda dos psicofármacos no período de 2000 a 2016 e nos 8 países europeus, e a análise de regressão que procura analisar a tendência destas duas amostras ao longo dos anos. A segunda parte analisa a tendência de crescimento da dispensa de psicofármacos em Portugal Continental.

5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA – ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS BASES DE DADOS

5.1.1 O consumo de psicofármacos na Europa

A presente secção deste trabalho apresenta a análise estatística das bases de dados correspondentes ao consumo de psicofármacos em DDD e à percentagem do total de vendas na Europa, no período de 2000 a 2016. Todos os países são avaliados individualmente, sendo que é também avaliada a tendência média da evolução destas duas variáveis.

5.1.1.1 *Análise descritiva*

É importante mencionar que no que concerne às DDD consumidas, os dados do Luxemburgo iniciam-se apenas em 2003, havendo, portanto, nove *missing values* nesta base de dados, correspondentes aos anos 2000, 2001 e 2002 deste país.

Já no que concerne à base de dados correspondente à percentagem do total de vendas, registam-se quatro *missing values* em cada uma das três classes de fármacos, uma vez que não existem dados dos anos 2000, 2001, 2002 e 2003 relativos a Espanha.

A tabela 3 apresenta as médias e os desvios padrão das três classes de psicofármacos, tanto em termos de DDD consumidas como em relação à percentagem do total de vendas, do ano 2000 a 2016.

Tabela 3 - Análise descritiva dos dados de consumo e venda de psicofármacos na Europa (2000-2016)

Ano	N05B - Ansiolíticos				N05C – Sed, e hipnóticos				N06A - Antidepressores			
	DDD		% de vendas		DDD		% de vendas		DDD		% de vendas	
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ
2000	29,1	23,7	1,15	0,85	25,3	16,6	0,97	0,51	30,7	21,7	4,3	2,7
2001	29,7	24,5	1,11	0,82	25,8	17,0	0,90	0,48	34,8	23,8	4,5	2,5
2002	30,3	24,5	1,02	0,81	26,3	18,3	0,89	0,52	38,2	25,2	4,5	2,4
2003	31,9	23,6	0,97	0,78	29,5	20,5	0,84	0,51	41,2	25,2	4,5	2,3
2004	32,4	24,7	1,00	0,66	29,9	22,0	0,80	0,44	43,8	25,3	4,4	2,0
2005	33,0	25,1	0,93	0,63	30,3	22,8	0,76	0,41	46,6	24,7	4,3	2,0
2006	33,2	26,1	0,91	0,61	30,6	23,4	0,75	0,43	48,7	24,1	4,0	1,9
2007	34,7	28,4	0,88	0,60	31,4	23,2	0,74	0,45	52,8	23,8	3,9	1,8
2008	34,2	28,4	0,83	0,58	31,8	23,3	0,73	0,45	55,3	23,5	3,8	1,7
2009	33,9	28,3	0,85	0,55	32,2	23,5	0,78	0,50	57,5	23,6	3,5	1,6
2010	33,7	28,1	0,85	0,55	32,9	24,3	0,81	0,57	60,6	23,5	3,3	1,5
2011	33,4	28,3	0,84	0,57	33,0	24,0	0,80	0,58	62,9	24,0	3,0	1,3
2012	33,0	29,6	0,89	0,63	32,9	24,0	0,81	0,59	64,9	25,3	2,9	1,2
2013	33,3	29,9	0,89	0,66	32,9	23,1	0,84	0,54	68,1	26,7	2,8	1,2
2014	33,7	30,3	0,89	0,67	32,9	22,1	0,88	0,59	71,4	26,3	2,8	1,2
2015	33,3	30,4	0,89	0,63	32,8	21,8	0,88	0,64	74,4	29,6	2,6	1,1
2016	32,4	30,2	0,87	0,61	32,1	22,2	0,89	0,64	76,4	31,9	2,4	1,1

Como mencionado anteriormente, a análise descritiva inclui ainda a representação gráfica dos dados, A figura 2, relativa ao consumo de ansiolíticos, apresenta as DDD consumidas ao longo dos anos pelos diferentes países. Ao observar este gráfico, é possível destacar o consumo de Portugal em relação aos outros países, que é largamente superior. Observa-se ainda diferenças na evolução do consumo de país para país, sendo que Portugal apresenta, a par da Espanha, o maior crescimento. A Alemanha teve, de forma consistente ao longo dos anos, o menos consumo.

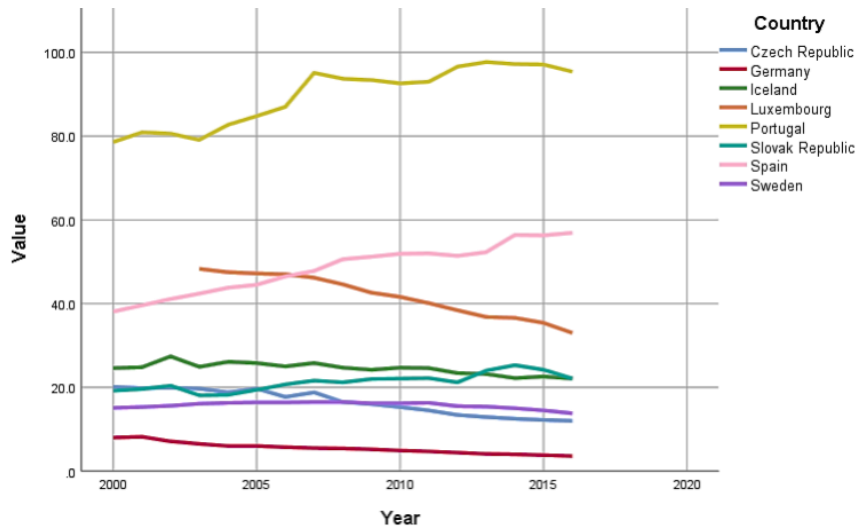


Figura 2 - N05B - DDD consumidas (2000-2016)

Na figura 3 é possível observar a evolução da percentagem do total de vendas de ansiolíticos dos vários países de 2000 a 2016.

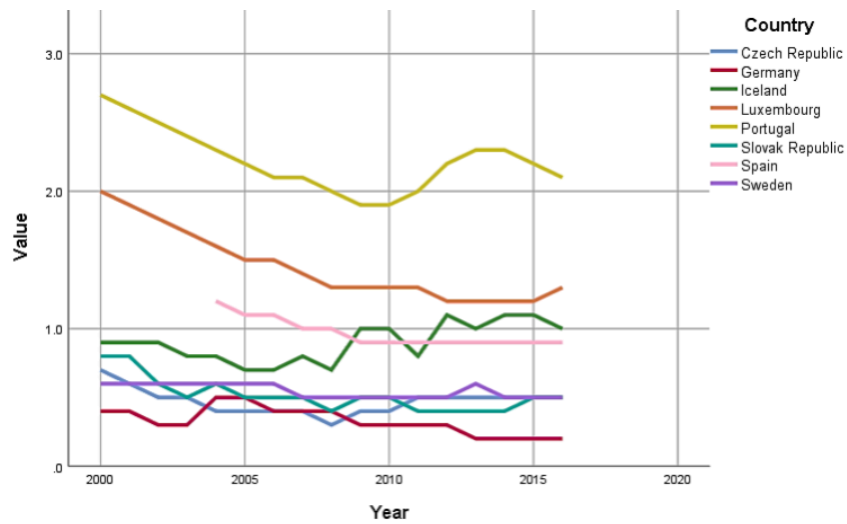


Figura 3 - N05B - % do total de vendas (2000-2016)

Nesta figura verifica-se um decréscimo em quase todos os países de 2000 a 2005, especialmente em Portugal e no Luxemburgo. Estes dois países destacam-se ainda dos restantes, dado que a percentagem de vendas de ansiolíticos corresponde a uma percentagem do total de vendas de psicofármacos muito superior aos restantes países. Observa-se ainda que ao longo dos anos quase todos os países têm pelo menos um ponto de inflexão, ou seja, existia uma tendência de evolução positiva que a determinado ponto no tempo se tornou negativa ou vice-versa. Na figura 4, relativa ao consumo de sedativos e hipnóticos, observam-se as DDD consumidas ao longo dos anos pelos diferentes países. Ao observar este gráfico, é possível destacar os consumos da Islândia, da Suécia e do Luxemburgo em relação aos outros países, que são superiores aos dos restantes países. É ainda possível verificar as discrepâncias na evolução do consumo entre os diferentes países. À semelhança do consumo de ansiolíticos, a Alemanha manteve-se com o menor consumo destes fármacos.

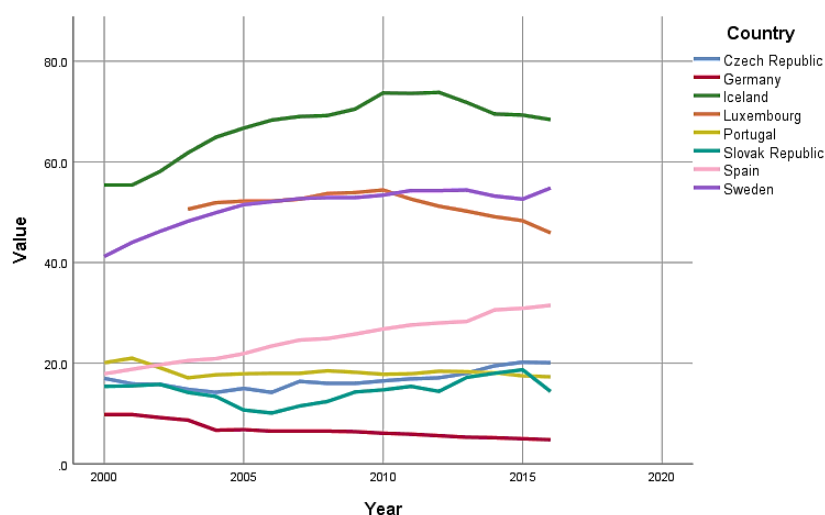


Figura 4 - N05C - DDD consumidas (2000-2016)

Na figura 5 é possível observar a evolução da percentagem do total de vendas de sedativos e hipnóticos dos vários países de 2000 a 2016, verificando-se uma grande heterogeneidade nas tendências de crescimento, bem como nos pontos de inflexão. É de salientar que a Islândia teve, até 2005, o decréscimo mais acentuado e desde então alterou a sua tendência, apresentando também o crescimento mais demarcado.

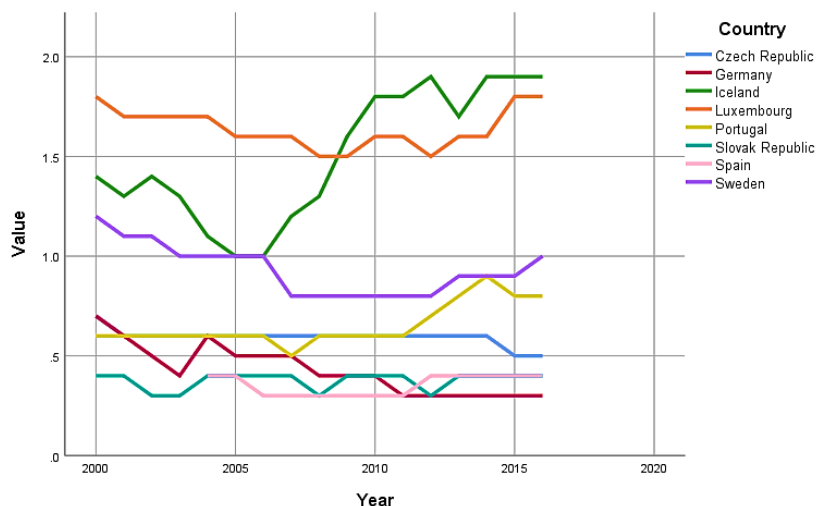


Figura 5 - N05C - % do total de vendas (2000-2016)

A figura 6 apresenta as DDD consumidas ao longo dos anos pelos diferentes países relativamente aos ansiolíticos. Neste gráfico destaca-se o consumo superior da Islândia em relação aos outros países. Observa-se ainda que todos os países apresentam uma tendência crescente de consumo.

