



# TERRITÓRIO E SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CRISE

Paula Santana (Coordenação)

## 2.3 A procura pelos cuidados de urgência de saúde mental em Portugal em tempos de crise

Sofia Vaz<sup>(1)</sup>, Pedro Ramos<sup>(2)</sup> e João Felgueiras<sup>(3)</sup>

(1) Assessoria Conselho Diretivo, Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.; (2) Diretoria Clínica, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; (3) Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.

DOI: [http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1\\_7](http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_7)

Em Portugal, não existe evidência sobre o impacto da crise económica na procura e acesso aos serviços de saúde por pacientes com problemas de saúde mental.

Neste capítulo, apresentamos alguma evidência a favor de uma mudança na natureza dos problemas de saúde que atingiram os serviços de urgência (SU) portugueses durante o pico da crise económica no país.

Utilizando dados de três SUs - centro hospitalar de São João, centro hospitalar do Médio Ave (Hospital João de Deus e Hospital Conde São Bento) – encontramos um aumento significativo da procura do SU de saúde mental em 2012, comparativamente com atendimentos não relacionados à saúde mental, com aumento do número de atendimentos triados como urgentes (amarelo) e muito urgentes (laranja) e dos atendimentos que resultaram em internamento e alta para a consulta externa hospitalar ou cuidados primários.

Os nossos resultados sugerem que uma das prioridades de financiamento durante períodos de crise financeira deverá ser a área da saúde mental, a fim de lidar com o aumento da procura destes serviços.

In Portugal, to our knowledge, there is no evidence on the effects of the economic crisis on the demand for and accessibility to health services by patients with mental health problems.

On this chapter, we provide some evidence in favor of a change on the nature of health problems that reached Portuguese Emergency Departments (EDs) during the peak of the economic crisis in our country. Using data from three EDs - centro hospitalar de São João, centro hospitalar do Médio Ave (Hospital João de Deus e Hospital Conde São Bento) – we found a significant increase on the demand for Mental Health ED in 2012, compared with the demand for non-Mental Health ED, which decreased during this period. We also found that this increase in mental health related ED demand was mainly due to urgent (yellow) and very urgent (orange) visits and to visits which resulted in hospitalization or discharge to hospital outpatient or primary care follow-up.

Our results suggest that Mental Health should be one of the priorities in terms of Health financing during periods of economic crisis, in order to cope with the increased pressure for these services.

## 1. Introdução

Os efeitos na saúde da população de uma economia em contração são normalmente difíceis de estimar devido à existência de diversos determinantes da saúde com efeitos opostos, que interagem entre si durante uma recessão (Ruhm, 2003; Catalano, 2009).

Excepcionalmente, a saúde mental é pró-cíclica, o que a torna numa das áreas mais estudadas durante períodos de crise económica e financeira. Existe hoje um vasto leque de estudos que inequivocamente relacionam aumentos repentinos nas taxas de desemprego e dificuldades financeiras com um risco significativamente aumentado de problemas de saúde mental, como depressão, abuso de álcool e suicídio. (Viinamaki et al., 2000; Warner, 2004; Evans-Lacko et al., 2013).

No largo espectro da psiquiatria e saúde mental, as condições socioeconómicas desfavoráveis são reconhecidamente factor de risco para o desenvolvimento de múltiplas perturbações, como sejam perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, perturbações ligadas ao consumo de álcool e outras substâncias e algumas perturbações da linha psicótica. *Life-events* stressantes, como o desemprego, a perda de rendimentos ou mudanças marcadas no estatuto sócioeconómico, são precipitantes comuns de perturbações psiquiátricas, sobretudo de natureza depressiva e de ansiedade (APA, 2013; Saraiva, 2014). Teoricamente, não será também de excluir que, num contexto de cronicidade de várias perturbações, quer da linha neurótica, quer da psicótica, quebras de *compliance* terapêutica promovidas por dificuldades financeiras, possam gerar agudizações destes quadros.

Estudos sobre os efeitos da recente crise económica sobre a saúde mental em países europeus têm relatado um aumento alarmante das depressões profundas, da ansiedade e até mesmo das taxas de suicídio na Grécia, (Madianos et al., 2011; Economou et al., 2012; Giotakos et al., 2012; Economou et al., 2013a; Economou et al., 2013b). Apesar de estes padrões extremos terem sido descartados em Portugal (Ayuso-Mateos et al., 2013) e Espanha (Fernandez-Rivas and Gon-

zalez-Torres, 2013), alguns autores relataram um aumento na procura de serviços de saúde espanhóis por doentes com problemas de saúde mental. (Gili et al., 2012; Bartoll et al., 2014)

Em Portugal, não existe evidência sobre o impacto da crise económica na procura e acesso aos serviços de saúde por pacientes com problemas de saúde mental. Houve alguns relatos de um aumento na prevalência de problemas de saúde mental em consultas de cuidados de saúde primários, embora um estudo sistemático ainda não exista.

Nós analisámos a utilização dos serviços de urgência com valência de saúde mental por duas principais razões: em primeiro lugar, a utilização é um *proxy* para o estado de saúde, principalmente quando comparado com *outcomes* mais sérios, como o suicídio, que é muitas vezes o resultado final de um longo processo de perturbação mental; em segundo lugar, o serviço de urgência é um *stakeholder* vital num sistema de saúde, especialmente durante os períodos de crise: é onde a maioria dos pacientes são conduzidos quando enfrentam um grave problema (mental) e, em Portugal, é ainda o serviço de saúde que a maioria dos pacientes procura mesmo perante problemas menores.