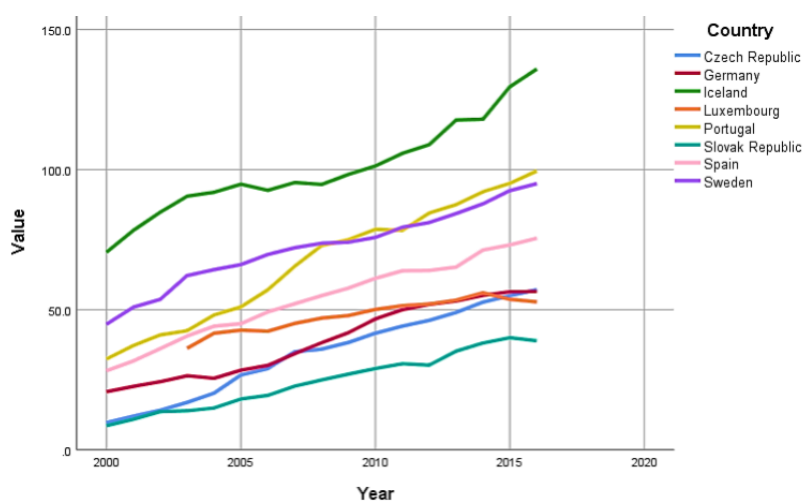


Figura 6 - N06A - DDD consumidas (2000-2016)

A figura 7 apresenta a percentagem do total de vendas de ansiolíticos ao longo dos 16 anos considerados. Verifica-se um decréscimo em todos os países, com poucos ou nenhuns pontos de inflexão, sendo que a diminuição mais acentuada corresponde à Islândia e, de seguida, à Suécia.

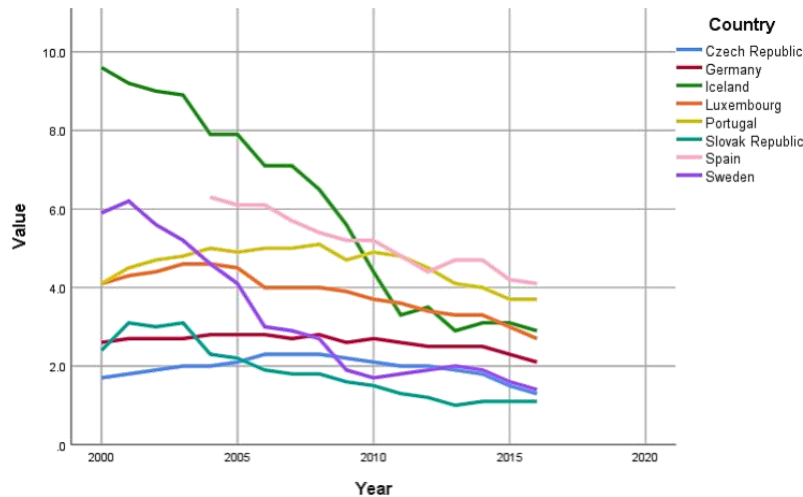


Figura 7 - N06A- % do total de vendas (2000-2016)

5.1.1.2 Análise de regressão

Após a análise descritiva dos dados, prosseguiu-se para a análise de regressão linear. Sublinha-se que a análise de regressão linear não procura estabelecer uma relação causal entre X e Y. O α corresponde à constante, que indica a interceção da reta com o eixo dos Y. O β determina a inclinação da reta, ou seja, mede o efeito do aumento unitário de X em Y, e ϵ_i é uma variável aleatória residual que descreve os efeitos em Y não explicados por X. (Pestana & Gageiro, 2014)

A figura 8 apresenta os resultados da análise de todos os pressupostos supramencionados das duas bases de dados em estudo. Todos os espaços coloridos a verde significam que a distribuição respeita os pressupostos, a amarelo significa que o resultado é inconclusivo e a cor vermelha indica que o pressuposto em questão não é respeitado. Especificamente no que concerne ao teste de autocorrelação de resíduos, dado que $k=1$ (uma vez que existe uma variável independente) e $N=17$ em todos os países com exceção do Luxemburgo na base de dados relativa ao consumo em DDD, em que $N=14$ e da Espanha na base de dados do número total de vendas, em que $N=13$, o valor crítico (DL) para um $\alpha=0,05$ é de 1,133 e o valor crítico dU é 1,381. Para o caso do Luxemburgo, $dL=1,045$ e $dU=1,350$ e para o caso de Espanha, $dL=1,010$ e $dU=1,340$. Todos os valores que se encontrem abaixo do dL permitem rejeitar a hipótese nula, comprovando a independência dos resíduos. Os valores do teste que se encontrem entre o dL e dU são inconclusivos e os valores acima de dU correspondem à presença de autocorrelação. (Pestana & Gageiro, 2014; Savin & White, 1977)

Figura 8 – Resultados da análise dos pressupostos para análise de regressão dos dados europeus

ATC	País	DDD CONSUMIDAS				% DO TOTAL DE VENDAS			
		Auto.	Lin.	Homo.	Norm. (KS/SW)	Auto.	Lin.	Homo.	Norm. (KS/SW)
N05B	CZE	Yellow	Green	Green	Red	Green	Red	Red	Green
	DEU	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green
	ISL	Red	Green	Green	Green	Yellow	Red	Green	Green
	LUX	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	PRT	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	SVK	Yellow	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green
	ESP	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green
	SWE	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Green
N05C	CZE	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	DEU	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	ISL	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green
	LUX	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green
	PRT	Green	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green
	SVK	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Red
	ESP	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green
	SWE	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green
N06A	CZE	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green	Green
	DEU	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	ISL	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	LUX	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	PRT	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green	Green
	SVK	Red	Green	Green	Green	Yellow	Green	Red	Red
	ESP	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Green
	SWE	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green

Avaliando a figura 8 de forma holística, verifica-se que aproximadamente 19.7% de todos os testes realizados indicam a impossibilidade de rejeitar H0. O pressuposto mais problemático é a linearidade da distribuição, principalmente na base de dados relativa à percentagem do total de vendas, o que pode ser explicado pelo número elevado de pontos de inflexão nas retas dos gráficos apresentados acima. Dado que as amostras são pequenas ($13 < N < 17$), é de esperar que a normalidade da distribuição não se verifique em todos os casos.

A tabela 4 apresenta os resultados obtidos relativamente à análise de regressão linear correspondentes aos três códigos ATC, tanto na base de dados da percentagem do total de vendas, como das DDD consumidas. Dado que a base de dados relativa à percentagem do total de vendas e a base de dados das DDD consumidas apresentam unidades diferentes, foi considerado o coeficiente estandardizado em relação ao valor B (correspondente ao declive da reta), para que seja possível estabelecer uma comparação entre ambas as bases de dados.

Tabela 4 - Resultados obtidos através da análise de regressão linear

	N05B				N05C				N06A			
	% do total de vendas		DDD's consumidas		% do total de vendas		DDD's consumidas		% do total de vendas		DDD's consumidas	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.
Alemanha	-,729	,001	-,973	,000	-,892	,000	-,930	,000	-,723	,001	,985	,000
Eslováquia	-,731	,001	,838	,000	,198	,446	,379	,133	-,929	,000	,994	,000
Espanha	-,850	-,000	,983	,000	,371	,212	,996	,000	-,973	,000	,994	,000
Islândia	,586	,013	-,795	,000	,776	,000	,802	,000	-,977	,000	,959	,000
Luxemburgo	-,918	,000	-,988	,000	-,160	,539	-,595	,025	-,910	,000	,952	,000
Portugal	-,585	,014	,911	,000	,730	,001	-,558	,020	-,512	,036	,993	,000
Rep. Checa	-,215	,406	-,972	,000	-,664	,004	,764	,000	-,322	,207	,995	,000
Suécia	-,722	,001	-,431	,084	-,633	,006	,849	,000	-,935	,000	,985	,000
Média	-,015	,000	,647	,005	-,112	,668	,876	,000	-,972	,000	,999	,000

Todos os países apresentam um declive de reta decrescente ($B > 0$) no que concerne à percentagem do total de vendas de ansiolíticos, à exceção da Islândia, cuja tendência é crescente. Sublinha-se que a República Checa, embora apresente um valor de B negativo, o nível de significância é superior a 0,05, e como tal não deve ser considerado nesta análise. O Luxemburgo apresenta o menor declive, correspondendo a um decréscimo mais acentuado em relação aos outros países. Já a média da percentagem do total de vendas apresenta um declive da reta relativamente baixo, o que indica que visto de uma forma generalizada, o decréscimo não foi acentuado ao longo dos anos.

Já no que diz respeito às DDD consumidas, as tendências de crescimento divergiram em alguns países: enquanto a Eslováquia, a Espanha e Portugal apresentam uma tendência de consumo crescente, os restantes países apresentam tendências decrescentes. À exceção da Suécia, os declives das retas ultrapassaram os $|0,75|$, o que indica a evolução bem pronunciada do consumo de ansiolíticos. Embora haja mais países com tendências decrescentes do que crescentes, a média apresenta um declive positivo, indicando uma tendência crescente. Este fenómeno pode ser explicado pelo facto de os países com tendências crescentes terem volumes de consumo de ansiolíticos muito superiores àqueles com tendências decrescentes.

No respeitante à percentagem do total de vendas de sedativos e hipnóticos, verifica-se que a Alemanha, a República Checa e a Suécia apresentam tendências decrescentes. Já Islândia e Portugal apresentam declives positivos, e como tal, evolução crescente. Os restantes países, bem como a média, não apresentam significância estatística.

Já no que concerne às DDD consumidas, observa-se uma tendência crescente em todos os países, à exceção do Luxemburgo e de Portugal. Verifica-se ainda que o declive das retas correspondentes a estes dois países não é tão acentuado quanto as dos restantes.

Todos os países apresentam tendências decrescentes no que diz respeito à percentagem do total de vendas, sendo que a República Checa apresenta o decréscimo menos acentuado, seguindo-se de Portugal. Já em relação às DDD consumidas, todos os países apresentam declives muito acentuados ($B > 0,95$), o que reflete um aumento muito pronunciado no consumo de antidepressores em toda a Europa de 2000 a 2016.

5.1.1.3 Síntese

Após a análise de regressão linear relativa a ambas as bases de dados, é possível determinar se as hipóteses H1-H6 colocadas em estudo são passíveis ou não de comprovação. No que concerne às hipóteses H1-H3, verifica-se que é possível rejeitar a hipótese nula, e como tal concluir que o consumo de ansiolíticos, antidepressores e sedativos e hipnóticos tem, em média, aumentado na Europa. Já no que diz respeito às hipóteses H4-H6, não é possível rejeitar H0. Verifica-se ainda uma tendência decrescente estatisticamente significativa relativamente à média da percentagem do total de vendas de ansiolíticos e antidepressores.

5.1.2 O consumo de psicofármacos em Portugal

Esta secção apresenta a análise estatística das bases de dados correspondentes ao consumo de psicofármacos das ATC N05B, N05C e N06A em DDD em Portugal, no período de 2000 a 2018. Os dados correspondem ao mercado participado do SNS. As classes de psicofármacos são analisadas individualmente, realizando-se uma análise de regressão linear.

5.1.2.1 Análise descritiva

A tabela 5 apresenta as médias e os desvios padrão das três classes de psicofármacos em termos de DDD consumidas do ano 2000 a 2018. Não existem *missing values* na presente base de dados. Nesta tabela observa-se que os ansiolíticos (N05B) e os antidepressores

(N06A) apresentam valores de média bastante semelhantes, embora o desvio padrão dos últimos seja muito superior ao das outras duas classes. O consumo de hipnóticos e sedativos ao longo dos anos apresenta uma média muito inferior ao consumo de ansiolíticos e antidepressores.

Tabela 5 - Análise descritiva dos dados de consumo de psicofármacos em Portugal

	N	Média	Desvio padrão
N05B	19	$2,30 \times 10^8$	$2,41 \times 10^7$
N05C	19	$3,95 \times 10^7$	$3,64 \times 10^6$
N06A	19	$2,23 \times 10^8$	$1,05 \times 10^8$

O gráfico abaixo (fig. 8) apresenta o consumo de psicofármacos em Portugal continental de 2000 a 2018, sendo que se observa um aumento muito pronunciado no consumo de antidepressores, que em 2000 não ultrapassava os 100 milhões de DDD e em 2018 quase atingiu os 400 milhões de DDD. A linha que representa o consumo de ansiolíticos demonstra também uma tendência crescente. O consumo de sedativos e hipnóticos, pelo contrário, apresenta um ligeiro decréscimo no início do milénio e uma posterior tendência de estagnação.

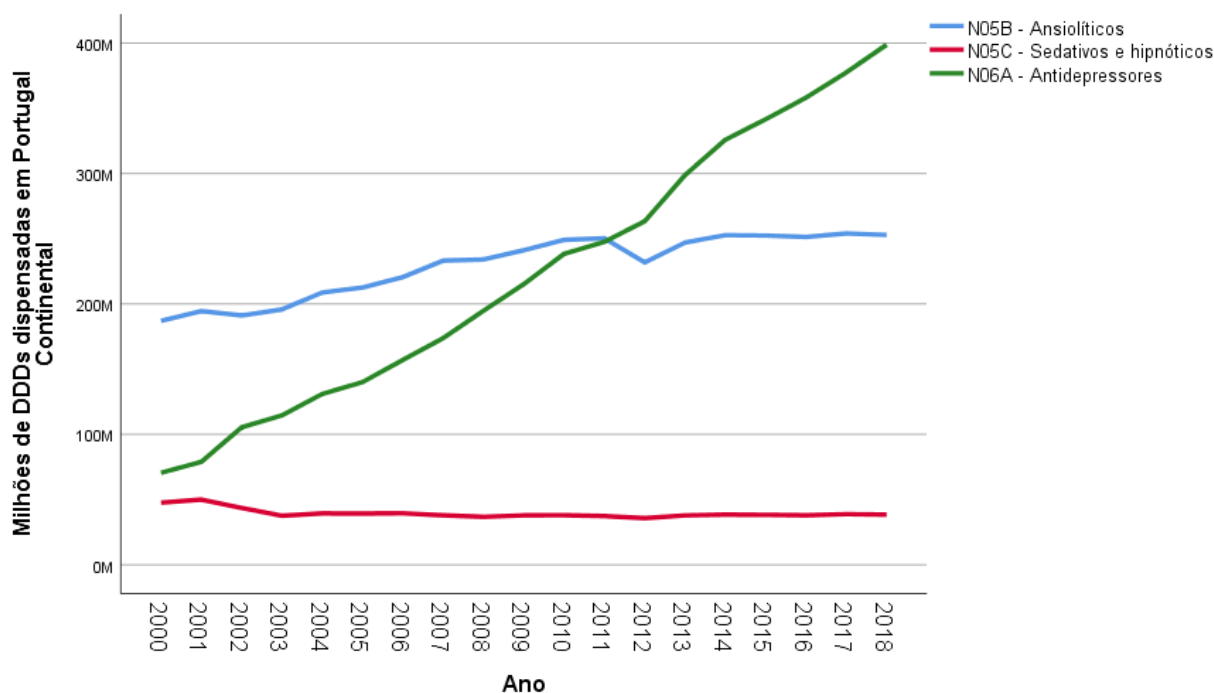


Figura 9 - Número de DDD dispensadas em Portugal Continental, no mercado participado do SNS, das ATC N05B, N05C e N06A

5.1.2.2 Análise de regressão

Após a análise descritiva dos dados, prosseguiu-se para a análise de regressão linear. À semelhança da abordagem realizada em relação às bases de dados europeias, verificou-se se as três variáveis respeitavam ou não os pressupostos para uma análise de regressão consistente, diferindo apenas os valores críticos do teste Durbin-Watson, dado que $N=19$. Os valores dL e dU são, respetivamente, 1,180 e 1,401. (Savin & White, 1977)

Verificou-se que as três variáveis respeitam os pressupostos de autocorrelação, linearidade, homocedasticidade e normalidade, à exceção da variável N05C, que não respeita o pressuposto da linearidade. A tabela 6 apresenta os resultados obtidos através da análise de regressão linear.

Tabela 6 - Resultados obtidos através da análise de regressão linear

	B	Sig.
N05B	,932	,000
N05C	-,619	,005
N06A	,996	,000

5.1.2.3 Síntese

Após a análise de regressão linear relativa a ambas as bases de dados, é possível determinar se as hipóteses H7-H9 colocadas em estudo são ou não corroboradas. No que concerne a H7 e a H9, verifica-se que é possível rejeitar a hipótese nula, e como tal inferir que o consumo de ansiolíticos e antidepressores tem aumentado em Portugal. Já no que diz respeito a H8, não só não é possível rejeitar H0, como se observa ainda uma tendência decrescente estatisticamente significativa relativamente ao consumo de sedativos e hipnóticos em Portugal.

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS REALIZADAS

O presente subcapítulo apresenta a análise às entrevistas realizadas, que se encontram nos apêndices 9.2, 9.3 e 9.4.

Segundo o ponto de vista do Dr. Horácio Firmino (HF), as benzodiazepinas (BZD) têm sido altamente demonizadas recentemente. No entanto, há que considerar se a alteração da terapia farmacológica para o uso de alternativas como os antipsicóticos atípicos é efetivamente a melhor decisão. Existe uma visão extremamente agressiva relativamente às BZD, quando o interesse deve incidir não na substituição do seu uso por outros fármacos menos seguros e mais caros, mas sim na redução do uso de psicofármacos e na integração de outras intervenções não farmacológicas. Adicionalmente, é importante salientar a necessidade de ter uma visão holística relativamente aos novos fármacos e avaliar os eventos adversos e as possíveis intervenções com outros medicamentos. Quando questionado relativamente ao uso de antidepressores para perturbações de ansiedade e de ansiolíticos para perturbações depressivas, HF explicou que estes dois tipos de perturbações andam, muitas vezes, “de mãos dadas”, daí serem utilizadas as duas classes de fármacos em simultâneo, ressaltando, no entanto, que se deve ir reduzindo a dose à medida que a sintomatologia depressiva/ansiosa melhora.

A evolução do consumo de psicofármacos está estreitamente relacionada com o paradigma de saúde mental em Portugal, especialmente com o estado de implementação das políticas de saúde mental. Segundo o Professor Doutor Miguel Xavier (MX), o consumo de psicofármacos em Portugal é altíssimo, o que pode ser explicado pela falta de resposta diferenciada em termos de terapia não farmacológica, embora o acesso aos cuidados de saúde primários seja fácil, mencionando que os casos de prescrição de psicofármacos sem qualquer tipo de acompanhamento adicional são muito comuns.

Adicionalmente, a prescrição inadequada é também um problema, como é o caso da prescrição de antidepressores para depressões ligeiras, onde não há qualquer evidência científica que comprove a efetividade desses fármacos nestes casos. Nos cuidados de saúde primários, os recursos humanos e financeiros alocados para a saúde mental são muito escassos, o que tem um impacto importante sobre a prescrição de psicofármacos, dado que é uma intervenção rápida e, como tal, exige menos recursos a curto prazo.

Segundo HF, o consumo de psicofármacos não se associa ao estado de implementação das políticas em Saúde mental na sua generalidade, mas sim no facto de estas serem centradas no médico e não numa equipa multidisciplinar. Adicionalmente, quando se oferecem consultas na comunidade, mais diagnósticos são feitos e mais medicação é prescrita.

Já do ponto de vista do Dr. António Preto (AP), uma das principais causas dos números elevados de consumo de psicofármacos é a automedicação. No entanto, a questão de não ter acessibilidade aos serviços de saúde mental constitui um problema importante e também estreitamente relacionado com a automedicação, uma vez que os utentes, ao não terem acesso aos cuidados de saúde mental, procuram aconselhamento a pessoas mais próximas, como amigos e familiares, com menos literacia e menos sensíveis à patologia. A iliteracia em saúde mental constitui também um problema significativo, não só na população geral, mas também na comunidade médica. É no sentido de combater a iliteracia também, que a integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários é a melhor aposta, dado que representa uma oportunidade para educar as pessoas em relação a este assunto.

Considerando o enquadramento de Portugal nos países da OCDE relativamente ao consumo de psicofármacos, AP considera necessário sublinhar que, em termos financeiros, e embora Portugal pertença à Europa também, os portugueses têm “muito mais dificuldade que os franceses, ingleses e alemães”, o que provoca mais frustrações, que causam mais problemas de saúde mental e estimulam o consumo de psicofármacos.

No que concerne à questão financeira, MX salientou o facto da saúde mental em Portugal não ser uma prioridade política nem orçamental, embora a Saúde mental seja uma preocupação constante, e como tal sensível aos diferentes ciclos políticos. Desta forma, a sustentabilidade das políticas de saúde mental criadas num determinado momento é posta

em causa, dado que estas tendem a avançar e regredir com frequência. Embora a carga das doenças mentais esteja em segundo lugar em relação a todas as doenças, o seu financiamento é muito deficitário. Em Portugal, o orçamento para a saúde ronda os 10 mil M€, sendo que desse orçamento, apenas 3 a 4% é alocado para a Saúde mental, embora a carga da Doença Mental seja de 17% em relação a todas as doenças. A título de exemplo, no Reino Unido, 14% do orçamento para a saúde é direcionado para a Saúde mental, o que explica os melhores resultados em relação a Portugal no que concerne ao paradigma da Saúde mental.

Este subfinanciamento expressa-se em diversas frentes do paradigma da saúde mental, sendo uma delas a falta de recursos humanos. Segundo o AP a falta de recursos humanos nos serviços de saúde mental é efetivamente um problema. Nos últimos quatro anos, houve um declínio de 30 médicos psiquiatras nos serviços de saúde mental do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, um hospital central, passando de 90 profissionais para 60, dos quais 20 são internos. Adicionalmente, segundo a análise realizada pela direção de serviço do CHUC, a média etária dos 40 médicos do quadro é, atualmente, de 56 anos, dos quais mais de metade tem 60 ou mais anos, o que compromete seriamente o funcionamento do serviço a médio e longo prazo. Já HF considera que falta de recursos humanos na Saúde mental incide principalmente no número de psicólogos, que é muito escasso. No entanto, há que diferenciar o papel dos médicos psiquiatras daquele dos psicólogos, nomeadamente no que concerne à prescrição de medicação, dado que é essencial ter em conta todo o estado de saúde do utente, considerando o plano farmacoterapêutico do utente relativo a outras possíveis patologias.

Adicionalmente, AP afirma ainda que a saúde mental não se distingue das outras doenças no que concerne à necessidade de *follow-up*, mas que este mesmo seguimento é posto em causa tendo em conta o baixo número de psiquiatras e psicólogos no SNS, referindo ainda que à semelhança das restantes áreas da Medicina, não só é necessário tratar de imediato a doença, mas também “não se faz psiquiatria sem ter reabilitação”. HF salienta ainda que o tratamento de um doente não deve ser apenas centrado num só médico, mas sim numa equipa que envolva outros profissionais, como assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos, sendo que deve existir contacto diário para que uma unidade de saúde mental seja dinâmica. Neste contexto, o médico deveria existir para agir em situações mais graves

e os restantes profissionais acompanhariam os utentes com doença mental de forma mais próxima e constante.

Um dos problemas evidenciados com a falta de recursos humanos é o *treatment gap* associado às doenças mentais comuns. Segundo MX, os utentes não só não têm acesso aos serviços de psiquiatria, como também não têm uma resposta eficaz nos cuidados de saúde primários, onde é comum a duração das consultas com o médico de família não exceder os 5 minutos, o que não permite um diagnóstico e acompanhamento adequado.

A título de exemplo, no Reino Unido existe um programa que combate de forma muito efetiva o *treatment gap*, denominado IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*), onde a maioria dos utentes com doenças mentais comuns são acompanhados, monitorizados e tratados com terapia não farmacológica, nomeadamente através de acompanhamento psicológico. Assim que é detetado um caso de uma doença mental comum, o utente é encaminhado para 8 sessões com um psicólogo, sendo que é medicado apenas se não apresentar melhorias com esta mesma intervenção. Esta estratégia não só reduz significativamente o *treatment gap*, como também reduz o consumo de psicofármacos. É, no entanto, importante sublinhar que Portugal tem neste momento cerca de 250 psicólogos no SNS. Paralelamente, Londres – cuja população é também de cerca 10 milhões de habitantes - tem 5 mil terapeutas alocados a este programa.

Como tal, verifica-se que a grande falha relacionada com o *treatment gap* das doenças mentais comuns em Portugal, consiste na falta de um organismo intermediário com profissionais dedicados à saúde mental, para onde os utentes com estas doenças possam ser encaminhados através dos cuidados de saúde primários, sem que sejam referenciados para os serviços de psiquiatria – que devem ser responsáveis pelo tratamento de doenças mentais graves.