## 2. Métodos

O nosso estudo utilizou os dados eletrónicos de três serviços de urgência (SU) do norte de Portugal - um SU polivalente classificado como SU psiquiátrico metropolitano, um SU médico-cirúrgico de um serviço de saúde mental local, e um SU básico de um hospital não-especializado.

O centro hospitalar de São João (CHSJ) é o maior hospital académico do norte de Portugal. O seu SU polivalente atende em média 150 000 pacientes por ano e é o SU de última linha para 41 de 86 municípios do norte do país, cobrindo uma população de quase dois milhões de pessoas. O centro hospitalar Médio-Ave (CHMA) é um hospital de âmbito local, que cobre uma população de cerca de 250 000 pessoas na região do Vale do Ave. O centro hospitalar é composto por dois

hospitais: o Hospital Conde de São Bento em Santo Tirso, que possui um serviço de urgência básico, e o Hospital São João de Deus em Famação, que tem um SU médico-cirúrgico e um SU pediátrico especializado.

Na prestação de cuidados urgentes de psiquiatria, os três hospitais constantes deste estudo estão integrados na urgência metropolitana de psiquiatria do Porto (UMPP). A UMPP é uma área física do serviço de urgência do CHSJ, no Porto – a unidade polivalente avaliada neste trabalho – que está ao encargo dos profissionais de nove instituições hospitalares (sete centros hospitalares, uma unidade local de Saúde e um hospital psiquiátrico) que prestam serviço assistencial na Área Metropolitana do Porto. Encontra-se em atividade 24 horas por dia e presta assistência de cuidados urgentes em psiquiatria e saúde mental: 1) aos doentes triados no SU do CHSJ com fluxogramas afectos a esta área; 2) aos doentes avaliados em qualquer uma das instituições integrantes da UMPP com necessidade de cuidados urgentes de psiquiatria, que são assim transferidos fisicamente para o CHSJ; 3) aos doentes com necessidade de cuidados urgentes de psiquiatria da região de saúde do norte, extra-UMPP, em horário em que o hospital de referência da área não tenha disponível prestação de cuidados especializados em psiquiatria (sobretudo períodos noturnos).

Para o estudo da procura dos SU de saúde mental, utilizámos os fluxogramas da Triagem de Manchester. Fluxogramas de "doença mental", "auto agressão" e "comportamento estranho" foram classificados como problemas relacionados com condições de saúde mental. Todos os restantes fluxogramas da Triagem de Manchester foram agrupados num único conjunto respeitante a todas as outras condições relacionadas à saúde. A figura 1 apresenta o fluxograma de "doença mental", nomeadamente os discriminadores clínicos que orientam cada classificação de triagem.

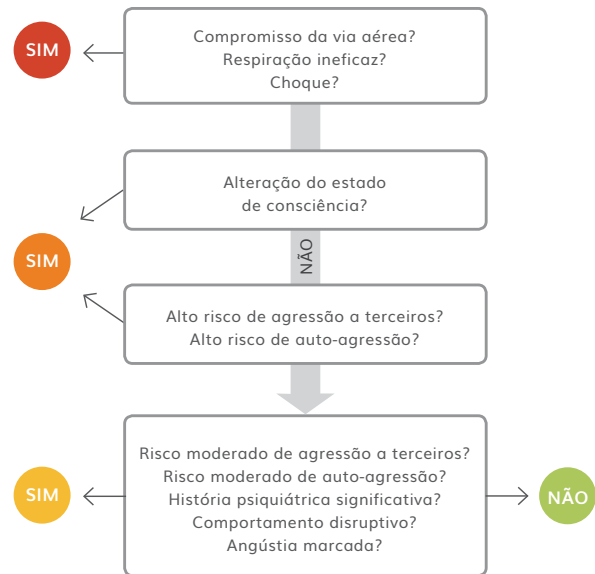


Figura 1. Fluxograma de doença mental da triagem de Manchester  
Fonte: Emergency Triage, Manchester Triage Group, 2nd ed.

A utilização da triagem para seleccionar o grupo de estudo apresenta a vantagem de dar uma imagem das razões que levaram o paciente ao SU, em oposição aos dados de diagnóstico final que, à data, eram pouco relatados ou que podem ser completamente alheios à admissão no SU; o diagnóstico final em contexto de urgência, quando presente, é relativamente inespecífico<sup>1</sup>.

No nosso estudo, comparamos a utilização do SU de saúde mental durante os primeiros 6 meses de 2011 e os primeiros 6 meses de 2012. A implementação do programa de assistência financeira em Portugal teve início no segundo semestre de 2011, pelo que este período de estudo deve fornecer uma janela de tempo ampla antes e após o início das medidas de austeridade. O ano de 2012 coincide também com o período de agravamento do cenário macroeconómico, tendo sido um dos anos de maior recessão da história portuguesa. A figura 2 dá uma imagem clara da deterioração da economia portuguesa durante este período. Na análise multivariada, utilizamos um modelo de regressão logística para estudar o impacto do início das medidas de austeridade sobre a utilização do SU por problema de saúde mental. A

1. Por outro lado, pelas limitações inerentes no processo de triagem, haverá doentes que são incorretamente triados para a área psiquiátrica (pelo facto de terem antecedentes psiquiátricos em registo, embora não recorram ao SU por motivos desta natureza) bem como doentes que, tendo dado entrada por causa diretamente atribuível a alguma perturbação psiquiátrica, apresentam complicações de outra natureza com necessidade mais urgente de cuidados, com classificação diferente em triagem (e.g. fluxograma de "sobredosagem e envenenamento"), sendo depois avaliados pela psiquiatria, sem novo processo de triagem.