Segundo HF, há ainda dois aspetos problemáticos a salientar relativamente ao *treatment gap*: a estrutura das consultas, onde há dificuldade em aceitar o retorno dado pelos cuidados de saúde primários, sendo que a solução está na criação de uma relação de consultoria, bem como na melhoria da acessibilidade, reduzindo a sobrecarga existente nas consultas diferenciadas. O segundo aspeto consiste na referenciação e na resposta à mesma, sendo que se deve agir no sentido de haver menor retenção de doentes nas consultas especializadas e maior integração nos cuidados de saúde primários.

É ainda salientada por AP a importância de *“ter a saúde mental no sítio certo, que é nos cuidados de saúde primários”*, não negligenciando os níveis de cuidado mais especializados, nem esquecendo uns serviços em detrimento de outros, dado que *“o core business é a assistência, que não pode ser descuidada”*. No que diz respeito à falta de acessibilidade, é necessário ir de encontro aos utentes com doença mental quando estes últimos são incapazes de aceder aos cuidados de saúde mental. Segundo o diretor de serviço do CHUC, o estigma constitui outro grande problema aliado à acessibilidade: *“o estigma é transversal, até nos médicos, por defeito e por excesso”*, explicando que a comunidade médica, no geral, por vezes peca no sentido de descredibilizar os doentes com perturbações psiquiátricas. Por outro lado, a comunidade médica psiquiátrica tende a *“hiperproteger”* esses mesmos doentes devido aos distúrbios de que padecem. Este problema agrava-se devido à *“falta de vontade por parte dos decisores políticos e profissionais de saúde mental”*, ao *“comodismo”* e à falta de integração dos serviços de saúde mental nos restantes serviços de saúde, sendo *“mais que certo que o local certo é estar perto das outras especialidades”*, e não serem vistos de forma isolada.

Para combater o estigma, é essencial integrar a saúde mental nas escolas, investindo na promoção e prevenção. A principal medida a tomar é no sentido de aumentar a literacia em Saúde e diminuir o estigma, tornando a Saúde mental obrigatória no local de trabalho e nas escolas, envolvendo o Ministério da Educação.

O avanço da Saúde mental em Portugal é também refreado por alguns obstáculos organizacionais, que desde o Ministério da Saúde até à organização das unidades de saúde. MX explica que o Ministério da Saúde é subdividido em vários organismos, sendo que as ARS, a ACSS e a DGS são organismos independentes entre si. O Plano Nacional de Saúde Mental é desenvolvido pela DGS, no entanto, não só este organismo não tem poder de implementação política, como também não tem relação hierárquica com as ARS e a ACSS. Dado que estes dois organismos são os responsáveis pela implementação das políticas de saúde, mas não têm qualquer obrigatoriedade em seguir as orientações publicadas pela DGS, a maioria das políticas nunca chegam a ser implementadas.

Uma das formas de resolver este problema seria através da criação de um organismo intermediário com capacidade jurídica sobre a ACSS e as ARS, responsabilizando-as pela implementação – ou não – das orientações publicadas pela DGS.

Não obstante todos os problemas e obstáculos associados ao paradigma de saúde mental, o HF considera que o desenvolvimento da Saúde mental comunitária se mostrou efetivo em situações de necessidade e a transformação da psiquiatria asilar numa psiquiatria mais próxima e menos asilante permitiu reduzir o estigma, embora considere existir um recuo neste sentido novamente. Foi salientado ainda o caminho feito no sentido da desestigmatização e da integração dos departamentos de Saúde mental nos hospitais gerais. As políticas de saúde mental em Portugal foram rapidamente elogiadas por AP, que as considera “*do melhor, mais atual e mais racional*”, sublinhando ainda que “*se nós conseguíssemos implementar [as políticas de SM] de facto, daríamos um salto tremendo*”, uma vez que “[*nós, profissionais de Saúde mental*] estamos muito motivados” e que o paradigma atual da SM em Portugal “*tem condições para mudar*”. Ainda assim, o MX sublinha que “*não se pode ter uma saúde mental de primeiro mundo com um orçamento de terceiro mundo*”.

É também de sublinhar que O PNSM foi criado em 2007, com objetivo de vigorar até 2016. No entanto, houve uma interrupção de 2011 a 2017 devido à crise económica, resultante dos cortes orçamentais em saúde. Como tal, é importante salientar que dos 10 anos em que o PNSM deveria ser trabalhado, só foram concluídos quatro, estando apenas a ser retomado apenas desde o ano passado.

6 DISCUSSÃO

No presente capítulo são discutidos os resultados obtidos no capítulo anterior. É também efectuada uma reflexão sobre as políticas de saúde mental em Portugal tendo por base as entrevistas realizadas, relacionando-as com o consumo de psicofármacos.

6.1 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NA EUROPA

Segundo os resultados obtidos, verifica-se que, em média, ao longo dos anos o consumo de psicofármacos tem aumentado. No entanto, verifica-se que em relação aos ansiolíticos, se observa um decréscimo no consumo em quase todos os países, à exceção da Eslováquia, da Espanha e de Portugal, embora apresentem percentagens do total de vendas com tendência decrescente. Este fenómeno pode ocorrer devido ao facto dos ansiolíticos representarem uma despesa cada vez mais baixa, quer seja pelo aumento da quantidade de genéricos com preços mais acessíveis ou pelo baixo investimento em inovação terapêutica. Pelo contrário, embora se registre um decréscimo no uso de ansiolíticos na Islândia, existe uma tendência crescente na percentagem do total de vendas, sendo que os motivos para esta discrepância podem residir no aumento dos preços dos medicamentos desta, o que aumenta o volume de vendas e consequentemente a percentagem em relação ao total de vendas de medicamentos, ou num maior investimento em novos medicamentos desta classe farmacoterapêutica, que são geralmente mais dispendiosos. Não obstante, embora a maioria dos países tenha consumos de ansiolíticos com tendência decrescente e a percentagem do total de vendas tenha diminuído, a média de consumo apresenta uma tendência oposta, que pode ser explicada pelo facto de Espanha e Portugal serem os países que largamente se destacam dos restantes no que concerne as DDD consumidas.

No que respeita ao consumo de sedativos e hipnóticos, as tendências de consumo e de vendas tendem a ser mais heterogêneas, embora a Islândia seja o país que mais se distingue dos restantes, apresentando não só um aumento no consumo, mas também na percentagem do volume total de vendas dos medicamentos. No caso islandês, doentes com múltiplas condições crónicas são comuns no cenário dos cuidados primários, onde a prevalência e incidência de prescrições hipnóticas/ansiolíticas são altas. Estes fármacos são frequentemente prescritos para pessoas com distúrbios do sono, muitas vezes designadas apenas como “insónia” nos registos médicos, não havendo uma conexão clara com as raízes dos problemas dos doentes. (Linnet et al., 2016) Ainda assim, de forma

geral, o consumo tem aumentado na Europa, o que pode ser explicado pelo aumento da prevalência de perturbações de sono ou pelo aumento da prescrição destes medicamentos.

No que concerne ao consumo de antidepressores, verifica-se um aumento muito pronunciado no consumo desta classe farmacoterapêutica em todos os países, associado a um decréscimo transversal no volume de orçamental gasto com estes medicamentos em relação a todos os outros. Este fenómeno pode ser explicado por vários motivos:

- Aumento da prevalência de perturbações de humor e ansiedade;
- Aumento da prescrição de antidepressores em detrimento de terapias não-farmacológicas;
- Aumento da acessibilidade aos antidepressores, tanto em termos de prescrição como em termos de preço, o que aumenta consequentemente o consumo e diminui o impacto orçamental;
- Surgimento de novos utilizadores causado por um aumento de doentes diagnosticados;
- Baixo investimento em inovação terapêutica.

É interessante, no entanto, verificar que ao longo dos anos têm surgido movimentos de sensibilização para o uso excessivo de benzodiazepinas – medicamentos pertencentes ao grupo dos ansiolíticos – devido ao risco de dependência e de outros efeitos secundários importantes, o que poderá ter-se refletido no consumo, que tendeu a estagnar desde há cerca de dez anos. O decréscimo no uso de ansiolíticos em vários países da Europa poderá ainda refletir-se pelo aumento do investimento de cuidados de saúde mental na comunidade, pelo aumento da literacia e pela realização de ações preventivas, associadas a modelos de apoio não-farmacológico a quem sofra de perturbações de ansiedade. Já no que concerne aos antidepressores, não só se verifica um crescimento muito pronunciado no consumo, mas também não se observam ações políticas para travar esta tendência, sendo importante salientar que estes medicamentos podem provocar reações adversas como a ocorrência de náuseas, insónias, ganho de peso, cefaleias e disfunção sexual, o que poderá ter um impacto importante no bem-estar dos doentes com perturbações de humor e como tal comprometer a sua recuperação a médio e longo prazo.

6.2 O CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EM PORTUGAL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

No que concerne ao consumo de psicofármacos em Portugal, verifica-se uma tendência decrescente no consumo de sedativos e hipnóticos. No entanto, tanto o grupo dos ansiolíticos como dos antidepressores apresentam tendências crescentes no consumo. O aumento do consumo destes medicamentos pode dever-se a uma utilização mais prolongada destes fármacos, a novos utilizadores devido a um aumento na taxa de diagnóstico, maior acessibilidade aos medicamentos ou introdução de novas indicações terapêuticas. (Furtado, 2013) Dado que a toma de ansiolíticos durante períodos prolongados pode causar dependência, é possível que parte do aumento das DDD prescritas ao longo dos anos decorra de um efeito cumulativo, evidenciando a existência de utentes que tomam ansiolíticos durante mais tempo que o indicado. É importante mencionar ainda que é comum prescrever-se ansiolíticos para perturbações depressivas, sendo que 50% das mulheres e 31,8% dos homens com perturbações depressivas tomam ansiolíticos. Por outro lado, entre as pessoas com perturbações depressivas, o uso de ansiolíticos verificou-se em 38,2% das mulheres e 24,5% dos homens. (J. M. C. de Almeida, 2018)

Não obstante, observando-se a tendência do consumo de ansiolíticos desde 2013, verifica-se quase horizontalidade na tendência de evolução, ou seja, estagnação no número de DDD consumidas. Dado que as benzodiazepinas são os ansiolíticos mais largamente utilizados dentro deste grupo farmacoterapêutico, poder-se-á atribuir esta estagnação às medidas implementadas para travar o consumo de benzodiazepinas, nomeadamente o protocolo de desabituação do uso crónico de benzodiazepinas e as normas publicadas para o tratamento de perturbações de ansiedade. (ACSS, 2016; DGS, 2011)

Ainda assim, observou-se que em 2002 houve um aumento pronunciado no consumo de antidepressores, o que poderá ter sido causado pelo alargamento do regime de comparticipação especial aos antidepressores prescritos por médicos de outras especialidades. Estes medicamentos, a partir de então enquadrados no Escalão B do regime de comparticipação de medicamentos, correspondente a 69% de comparticipação, passaram a estar acessíveis a um conjunto mais alargado da população, o que facilitou a acessibilidade dos fármacos deste grupo terapêutico. (Furtado, 2013) No entanto, embora tenha sido eliminado o regime especial de comparticipação em 2010, continua a registar-se um crescimento muito elevado no consumo de antidepressores.