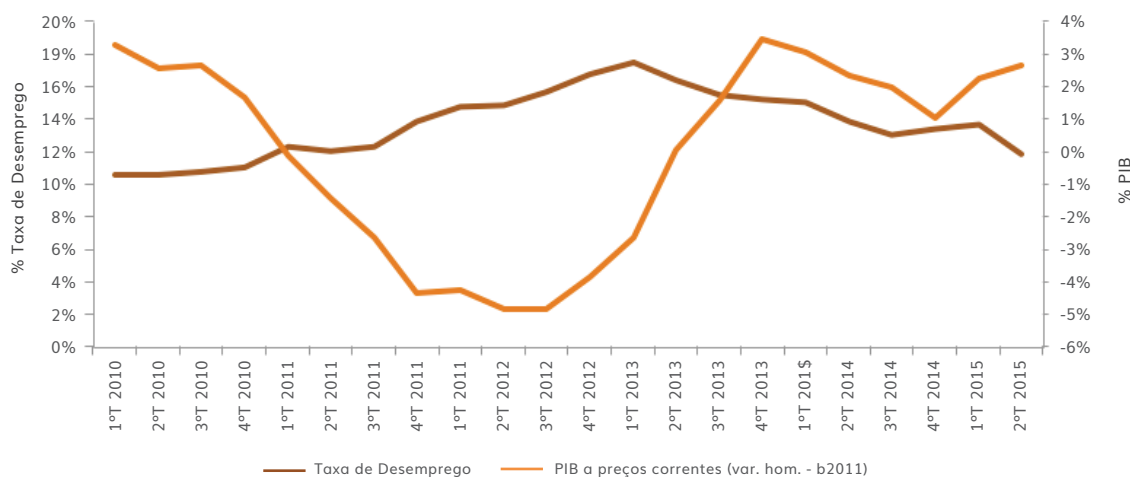


Figura 2. Evolução da taxa de desemprego e do produto interno bruto (PIB) português entre 2010 e 2015  
 Fonte: elaborado a partir de dados do INE

variável dependente é assim binária, representando a probabilidade de uma visita ao SU estar relacionada com uma doença mental, em comparação com atendimentos relacionados com todas as outras questões de saúde. A variável independente chave é uma variável binária "ano" que representa o período antes e após o início das medidas de austeridade/agravamento do cenário socioeconómico (0 em 2011 e 1 em 2012).

Adicionalmente, diferenciámos este efeito de acordo com a gravidade da patologia no momento de acesso ao SU, através da classificação da Triagem de Manchester: "azul" (não urgente) e "verde" (normal) foram consideradas visitas de baixa gravidade; "amarelos" (urgentes) foram consideradas visitas de gravidade intermédia; "laranja" (muito urgente) e "vermelho" (emergente) foram consideradas visitas de alta gravidade. As variáveis de confundimento incluem o nível do SU, o sexo do paciente, a sua idade na admissão, o seu estatuto de isenção de taxa moderadora (não-isentos, dispensados por razões económicas, isentos de doença crónica ou isento por outras razões), a data do atendimento (o mês, o dia - semana versus fim de semana - e a hora - noite versus dia), o subsistema do paciente (Serviço Nacional de Saúde (SNS), subsistemas públicos, subsistemas privados, seguros privados ou outros), a proveniência do paciente (sem referência versus referenciado - pela rede de cuidados de saúde, transferência de hospitais públicos ou de hospitais privados), o destino do doente após a alta (alta para o exterior não-referenciado ver-

sus internamento ou alta com referência para os cuidados de saúde primários (CSP) ou consulta externa) e a distância do centro município de residência do paciente ao SU (em quilómetros).

O STATA Ver.12 © foi usado para construir o modelo. A variável distância, foi criada utilizando o ArcGIS (v.10.0, Environmental Systems Research Institute, Redlands, CA) - introduzindo a informação geográfica dos pacientes - o seu município registado - para calcular a rota mais curta entre o centro do município e o SU.

### 3. Resultados

Durante todo o período de análise, utilizámos um conjunto de 230 936 visitas nos SU's selecionados. O quadro 1 apresenta a estatística descritiva da amostra, separadamente para os episódios de saúde mental e de saúde não mental.

O quadro 2 apresenta o número de atendimentos estratificado por tipo de episódio de SU (saúde mental e saúde não mental) e gravidade do episódio, para cada um dos períodos analisados.

De 2011 para 2012 o número global de visitas ao SU diminuiu 8,60% em todos os níveis de SU. No entanto, este número resulta de comportamentos diferentes entre os dois grupos analisados – episódios de urgência de saúde mental e episódios não relacionadas com saúde mental: nos episódios não relacionadas com saúde mental houve uma dimi-

Quadro 1. Estatística descritiva da amostra

	Episódios de saúde mental (n= 16 609)	Episódios não relacionados a saúde mental (n= 221 478)
Sexo (% Feminino)	57,9 %	53,4 %
Idade (média ± d.p.)	48 ± 18	53 ± 20
Distância (média ± d.p.)	18,4 ± 24,5	13,5 ± 22,5
Isenção (% Não isentos)	32,8 %	40,1 %
Proveniência (% Referenciados)	29,7 %	11,4%
Subsistema (% Não SNS)	94,0 %	91,2 %
Nível SU (% SU méd.-cir.)	7,1%	24,9%
Nível SU (% SU básico)	2,8%	10,6 %

Fonte: elaborado a partir dos dados eletrónicos dos serviços de urgência

problemas de saúde mental (-19,71%). Da mesma forma, considerando o destino após a alta, houve um comportamento diferente entre a procura por saúde mental e por saúde não-mental: os internamentos ou referências para consulta externa ou CSP aumentaram significativamente em 2012 nos atendimentos de saúde mental, enquanto que se mantiveram estáveis nos atendimentos não relacionados a saúde mental.

Os resultados da análise multivariada (quadro 3) mostram que, após o ajuste para idade, sexo, distância para o SU e outras variáveis de confundimento, e independentemente da gravidade na

Quadro 2. Análise descritiva da procura por SU, de acordo com o tipo de doença e gravidade do episódio. O *p-value* resulta de um teste t que compara se as médias de procura mensal (para cada grupo) não diferiram entre os 2 anos. Assim, em todas as categorias, considerou-se  $H_0: \mu_{2011} = \mu_{2012}$

NÚMERO TOTAL DE ATENDIMENTOS Variação homóloga	2011		2012			
	120 871		110 479 - 8,60%			
	SAÚDE NÃO-MENTAL			SAÚDE MENTAL		
	2011	2012	<i>p-value</i>	2011	2012	<i>p-value</i>
NÚM. DE ATENDIMENTOS (%total)	113 425	102 932		7 446 (6,16%)	7 547 (6,83%)	
Variação homóloga (var. hom. na % no total dos anos)		-9,25 %			1,36 % (10,89%)	
AT. GRAVIDADE ALTA	15 100	14 012	P>0.05	883	924	P>0.05
Variação homóloga		-7,21 %			4,64 %	
AT. GRAVIDADE INTERMÉDIA	59 475	54 399	P<0.05	5 741	5 963	P<0.05
Variação homóloga		-8,52 %			3,87 %	
AT. GRAVIDADE BAIXA	38 850	34 521	P<0.05	822	660	P<0.05
Variação homóloga		-11,14 %			-19,71 %	
PACIENTES INTERNADOS	10 467	10 478	P>0.05	547	599	P<0.05
Variação homóloga		+0,11 %			+9,51 %	
PACIENTES REF. P/ CONSULTA EXTERNA HOSPITALAR OU CSP	34 635	34 748	P>0.05	2 141	2 281	P<0.05
Variação homóloga		+0,33 %			+6,54 %	

Fonte: elaborado a partir dos dados eletrónicos dos serviços de urgência

nuição de 9,25%, enquanto que nos episódios de SU de saúde mental, houve um aumento de 1,36% no período analisado. Este aumento ocorreu principalmente nos episódios de gravidade alta e média (4,64% e 3,87%, respetivamente). O número de atendimentos de baixa gravidade diminuiu para ambos os tipos de doença, com decréscimo mais elevado a ser sentido pelos pacientes com

admissão, as *odds* de um atendimento no SU estar relacionado com um problema de saúde mental eram cerca de 15% maior em 2012 que em 2011.

O modelo também demonstra que, em geral, os atendimentos de urgência de saúde mental são mais frequentes no SU polivalente e são, por norma, atendimentos com maior gravidade na

Quadro 3. Resultados do modelo *logit*. A variável dependente é uma variável binária que toma o valor de 1 se o episódio de SU é um atendimento de saúde mental (como definido no texto) e 0 se é um atendimento de saúde não-mental. O número de observações é 230 936. Os níveis de base das variáveis são: ano 2011, SU polivalente, mês janeiro, data de admissão dia da semana, momento de admissão dia, gravidade do atendimento gravidade baixa, estatuto de isenção não isento, subsistema SNS, proveniência do doente "auto-referenciado" e sexo masculino. A significância estatística segue a notação: \*\* p < 0.05\*\*\* ; p < 0.01