Este elevado consumo de psicofármacos pode ser também explicado pela automedicação e pela falta de acessibilidade a tratamentos não farmacológicos no SNS, causados pelo subfinanciamento crónico do setor da saúde, especialmente na área da saúde mental. Este subfinanciamento tem impacto direto sobre o número de profissionais de saúde mental, que é particularmente reduzido em Portugal. O rácio de profissionais de saúde mental em relação à população (de 25 por 100.000) está na extremidade inferior da faixa de acordo com os padrões europeus, exigindo uma análise cuidadosa em como alcançar um equilíbrio ideal entre as equipas dos serviços na comunidade e dos hospitais. (WHO Regional Office for Europe, 2011)

A distribuição geográfica e institucional muito desigual dos profissionais de saúde mental cria desigualdade e interfere seriamente na acessibilidade. Embora a proporção de psiquiatras seja relativamente adequada (6,7 por 100.000), ignorando sua distribuição e a proporção de trabalho em consultório particular, as proporções de enfermagem em saúde mental (2,5 por 100.000) e psicólogos (2,5 por 100.000) são extremamente baixas. (WHO Regional Office for Europe, 2011)

Considerando a discrepância entre a pequena oferta de força de trabalho e a alta procura por parte dos utentes, as equipas não são capazes de fornecer atendimento psicossocial multidisciplinar. Além disso, a atividade de divulgação é limitada a intervenções de emergência, e as intervenções de reabilitação na comunidade não são possíveis. (WHO Regional Office for Europe, 2011)

Adicionalmente, a inexistência de monitorização constitui também um problema relevante, exprimindo-se na escassez de dados sobre padrões de utilização de serviços: os sistemas de informação e registo não fornecem dados em tempo real sobre o trajeto dos doentes ao longo dos vários dispositivos, dificultando a monitorização dos cuidados prestados e a elaboração de perfis de utilização dos serviços. (WHO Regional Office for Europe, 2011)

É ainda importante articular os CSP e os serviços especializados, articulação essa que na maioria das vezes não existe. Ainda assim, nos casos em que esta articulação existe, não só se verifica uma grande heterogeneidade, com grande variabilidade nas respostas oferecidas aos indivíduos com perturbações psiquiátricas, como existe separação entre as estruturas físicas, os recursos humanos e o financiamento. Este facto dificulta

significativamente a articulação e inviabiliza uma verdadeira integração dos cuidados. (WHO Regional Office for Europe, 2011)

Todos estes fatores influenciam a qualidade dos serviços de saúde mental, prejudicando a acessibilidade aos cuidados e o tratamento adequado dos indivíduos que sofrem de doença mental. No entanto, a resolução dos problemas associados ao paradigma da saúde mental em Portugal não se restringe a questões de financiamento, estruturais e organizacionais, pelo contrário. É importante investir não só na contratação de mais recursos humanos e na criação de novas infraestruturas e organismos, como também na literacia em saúde mental, nomeadamente nas escolas e nos postos de trabalho. Este investimento contribui para a diminuição do estigma e promove a procura de cuidados de saúde mental por parte dos utentes, o que se manifesta numa diminuição do *treatment gap*, das taxas de medicação e possivelmente do consumo de psicofármacos.

Em suma, é crucial integrar a saúde mental no quotidiano, informar os indivíduos e articular os cuidados de saúde mental com as restantes especialidades, para promover uma visão holística sobre o estado de saúde do utente, aumentar a literacia, diminuir o estigma e melhorar significativamente a acessibilidade, a adequabilidade e a qualidade dos cuidados em saúde mental, tanto na comunidade, como nos cuidados de saúde primários e no meio hospitalar.

6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo permitiu comparar o consumo de psicofármacos entre vários países da Europa, bem como avaliar o consumo de psicofármacos em Portugal e relacioná-los com as políticas de saúde mental. Desta forma, é possível afirmar que os objetivos a que este estudo se propôs foram alcançados. No entanto, é importante considerar todas as limitações à análise destes mesmos dados:

- A metodologia na obtenção dos dados europeus difere em alguns países: no caso da Alemanha, Luxemburgo e Eslováquia, nos dados correspondentes à percentagem do total de vendas, sendo que nos dois primeiros países estima-se que os dados de consumo sejam inferiores à realidade. Já no que concerne à Eslováquia, os dados são obtidos através de organizações de comércio por grosso, ao invés de instituições governamentais, como é o caso dos restantes países considerados.

- Ainda relativamente a ambas as bases de dados, é importante salientar que a República Checa, a Islândia, a Eslováquia e a Suécia consideram também os medicamentos consumidos/vendidos em meio hospitalar, o que poderá influenciar os resultados obtidos, especialmente no que concerne à percentagem do total de vendas. Por outro lado, tanto Espanha como o Luxemburgo não incluem nos dados os medicamentos não-comparticipados, o que terá também impacto nos valores obtidos. Adicionalmente, os dados correspondentes a Espanha, Luxemburgo e Alemanha não incluem os medicamentos vendidos *over the counter*, medicamentos esses que também são contabilizados nos restantes cinco países considerados.
- Embora os países tenham sido selecionados no sentido de ter o máximo de heterogeneidade possível, desaconselham-se as generalizações relativamente ao consumo de psicofármacos na Europa ou nas diferentes regiões europeias, uma vez que existem diversas variáveis que divergem de país para país, que vão desde as práticas clínicas e ao financiamento até questões socioculturais.
- No que concerne à análise dos dados portugueses, é crucial sublinhar que os dados obtidos são exclusivamente em relação ao mercado participado em ambulatório. Como tal, todos os medicamentos dispensados em meio hospitalar não são considerados. No entanto, consideramos que a inclusão dos dados de dispensa em meio hospitalar não alteraria a interpretação de resultados.
- Adicionalmente, no que concerne ao consumo de psicofármacos, é importante salientar que estes valores são uma estimativa do consumo real, ou seja, é quantificado o volume de fármacos dispensados ao consumidor final, o que não significa necessariamente que o consumidor tome esses mesmos medicamentos.
- As entrevistas realizadas exprimem a opinião de três personalidades do paradigma da saúde mental em Portugal. Muitas mais personalidades existem que não foram entrevistadas neste estudo, que poderão ter opiniões concordantes ou discordantes. Não obstante, estas mesmas entrevistas foram realizadas com o objetivo de discutir de forma crítica o ponto de situação da saúde mental em Portugal, objetivo esse que foi alcançado com sucesso.

6.4 PESQUISAS FUTURAS

Após este estudo, sugere-se a realização de trabalhos de investigação mais aprofundados no que diz respeito ao consumo de psicofármacos. Dado que os dados de consumo de

psicofármacos em Portugal apenas se referem a Portugal Continental, seria interessante a análise do consumo destas classes farmacoterapêuticas nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira. Adicionalmente, poderiam surgir resultados interessantes com a estratificação do consumo por ARS.

Já no respeitante às políticas de saúde mental, seria vantajosa a realização de um estudo após 2020, ano que corresponde ao término do Plano Nacional de Saúde Mental. Os cuidados de saúde na comunidade e a desinstitucionalização são também aspetos importantes da saúde mental que devem ser abordados de forma aprofundada.

7 CONCLUSÃO

A saúde mental é uma área que deve ser abordada de forma aprofundada, de forma integrada com as restantes especialidades e sectores da Saúde. O combate ao estigma e à desinformação é crucial para o avanço e para a melhoria das práticas, para o aumento da acessibilidade e para o processo de tomada de decisão. Educar as famílias e todos aqueles que estão mais próximos de quem sofre de doença mental, especialmente o próprio doente, é uma das medidas mais impactantes que se podem tomar.

Dado o impacto da doença mental na sociedade, quer em termos financeiros quer em termos sociais, é importante ver a saúde mental como uma questão prioritária, visão altamente compensadora, especialmente a médio e longo prazo. Como tal, incentivar ao financiamento dos cuidados de saúde mental é uma abordagem altamente custo-efetiva, com retornos muito superiores ao investimento.

A melhoria das práticas de prescrição de psicofármacos, uma das questões mais simples de monitorizar e controlar, poderá ser o ponto de partida para a melhoria dos tratamentos de doenças mentais, particularmente das doenças mentais comuns como a depressão e ansiedade. Adicionalmente, deve trabalhar-se no sentido de diminuir o *treatment gap*, aproximando a saúde mental das populações, tanto na sociedade em geral, como nas escolas e no ambiente de trabalho.

O presente trabalho teve como objetivo principal a avaliação de diferentes políticas de saúde mental de diferentes países da Europa às implementadas em Portugal, tendo como principal foco o consumo de psicofármacos, realizando ainda uma análise crítica sobre as políticas de saúde mental em Portugal. Considerando as hipóteses colocadas, verifica-se que a maioria foi confirmada, o que vai de encontro a alguns dos estudos previamente publicados. As entrevistas foram cruciais para a realização da discussão de forma crítica. Dado que a maioria da informação relativa às políticas de saúde mental provém de documentos oficiais, é importante ouvir personalidades cujo trabalho seja realizado “dentro do campo”, de forma a avaliar o paradigma de saúde mental de forma crítica.

Este trabalho procura essencialmente incitar a discussão da saúde mental em Portugal, incentivando o crescimento da preocupação de um setor da Saúde que sempre foi considerado “o parente pobre” e evidenciando a necessidade de investimento.

8 BIBLIOGRAFIA

- ACSS. Circular Informativa N. 8/2016/DPS/ACSS - Protocolo de desabitação do uso crónico de benzodiazepinas (2016). Retrieved from http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/f_512955_2.pdf
- Almeida, J. C. de, Xavier, M., Cardoso, M., Graça Gonçalves Pereira, M. G., Corrêa, R., Gago, B., ... Silva, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório. Retrieved from http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Almeida, J. M. C. de. (2018). *A saúde mental dos portugueses* (1ª). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Association. Retrieved from https://www.appi.org/Course/Book/Subscription/JournalSubscription/id-3322/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders_%28DSM-5%29
- Antonio José de Almeida Filho, Fabíola Lisboa da Silveira Fortes, Paulo Joaquim Pina Queirós, Maria Angélica de Almeida Peres, Telma Sofia dos Santos Vidinha, & Manuel Alves Rodrigues. (2015). Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 117–125. <https://doi.org/10.12707/RIV14074>
- Antunes, A., Frasquilho, D., Azeredo-Lopes, S., Neto, D., Silva, M., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2018). Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *European Psychiatry*, 49, 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.004>
- Assembleia da República. Lei n.º 36/98 (1998). Assembleia da República. Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/424762/details/maximized>
- Bruckner, T. A., Scheffler, R. M., Shen, G., Yoon, J., Chisholm, D., Morris, J., ... Saxena, S. (2011). The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: a needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization*,

89(3), 184–194. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.082784>

- Cardoso, G., Xavier, M., Vilagut, G., Petukhova, M., Alonso, J., Kessler, R. C., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2017). Days out of role due to common physical and mental conditions in Portugal: Results from the WHO World Mental Health Survey. *BJPsych Open*, 3(1), 15–21. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002402>
- Chandra, P. S., & Chand, P. (2018). Towards a new era for mental health. *Lancet (London, England)*, 392(10157), 1495–1497. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32272-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32272-4)
- Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. (2017). *Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
- Constitution of the World Health Organization. (2008). *American Journal of Public Health and the Nations Health*. <https://doi.org/10.2105/ajph.36.11.1315>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(1), 56–67. <https://doi.org/10.1002/wps.20089>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., Reynolds, C. F., & III. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 137–148. <https://doi.org/10.1002/wps.20038>
- DGS. Norma - Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos (2011).
- DGS. (2015). *Saúde mental em números. Direção Geral da Saúde*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). A SAÚDE DOS PORTUGUESES 2016. Direção-Geral da Saúde. Retrieved from <http://www.dgs.pt>

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. *Programa Nacional Para a Saúde Mental*, 19.
- Donoghue, J., & Lader, M. (2010). Usage of benzodiazepines: A review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(2), 78–87. <https://doi.org/10.3109/13651500903447810>
- Eiras, A., Teixeira, M. A., González-Montalvo, J. I., Castell, M.-V., Queipo, R., & Otero, Á. (2016). Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados. *Atención Primaria*, 48(2), 110–120. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2015.03.005>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental. Retrieved from https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo_Saude_Mental__versao_publicar__v.2.pdf
- eurostat. (2015). Eurostat - Health care expenditure by provider. Retrieved July 8, 2018, from http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha11_hp&lang=en
- Eurostat. (2014). Database - Eurostat. Retrieved January 21, 2019, from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>
- Faria Vaz, A., Magalhães, A. S., Lourenço, A., Costa, J., Guerreiro, M., & Ribeiro, N. (2017). *Boletim Terapêutico nº 1/2017 - Utilização de Benzodiazepinas: Um grave problema de saúde pública*. Retrieved from https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/3020/Boletim_Terapeutico_-_Utilizacao_de_Benzodiazepinas_Um_grave_problema_de_saude_publica_Setembro_2017.pdf
- Frankish, H., Boyce, N., & Horton, R. (2018). Mental health for all: a global goal. *The Lancet*, 392(10157), 1493–1494. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32271-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32271-2)
- Furtado, C. (2013). Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000 – 2012). *Gabinete de Estudos e Projectos. Infarmed, I.P.*, 1–21.
- Goodman & Gilman's. (2017). *The Pharmacological Basis of Therapeutics* (13th ed.).
- Hall, J. E. (2015). *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology* (13th ed.). Elsevier.

- INFARMED. (n.d.). Prontuário Terapêutico online. Retrieved June 6, 2018, from <http://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2017). Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle: Global Burden of Disease Collaborative Network.
- Jansen, S., White, R., Hogwood, J., Jansen, A., Gishoma, D., Mukamana, D., & Richters, A. (2015). The "treatment gap" in global mental health reconsidered: sociotherapy for collective trauma in Rwanda. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 28706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28706>
- JM Caldas de Almeida, Pedro Mateus, Miguel Xavier, & Gina Tomé. (2015). *Joint Action on Mental Health and Well-being Towards Community-based and Socially Inclusive Mental Health Care - Análise da situação em Portugal*. Retrieved from http://spgg.com.pt/UserFiles/file/23_09_15report_JA_em_PORTUGUES.pdf
- Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., Faus, A., Longo, D., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison's Principles of Internal Medicine* (19th ed.). McGraw Hill Education. Retrieved from <http://www.harrisonsim.com/>
- Linnet, K., Gudmundsson, L. S., Birgisdottir, F. G., Sigurdsson, E. L., Johannsson, M., Tomasdottir, M. O., & Sigurdsson, J. A. (2016). Multimorbidity and use of hypnotic and anxiolytic drugs: cross-sectional and follow-up study in primary healthcare in Iceland. *BMC Family Practice*, 17, 69. <https://doi.org/10.1186/S12875-016-0469-0>
- Marinho Alves, A. A., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 28(2), 127–131. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- McCarthy, M. (2013). Antidepressant use has doubled in rich nations in past 10 years. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 347, f7261. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7261>
- Ministério da Saúde. (2017). Sobreutilização das Benzodiazepinas e dos Z-Hipnóticos na Ansiedade e na Insónia. Retrieved from https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/Noticias/dormir_e_relaxar/doc_profissionais.pdf%0Ahttp://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/CONTACTOS/ATENDIMENTO_ESPECIALIZADO/CENTRO_DE_INFORMACAO

- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. (2014a). Despacho nº 2977/2014, 21-02-2014. Retrieved May 21, 2019, from https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/3162550/details/normal?p_p_auth=MZM04Voc
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Despacho nº 4742/2014, de 21 de março (2014). Retrieved from https://www.infarmed.pt/documents/15786/1072289/110-AB6_Desp_4742_2014_VF.pdf
- Ministério da Saúde e Assistência. Decreto-lei 46102, de 23 de Dezembro (1964). Ministério da Saúde e Assistência. Retrieved from <https://dre.tretas.org/dre/178389/decreto-lei-46102-de-23-de-dezembro>
- Ministério da Saúde e Assistência. Decreto-Lei nº 413/71 (1971).
- Norquist, G. S., & Magruder, K. M. (2017). Mental Health Epidemiology (Psychiatric Epidemiology). *International Encyclopedia of Public Health*, 5, 54–62. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00284-8>
- OCDE. (2017). *Health at a Glance 2017*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OECD. (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
- OECD. (2014). FOCUS ON HEALTH - Making Mental Health Count. <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>
- OECD. (2017). OECD.Stat - Pharmaceutical Market. Retrieved June 3, 2018, from http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PHMC
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... Unützer, Jü. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para as Ciências Sociais - A Complementariedade do SPSS* (6ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Presidência da República. Lei 2118, de 3 de abril (1963). Presidência da República.

- Retrieved from <https://dre.tretas.org/dre/94657/lei-2118-de-3-de-abril>
- Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 (2008). Retrieved from http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/resolucao_da_assembleia_da_republica_n.o_5_2008.pdf
- Savin, N. E., & White, K. J. (1977). The Durbin-Watson Test for Serial Correlation with Extreme Sample Sizes or Many Regressors. *Econometrica*, 45(8), 1989. <https://doi.org/10.2307/1914122>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). Campanha de sensibilização - Utilização elevada de calmantes – SNS. Retrieved May 21, 2019, from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/11/09/utilizacao-elevada-de-calmantes/>
- Siqueira-Silva, R., Nunes, J. A., & Moraes, M. (2013). Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. *Fractal : Revista de Psicologia*, 25(3), 475–496. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000300005>
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry*, 210(02), 119–124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Vanputte, C., Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2016). *Seeley's Anatomy & Physiology* (11th ed.). McGraw-Hill College.
- Wells, B., Dipiro, J., Schwinghammer, T., & Dipiro, C. (2009). *Pharmacotherapy Handbook*. <https://doi.org/10.1345/aph.10237>
- WHO. (2019). WHO - Data and resources. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources>
- WHO Regional Office for Europe. (2011). *WHO Mission to assess the progress of the mental health reforms in Portugal*.
- World Health Organization. (n.d.). WHOCC - ATC/DDD Index. Retrieved May 21, 2019, from https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=N&showdescription=yes

World Health Organization. (1996). *Programme on substance abuse - Rational use of benzodiazepines*. Retrieved from

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19181en/s19181en.pdf>

World Health Organization. (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*. Retrieved from

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb130/b130_9-en.pdf

World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Retrieved from

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=C68479C365FCCE751E823F72192B5952?sequence=1

World Health Organization [WHO]. (2016). *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*, (January), 21–22.

9 APÊNDICES

9.1 QUESTÕES PARA ENTREVISTA

1. Quais os maiores obstáculos associados à implementação das políticas de Saúde mental em Portugal?
2. Quais as maiores críticas às políticas de Saúde mental em Portugal?
3. Quais os pontos a valorizar quanto às políticas de Saúde mental em Portugal?
4. Que outras políticas poderiam ser implementadas em Portugal que poderiam ter um impacto significativo na Saúde mental?
5. Tem conhecimento de alguma medida tomada noutros países que poderia ter também um impacto importante na Saúde mental dos portugueses?
6. De que forma associa o *treatment gap* ao nível de implementação das medidas do Plano Nacional de Saúde Mental?
7. Qual a sua perspetiva relativamente ao nível de consumo de psicofármacos em Portugal?
8. Considera que o nível de consumo de psicofármacos em Portugal se associa ao estado de implementação das políticas em Saúde mental?
9. Considera que o consumo excessivo de psicofármacos, medicamentos sujeitos a receita médica, está associado ao número reduzido de profissionais de saúde mental nos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares? Se sim, de que forma?

9.2 ENTREVISTA DR. HORÁCIO FIRMINO, 22/04/2019, HOSPITAL DA LUZ – COIMBRA

As benzodiazepinas (BZD) têm sido altamente demonizadas recentemente, no entanto, há que considerar se a alteração da terapia farmacológica para o uso de alternativas como os antipsicóticos atípicos é efetivamente a melhor decisão. Segundo o Dr. Horácio, existe uma visão extremamente agressiva relativamente às BZD, quando o interesse deve incidir não na substituição do seu uso por outros fármacos menos seguros e mais caros, mas sim na redução do uso de psicofármacos e à integração de outras intervenções não farmacológicas. Adicionalmente, é importante salientar a necessidade de ter uma visão holística relativamente aos novos fármacos e avaliar os efeitos secundários e as possíveis intervenções com outros medicamentos. Embora a melhor forma de tratar passe pela introdução de psicoterapia no tratamento, surge a questão “será que os sistemas de saúde estão preparados para sua introdução?”. Dado que os recursos são escassos, a integração destas intervenções (tal como os nutricionistas, técnicos de ORL) implicaria que a tutela procurasse reduzir os custos nos atos médicos para que estes pudessem ser realizados, facto que nenhuma equipa de gestão aceitaria. É importante, no entanto, fazer a distinção daquilo que é psicoterapia do que é “conversoterapia”(esta última não tem interesse nenhum e muitas vezes há alguns doentes que pensam que o psicólogo é para “os ouvir”), dando o aconselhamento e encaminhamento adequado a cada doente consoante a sua necessidade, com programas terapêuticos adequados a um conjunto, e não a todas as patologias. No que concerne à aproximação dos cuidados de Saúde mental à população, o Dr. Horácio considera que só se justifica em casos de patologia mental grave, onde deve haver uma boa relação entre a Medicina Geral e Familiar e a Psiquiatria, sendo que esta última deve ter um papel de consultoria, dado que o tratamento deve ser feito no contexto dos cuidados de saúde primários. É essencial, no entanto, não ter uma visão reducionista ao dar apenas importância aos cuidados na comunidade e, acima de tudo, mais do que tratar a patologia, o tratamento deve centrar-se no doente.

1. Quais os maiores obstáculos associados à implementação das políticas de Saúde mental (SM) em Portugal?

No que concerne aos obstáculos à implementação das políticas de SM em Portugal, o Dr. Horácio identifica dois problemas: a visão reducionista relativamente às políticas, considerando que estas podem ser um entrave a si mesmas, e o facto dos recursos monetários ganhos com o fecho dos hospitais psiquiátricos não terem sido utilizados na

Saúde mental. Adicionalmente, o Dr. Horácio salienta que o tratamento de um doente não deve ser apenas centrado num só médico, mas sim numa equipa que envolva outros profissionais, como assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos, sendo que deve existir contacto diário para que uma unidade de saúde mental seja dinâmica. Neste contexto, o médico deveria existir para agir em situações mais graves e os restantes profissionais acompanhariam os utentes com doença mental de forma mais próxima e constante. O Dr. Horácio menciona ainda que, “se houver investimento nestes recursos humanos, a reforma da Saúde mental tem pernas para andar”, sublinhando ainda que esta abordagem resultaria ainda numa diminuição dos internamentos e de urgências, que são intervenções mais dispendiosas. No caso das perturbações severas como a perturbação obsessivo-compulsiva, a esquizofrenia, e a perturbação bipolar, destaca-se a necessidade de haver equipas dedicadas aos doentes, uma vez que são escassos os casos que se resolvem apenas com medicação.

Adicionalmente, a saúde mental deve ser vista em conjunto com as restantes especialidades médicas, e deve ter-se especialmente em consideração a tendência de envelhecimento na população portuguesa, cuja patologia se apresenta mais complexa, devendo ter sempre intervenção da Ortopedia, da neurologia, da Fisioterapia e da Geriatria/Medicina Interna. No caso do Diazepam, por exemplo, um ansiolítico amplamente utilizado, é essencial o seu uso cauteloso nas perturbações mentais de idosos, dado que este fármaco tem também um efeito miorelaxante e constitui um fator de risco relativamente à ocorrência de quedas.

2. Quais as maiores críticas às políticas de Saúde mental em Portugal?

No que diz respeito às críticas às políticas de SM, o Dr. Horácio mencionou que a falta de investimento é dos problemas mais proeminentes, considerando ainda que “se faz uma política a meio termo” e que os cuidados continuados de Saúde mental ainda são muito escassos. Além disso, “não se pode desenvolver Saúde mental se nos ficarmos só pelos alicerces, é preciso construir-se todo o edifício”, sendo que a formação dos profissionais desta área deve ser realizada num contexto integrado na resolução da patologia.

3. Quais os pontos a valorizar quanto às políticas de Saúde mental em Portugal?

No que diz respeito aos pontos a valorizar, o desenvolvimento da Saúde mental comunitária mostrou-se efectivo em situações de necessidade e a transformação da psiquiatria asilar numa psiquiatria mais próxima e menos asilante permitiu reduzir o

estigma, embora considere existir um recuo neste sentido novamente. Foi salientado ainda o caminho feito no sentido da desestigmatização e da integração dos departamentos de Saúde mental nos hospitais gerais.

4. Que outras políticas poderiam ser implementadas em Portugal que poderiam ter um impacto significativo na Saúde mental?

As políticas com impacto importante na SM em Portugal que poderiam ser implementadas deveriam incidir especialmente na criação de planos específicos para determinadas patologias e no estudo da criação de centros de referência de Saúde mental, sobretudo para as doenças mentais graves, como a POC e as demências, envolvendo intervenções psicoterapêuticas e outras intervenções, como é o caso da estimulação cerebral periférica e profunda.

Devem ainda ser criadas linhas de investigação de suporte à Saúde mental, sendo uma delas a realização de estudos económicos, nomeadamente de custos da doença, avaliando também os custos indirectos e promovendo o investimento por doente tratado e não por acto terapêutico.