	Odds Ratio	IC 95%
<b>CONSTANTE</b>	.044 ***	0.040 – 0.048
<b>ANO</b>		
2012	1.153 ***	1.115 – 1.191
<b>NÍVEL SU</b>		
SU médico-cirúrgico	.240 ***	0.227 – 0.255
SU básico	.289 ***	0.265 – 0.315
<b>MÊS</b>		
Fevereiro	1.034	0.975 – 1.095
Março	1.062 **	1.004 – 1.124
Abril	1.077 **	1.017 – 1.141
Maio	1.050	0.992 – 1.110
Junho	1.072 **	1.012 – 1.134
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		
Fim de semana	.973	0.938 – 1.009
<b>MOMENTO DE ADMISSÃO</b>		
Noite	.970	0.933 – 1.008
<b>GRAVIDADE DO ATENDIMENTO</b>		
Gravidade intermédia	4.012 ***	3.827 - 4.205
Gravidade alta	2.444 ***	2.290 – 2.609
<b>ESTATUTO DE ISENÇÃO</b>		
1 (Económico)	1.084 **	1.035 – 1.135
2 (Crónico)	1.062	0.995 – 1.134
3(Isento outros)	1.686 ***	1.593 – 1.783
<b>SUBSISTEMA DE SAÚDE</b>		
Subsistema público	1.141 ***	1.061 – 1.227
Subsistema privado	0.978	0.622 – 1.537
Seguro de saúde vol.	0.040 ***	0.026 – 0.060
Outros	1.794 ***	1.566 – 2.056
<b>IDADE</b>	1.032 ***	1.027 – 1.037
<b>IDADE2</b>	0.998 ***	0.998 – 0.999
<b>DISTÂNCIA</b>	1.207 ***	1.185 – 1.230
<b>PROVENIÊNCIA DO DOENTE</b>		
Referenciado CSP/ Transf. hosp.	1.972 ***	0.637 – 0.721
<b>SEXO</b>		
Feminino	1.241 ***	0.193 – 0.250

Fonte: elaborado a partir dos dados eletrónicos dos serviços de urgência

triagem, como esperado. Adicionalmente, estes atendimentos são mais comuns entre mulheres, entre adultos de meia idade, beneficiários de subsistemas públicos, utentes referenciados pela rede CSP ou transferidos de outros hospitais e residentes em localidades mais distantes do SU. Adicionalmente, investigámos se aspetos específicos da procura pelo SU de saúde mental tiveram uma contribuição especial para o aumento de utilização que encontramos. Especificamente, estudámos o efeito do sexo, da idade, da distância que o doente teve que percorrer, da proveniência do paciente, da gravidade do episódio na triagem e do destino após a alta, na variação de utilização do SU entre os períodos analisados. Para tal, interagimos a variável-chave "ano" com cada uma destas variáveis, e apresentamos estes resultados no quadro 4.

Quadro 4: Resultados do modelo *logit*. A variável dependente é uma variável binária que toma o valor de 1 se o episódio de SU é um atendimento de saúde mental (como definido no texto) e 0 se é um atendimento de saúde não-mental. Os níveis de base das variáveis são: ano 2011, SU polivalente, mês janeiro, data de admissão dia da semana, momento de admissão dia, gravidade do atendimento gravidade baixa, estatuto de isenção não isento, subsistema SNS, proveniência do doente "auto referenciado" e sexo masculino. Por razões de espaço, são apresentados apenas os resultados de interesse (os OR das restantes variáveis seguem o sentido esperado e estão disponíveis mediante solicitação aos autores). A significância estatística segue a notação: \* p < 0.1 ; \*\* p < 0.05\*\*\* ; p < 0.01

	Odds Ratio	IC 95%
<b>ANO * SEXO</b>		
2012 * Feminino	0.902 **	0.844 – 0.963
<b>ANO * IDADE</b>	0.999	0.998 -1.001
<b>ANO* DISTÂNCIA</b>	1.047 **	1.011 – 1.083
<b>ANO * GRAVIDADE DO ATENDIMENTO</b>		
2012 * Gravidade intermédia	1.279 ***	1.164 – 1.405
2012 * Gravidade alta	1.277 ***	1.122 – 1.453
<b>ANO* DESTINO APÓS A ALTA</b>		
2012 * Internados /Referenciados CE	1.072 *	1.010 – 1.137
<b>ANO * PROVENIÊNCIA DO DOENTE</b>		
2012 * Referenciado CSP/ Transf. hosp	1.122 **	1.039 – 1.211

Fonte: elaborado a partir dos dados eletrónicos dos serviços de urgência

Os resultados do quadro 4 sublinham a existência de subgrupos específicos que aumentaram a procura pelo SU de Saúde mental, e que assim contribuíram para os resultados gerais. Especificamente, encontrámos que em 2012 os atendimentos de saúde mental foram mais frequentes entre homens, não isentos de taxa moderadora, residentes em localidades mais afastadas dos SU e que se deslocaram ao SU com referênciação pela rede de CSP ou por transferência de outros hospitais. Adicionalmente, entre os atendimentos de saúde mental, pareceu existir um escalonamento da gravidade da condição clínica dos pacientes, representada pela maior frequência de atendimentos de saúde mental com categorias de triagem de gravidade intermédia (amarela) e alta (laranja e vermelha) e de atendimentos que tiveram como destino o internamento ou a consulta externa hospitalar.

#### 4. Discussão

Baixos níveis de saúde mental durante crises económicas dependem de vários fatores, que vão da resistência cultural das populações de diferentes países (Ayuso-Mateos et al., 2013), à disponibilidade de serviços de saúde, nomeadamente instituições sociais que desempenham um papel inestimável no apoio mental e social em Portugal, e à retaguarda sócio-familiar, que é central no processo de cuidar.