5. Tem conhecimento de alguma medida tomada noutros países que poderia ter também um impacto importante na Saúde mental dos portugueses?

O Dr. Horácio afirma que “todas as políticas são boas, desde que haja investimento, regulação e, acima de tudo, monitorização”, sublinhando que o SNS é dos serviços de saúde mais prestigiados, mas que é importante monitorizar a evolução dos doentes após o tratamento e verificar a eficácia das políticas. Não obstante, há que mencionar a utilização de profissionais não médicos no contexto da saúde mental, nomeadamente, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não ligados diretamente à saúde que realizem outras terapias de reabilitação e integração.

6. De que forma associa o *treatment gap* ao nível de implementação das medidas do Plano Nacional de Saúde Mental?

Segundo o Dr. Firmino, há dois aspectos a salientar: a estrutura das consultas, onde há dificuldade em aceitar o retorno dado pelos cuidados de saúde primários, sendo que a solução está na criação de uma relação de consultoria, bem como na melhoria da acessibilidade, reduzindo a sobrecarga existentes nas consultas diferenciadas. O segundo aspecto consiste na referenciação e na resposta à mesma, sendo que se deve agir no

sentido de haver menor retenção de doentes nas consultas especializadas e maior integração nos cuidados de saúde primários.

7. Qual a sua perspectiva relativamente ao nível de consumo de psicofármacos em Portugal?

Enquanto o tratamento estiver centrado exclusivamente nos médicos psiquiatras, o consumo manter-se-á. Quando questionado relativamente ao uso de antidepressores para perturbações de ansiedade e de ansiolíticos para perturbações depressivas, o Dr. Horácio explicou que estes dois tipos de perturbações andam, muitas vezes, “de mãos dadas”, daí serem utilizadas as duas classes de fármacos em simultâneo, ressalvando, no entanto, que se deve ir reduzindo a dose à medida que a sintomatologia depressiva/ansiosa melhora.

8. Considera que o nível de consumo de psicofármacos em Portugal se associa ao estado de implementação das políticas em Saúde mental?

O Dr. Firmino considera que o consumo de psicofármacos não se associa ao estado de implementação das políticas em Saúde mental no aspecto das políticas de Saúde mental na sua generalidade, mas sim no facto destas serem centradas no médico e não numa equipa multidisciplinar. Adicionalmente, quando se oferecem consultas na comunidade, mais diagnósticos são feitos e mais medicação é prescrita.

9. Considera que o consumo excessivo de psicofármacos, medicamentos sujeitos a receita médica, está associado ao número reduzido de profissionais de saúde mental nos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares? Se sim, de que forma?

A falta de recursos humanos nos serviços de saúde mental é um problema. No entanto, o número de psiquiatras no SNS não é problemático, considerando ainda que o seu rácio relativamente ao número de habitantes é aceitável. A falta de recursos humanos na Saúde mental incide principalmente no número de psicólogos, que é muito escasso. No entanto, há que diferenciar o papel dos médicos psiquiatras daquele dos psicólogos, nomeadamente no que concerne à prescrição de medicação, dado que é essencial ter em conta todo o estado de saúde do utente, considerando o plano farmacoterapêutico do utente relativo a outras possíveis patologias.

9.3 ENTREVISTA DR. ANTÓNIO PIRES PRETO, 11/04/2019, CHUC – COIMBRA

1. Quais os maiores obstáculos associados à implementação das políticas de Saúde mental (SM) em Portugal?

No que concerne aos obstáculos à implementação das políticas de SM em Portugal, o Dr. António Preto identifica dois grandes problemas: a falta de acessibilidade dos doentes aos cuidados de SM e o estigma. No que diz respeito à falta de acessibilidade, o Dr. António exprime a necessidade de ir de encontro aos utentes com doença mental quando estes últimos são incapazes de aceder aos cuidados de SM. Já quanto à questão do estigma, segundo o Dr. António, *“o estigma é transversal, até nos médicos, por defeito e por excesso”*, explicando que a comunidade médica, no geral, por vezes peca no sentido de descredibilizar os doentes com perturbações psiquiátricas. Por outro lado, a comunidade médica psiquiátrica tende a *“hiperproteger”* esses mesmos doentes devido aos distúrbios de que padecem. Salaria ainda que a Psiquiatria é ainda considerada, na generalidade, como o *“parente pobre da saúde”*, embora reitere que *“a Saúde mental é barata”* a curto, médio e longo prazo e que *“a falta de Saúde mental saia cara”*, devido a todos os problemas que advêm da falta de apoio aos doentes com perturbações mentais, sublinhando que a parte mais lesada são os utentes.

2. Quais as maiores críticas às políticas de Saúde mental em Portugal?

No que diz respeito às críticas às políticas de SM, o Dr. António expressou uma ideia que considera paradoxal, uma vez que *“temos aquilo que melhor se faz a nível mundial em termos de legislação”*, no entanto, em termos de implementação *“estamos aquém”*, dado que *“a saúde mental não é prioritária na prática”*, embora o seja na legislação.

É ainda referida a *“falta de vontade por parte dos decisores políticos e profissionais de saúde mental”*, o *“comodismo”* e a falta de integração dos serviços de saúde mental nos restantes serviços de saúde, sendo *“mais que certo que o local certo é estar perto das outras especialidades”*, e não serem vistos de forma isolada.

3. Quais os pontos a valorizar quanto às políticas de Saúde mental em Portugal?

As políticas de saúde mental em Portugal foram rapidamente elogiadas pelo Dr. António Preto, que as considera *“do melhor, mais atual e mais racional”*, sublinhando ainda que *“se nós conseguíssemos implementar [as políticas de SM] de facto, daríamos um salto*

tremendo”, uma vez que “[nós, profissionais de Saúde mental] estamos muito motivados” e que o paradigma atual da SM em Portugal “tem condições para mudar”.

4. Que outras políticas poderiam ser implementadas em Portugal que poderiam ter um impacto significativo na Saúde mental?

As políticas com impacto importante na SM em Portugal que poderiam ser implementadas deveriam incidir especialmente nos dois grandes obstáculos: estigma e falta de acessibilidade. Adicionalmente, é necessária a mudança de mentalidades, a formação das pessoas, e a integração da Saúde mental nas escolas. É de sublinhar também a necessidade de dar condições aos serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários, que devem constituir a primeira linha de cuidados de saúde mental.

5. Tem conhecimento de alguma medida tomada noutros países que poderia ter também um impacto importante na Saúde mental dos portugueses?

Um dos pontos importantes mencionados pelo Dr. António consiste na falta de incentivos e de motivação dos profissionais de Saúde mental, mencionando a elevada carga horária dos profissionais de saúde mental que, embora sejam movidos pela vontade de melhorar o estado de saúde dos utentes, não sentem que os seus esforços adicionais sejam recompensados, sugerindo ainda a definição de uma quantidade de serviços mínimos que um profissional de saúde mental deve assegurar, e a recompensa dos profissionais que demonstram um esforço adicional, considerando que “todos receberem o mesmo é um bom princípio, mas não é um princípio de justiça”. O médico psiquiatra sublinha ainda que é importante reconhecer o mérito dos profissionais de saúde, e que enquanto não se agir neste sentido, a evolução da saúde mental ocorrerá de forma lenta.

Foi mencionado ainda, a existência de unidades de saúde mental comunitárias em Bolonha, que não têm internamento nem urgências dedicadas exclusivamente à psiquiatria, uma vez que têm serviços de saúde mental na comunidade muito consistentes. Esta abordagem não só diminui o estigma, como aumenta a acessibilidade e é uma alternativa menos dispendiosa, uma vez que neste contexto apenas existe um médico que responda a situações agudas. Pelo contrário, em Portugal, nomeadamente nos serviços de psiquiatria do CHUC, existem quatro médicos psiquiatras em urgência por dia, o que consome recursos e impede a realização de mais consultas externas. A implementação de

cuidados de saúde mental na comunidade representa ganhos económicos e de saúde enormes, e segundo o Dr. António Pires Preto, a procura de cuidados mais custo-efetivos é “uma obrigação cívica, ética e moral”.

6. De que forma associa o *treatment gap* ao nível de implementação das medidas do Plano Nacional de Saúde Mental?

Segundo o Dr. António Preto, a questão do *treatment gap* está intimamente relacionada com a falta de acessibilidade, referindo que apenas são realizadas meio milhão de consultas nos serviços de saúde mental por ano. É importante também “ter a saúde mental no sítio certo, que é nos cuidados de saúde primários”, não negligenciando os níveis de cuidado mais especializados, nem esquecendo uns serviços em detrimento de outros, dado que “o *core business* é a assistência, e não pode ser descurada”.

7. Qual a sua perspetiva relativamente ao nível de consumo de psicofármacos em Portugal?

Uma das principais causas dos números elevados de consumo de psicofármacos é a automedicação. No entanto, a questão de não ter acessibilidade aos serviços de saúde mental constitui um problema importante e também estreitamente relacionado com a automedicação, uma vez que os utentes, ao não terem acesso aos cuidados de saúde mental, procuram aconselhamento a pessoas mais próximas, como amigos e familiares, com menos literacia e menos sensíveis à patologia. A iliteracia em saúde mental constitui um problema significativo, não só na população geral, mas também na comunidade médica. É no sentido de combater a iliteracia também, que a integração dos cuidados de SM nos CSP é a melhor aposta, dado que representa uma oportunidade para educar as pessoas em relação a este assunto.

Adicionalmente, e considerando o enquadramento de Portugal nos países da OCDE relativamente ao consumo de psicofármacos, torna-se necessário mencionar que, em termos financeiros, e embora sejamos europeus também, os portugueses têm “muito mais dificuldade que os franceses, ingleses e alemães”, o que provoca mais frustrações, que causam mais problemas de saúde mental e estimulam o consumo de psicofármacos. Um dos exemplos dessa mesma diferença é a depressão, uma entidade clínica cuja patoplastia não só difere de pessoa para pessoa, mas também entre países.

8. Considera que o nível de consumo de psicofármacos em Portugal se associa ao estado de implementação das políticas em Saúde mental?

O Dr. António Preto considera que o consumo de psicofármacos se associa ao estigma e à falta de acessibilidade. No entanto, os contextos sociais, ambientais e económicos são diferentes dos restantes países, e como tal, o adoecer e o nível de consumo de psicofármacos difere também.

9. Considera que o consumo excessivo de psicofármacos, medicamentos sujeitos a receita médica, está associado ao número reduzido de profissionais de saúde mental nos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares? Se sim, de que forma?

A falta de recursos humanos nos serviços de saúde mental é efetivamente um problema. Nos últimos quatro anos, houve um declínio de 30 médicos psiquiatras nos serviços de saúde mental do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, um hospital central, passando de 90 profissionais para 60, dos quais 20 são internos. Segundo a análise realizada pela direção de serviço do CHUC, a média etária dos 40 médicos do quadro é, atualmente, de 56 anos, dos quais mais de metade tem 60 ou mais anos.

Dada a taxa de contratação de novos médicos no CHUC, de um novo psiquiatra por ano, estima-se que ao final dos próximos cinco anos, os serviços de psiquiatria do CHUC terão apenas 24 médicos. O Dr. António Preto, diretor do serviço de psiquiatria do CHUC, reitera ainda que é necessário contratar profissionais jovens motivados, e que “é preciso criar movimento, que haja ambições e novas ideias”, e reverter as baixas taxas de contratação, uma vez que “não vale a pena falar de políticas [de saúde mental] se não tivermos quem as implemente”.

Adicionalmente, o Dr. Preto afirma ainda que a saúde mental não se distingue das outras doenças no que concerne à necessidade de *follow-up*, mas que este mesmo seguimento é posto em causa tendo em conta o baixo número de psiquiatras e psicólogos no SNS, referindo ainda que à semelhança das restantes áreas da Medicina, é necessário tratar de imediato a doença, mas que “não se faz psiquiatria sem ter reabilitação”.

9.4 ENTREVISTA PROFESSOR DOUTOR MIGUEL XAVIER, 08/05/2019

1. Quais os maiores obstáculos associados à implementação das políticas de Saúde mental em Portugal?

Os obstáculos são vários. Em primeiro lugar, a Saúde mental nunca teve prioridade política, à exceção da área específica da toxicod dependência e do consumo de drogas, que no caso português, não se inclui nas estruturas de Saúde mental. Em segundo lugar, a Saúde mental é uma preocupação constante, e como tal sensível aos diferentes ciclos políticos. Desta forma, a sustentabilidade das políticas de SM criadas num determinado momento é posta em causa, dado que estas tendem a avançar e regredir com frequência. Outro dos problemas consiste no financiamento: embora a carga das Doenças Mentais esteja em segundo lugar em relação a todas as doenças, o seu financiamento é muito deficitário.

Finalmente, a organização do SNS constitui também um obstáculo à implementação das políticas de SM. O Ministério da Saúde é subdividido em vários organismos, sendo que as ARS, a ACSS e a DGS são organismos independentes entre si. O PNSM é desenvolvido pela DGS, no entanto, não só este organismo não tem poder de implementação política, como também não tem relação hierárquica com as ARS e a ACSS (organismos responsáveis pela implementação das políticas de saúde).

2. Quais as maiores críticas às políticas de Saúde mental em Portugal?

O PNSM foi criado em 2007, com objetivo de vigorar até 2016. No entanto, houve uma interrupção de 2011 a 2017 devido à crise económica, resultante dos cortes orçamentais em saúde. Como tal, é importante salientar que dos 10 anos em que o PNSM deveria ser trabalhado, só foram concluídos quatro, estando apenas a ser retomado apenas desde o ano passado.

A análise da situação da saúde mental portuguesa efetuada no âmbito da EU *Joint Action on Mental Health and Wellbeing* veio evidenciar o progressivo afastamento do nosso país das metas preconizadas pela OMS e confirmou, de forma clara, que só com mudanças profundas e urgentes em alguns aspetos fundamentais das políticas e serviços de saúde mental o nosso país poderá de novo juntar-se ao processo de mudança atualmente em curso a nível Europeu.

1. Falta de um modelo de governação eficaz a nível nacional, regional e local

Com a falta de autonomia e de capacidade de decisão que tem prevalecido a maior parte do tempo, o Programa Nacional de Saúde mental não tem competências para conduzir um processo que exige uma realocação significativa de recursos humanos e financeiros, transformações profundas a nível de serviços e negociações complexas com outros setores da saúde e outros setores exteriores à saúde.

2. Falta de orçamento de saúde mental e de um modelo de financiamento adequado

A existência de um orçamento para a saúde mental e a definição de princípios a seguir na fase de transição para a comunidade são essenciais. O atual sistema de gestão dos serviços de saúde mental no nosso país levanta inúmeros obstáculos a qualquer tentativa de desenvolvimento racional de serviços na comunidade, favorecendo a manutenção de cuidados baseados no internamento e desincentivando a continuidade de cuidados. Da mesma forma o atual modelo de financiamento tem efeitos perversos que resultam na criação de incentivos ao internamento e à fragmentação de cuidados, e torna muito difícil promover um sistema integrado de cuidados com base na comunidade. Os orçamentos de saúde mental não são limitados ou delegados. Este sistema desencoraja o desenvolvimento de serviços baseados na comunidade. Além disso, os hospitais psiquiátricos têm um sistema de financiamento diferente, recebendo uma subvenção em bloco do Ministério da Saúde com base no número de camas. A desvantagem desse sistema é que não há incentivos para a eficiência e, de facto, há consideráveis incentivos perversos contra o aumento da atividade.

3. Falhas na acessibilidade, articulação de serviços e recursos humanos

Considerando a discrepância entre a pequena oferta de força de trabalho e a alta procura por parte dos utentes, as equipas não são capazes de fornecer atendimento psicossocial multidisciplinar. A atividade de divulgação é limitada a intervenções de emergência. E as intervenções de reabilitação na comunidade não são possíveis.

O rácio de profissionais de saúde mental em relação à população (de 25 por 100.000) está na extremidade inferior da faixa de acordo com os padrões europeus, exigindo uma análise cuidadosa em como alcançar um equilíbrio ideal entre as equipas dos serviços na comunidade e dos hospitais.

A distribuição geográfica e institucional muito desigual dos profissionais de SM cria desigualdade e interfere seriamente na acessibilidade. Embora a proporção de psiquiatras

seja relativamente adequada (6,7 por 100.000) - ignorando sua distribuição e a proporção de trabalho em consultório particular -, as proporções de enfermagem em saúde mental (2,5 por 100.000) e psicólogos (2,5 por 100.000) são extremamente baixas.

A maior aceitação dos cuidados de saúde mental pela comunidade aumentará a pressão na atenção primária para fornecer intervenções breves e eficazes. Os médicos de família sentem-se tentados a resolver esta situação prescrevendo antidepressivos e ansiolíticos. Igualmente eficazes são as breves intervenções psicossociais baseadas em evidências para a ansiedade e os transtornos depressivos menores, que deveriam ser incorporados no programa de formação do pessoal que trabalha nos cuidados primários. Existem ainda outros problemas relacionados com a articulação dos serviços e a adequação de Recursos humanos e intervenções:

- Inexistência de um modelo definido de articulação: no território nacional existe uma marcada heterogeneidade a nível da interação entre CSP e serviços especializados, com grande variabilidade nas respostas oferecidas aos indivíduos com perturbações psiquiátricas.
- Dificuldades na articulação: mesmo nas situações em que existe articulação entre CSP e serviços especializados, as estruturas físicas, recursos humanos e financiamento encontram-se separados: este facto dificulta significativamente a articulação, e inviabiliza uma verdadeira integração dos cuidados.
- Adequação dos recursos humanos: a integração da saúde mental nos CSP implica a existência de recursos humanos em número adequado e com formação específica para a prestação de cuidados em *setting* de cuidados primários, tanto a nível dos centros de saúde, como dos serviços especializados.
- Adequação das Intervenções: a prestação de cuidados de saúde mental nos CSP deve abranger, para lá dos aspetos da deteção de problemas psiquiátricos (incluindo avaliação de risco de suicídio), o manejo de grande parte das situações clínicas de depressão e ansiedade.
- Escassez de dados sobre padrões de utilização de serviços: os sistemas de informação e registo não fornecem dados em tempo real sobre o trajeto dos doentes ao longo dos vários dispositivos, dificultando a monitorização dos cuidados prestados e a elaboração de perfis de utilização dos serviços.

3. Quais os pontos a valorizar quanto às políticas de Saúde mental em Portugal?

O PNSM, desenvolvido segundo as orientações da OMS, apresenta políticas bastante bem definidas e consistentes, sendo de destacar o avanço feito na psiquiatria comunitária.

4. Que outras políticas poderiam ser implementadas em Portugal que poderiam ter um impacto significativo na Saúde mental?

A problemática da Saúde mental pode ser dividida em duas grandes partes: a questão da promoção e prevenção e o financiamento. Em relação ao financiamento, uma das medidas que teria impacto na SM é a articulação conjunta do Ministério da Saúde com o Ministério das Finanças relativamente a esta área, de forma a facilitar a tomada de decisão política. No que concerne à promoção e prevenção, a principal medida a tomar é no sentido de aumentar a literacia em Saúde e diminuir o estigma, tornando a Saúde mental obrigatória no local de trabalho e nas escolas, envolvendo o Ministério da Educação.

5. Tem conhecimento de alguma medida tomada noutros países que poderia ter também um impacto importante na Saúde mental dos portugueses?

A diferença mais evidente reside no financiamento. Em Portugal, o orçamento para a saúde ronda os 10 mil M€, sendo que desse orçamento, apenas 3 a 4% é alocado para a Saúde mental, embora a carga da Doença Mental seja de 17% em relação a todas as doenças. A título de exemplo, no Reino Unido, 14% do orçamento para a saúde é direcionado para a Saúde mental, o que explica os melhores resultados em relação a Portugal no que concerne ao paradigma da Saúde mental.

6. De que forma associa o *treatment gap* ao nível de implementação das medidas do Plano Nacional de Saúde Mental?

Existem dois tipos de *treatment gap*: o primeiro é relativo às doenças mentais graves, sendo que Portugal está bem posicionado em relação aos outros países, dado que a maior parte dos utentes com doença mental grave são seguidos. Já o segundo tipo, relativo às doenças mentais comuns, é bastante problemático, dado que as pessoas não só não têm acesso aos serviços de psiquiatria, como também não têm uma resposta eficaz nos cuidados de saúde primários, onde é comum a duração das consultas com o médico de família ser curta, o que pode não permitir um diagnóstico e acompanhamento adequado.

No Reino Unido existe um programa que combate de forma muito efetiva o *treatment gap*, denominado IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*), onde a maioria

dos utentes com doenças mentais comuns são acompanhados, monitorizados e tratados com terapia não farmacológica, nomeadamente através de acompanhamento psicológico. Assim que é detetado um caso de uma doença mental comum, o utente é encaminhado para 8 sessões com um psicólogo, sendo que é medicado apenas se não apresentar melhorias com esta mesma intervenção. Esta estratégia não só reduz significativamente o *treatment gap*, como também reduz o consumo de psicofármacos. É, no entanto, importante sublinhar que Portugal tem neste momento cerca de 250 psicólogos no SNS. Paralelamente, Londres – cuja população é também de cerca de 10 milhões de habitantes – tem 5 mil terapeutas alocados a este programa. Como tal, verifica-se que a grande falha relacionada com o *treatment gap* das doenças mentais comuns em Portugal, consiste na falta de um organismo intermediário com profissionais dedicados à saúde mental, para onde os utentes com estas doenças possam ser encaminhados através dos cuidados de saúde primários, sem que sejam referenciados para os serviços de psiquiatria – que devem ser responsáveis pelo tratamento de doenças mentais graves.

7. Qual a sua perspetiva relativamente ao nível de consumo de psicofármacos em Portugal?

O consumo de psicofármacos em Portugal é altíssimo, o que pode ser explicado pela falta de resposta diferenciada em termos de terapia não farmacológica, embora o acesso aos cuidados de saúde primários seja fácil. Os casos de prescrição de psicofármacos sem qualquer tipo de acompanhamento adicional são muito comuns. A prescrição inadequada é também um problema, como é o caso da prescrição de antidepressivos para depressões ligeiras, onde não há qualquer evidência científica que comprove a efetividade desses fármacos nestes casos.

8. Considera que o nível de consumo de psicofármacos em Portugal se associa ao estado de implementação das políticas em Saúde mental?

Sim, pelas razões supramencionadas.

9. Considera que o consumo excessivo de psicofármacos, medicamentos sujeitos a receita médica, está associado ao número reduzido de profissionais de saúde mental nos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares? Se sim, de que forma?

No que concerne aos cuidados hospitalares, o número de profissionais não constitui um problema. Já nos cuidados de saúde primários, os recursos humanos e financeiros alocados para a saúde mental são muito escassos, o que tem um impacto importante sobre a prescrição de psicofármacos, dado que é uma intervenção rápida e, como tal, exige menos recursos por parte dos CSP a curto prazo. Adicionalmente, é crucial não só investir no tratamento das doenças mentais com terapias não farmacológicas, como também na literacia em saúde mental, para que o consumo de psicofármacos reduza.

9.5 Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

de acordo com a Declaração de Helsínquia ² e a Convenção de Oviedo ²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Políticas de Saúde mental e o consumo de psicofármacos

Enquadramento: Investigação realizada no âmbito da dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Explicação do estudo: O presente estudo tem como finalidade compreender as políticas de saúde mental em Portugal, e relacioná-las com padrões de consumo de psicofármacos. Do estudo fará parte a realização de entrevistas a personalidades com reconhecida experiência prática associada à Saúde mental em Portugal, bem como a análise e interpretação de bases de dados relativas ao consumo dos psicofármacos. A entrevista, semi-estruturada, será realizada individualmente, sendo que a investigadora tomará nota das respostas dadas ao longo da entrevista. Após a entrevista, a investigadora enviará para cada entrevistado, a informação retirada da sua entrevista para aprovação.

Condições e financiamento: O estudo é financiado pela Fundação Tóquio, no âmbito do Programa SYLFF, e a participação dos entrevistados é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento

Confidencialidade: É garantido o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Mais ainda, os participantes têm o direito de solicitar ao responsável pelo tratamento dos dados a retirada do consentimento em qualquer altura

Assinatura:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

² <http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsinq.2013.pdf>

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>