No secção anterior apresentámos alguma evidência a favor de uma mudança na natureza dos problemas de saúde que atingiram os serviços de urgência portugueses durante o pico da crise económica no país. Independentemente do nível do SU na rede de urgência e emergência portuguesa, encontrámos um aumento em 2012 – após o início do programa de assistência financeira em Portugal - de episódios de SU relacionados com problemas de saúde mental, em comparação com 2011 – antes do início do programa. Além deste aumento da procura de cuidados de saúde mental, encontrámos uma escalada na gravidade dos atendimentos no SU relacionados com saúde mental: atendimentos de gravidade intermédia e alta aumentaram em 2012, enquanto que as visitas de

baixa gravidade diminuíram acentuadamente entre os dois anos; da mesma forma, atendimentos que resultaram em internamento ou referênciação para a consulta externa também aumentaram em 2012. Estes resultados contrastam com a procura do SU para cuidados de saúde não relacionados com problemas de saúde mental, que reduziram durante este período em todos os níveis de gravidade e/ou referênciação após a alta.

Apesar da gravidade atribuída pela Triagem de Manchester surgir como um dos meios mais acessíveis e intuitivos disponíveis para avaliar a gravidade dos casos, é relevante assumir que este método peca por inespecífico na área da saúde mental, considerando que a grande maioria dos doentes é inespecificamente triado com pulseira amarela, enquadrando-se dentro deste nível uma grande heterogeneidade de perturbações e gravidade clínicas. As pulseiras laranja são sobretudo atribuídas a casos de agitação psicomotora grave ou mandados de condução, o que não é necessariamente critério de gravidade clínica. Já a taxa de internamentos/referênciação para outros cuidados de saúde parece apresentar-se como um indicador mais fidedigno.

Adicionalmente, encontramos que o efeito de aumento de atendimentos no SU de saúde mental foi particularmente relevante em pacientes do sexo masculino, provenientes de municípios mais afastados do SU, e que foram referenciados pela rede de CSP ou transferidos de outros hospitais.

A literatura sobre o impacto de crises económicas sobre a utilização de SU de saúde mental é limitada, mas suporta os nossos resultados. Numa série temporal na Austrália, Bidargaddi et al. (2015) encontraram que o número de episódios de SU por razões de saúde mental aumentava em resposta ao crescimento das taxas de desemprego, um resultado que foi também descrito nos Estados Unidos da América (EUA) (Kiernan et al., 1989).

Neste estudo, o curto período de avaliação dos dados de acesso aos SU, bem como a limitação a três hospitais no norte do país, limitam a generalizabilidade dos resultados e a sua extrapolação para uma tendência nacional. Ainda assim, a lite-



ratura sobre o impacto do desemprego na procura de serviços de saúde mental reporta um efeito retardatário de apenas 1 a 2 meses até se começar a verificar um aumento de utilização destes serviços, particularmente entre homens em idade laboral, o que é consistente com os nossos dados (Kiernan et al., 1989; Gili et al., 2012; Bartoll et al., 2014; Bidargaddi et al., 2015).

Estes resultados podem ser avaliados à luz de duas interpretações diferentes, mas complementares.

Do ponto de vista económico, durante um período de recessão, quando o rendimento das famílias diminui e os custos indiretos da saúde aumentam, considerando a mesma carga de doença, a procura por cuidados de saúde (mental) deverá diminuir. Evidência da elasticidade específica da procura por serviços de saúde mental – a medida em que a procura pelos serviços de mental diminui mais ou menos do que a procura por outros cuidados de saúde – não é definitiva (Frank and McGuire, 1986, Lu et al., 2008, Keeler Emmett B. et al., 1986). Artigos recentes sobre a elasticidade da procura de cuidados de saúde mental alegam que os serviços de saúde mental devem ter maior cobertura do que outros serviços de saúde devido à sua baixa elasticidade-preço (Haas-Wilson et al., 1989; Meyerhoefer and Zuvekas, 2010). Portanto, mesmo se a carga de doença mental se mantiver estável durante este período, (e.g. a população não se tornou mais doente), a procura de cuidados de saúde mental deve diminuir menos do que a dos outros serviços num cenário de contração macroeconómica.

Do ponto de vista clínico, e regressando à evidência que apresentámos na Introdução, não é expectável que a carga de doença mental na população permaneça estável durante este período, uma vez que foram encontrados vários fatores dependentes do contexto que afetam a saúde mental da população. Em oposição à rigidez da antiga ideia de emprego *versus* desemprego e nível de rendimento do agregado familiar, um estudo recente aponta que a incerteza - não ter controlo ("domínio") sobre o seu futuro - é um dos determinantes mais fortes no aparecimento de problemas de saúde mental durante as crises económicas (Price et al., 2002).

Em primeiro lugar, a pressão financeira *per se* tem sido destacada como um importante fator de stress e desencadeador de problemas de saúde mental comuns. Lahelma et al. (2006) encontraram uma forte correlação entre as dificuldades económicas vividas ao longo da vida e a depressão clínica, ansiedade e bem-estar afetivo, havendo também evidência a favor de uma forte associação entre endividamento e depressão (Reading and Reynolds, 2001; Brown et al., 2005; Jenkins et al., 2008), embora o efeito direto dos choques financeiros em termos psicológicos permaneça pouco claro (Bridges and Disney, 2010).

Em segundo lugar, independentemente do seu efeito sobre o rendimento, a situação de emprego, nomeadamente a insegurança no trabalho (e.g. o risco de ficar desempregado involuntariamente) e a empregabilidade (e.g. a capacidade de encontrar um novo emprego) também são importantes desencadeadores de problemas psicológicos, especificamente através de mecanismos de aumento da solidão e do stress e diminuição da felicidade e da auto estima (DiTella et al., 2001, Nolan et al., 2000; Cheng and Chan, 2008). Green (2011) aponta que ambos os efeitos são consideráveis: o aumento da insegurança no emprego é tão pernicioso quanto o desemprego por si só, sendo que um aumento da empregabilidade praticamente anula esse efeito nefasto. Da mesma forma, Mandal et al. (2011) descobriram que os indivíduos com elevadas expectativas de perda de emprego têm o dobro das taxas de sintomas depressivos. Em áreas onde o desemprego é uma norma social, o seu efeito sobre o bem-estar tende a ser menor, o que parece corroborar a existência de um efeito estigmatizante do desemprego sobre a auto imagem. (Clark et al., 2009).

Algumas implicações políticas dos nossos resultados são diretas.

Parece claro que uma das prioridades de financiamento durante períodos de crise financeira deverá ser a área da saúde mental, a fim de lidar com o aumento da procura de cuidados destes serviços. A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de saúde mental tem lançado alertas sobre o sub-financiamento da rede de

saúde mental, afirmando que em Portugal estamos ainda longe de oferecer a toda a população acesso a cuidados essenciais de saúde mental (CNRSSM, 2007).

Para diminuir a pressão sobre os serviços de urgência, especificamente em períodos de crise, a Organização Mundial da Saúde recomenda a integração da saúde mental nos CSP, como estratégia eficiente para lidar com esta alta carga de doença mental e alcançar a cobertura universal de saúde mental (WHO and WONCA, 2008; WHO, 2008), dando como exemplo inúmeras experiências de integração bem-sucedidas (Felker et al., 2004; Kates et al., 2011; Khadivi et al., 2012). Em Portugal, no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) está consagrada como uma das linhas mestras para a década a descentralização dos cuidados de psiquiatria e saúde mental, aproximando-os da comunidade. (CNSM, 2008) Porém, qualquer incorporação efetiva da saúde mental no seio dos cuidados de comunidade acarreta vários desafios: em primeiro lugar, envolve a integração dos CSP e dos serviços locais de saúde mental, que são extremamente centrados nos hospitais, sob a forma de colaboração, apoio e auditoria de resultados. Além disso, mesmo se a integração formal não for possível, os incentivos financeiros devem ser alinhados; em segundo lugar, deve ser dada a apresentação suficiente do *case-mix* psiquiátrico durante o internato do médico de medicina geral e familiar e deve ser feito um maior investimento nos médicos desta especialidade em cursos de formação psiquiátrica, uma vez que são necessárias habilidades e competências específicas para o diagnóstico, tratamento e encaminhamento dos pacientes com transtornos mentais. Na verdade, há evidência substancial de subdiagnóstico de distúrbios mentais no âmbito dos CSP (Cepoiu et al., 2008; Gonçalves et al., 2011).

Outra política que pode ser eficaz no contexto português é o controlo de preços e disponibilidade de bebidas alcoólicas, uma vez que a sociedade portuguesa ainda tem um padrão de consumo de álcool assinalável. (OECD, 2013, Pinto-Meza et al., 2013). Embora politicamente desafiadora - as indústrias de cerveja e vinho são sectores impor-

tantes da economia portuguesa - políticas que aumentem os preços e reduzam a acessibilidade ao álcool, especialmente entre os jovens, podem ser úteis para minorar problemas relacionados com o seu consumo, os quais aumentam em períodos de recessão económica (de Goeij et al., 2015).

## Referências Bibliográficas

- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*, American Psychiatric Association.
- Ayuso-Mateos, J., Barros, P., & Gusmao, R. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381 (9874), 391-2. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)
- Bartoll, X., Palencia, L., Malmusi, D., Suhrcke, M., & Borrell, C. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24, 415-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt208>
- Bidargaddi, N., Bastiampillai, T., Schrader, G., Adams, R., Piantadosi, C., Strobel, J., Tucker, G., & Allison, S. (2015). Changes in monthly unemployment rates may predict changes in the number of psychiatric presentations to emergency services in South Australia. *BMC Emergency Medicine*, 15, 16. doi:10.1186/s12873-015-0042-5
- Bridges, S., & Disney, R. (2010). Debt and depression. *Journal of Health Economics*, 29, 388-403. doi: 10.1016/j.jhealeco.2010.02.003
- Brown, S., Taylor, K., & Wheatley Price, S. (2005). Debt and distress: Evaluating the psychological cost of credit. *Journal of Economic Psychology*, 26(5), 642-663.
- Catalano, R. (2009). Health, Medical Care, and Economic Crisis. *New England Journal of Medicine*, 360, 749-751. doi: 10.1056/NEJMp0809122
- Cepoiu, M., Mccusker, J., Cole, M., Sewitch, M., Belzile, E., & Ciampi, A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians-a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 25-36.
- Cheng, G., & Chan, D. (2008). Who Suffers More from Job Insecurity? A Meta-Analytic Review. *Applied Psychology*, 57(2), 272-303. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00312.x
- Clark, A., Knabe, A., & Rätzl, S. (2009). Boon or Bane? Others' Unemployment, Well-being and Job Insecurity. Institute for the Study of Labor (IZA).
- CNRSSM 2007. Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

- CNSM (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007—2016. In: Coordenação nacional para a saúde mental, A. C. D. S., MINISTÉRIO DA SAÚDE (ed.). Lisboa.
- De Belvis, A., Ferre, F., Specchia, M., Valerio, L., Fattore, G., & Ricciardi, W. (2012). The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector. *Health Policy*, 106(1), 10-6. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.04.003
- De Goeij, M., Suhrcke, M., Toffolutti, V., Van de Mheen, D., Schoenmakers, T., & Kunst, A. (2015). How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. *Social Science & Medicine*, 131, 131-146.
- Ditella, R., Macculloch, R., & Oswald, A. (2001). Preferences over inflation and unemployment: Evidence from surveys of happiness. ZEI - Center for European Integration Studies, University of Bonn.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013a). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308-14. doi: 10.1016/j.jad.2012.08.008
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Theleritis, C., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013b). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, 12(1), 53-9. doi: 10.1002/wps.20016
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Theleritis, C., & Stefanis, C. (2012). Suicidality and the economic crisis in Greece. *The Lancet*, 380, 337.
- Evans-Lacko, S., Knapp, M., Mccrone, P., Thornicroft, G., & Mojtabai, R. (2013). The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PLoS One*, 8, e69792.
- Felker, B., Barnes, R., Greenberg, D., chaney, E., Shores, M., Gillespie-Gateley, L., Buike, M., & Morton, C. (2004). Preliminary outcomes from an integrated mental health primary care team. *Psychiatric Services*, 55, 442-4.
- Fernandez-Rivas, A., & Gonzalez-Torres, M. (2013). The economic crisis in Spain and its impact on the mental health of children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 583-586.
- Frank, R., & Mcguire, T. (1986). A review of studies of the impact of insurance on the demand and utilization of specialty mental health services. *Health Services Research*, 21(2), 241-65.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., Mckee, M., & Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Giotakos, O., Tsouvelas, G., & Kontaxakis, V. (2012). Suicide rates and mental health services in Greece. *Psychiatrike*, 23, 29-38.
- Goncalves, D., Fortes, S., Tofoli, L., Campos, M., & Mari Jde, J. (2011). Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41, 3-13.
- Green, F. (2011). Unpacking the misery multiplier: how employability modifies the impacts of unemployment and job insecurity on life satisfaction and mental health. *Journal of Health Economics*, 30, 265-76.
- Haas-Wilson, D., Scheffler, R., & Cheadle, A. (1989). Demand for Mental Health Services: An Episode of Treatment Approach. *Southern Economic Journal*, 55.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., Fryers, T., Weich, S., Singleton, N., & Meltzer, H. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 38(10), 1485-93. doi: 10.1017/S0033291707002516
- Kates, N., Mcpherson-Doe, C., & George, L. (2011). Integrating mental health services within primary care settings: the Hamilton Family Health Team. *Journal of Ambulatory Care Management*, 34, 174-82.
- Keeler Emmett B., Kenneth, B. Wells Willard, G. Manning, J., Rumpel, D., & Janet, M. (1986). The Demand for Episodes of Mental Health Services. In: CORPORATION, R. (ed.) R-3432-NIMH. Santa Monica, Calif.
- Khadivi, R., Shakeri, M., & Ghobadi, S. (2012). The Efficiency of Mental Health Integration in Primary Health Care: a Ten-year Study. *International Journal of Preventive Medicine*, 3, S139-45.
- Kiernan, M., Toro, P., Rappaport, J., & Seidman, E. (1989). Economic predictors of mental health service utilization: A time-series analysis. *American Journal of Community Psychology*, 17, 801-820.
- Lahelma, E., Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Sarlio-Lähteenkorva, S. (2006). Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 63, 1383-1399.
- Lu, C., Frank, R., & Mcguire, T. (2008). Demand response of mental health services to cost sharing under managed care. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 11, 113-25.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., & Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece.

ce in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 943-52.

Mandal, B., Ayyagari, P., & Gallo, W. (2011). Job loss and depression: The role of subjective expectations. *Social Science & Medicine*, 72, 576-583.

Meyerhoefer, C., & Zuvekas, S. (2010). New estimates of the demand for physical and mental health treatment. *Health Economics*, 19, 297-315.

Nolan, J., Wichert, I., & Burchell, B. (2000). Job insecurity, psychological well-being and family life. *The insecure workforce*, 181-209.

OECD 2013. Health at a Glance.

Pinto-Meza, A., Moneta, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J., De Girolamo, G., De Graaf, R., Florescu, S., Kovess Masfety, V., O'Neill, S., Vassilev, S., & Haro, J. (2013). Social inequalities in mental health: results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 173-81.

Price, R., Choi, J., & Vinokur, A. (2002). Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 302-12.

Reading, R., & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, 53, 441-53.

Ruhm, C. (2003). Good times make you sick. *Journal of Health Economics*, 22(4), 637-58. doi: 10.1016/S0167-6296(03)00041-9

Saraiva, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*, Lisboa.

Viinamaki, H., Hintikka, J., Kontula, O., Niskanen, L., & Koskela, K. (2000). Mental health at population level during an economic recession in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 177-182. doi: 10.1080/080394800750019079

Warner, R. (2004). *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy*.

WHO (2008). Mental health gap action programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. In: Programme, M. M. H. G. A. (ed.).

WHO & WONCA (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective.