



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS

CONTRIBUTO CIENTÍFICO OPP

# O Impacto da Saúde Mental na Saúde Física

Custos Económicos e Intervenções Psicológicas Custo-  
Efectivas

**O Impacto da Saúde Mental na Saúde Física – Custos Económicos e Intervenções Psicológicas Custo-Efectivas**, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A informação que consta deste documento, elaborado em Setembro de 2023, e na qual se baseia foi obtida a partir de fontes que os autores consideraram fiáveis. Esta publicação ou partes dela podem ser reproduzidas, copiadas ou transmitidas com fins não comerciais, desde que o trabalho seja adequadamente citado, conforme indicado abaixo.

**Sugestão de citação:** Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023). Contributo Científico OPP – O Impacto da Saúde Mental na Saúde Física – Custos Económicos e Intervenções Psicológicas Custo-Efectivas. Lisboa.

**Para mais esclarecimentos contacte Ciência e Prática Psicológicas:**  
andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt

Ordem dos Psicólogos Portugueses Av. Fontes Pereira de Melo 19 D 1050-116 Lisboa T:  
+351 213 400 250 [www.ordemdospsicologos.pt](http://www.ordemdospsicologos.pt)

## Contributo Científico

### **O Impacto da Saúde Mental na Saúde Física: Custos Económicos e Intervenções Psicológicas Custo-Efectivas**

O presente documento surge como um contributo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) para o esclarecimento de algumas das interações existentes entre a Saúde Física e a Saúde Mental, nomeadamente no que diz respeito à sua expressão em determinadas doenças físicas, (sobretudo crónicas e prolongadas). Apresentam-se dados e estatísticas associados aos custos económicos destas doenças e, ainda, intervenções psicológicas que podem constituir uma resposta custo-efectiva nos Serviços de Saúde.

A OPP é uma associação pública profissional que representa e regulamenta a prática dos profissionais de Psicologia que exercem a profissão de Psicólogo em Portugal (de acordo com a Lei nº 57/2008, de 4 de Setembro, com as alterações da Lei nº 138/2015, de 7 de Setembro). É missão da OPP exercer o controlo do exercício e acesso à profissão de Psicólogo, bem como elaborar as respectivas normas técnicas e deontológicas e exercer o poder disciplinar sobre os seus membros. As atribuições da OPP incluem ainda defender os interesses gerais da profissão e dos utentes dos serviços de Psicologia; prestar serviços aos membros em relação à informação e formação profissional; colaborar com as demais entidades da administração pública na prossecução de fins de interesse público relacionados com a profissão; participar na elaboração da legislação que diga respeito à profissão e nos processos oficiais de acreditação e na avaliação dos cursos que dão acesso à profissão.

Neste sentido, julgamos pertinente incluir, neste contributo científico, uma breve revisão da literatura sobre a comorbilidade entre doenças físicas e doenças mentais, bem como sobre os factores de risco e protecção que as impactam, sobretudo no que diz respeito a factores comportamentais. Identificamos ainda alguns custos económicos associados aos problemas de saúde crónica e prolongados, considerando a influência dos problemas de Saúde Mental, e ainda intervenções psicológicas custo-efectivas, que podem ser implementadas em contextos de Saúde.

## Introdução

Todos os Estados-membros das Nações Unidas – nos quais se inclui Portugal – encontram-se comprometidos com os seus cidadãos e cidadãs, procurando garantir que a **Saúde Mental e o bem-estar são uma componente essencial dos cuidados universais de Saúde**. Garantir o acesso a cuidados de Saúde Física e Mental a todas as pessoas – incluindo a pessoas em situações de vulnerabilidade e desigualdade – **é um imperativo social e económico**.

O **custo de não se investir** numa abordagem compreensiva em Saúde Mental reflecte-se nos **altos índices de ansiedade e depressão** que, de forma transversal, se encontram na maioria dos países da União Europeia (OCDE, 2020), comprometendo o desenvolvimento e bem-estar das crianças e jovens, a produtividade e realização pessoal e social dos adultos e a qualidade e esperança de vida das pessoas mais velhas. Além dos impactos na Saúde Mental da população, o adiar de uma abordagem compreensiva e holística da Saúde reflecte-se num **aumento dos problemas de Saúde Física, com custos acrescidos para os Sistemas de Saúde e**, como consequência das dificuldades físicas e psicológicas, **em elevados custos económicos por perdas de produtividade laboral**.

Neste sentido, **estabelecer respostas integradas de Saúde e reduzir assimetrias no acesso a cuidados de Saúde adequados e efectivos** devem ser objectivos centrais dos Serviços Nacionais de Saúde e das políticas públicas. Desenvolver e implementar **medidas preventivas e de promoção de comportamentos de Saúde na comunidade, universalizar os serviços de Psicologia e Saúde Mental e garantir um apoio psicossocial de proximidade aos diferentes grupos da população** devem ser parte integrante de uma estratégia que reconhece, inequivocamente, que não há Saúde sem Saúde Mental.

### 1. A Interdependência entre a Saúde Física e a Saúde Mental

Historicamente, nas sociedades ocidentais, como resultado da forte influência do dualismo cartesiano no reconhecimento dos fenómenos mentais como distintos dos fenómenos físicos, a Saúde Mental e a Saúde Física foram, durante séculos, estudadas como dimensões de Saúde independentes, com impacto no tratamento clínico, na abordagem às pessoas que vivem com diferentes doenças e, inclusive, no estigma que ainda prevalece em diferentes sociedades relativamente a questões de Saúde Mental (Ventriglio & Bhurga, 2015).

No entanto, hoje sabe-se que **a doença mental está associada a um aumento do risco de doença física** – devido a estilos de vida menos activos e pouco saudáveis e a mais comportamentos de risco para a Saúde – e, por sua vez, **a doença física aumenta o risco de doença mental** (e.g., de Hert et al., 2018; Park et al., 2020), evidenciando-se a sua interdependência. A literatura indica também que **as pessoas com doenças crónicas apresentam uma probabilidade duas a três vezes superior de sofrer de uma doença mental** do que a população geral. Acontece também o inverso: muitas vezes, **a doença mental precipita ou agrava problemas crónicos de saúde** (Naylor et al., 2012).

Na Europa, e em Portugal, os **problemas de Saúde Física** (por exemplo, diabetes, doenças cardiovasculares, dor crónica, cancro) e os **problemas de Saúde Mental** (sobretudo depressão

e ansiedade), não só causam **sofrimento** e condicionam a vida de milhares de pessoas, como acarretam **custos elevados** para os sistemas de saúde e para a economia (nomeadamente em perdas de produtividade) (OCDE, 2022).

### Dados Estatísticos

- Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2023), **em Portugal**, no ano de 2022, **44,7% da população** com mais de 16 anos vivia com **doença crónica ou prolongada** (i.e. que dura mais de seis meses), **afectando mais mulheres** (47%) do que homens (42%) e **pessoas com mais de 65 anos** (71,1%), sendo mais prevalente em pessoas com o ensino básico (55,2%) ou sem qualquer nível de escolaridade completo (71,5%).
- Segundo a OCDE (2021), em 2022, além da doença COVID-19 (5,7%), as **principais causas de mortalidade em Portugal** foram o **AVC** (9,9%), a **doença coronária** (6,4%) e o **cancro**, nos quais se destacam o cancro do pulmão (3,8%) e o cancro colorrectal (3,4%).
- Em Portugal, também os **problemas associados à doença mental** apresentam uma prevalência bastante significativa. De acordo com dados da OCDE (2020), em média, um em cada nove adultos/as (11%) dos países da União Europeia apresenta sintomas de problemas psicológicos, sendo que **Portugal é o país onde a prevalência é mais elevada** (23%), ou seja, praticamente **1 em cada 5 adultos/as** – um valor de 12 pontos percentuais (p.p.) acima da média dos 27 países da União Europeia (OCDE, 2020).

### Risco de Comorbilidades

É evidente, na literatura científica, que **muitas pessoas que vivem com doenças física, sobretudo crónicas, apresentam comorbilidade com sintomas de doenças mental**. Uma meta-análise recente indica que, em pessoas que vivem com **doenças cardíacas**, a prevalência de **depressão, ansiedade e stresse é cerca de 31%, 33% e 58%, respectivamente** (Karami et al., 2023). Em pessoas que vivem com **cancro**, a **prevalência de depressão varia entre 8% e 24%**, dependendo da gravidade do cancro, da fase do tratamento e do prognóstico (Kreber et al., 2014). Após um **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**, a **prevalência de alguma perturbação depressiva é de 33,5%**, sobretudo se existirem lesões acentuadas, como afasia (i.e., perda parcial ou total da capacidade de expressar ou compreender linguagem falada ou escrita), que condicionem o funcionamento da pessoa no seu dia-a-dia (Mitchell et al., 2017.) Ainda, em pessoas que vivem com **diabetes**, a **prevalência de depressão é duas a três vezes superior** comparada com a prevalência em pessoas que não têm diabetes, apresentando também **20% maior probabilidade de experienciar sintomas de ansiedade** (CDC, 2023).

Também as pessoas que vivem com **doenças musculoesqueléticas** apresentam comorbilidades com doença mental. Em Portugal, num estudo com mais de 4.000 mulheres trabalhadoras, **40% relatava doenças musculoesqueléticas e 21,3% dificuldades associadas a stresse, depressão e ansiedade** (Amaro et al., 2021). A dor lombar crónica parece, frequentemente, associada à depressão; as hérnias discais e a dor cervical parecem mais associadas a problemas de ansiedade

e, ainda, os problemas de osteoporose (i.e., menor densidade óssea e fracturas) parecem associados a ambas as sintomatologias depressiva e ansiosa (Heikkinen et al., 2019; 2022). Numa meta-análise, Stubbs e colegas (2016) concluem **que aproximadamente 21% das pessoas com osteoartrose experienciam ansiedade e 20% experiencia sintomas depressivos.**

**A comorbilidade constitui um dos grandes desafios de saúde do século XXI**, representando consequências graves: piora o prognóstico das doenças e aumenta a possibilidade de complicações; aumenta o custo do tratamento e a probabilidade da incapacidade duradoura. Frequentemente as pessoas com problemas de saúde co-mórbidos não recebem cuidados de saúde adequados e apropriados às suas necessidades.

Sabe-se, ainda, que a **comorbilidade de doenças crónicas e sintomas depressivos** prolongados **condiciona a adesão ao tratamento e o envolvimento da pessoa em comportamentos saudáveis e em cuidados de reabilitação**, conduzindo a **piores prognósticos** e complicações de saúde (ADAA, 2021). Por exemplo, para pessoas com doença cardíaca, a depressão parece aumentar os comportamentos pouco saudáveis (e.g., inactividade física) e diminuir a adesão a programas de cessação tabágica, às alterações na dieta e aos programas de reabilitação cardíaca (Benton et al., 2007).

A literatura científica demonstra ainda que diferentes condições de Saúde, sejam físicas ou psicológicas, podem ser **factores de risco** para o desenvolvimento de diferentes doenças. Por exemplo, pessoas que vivem com depressão podem apresentar entre 30% a 36% maior risco de desenvolverem **doença cardíaca coronária** e, aquelas que vivem com elevados níveis de stresse ou com uma perturbação de ansiedade (i.e., fobia, ansiedade generalizada, perturbação de pânico), apresentam um risco acrescido entre 26% e 46% (de Hert et al., 2018). Por sua vez, as pessoas que sofreram problemas cardíacos têm 27% e 14% maior probabilidade de desenvolverem **sintomas de ansiedade e depressivos**, respectivamente – o que contribui para maior probabilidade de complicações cardíacas futuras (Murphy et al., 2020). As pessoas com insuficiência cardíaca e que vivem com **sintomas depressivos associados à solidão** parecem ter um **risco 4 vezes superior de morte precoce** (CDC, 2021).

O **stresse psicológico** parece associado ao aumento de problemas de Saúde Física ao enfraquecer o sistema imunitário (Segerstrom & Miller, 2004), destacando-se também a sua consistente associação com o risco de se sofrer um AVC (Reddin et al., 2022). Numa meta-análise, os factores psicológicos – nos que se destacam **a depressão, o stresse e a insatisfação com a vida** – parecem aumentar o **risco de AVC em 39%** e, ainda, os factores interpessoais – como, por exemplo, **a ausência de uma rede social de suporte** –, podem significar um aumento do risco em 19% (Lightbody et al., 2017). Em contextos ocupacionais, o **stresse laboral**, associado a longas horas de trabalho e às suas exigências, pode significar um acréscimo de 35% no risco de ter um **ataque cardíaco**, 17% no risco de morrer com um **problema cardíaco** e, ainda, 35% de **diagnóstico de doença física** (OPP, 2023).

Segundo dados referidos no Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2019), **as pessoas com depressão grave e esquizofrenia têm uma probabilidade 40% a 60% superior de morrer prematuramente**, devido a problema de Saúde Física – por exemplo, cancro, doenças cardiovasculares, diabetes e infecção pelo HIV – que não são diagnosticados e/ou tratados.

Ainda, as **peças mais velhas que vivem com depressão**, sobretudo associada a situações de isolamento social e solidão, realizam menos actividade física (Ohrnberger et al., 2017), desenvolvem mais **problemas musculoesqueléticos** (Smith et al., 2019) e apresentam **um risco 50% superior de desenvolver demência** (CDC, 2021).

### *Influência de Factores Comportamentais, Psicológicos e Sociais*

**A relação entre a Saúde Mental e o desenvolvimento de doença física é complexa, existindo a influência de diferentes factores.** Por exemplo, além de factores biológicos e genéticos, o desenvolvimento de hipertensão e problemas cardíacos, inclusive de doença coronária, parece associado a factores de risco comportamentais e factores psicológicos (de Hert et al., 2018).

Entre os **factores de risco comportamentais** identifica-se uma alimentação desequilibrada e pouco saudável, inactividade física e sedentarismo e, ainda, consumo de tabaco, álcool e outras substâncias (de Hert et al., 2018). Entre os **factores de risco psicológicos**, alguns estudos identificam a personalidade de tipo A, que inclui comportamentos de competitividade e hostilidade (Sahoo et al., 2018), e a personalidade de tipo D, que inclui isolamento social e afectividade negativa (Lin et al., 2018), a um maior risco de desenvolvimento de doenças cardíacas. A personalidade parece associada a determinados comportamentos e estratégias de regulação do stresse, assim como à qualidade das relações interpessoais, o que, por sua vez, parece influenciar os níveis de inflamação, activação de plaquetas, hipertensão arterial, entre outros marcadores, que, em última instância, aumentam o risco de doença cardíaca (Dahlén et al., 2022; de Hert et al., 2018).

No agravamento de lesões musculoesqueléticas, nomeadamente das dores lombares e da osteoporose, identificam-se **factores psicológicos** como uma maior vulnerabilidade e sensibilidade à dor física e psicológica, evitamento de comportamentos percebidos como perigosos e, ainda, uma menor motivação no envolvimento em exercícios de actividade física e em eventuais tratamentos de fisioterapia (Heikkinen et al., 2019). A vivência de **experiências adversas na infância** (e.g., negligência, violência doméstica; abuso) também parece associada a uma maior probabilidade de se desenvolver problemas de Saúde Física. Existem evidências moderadas para a probabilidade de desenvolver consumos problemáticos de tabaco e álcool e doenças cardíacas, respiratórias e cancro; evidências fortes para o envolvimento em comportamentos sexuais de risco e a presença de doença mental; e evidências muito fortes para o consumo de droga e violência interpessoal ou autodirigida (Hughes et al., 2017).

Ainda que a interdependência entre Saúde Física e Saúde Mental seja algo transversal a qualquer comunidade ou cultura, **as diferentes condições sociais em que diferentes pessoas vivem apresentam riscos distintos no desenvolvimento de determinadas doenças.** Por exemplo, as pessoas pertencentes a minorias étnicas, raciais e/ou que vivem em situação de pobreza, experienciam mais situações adversas de discriminação, stresse e instabilidade financeira (Moody et al., 2019), têm menos acesso a infra-estruturas médicas ou desportivas e sentem menos apoio social (Langøien et al., 2017), encontrando-se, deste modo, mais predispostas a desenvolver problemas de ansiedade e de hipertensão arterial, com repercussões cardiovasculares (Paradies et al., 2015).

## 2. Custos Económicos da Comorbilidade das Doenças Físicas e Mentais

Nos países da **União Europeia**, os **custos dos problemas de Saúde Mental estão estimados em mais de 4 % do PIB**, ou seja, mais de €600 mil milhões (OCDE, 2021). Sabe-se também que as pessoas que vivem com doença mental têm maior probabilidade de desenvolver doenças físicas, e que os sintomas das doenças mentais podem **agravar o estado de Saúde**, aumentando a **necessidade de cuidados de Saúde**, provocando **perdas de produtividade** acrescidas e, ainda, associando-se a maior probabilidade de morte prematura (Dandona, 2019; Doherty & Gaughran, 2014; McDaid & Park, 2015). Deste modo, embora existam variações entre os Sistemas de Saúde de diferentes países, **é consensual que as pessoas que vivem com comorbilidades de doença física e mental necessitam de cuidados de Saúde mais frequentes e intensivos, o que implica mais recursos e maiores custos** (Simon et al., 2023).

Ainda assim, a investigação actual não permite quantificar de modo específico os impactos de determinadas variáveis de Saúde Mental na maior necessidade de cuidados de Saúde em pessoas que vivem com doenças físicas prolongadas ou crónicas.

Por exemplo, em Portugal, segundo o Relatório do Observatório Nacional da Diabetes (2023), os custos associados a esta doença crónica rondaram, em 2021, os €1.400 a €1.700 milhões, o que corresponde a 0,7 – 0,8% do PIB e entre 6 a 7% da despesa total em Saúde. Os maiores custos associam-se à medicação em ambulatório e a hospitalizações, nas quais se destacam as hospitalizações associadas a AVC. No entanto, ainda que se saiba que o AVC se encontra fortemente relacionado com o stresse psicológico (Graber et al., 2019; Reddin et al., 2022), os dados e estatísticas referentes a esta variável de Saúde Mental raramente se incluem nos estudos epidemiológicos. Desconhecendo-se, assim, quais os verdadeiros impactos do stresse psicológico nos custos associados aos AVC.

Urge, deste modo, identificar e compreender a interação entre variáveis de Saúde Física e de Saúde Mental para determinadas doenças, possibilitando que se estimem os custos em recursos e em cuidados de Saúde que as comorbilidades representam para os Sistemas de Saúde.

Um estudo, na Alemanha, revelou que no caso dos pacientes com doença cardiovascular e comorbilidade psiquiátrica, o **tempo médio de hospitalização aumentava** de 8,9 dias para 13,2 dias, provocando um **aumento de 49% nos custos** (Hochlehnert et al., 2011). Num estudo australiano mais recente, e que utilizou dados de hospitalizações relativos a 10 anos de serviço, Bidargaddi e colegas (2020) indicam que a comorbilidade psiquiátrica **acresce em 20% o número de hospitalizações e em 12.5% o tempo que pessoas com condições cardíacas permanecem hospitalizadas**. Em pessoas com insuficiência cardíaca, ainda que não exista comorbilidade psiquiátrica, a experiência de **viver em solidão pode aumentar em 68% o risco de futuras hospitalizações e em 57% o risco de visitas a urgências médicas** (CDC, 2021).

Em Inglaterra, Naylor et al. (2012) sugerem que ao impactar a doença física, os problemas de Saúde Mental comórbidos representavam um **aumento de cerca de 45% dos custos totais dos cuidados de Saúde por pessoa com doença física e doença mental comórbida**. Esta situação representava **entre 12% a 18% das despesas totais do sistema de Saúde**, traduzindo-se num gasto de £8 (€9,31) biliões a £13 (€15,12) biliões, todos os anos. **Por pessoa com doença crónica,**



**os problemas de Saúde Mental comórbidos** representavam um gasto nos serviços de saúde de aproximadamente entre **£3.910 (€4,550) e £5.670 (€6,600) por ano**. Se juntarmos aos £8 (€9,31) biliões os £3 (€3,49) biliões que custavam os pacientes com sintomas físicos que os médicos não conseguiam explicar, a doença mental não tratada acarretava uma despesa de mais de £10 (€11,63) biliões ao Sistema de Saúde inglês.

Num estudo canadiano com mais de 800 mil pessoas que viviam com doença crónica, (i.e. diabetes, problemas cardíacos, hipertensão, asma e outras doenças pulmonares e renais), Sporinova e colegas (2019) indicam que, por pessoa, o custo médio para o Sistema de Saúde, em 3 anos, era de \$20.210 (€18.695). No entanto, **quando as pessoas apresentavam alguma comorbilidade de Saúde Mental, os custos médios por pessoa, em três anos, aumentavam para os \$38.250 (€35.383)**, sendo estes custos sobretudo relacionados com hospitalizações, medicação e atendimentos médicos. Além de os custos variarem em função do tipo de doença mental – depressão (\$34.690), esquizofrenia (\$50.450), dependência ao álcool (\$42.320) – **as pessoas que viviam com um maior número de comorbilidades e/ou vivam em situação de pobreza apresentavam maiores custos** (Sporinova et al., 2019).

Mais recentemente, numa revisão sistemática extensiva de estudos realizados em Sistemas de Saúde de todo o mundo, Simons e colegas (2023) concluem que as pessoas com comorbilidades de Saúde Mental e Física necessitam, em média, de **30% mais cuidados de emergência e hospitalares (internamentos e ambulatoriais), o que acarreta um custo 45% superior para os sistemas de Saúde**, comparando com o custo de pessoas com doença mental sem comorbilidades físicas. Devido às diferenças entre Sistemas de Saúde nos diferentes países é necessário cautela na generalização destas estatísticas, no entanto, é consensual que as comorbilidades de doença mental e física aumentam significativamente os custos dos serviços de Saúde, podendo o **uso excessivo de recursos variar entre os 6% (mínimo em cuidados de saúde primários) e os 320% (máximo em cuidados de internamento hospital)**. As pessoas com esquizofrenia e perturbação de uso de substâncias são aquelas que representam maiores custos, quando vivem com comorbilidades de doença física (Simons et al., 2023).

Além dos custos associados aos Sistemas de Saúde, no que respeita à perda de produtividade, **estima-se que os problemas de Saúde Mental tenham três vezes mais impacto no absentismo do que os problemas de Saúde Física** (Bryan et al., 2021). Em Portugal, estima-se que os problemas de Saúde Psicológica – stresse, *burnout*, depressão e ansiedade – afectem cerca de 20% dos/as trabalhadores/as e possam custar cerca de €5.3 mil milhões às empresas portuguesas por perdas de produtividade (OPP, 2023) – para informações mais detalhadas, sugere-se a consulta do [Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal](#). No entanto, se considerarmos a associação entre doenças físicas, sobretudo crónicas e músculo-esqueléticas, e as doenças mentais mais prevalentes (i.e., depressão e ansiedade) os custos económicos podem ser muito superiores.

Em Portugal, e ainda que não se encontrem estudos mais actualizados na literatura, Azevedo e colegas (2016) estimaram que, no que respeita à **dor crónica**, os custos médios anuais por pessoa rondavam os €1.887, sendo 42,7% (ou €807) relacionados com custos médicos directos e 57,3% (ou €1.080) com custos indirectos por perdas de produtividade laboral. Em associação com variáveis de Saúde Mental, **as pessoas que experienciavam sintomas frequentes de**

**psicopatologia representavam custos médios anuais maiores**, tanto quando experienciavam **sintomas depressivos (€2.474) como sintomas de ansiedade (€2.376)**, comparando com as pessoas que raramente experienciavam estes sintomas (**€1.516 e €1.506, respectivamente**). De acordo com este estudo, os custos totais da dor crónica rondavam mais de €4.600 milhões (Azevedo et al., 2016).

Neste sentido, é válido questionarmo-nos sobre **quão reduzidos poderiam ser os custos da doença crónica, da doença física e das comorbilidades de doença física e mental, se fossem implementadas intervenções psicológicas custo-efectivas que visassem a adaptação à doença, a regulação emocional, a gestão da dor e, entre outras intervenções possíveis, a promoção de comportamentos de Saúde.**

### 3. Intervenções Psicológicas Custo-Efectivas

**Melhorar as condições e a qualidade de vida é um objectivo central** das sociedades contemporâneas, sendo que *“garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”* é o **terceiro objectivo da Agenda 2030 – Objectivos para o Desenvolvimento Sustentável**. A concretização deste objectivo é indissociável da **criação de respostas integradas para os problemas de saúde (física e mental) mais prevalentes**.

Dados da OCDE (2021) indicam que, **aproximadamente, 33% das mortes em Portugal podem ser atribuídas a factores de risco comportamentais**, o que sugere que é possível fazer mais para prevenir o agravamento de doenças graves com maior taxa de mortalidade, nas quais se incluem as doenças cardiovasculares e o cancro. De acordo com dados do Eurobarómetro (2022), 78% dos portugueses refere que nunca ou raramente realiza exercício físico ou desporto e, ainda, 83% refere que não se envolve em qualquer tipo de actividade física (e.g. andar de bicicleta; dançar; fazer jardinagem), sobretudo por não ter tempo (44%) e por sentir falta de motivação ou interesse (29%).

Considerando que existem diversos **factores comportamentais** (e.g., inactividade física), **psicológicos** (e.g., afectividade negativa e desmotivação) e **sociais** (e.g., viver em situação de pobreza) implicados no desenvolvimento de doenças física crónicas e que estes factores também contribuem para a manutenção ou agravamento destas doenças, **salienta-se a necessidade de implementar intervenções psicológicas acessíveis e dirigidas aos diferentes problemas de Saúde**.

Em termos gerais e em contextos de Saúde, **os Psicólogos e Psicólogas**, entre outras funções, **podem:**

- Promover programas comunitários de prevenção de dificuldades psicológicas e da doença mental, dirigidas a diferentes grupos da população, considerando as suas especificidades;
- Realizar intervenção psicológica junto de pessoas que foram diagnosticadas ou vivem com doença física grave, prolongada e/ou crónica, facilitando na adaptação à doença e promovendo a qualidade de vida e factores protectores da Saúde;

- Formar profissionais de Saúde para realizar primeiros socorros psicológicos, que podem ser utilizados em situações de crise e emergência;
- Promover a Literacia em Saúde, através de educação psicológica deliberada, dirigida a diferentes grupos da comunidade, sobre factores implicados no desenvolvimento de comportamentos de risco e doenças físicas mais prevalentes em cada grupo;
- Promover programas de prevenção de doenças físicas, colaborando em equipas multidisciplinares com o conhecimento proveniente da Ciência Psicológica e as competências especializadas de psicólogo sobre, por exemplo, dinâmicas sociais, motivação ou adesão terapêutica.
- Contribuir, através da monitorização epidemiológica e divulgação científica, para o desenvolvimento de políticas de Saúde locais e nacionais que considerem as características e necessidades da população, no sentido da promoção da Saúde e do Bem-estar.

Para mais informação pode as funções que os/as profissionais de Psicologia podem exercer nos contextos de Saúde, consulte os documentos OPP: [Perfil dos Psicólogos da Saúde](#) e [Perfil dos Psicólogos em Saúde Pública](#).

De seguida, procuramos analisar algumas evidências sobre a custo-efectividade da intervenção psicológica em determinados problemas de Saúde Física e Mental.

### *Intervenção Psicológica na Dor Crónica*

Na Holanda, de Boer e colegas (2014) procuraram compreender a efectividade de uma intervenção baseada na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) para a **gestão da dor**, comparando a implementação online com a implementação presencial em grupo, para pessoas com dor crónica. O programa tinha 8 sessões, numa duração de 15 semanas, e era realizado por um/a Psicólogo/a. Os resultados sugerem que ambas as modalidades de intervenção foram efectivas e, embora existissem mais desistências no grupo online (20%), o grupo que beneficiou da intervenção online demonstrou melhores resultados na adaptação à doença, percepção e gestão da dor. **A intervenção de TCC online demonstrou-se mais custo-efectiva do que a intervenção presencial em grupo.**

Na Suécia, Kemani e colegas (2016), procuraram comparar uma **intervenção baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC)** – que utilizou técnicas de difusão cognitiva e de acções orientada por valores – com uma **intervenção comportamental de relaxamento (IR)**, para pessoas com dor crónica. Após o tratamento, a TAC demonstrava-se mais efectiva do que a IR na capacidade das pessoas em **aceitar e gerir a dor, com menos sintomas de depressão e ansiedade, permitindo-lhes uma vida mais produtiva.** Durante o follow-up foi ainda possível identificar que ambas as intervenções foram eficazes na redução da dor. A intervenção baseada em TAC apresentou maior benefício económico. Antes da intervenção, por pessoa com doença crónica, os custos para o Sistema de Saúde (consultas, medicação e custos não médicos),

acrescidos aos custos sociais (licenças por doença, incapacidade para o trabalho e incapacidade para tarefas domésticas), rondavam os \$9.213 (€8.461). No entanto, após o tratamento, rondavam os \$6.219 (€5.729) e, passados três meses, os \$6.339 (€5.821), respectivamente. Ainda que a TAC tivesse um custo de \$2.177 (€1.999), **permitia que, 3 meses após a intervenção, se poupasse \$697 (€640), por pessoa**. Comparando com a IR, por cada ponto de melhoria na escala de dor (*Pain Disability Index*), a TAC apresentava um benefício de **\$648 (€596) nos custos sociais**.

Goossens e colegas (2015), compararam a custo-efectividade de uma **Terapia Comportamental de Exposição (TCE) em pessoas com dor lombar crónica**, com uma intervenção de exercício gradual. O objectivo era reduzir o medo relacionado com a dor e permitir que as pessoas realizassem actividades, tarefas e exercício que antes evitavam, promovendo comportamentos de Saúde. Os resultados sugerem que, durante o período de um ano, as pessoas do grupo que beneficiou da TCE **recorreram menos vezes a cuidados de Saúde e tiveram menos custos médicos e sociais (i.e., menos perdas de produtividade), permitindo poupar 2634€ por pessoa**, comparativamente à intervenção de exercício gradual. De acordo com este estudo, se a sociedade estivesse disposta a **investir €16.000 por QALY (i.e., ano de vida com qualidade ajustada) adicional, existe uma probabilidade elevada de a TCE ser custo-efectiva para a dor lombar**.

Ainda, Norton e colegas (2015), procuraram estimar a custo-efectividade de uma **Intervenção Cognitiva Comportamental (TCC) – 6 sessões com foco em estratégias para gestão da dor crónica** – e concluíram que a intervenção psicológica pode apresentar uma **custo-efectividade de \$7.197 (€6.609) por QALY no primeiro ano e de \$5.855 (€5.377) nos dez anos seguintes**.

Para condições de dor crónica, Nicklas e colegas (2022) indicam que existem evidências suficientes para afirmar que **um investimento em intervenções psicológicas pode resultar num retorno significativo**, tanto a nível de custos de Saúde e perdas de produtividade laboral como na qualidade de vida das pessoas.

### *Intervenção Psicológica no Cancro*

Ao comparar a implementação de intervenções psicológicas baseadas na TCC com os cuidados normativos dos profissionais de Saúde (i.e., médicas/os e enfermeiras/os) junto de pessoas com **cancro da pele**, Bares e colegas (2002) concluem que a TCC demonstra custo-benefício na redução do stress associado à doença, sendo que cerca de **402\$ (€369) em cuidados normativos de médicos e enfermeiros podem ser evitados com um investimento de 8\$ (€7,35) em intervenções psicológicas especializadas**.

A custo-efectividade das intervenções psicológicas também se verifica em intervenções em grupo – TCC e Terapia de Suporte Experiencial (TSE) – com melhorias no bem-estar e ansiedade relacionada com a progressão de diferentes doenças oncológicas (Sabariego et al., 2011). **Ambas as terapias de grupo demonstram ser efectivas**, sendo que as pessoas apresentaram, ao fim de doze meses, **menor necessidade de consultas médicas e internamentos, menos dias de baixa médica e menos cuidados informais** o que, conseqüentemente, se reflectia em menores custos

associados. No geral, a TCC em grupo pareceu ser mais custo-efectiva: comparando os custos – médicos e societários – no início do tratamento (€27.480), com os custos de um ano após o tratamento (€11.070), o **benefício era de €16.410**.

Ainda, Mewes e colegas (2015) procuraram testar a efectividade de uma intervenção psicológica baseada na TCC e de uma intervenção de actividade física na **redução de sintomas adversos associados ao tratamento do cancro da mama**, comparando ambas intervenções com um grupo controlo. Os resultados sugerem que a intervenção psicológica é mais efectiva, estimando-se ainda um custo-utilidade de **€22.501 por QALY na intervenção psicológica e de €28.078 na intervenção com actividade física** – evidenciando-se, assim, a preferência pela intervenção psicológica.

Num outro estudo, Jansen e colegas (2017), avaliaram o **custo-efectividade de um modelo multinível de cuidados** (i.e., pessoas com dificuldades persistentes receberem, progressivamente, intervenções mais intensivas), para **pessoa com diferentes tipos de cancro**. As pessoas começavam com um plano de autoajuda com suporte do/a Psicólogo/a, caso não melhorassem, beneficiariam de uma intervenção psicológica breve de resolução de problemas, por fim, caso não apresentassem melhorias, teriam oportunidade de beneficiar de TCC e de medicação para sintomas ansiosos ou depressivos. Comparando este modelo, e considerando diferentes custos (consultas e hospitalizações, custos indirectos e perdas de produtividade), o **modelo de cuidados normativo**, que providenciava TCC e/ou medicação inicialmente e de forma indiferenciada, **representou um custo acrescido de €3.950 por utente**.

De acordo com Nicklas e colegas (2022), existe **uma evidência crescente da custo-efectividade de intervenções psicológicas para pessoas que vivem com cancro ou que sofrem com os efeitos adversos do tratamento**, salientando, ainda, que modelos de cuidados multinível (do inglês, *Stepped-Care*), implementados nos contextos de Saúde, podem minimizar os custos e a adequar a intensidade das intervenções às dificuldades psicológicas, diminuindo custos com intervenções e consultas médicas desnecessárias.

### *Intervenção Psicológica na Diabetes*

Katon e colegas (2006), procuraram verificar a custo-efectividade de uma intervenção psicológica, designada *IMPACT*, junto de pessoas que viviam com **diabetes em comorbilidade com depressão**. A intervenção psicológica, aplicada em Cuidados de Saúde Primários, incluía educação psicológica deliberada sobre a depressão, estratégias de activação comportamental e com a escolha de optar ou por uma terapia breve de resolução de problemas ou por medicação antidepressiva. **Quando comparada com as intervenções psicofarmacológicas** – que compunham a primeira linha de intervenção para estas pessoas – **a intervenção psicológica resultava num total de mais 115 dias sem sintomas depressivos durante os dois anos de estudo, reduzindo os custos de saúde ambulatoriais** (i.e., consultas médicas, exames e medicamento), **reflectindo-se num benefício total de \$1.129 (€1.036)** por pessoa.

Na Alemanha, Nobis e colegas (2018), numa investigação com 260 pessoas que viviam com **diabetes (Tipo 1 e 2) e depressão**, procuraram comparar uma intervenção psicológica baseada na TCC e realizada numa plataforma online – que incluía intervenções de activação

comportamental e resolução de problemas e que possibilitava o suporte de um/a profissional de Saúde devidamente treinado/a e supervisionado por um/a Psicólogo/a – com uma intervenção online de educação psicológica deliberada (intervenção controlo). Os resultados indicavam que a intervenção psicológica baseada na **TCC foi mais efectiva (60%) que a intervenção de educação psicológica deliberada (18%)**. Os baixos custos da intervenção TCC online (€283 por pessoa) e a consequente diminuição das despesas médicas e das perdas por baixa produtividade, permitiram demonstrar que a intervenção TCC online foi mais custo-efectiva do que a intervenção controlo. A longo prazo, e se a sociedade estivesse disposta a **investir €14.000, a probabilidade da intervenção TCC online ser custo-efectiva junto de pessoas com diabetes seria moderada**.

Nicklas e colegas (2022), concluem que existem poucos estudos sobre a custo-efectividade da intervenção psicológica junto de pessoas com diabetes e que manifestam sintomas depressivos, algo que não permite consolidar evidências sobre a sua custo-efectividade. Neste sentido, salienta-se a necessidade de priorizar investigações em Psicologia da Saúde.

### *Intervenção Psicológica nas Doenças Cardiovasculares*

Num estudo americano, Ladapo e colegas (2012) procuraram comparar a custo-efectividade da intervenção psicológica baseada na TCC com a utilização de medicação, **junto de pessoas com depressão após o diagnóstico de doença coronária**. Os resultados sugeriram que **os custos de implementar intervenções psicológicas eram recuperados na redução dos custos com eventuais futuras hospitalizações por questões cardíacas**. O grupo que recebeu intervenções demonstrou custos de \$1.857, comparativamente ao grupo de controlo que apresentou custos de \$2.797, **ou seja, uma diferença de 1.229\$ (€1.128)**. De acordo com este estudo, **se a sociedade estiver disposta a investir \$30.000 (€27.638) por QALY ganho em cuidados de Depressão, a probabilidade da TCC ser custo-efectiva junto de pessoas com doença coronária seria muito alta**.

Mais recentemente, Tyer e colegas (2017) concluíram que uma **intervenção psicológica breve, de 4 a 10 sessões, baseada na TCC** (com educação psicológica deliberada e estratégias de regulação da ansiedade), reduziu, de forma efectiva, a ansiedade em pessoas com historial de doença cardíaca. **A intervenção psicológica permitiu ainda reduzir o número de hospitalizações, de consultas de ambulatório e de cuidados de emergência desnecessários em pessoas com dor de peito mas sem complicações cardíacas – registando uma redução de £1.496 (€1.740) nos cuidados junto destas pessoas**. Ainda que a intervenção tenha demonstrado um custo-benefício positivo, as análises de custo-efectividade não se revelaram significativas naquele contexto hospitalar.

No Reino Unido, junto de **pessoas que sofreram um AVC e que apresentavam afasia**, Humphreys e colegas (2015), procuraram avaliar a custo-efectividade de uma **intervenção comportamental**. As intervenções, administradas no domicílio, durante três meses e por um/a Psicólogo/a, **reduziram significativamente os sintomas depressivos**. Na análise dos benefícios da intervenção psicológica, a diminuição dos custos com cuidados domiciliários demonstrou ter o maior benefício. As pessoas que **beneficiam da intervenção apresentaram menos custos em**

**cuidados formais de apoio a actividades diárias, poupando £56 (€65) mensais. Comparativamente, as pessoas que não beneficiaram da intervenção tiveram um aumento da despesa em £61 (70€).** Ao fim de dois anos, as pessoas que sofreram um AVC e que beneficiaram da intervenção psicológica, reduziram os custos em £256 (€298), comparativamente a um aumento da despesa em £952 (€1.111) para aquelas que não beneficiaram da intervenção.

No seguimento das intervenções psicológicas documentadas por Nicklas e colegas (2022), assim como das respectivas evidências de custo-efectividade, pode-se afirmar que **é possível reduzir custos ao intervir juntos de pessoas com dor crónica e cancro, é possível reduzir a admissão hospitalar de pessoas com doenças cardíaca coronária e, ainda, é possível afirmar que as intervenções psicológicas baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamentais (TCC) têm o potencial de reduzir substancialmente os custos médicos e sociais relacionados com várias doenças físicas, assim como promover uma melhor qualidade de vida das pessoas.**

Existem evidências suficientes para afirmar que as intervenções psicológicas são úteis na geração de benefícios junto dos Serviços de Saúde e em promover maior qualidade de vida às pessoas. No entanto, é importante considerar que as realidades socioeconómicas e os Sistemas de Saúde de cada país introduzem alguma variabilidade nas análises de custo-efectividade.

Neste sentido, salienta-se **a necessidade de se realizarem investigações de custo-efectividade nos contextos de Saúde portugueses**, utilizando-se o limiar de aceitabilidade português para uma intervenção ser custo-efectiva que, segundo as orientações da OMS, é de 20 000€/ano e de 60 000€/ano de vida ganho (Sousa-Pinto & Azevedo, 2020). Desta forma será possível tomar decisões informadas e baseadas na evidência.

### *Prevenção e Promoção de Comportamentos Promotores de Saúde*

No que respeita à possibilidade de prevenir o desenvolvimento ou agravamento de doenças – incluindo doenças físicas, como os problemas cardiovasculares ou o cancro, e doenças psicológicas, como depressão ou ansiedade – parece existir um factor comum e transversal: os **comportamentos promotores de Saúde**, também referidos como comportamentos pró-saúde (Beard et al., 2019). Estes comportamentos incluem a **actividade física regular**, uma **alimentação saudável**, uma boa **qualidade do sono**, o envolvimento em **relações interpessoais positivas** e, ainda, entre outros, **práticas sexuais seguras**. Estes comportamentos permitem proteger o organismo e influenciam tanto a Saúde Física como a Mental – por exemplo, estima-se que a prática regular de actividade física reduza a probabilidade de episódios depressivos em 25% (Pearce et al., 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que a **inactividade física e o sedentarismo** estão associados ao **desenvolvimento de doenças cardíacas e de obesidade** que, por sua vez, são condições identificadas na maioria das situações de problema de Saúde e **morte precoce** (Codella & Chirico, 2023). No mesmo sentido, no que se refere à **realidade portuguesa**, a OCDE (2021) identifica o **consumo de álcool e a inactividade física** como dois dos principais factores comportamentais associados ao desenvolvimento de problemas graves de Saúde e de mortalidade (OCDE, 2021).

Promover comportamentos de Saúde implica, sobretudo junto de adolescentes e pessoas adultas, que se instalem **novos hábitos** e que se mudem comportamentos aprendidos e consolidados. Esta **mudança comportamental pode ser difícil**. Apesar da ideia generalizada de que “os comportamentos pró-saúde são acções do senso-comum”, **na realidade as pessoas nem sempre tomam decisões racionais e, frequentemente, o conhecimento e a informação de que dispõem não é suficiente para mudar comportamentos** (Kelly & Barker, 2017).

No sentido de reunir Intervenções de Mudança de Comportamentos de Saúde (IMC), consideradas custo-efectivas pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), Beard e colegas (2019) elaboraram uma revisão de literatura com especial foco nas intervenções comportamentais que tornam estas intervenções efectivas na promoção de dietas saudáveis e de exercício físico, bem como na redução do consumo de tabaco e álcool. Os resultados desta revisão sugerem que **para mudar ou promover diferentes comportamentos pró-saúde são necessárias diferentes IMCs com diferentes intervenções comportamentais**. Por exemplo, a utilização de técnicas de restrição e de reestruturação dos espaços físicos e sociais parece mais proeminente na **redução do consumo de álcool**, por sua vez, na redução do consumo de tabaco, são mais utilizadas técnicas de persuasão, de suporte social e de estabelecimento de objectivos. Na promoção de **dietas saudáveis e de exercício físico**, técnicas que envolvem a imagem corporal e a modelagem parecem ser mais eficazes.

Deste modo, e de acordo com esta revisão, a partilha de informação, a comparação de resultados e a coerção (e.g. aumentar os custos) estão entre as técnicas comportamentais que apresentam menores estimativas de custo-efectividade, por outro lado, a **utilização de reforços** (e.g., recompensar o baixo consumo), a **reestruturação dos espaços físicos e sociais** (e.g., acessibilidade a espaços de desporto) e a **modelagem** (e.g., exemplo de alguém significativo para a pessoa) parecem ter as **maiores estimativas de custo-efectividade** (Beard et al., 2019). Além de intervenções implementadas em contextos de Saúde primários, escolares e comunitários, Laverack (2017) salienta como **as políticas devem ser informadas por evidências científicas e devem visar a criação de contextos de suporte e promoção dos comportamentos pró-saúde**, privilegiando a participação e o envolvimento dos cidadãos nos processos de tomada de decisão sobre a saúde.

#### 4. Recomendações para a Acção

Em Portugal, segundo dados do Relatório de Estatísticas do INE (2023), a **percepção da população portuguesa sobre a sua Saúde, como boa ou muito boa, é a terceira mais baixa da União Europeia** (50,2%), sendo a média europeia de 69%, encontrando-se a mais elevada na Irlanda (82%) e a mais baixa na Lituânia (48%).

**De acordo com a OCDE (2021), em Portugal, quase metade do orçamento para a Saúde é utilizado em cuidados ambulatoriais (46%) e apenas 2% do orçamento é direccionado para a prevenção.** Ainda, segundo dados da IPSOS (2022), 82% dos portugueses pensa frequentemente na sua Saúde Mental e 89% na Saúde Física e, **ainda que 88% considere a Saúde Mental tão importante como a Saúde Física, apenas 4% dos portugueses considera que o**



**Serviço Nacional de Saúde se preocupa mais com a Saúde Mental do que com a Saúde Física (73%).**

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2019) refere que, segundo dados da *World Mental Health Survey Initiative* e da OCDE, em Portugal, a prevalência de doenças mentais de período igual ou superior a 12 meses é de 21,0% e que mais de 80% dos utentes recorre ao/a Médico/a de família para consultas de Saúde Mental, 15% recorre a Médicos/as psiquiatras e apenas 9% recorre directamente a Psicólogos/as.

Desde há largos anos que uma percentagem elevada da procura de cuidados de saúde está relacionada com perturbações mentais e queixas psicossomáticas. Por exemplo, Brown & Harris (1978) referem que as investigações internacionais consideram que as perturbações mentais são um dos motivos mais frequentes de procura dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Sobel (2000) refere que 10 a 20% dos cidadãos e cidadãs que recorrem aos CSP apresentam queixas relacionadas com perturbações mentais. Carson & Bultz (2003) afirmam que as pessoas com perturbação mental efectuam uma sobre-utilização dos serviços de saúde, podendo representar cerca de 70% dos casos atendidos pelos clínicos e um aumento de custos de 250%. Outras estatísticas internacionais, nomeadamente referidas pela *American Psychological Association*, indicam também que cerca de 70% das visitas dos/as utentes aos Cuidados de Saúde Primários se relacionam com sintomas de Saúde Mental, que mais de 80% dos/as utentes com sintomas médicos não explicáveis recebe tratamento psicossocial prestado por um médico e, também, que apenas 10% dos/as utentes são encaminhados/as para um/a profissional de Saúde Mental adequado/a (APA, 2014).

Segundo dados da Entidade Reguladora da Saúde (2023), a nível nacional e entre 2019 e 2020, os diagnósticos de depressão e ansiedade de adultos e de crianças aumentaram 2,1% mas que o número de consultas de Psicologia ou no âmbito dos cuidados de Saúde Mental diminuiu 14,2%, o que pode indiciar dificuldades no acesso da população aos cuidados de saúde adequados. Ainda, em 2022, a Linha de Aconselhamento Psicológico do SNS24 prestou apoio a mais de 191 mil pessoas, ultrapassando as 64 mil chamadas (SPMS, 2022) – o que evidencia as necessidades de apoio psicológico junto da população.

Melhorar a Saúde em Portugal, nomeadamente melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças físicas e mentais, e assegurar uma diminuição dos custos de intervenções remediativas, direccionando recursos para a medidas e acções de prevenção, requer que existam **respostas integradas em Saúde**. Respostas estas que considerem a interdependência de factores genéticos, biológicos, comportamentais, psicológicos e sociais e dos seus impactos na Saúde Física e Mental – **ou seja, respostas sustentadas num Modelo Biopsicossocial**.

Neste sentido, considerando a literatura científica acerca da interdependência entre Saúde Física e Saúde Mental, em alinhamento com as **recomendações da Comissão Europeia e das Nações Unidas**, e no sentido de implementar respostas integradas e compreensivas em Saúde, apresentam-se as seguintes **recomendações**:

- **Aplicar um modelo biopsicossocial de saúde**, que considere a interdependência de factores genéticos, biológicos, comportamentais, psicológicos e sociais, garantindo **respostas e cuidados de Saúde compreensivos e integrados**.

- **Investir em políticas públicas pró-Saúde**, baseadas na **evidência científica** e alicerçadas em **estratégias custo-efetivas de prevenção e promoção** de comportamentos pró-Saúde e estilos de vida saudáveis. Por exemplo, apostar na reestruturação dos espaços físicos e sociais e/ou na utilização de reforços (e.g., fiscais, sociais) que aumentem as acessibilidades e a adoção de comportamentos pró-Saúde.
- **Priorizar o financiamento da investigação em Psicologia da Saúde**, possibilitando a identificação e a compreensão das variáveis psicológicas, comportamentais e sociais associadas ao desenvolvimento de problemas de Saúde física, inclusive prolongados e crónicos, assim como as variáveis relevantes na adaptação à doença, melhoria do prognóstico e recuperação.
- **Investir em investigações de avaliação económica** (i.e., custo-benefício e custo-efetividade) **nos contextos de Saúde**, identificando, para o limiar de aceitabilidade português de 20 000€/ano e de 60 000€/ano de vida ganho (Sousa-Pinto & Azevedo, 2020), quais as intervenções que permitem resultados clínicos eficazes e maior ganhos em qualidade de vida para pessoas que vivem com doenças de Saúde Física e/ou Mental.
- **Definir indicadores de Saúde Psicológica e Bem-Estar** transversais a diferentes contextos de Saúde, escolares e laborais que, quando associados a indicadores de Saúde Física, permitam monitorizar e compreender a influência de variáveis psicológicas no desenvolvimento de problemas de Saúde Física (e vice-versa) em diferentes populações.
- **Implementar modelos multinível nos Cuidados de Saúde Primários**, universalizando o acesso a intervenções psicológicas em função dos níveis de necessidade, melhorando a responsividade aos utentes e reduzindo riscos de comorbidade.
- **Integrar mais Psicólogos/os nas equipas dos Cuidados de Saúde Primários**, cumprindo o rácio recomendado de 1 Psicólogo/a por 5.000 habitantes e facilitando o acesso a intervenções psicológicas por pessoas que vivem com doença crónica ou prolongada – reduzindo custos do SNS com comorbilidades de Saúde Física e Mental.
- **Garantir o investimento na prevenção dos riscos psicossociais** nas organizações (incluindo as estruturas do SNS), nomeadamente no que diz respeito ao **stress ocupacional e burnout**.
- **Intervir precocemente na Saúde Mental e no bem-estar**, nomeadamente através de **programas de promoção de competências socioemocionais baseados na escola**, envolvendo toda a comunidade educativa.

### Conclusão

As dificuldades associadas a doenças mentais – nomeadamente, depressão e perturbações da ansiedade –, o elevado número de pessoas que desenvolve e vive com doenças prolongadas ou crónicas – sobretudo cardiovasculares, musculoesqueléticas e oncológicas – e, consequentemente, as comorbilidades que existem entre elas, representam alguns dos maiores desafios de Saúde nas sociedades ocidentais do século XXI. O envelhecimento da população, assim como a instabilidade económica e social que se vive actualmente em Portugal, contribuem

para que estes desafios se agravem, causando maior sofrimento humano e aumentando os custos sociais que a comorbilidade de doenças físicas e mentais representa.

O investimento residual em medidas preventivas e de promoção de comportamentos pró-Saúde, assim como a falta de reconhecimento das dimensões psicológicas, comportamentais e sociais no desenvolvimento e agravamento de doenças físicas, tem contribuindo para a manutenção destes desafios de Saúde. Deste modo, é urgente implementar, em Portugal, uma abordagem integrativa na compreensão dos problemas de Saúde e reorganizar a forma como se implementam estratégias de prevenção e modelos de intervenção custo-efectivos.

O acesso à Saúde (Física e Mental) de qualidade é, simultaneamente, uma pré-condição, um resultado e um indicador do Desenvolvimento Sustentável de um país.

## Referências Bibliográficas

Amaro, J., Ubalde-López, M., & Lucas, R. (2021). History of work-related health problems in a population-based sample of women: An exploratory factor analysis. *Work*, 68(3), 563-576.

Anxiety and Depression Association of America (ADAA) (2021). Chronic Illness/Disease and Anxiety and Depression. Retirado de: <https://adaa.org/understanding-anxiety/chronic-illness-disease-anxiety-depression>.

American Psychological Association (APA). (2014). Briefing series on the role of psychology in health care: primary care. Disponível em: <https://www.apa.org/health/briefs/primary-care.pdf>.

Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2016). The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *The European Journal of Health Economics*, 17(1), 87–98.

Bares, C. B., Trask, P. C., & Schwartz, S. M. (2002). An exercise in cost-effectiveness analysis: treating emotional distress in melanoma patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 9, 1933-200.

Beard, E., West, R., Lorencatto, F., et al., & Shahab, L. (2019) What do cost-effective health behaviour-change interventions contain? A comparison of six domains. *PLoS ONE* 14(4), 1-24.

Bidargaddi, N., Schrader, G., Tucker, G., Dhillon, R., & Ganesan, A. (2019). Determining the influence of psychiatric comorbidity on hospital admissions in cardiac patients through multilevel modelling of a large hospital activity data set. *Heart, Lung and Circulation*, 29(2), 211-215.

Bryan, M. L., Bryce, A. M., & Roberts, J. (2021). The effect of mental and physical health problems on sickness absence. *European Journal of Health Economics*, 22(10), 1519–1533.

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

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

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021). Loneliness and Social Isolation Linked to Serious Health Conditions. Retirado de: <https://www.cdc.gov/aging/publications/features/lonely-older-adults.html>.

Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2023). Diabetes and Mental Health. Retirado de: <https://www.cdc.gov/diabetes/managing/mental-health.html>.

Codella, R., & Chirico, A. (2023). Physical inactivity and depression: The gloomy dual with rising costs in a large-scale emergency. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1603), 1-5.

Dahlén, A.D., Miguet, M., Schiöth, H.B. et al. (2022). The influence of personality on the risk of myocardial infarction in UK Biobank cohort. *Scientific Reports*, 12, 6706.

Dandona, R. (2019). Mind and body go together: the need for integrated care. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 638-639.

de Boer, M. J., Versteegen, G. J., Vermeulen, K. M., Sanderman, R., & Struys, M. M. (2014). A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive-behavioural intervention for non-specific chronic pain: An effectiveness and cost-effectiveness study. *European Journal of Pain*, 18(10), 1440–1451.

de Hert, M., Detraux, J., & Vancampfort, D. (2018). The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 31-40.

Doherty, A. M., & Gaughran, F. (2014). The interface of physical and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(5), 673-682.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2023). Acesso a serviços de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários. Porto.

Eurobarómetro (2022). Desporto e Atividade Física 2022. Disponível em: <https://www.portugalactivo.pt/noticias/eurobarometro-portugal-desporto-e-atividade-fisica-2022>.

Goossens, M. E., de Kinderen, R. J., Leeuw, M., de Jong, J. R., Ruijgrok, J., Evers, S. M., ... & van Tulder, M. W. (2015). Is exposure in vivo cost-effective for chronic low back pain? A trial-based economic evaluation. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-9.

Graber, M., Baptiste, L., Mohr, S., Blanc-Labarre, C., Dupont, G., et al. (2019). A review of psychosocial factors and stroke: A new public health problem. *Revue Neurologique*, 175, 686-692.

Heikkinen, J., Honkanen, R., Williams, L., et al., & Koivumaa-Honkanen, H. (2019). Depressive disorders, anxiety disorders and subjective mental health in common musculoskeletal diseases: A review. *Maturitas*, 127, 18–25.

Heikkinen, J., Koivumaa-Honkanen, H., Rauma, P., et al., & Honkanen, R. J. (2022). Comorbidity of mental and musculoskeletal disorders in aging women: A data linkage study using national registries. *Maturitas*, 155, 63-69.

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., et al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356-366.

Humphreys, I., Thomas, S., Phillips, C., & Lincoln, N. (2015). Cost analysis of the Communication and Low Mood (CALM) randomised trial of behavioural therapy for stroke patients with aphasia. *Clinical Rehabilitation*, 29(1), 30-41.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2023). Estatísticas da Saúde – 2021. Lisboa: INE. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508>.

IPSOS (2022). World Mental Health Day: A Global Advisor Survey. Paris: IPSOS. Disponível em: [https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-10/Ipsos-World-Mental-Health-Day-2022\\_Report\\_0.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-10/Ipsos-World-Mental-Health-Day-2022_Report_0.pdf).

Jansen, F., Krebber, A. M. H., Coupé, V. M. H., et al., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017). Cost-utility of stepped care targeting psychological distress in patients with head and neck or lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 35(3), 314-324.

Karami, N., Kazemina, M., Karami, A., Salimi, Y., Ziapour, A., & Janjani, P. (2023). Global prevalence of depression, anxiety, and stress in cardiac patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 324*, 175-189.

Katon, W.; Unutzer, J.; Fan, M.-Y.; Williams, J. W.; Schoenbaum, M.; Lin, E. H.B.; Hunkeler, E. M. (2006). Cost-Effectiveness and Net Benefit of Enhanced Treatment of Depression for Older Adults With Diabetes and Depression. *Diabetes Care, 29*(2), 265–270.

Kelly, M. P., & Barker, M. (2017). Why is changing health-related behavior so difficult? *Public Health, 136*, 109-116.

Kemani, M. K., Olsson, G. L., Lekander, M., Hesser, H., Andersson, E., & Wicksell, R. K. (2016). Efficacy and cost-effectiveness of acceptance and commitment therapy and applied relaxation for longstanding pain. *The Clinical Journal of Pain, 31*(11), 1004-1016.

Krebber, A. M., Buffart, L. M., Kleijn, G., et al., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: A meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology, 23*(2), 121-130.

Ladapo, J., Shaffer, J. A., Fang, Y., Ye, S., & Davidson, K. W. (2012). Cost-effectiveness of enhanced depression care after acute coronary syndrome: results from the coronary psychosocial evaluation studies randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine, 172*(21), 1682–1684.

Langøien, L.J., Terragni, L., Rugseth, G. et al. (2017). Systematic mapping review of the factors influencing physical activity and sedentary behaviour in ethnic minority groups in Europe: a DEDIPAC study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 14*(99), 1-24.

Laverack, G. (2017). The challenge of behaviour change and health promotion. *Challenges, 8*(25), 1-4.

Lightbody, C., Clegg, A., Patel, K., Lucas, J., Storey, H., Hackett, M., Watkins, D. (2017). Systematic Review and Meta-Analysis of Psychosocial Risk Factors for Stroke. *Seminars in Neurology, 37*(3), 294-306.

Lin, P., Li, L., Wang, Y., et al. (2018). Type D personality, but not Type A behavior pattern, is associated with coronary plaque vulnerability. *Psychology, Health & Medicine, 23*(2), 216-223.

Lusa (2023). Contratados 90 psicólogos em três anos para SNS, mas são precisos mais. Público. Retirado de: <https://www.publico.pt/2023/02/04/sociedade/noticia/contratados-90-psicologos-tres-anos-sns-sao-precisos-2037656>.

McDaid, D., & Park, A.-L. (2015). Counting all the costs: the economic impact of comorbidity. In N. Sartorius, R. I. G. Holt, & M. Maj (Eds.), *Comorbidity of Mental and Physical Disorders* (pp. 23-32). Key Issues in Mental Health. Basel: Karger.

Mewes, J. C., Steuten, L. M. G., Duijts, S. F. A., Oldenburg, H. S. A., van Beurden, M., & Stuiver, M. M. (2015). Cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy and physical exercise for alleviating treatment-induced menopausal symptoms in breast cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship, 9*(1), 126–135.

Mitchell, A. J., Sheth, B., Gill, J., Yadegarfar, M., Stubbs, B., Yadegarfar, M., & Meader, N. (2017). Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *General Hospital Psychiatry, 47*, 48-60.

Moody, D. L. B., Chang, Y. F., Pantesco, E. J., Darden, T. M., Lewis, T. T., Brown, C., et al. (2019). Everyday discrimination prospectively predicts blood pressure across 10 years in racially/ethnically diverse midlife women: Study of women's health across the nation. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(7), 608–620.

Murphy, B., Le Grande, M., Alvarenga, M., Worcester, M., & Jackson, A. (2020). Anxiety and depression after a cardiac event: prevalence and predictors. *Frontiers in Psychology*, 10: 3010.

Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M., & Galea, A. (2012). *Long-term conditions and mental health: The cost of co-morbidities*. The King's Fund and Centre for Mental Health.

Nicklas, L., Albiston, M., Dunbar, M., Gillies, A., Hislop, J., Mofat, H., & Thomson, J. (2022). A systematic review of economic analyses of psychological interventions and therapies in health-related settings. *BMC Health Services Research*, 22(1131), 1-95.

Nobis, S., Ebert, D., Lehr, D., Smit, F., Buntrock, C., Berking, M., . . . Riper, H. (2018). Web-based intervention for depressive symptoms in adults with types 1 and 2 diabetes mellitus: A health economic evaluation. *The British Journal of Psychiatry*, 212(4), 199-206.

Norton, G., McDonough, C. M., Cabral, H., Shwartz, M., & Burgess, J. F. (2015). Cost-utility of cognitive behavioral therapy for low back pain from the commercial payer perspective. *Spine*, 40(10), 725-733.

Observatório Nacional da Diabetes (2023). Diabetes: factos e números - Relatório anual. Disponível em: <https://apdp.pt/3d-flip-book/relatorio-do-observatorio-nacional-da-diabetes/>.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2019). Saúde: Um Direito Humano – Relatório de Primavera 2019. Disponível em: <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Primavera-2019.pdf>.

OECD (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Paris. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

OECD (2021). *State of Health in the EU: Portugal, Health Profile 2021*. Paris. Disponível em: <https://www.oecd.org/portugal/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2021-766c3111-pt.htm>.

OECD (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. Paris. Disponível em: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022\\_093481a3-pt](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_093481a3-pt).

Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*, 195, 42-49.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *A Situação da Psicologia no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023). *Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações – Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal*. Lisboa.

Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., et al. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(9), 1–48.

Park, C., Majeed, A., Gill, H., et al., & McIntyre, R. S. (2020). The effect of loneliness on distinct health outcomes: A comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 294.

Pearce, M., Garcia, L., Abbas, A., et al., & Vancampfort, D. (2022). Association between physical activity and risk of depression. *JAMA Psychiatry*, 79, 550.

Reddin, C., Murphy, R., Hankey, G. J., Jokela, M., Hamer, M., & Batty, G. D. (2022). Association of psychosocial stress with risk of acute stroke. *JAMA Network Open*, 5(12), 1-14.

Sabariego, C., Brach, M., Herschbach, P., Berg, P., & Stucki, G. (2011). Cost-effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for dysfunctional fear of progression in cancer patients. *The European Journal of Health Economics*, 12(5), 489-497.

Sahoo, S., Padhy, S. K., Padhee, B., Singla, N., & Sarkar, S. (2018). Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too! *Indian Heart Journal*, 70(3), 471-477.

Santiago, L., Coelho, C., & Simoes, J. A. (2022). Motivos de consulta em medicina geral e familiar: tendência evolutiva na última década na região Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(4), 347-355.

Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) (2022). Serviço Nacional de Saúde – 2022 foi um ano histórico para o SNS24. Retirado de: <https://www.spms.min-saude.pt/2022/12/2022-e-ano-historico-para-o-sns-24/>.

Smith, T. O., Dainty, J. R., Williamson, E., & Martin, K. R. (2019). Association between musculoskeletal pain with social isolation and loneliness: analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *British Journal of Pain*, 13(2), 82-90.

Simon, J., Wienand, D., Park, A. L., et al., & McDaid, D. (2023). Excess resource use and costs of physical comorbidities in individuals with mental health disorders: A systematic literature review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 66, 14-27.

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

Sousa-Pinto, B., & Azevedo, L. (2020). Avaliação crítica de um estudo de avaliação económica (parte ii): estudos de custo-efectividade e custo-utilidade. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*.

Sporinova, B., Manns, B., Tonelli, M., et al., & Quinn, A. (2019). Association of mental health disorders with health care utilization and costs among adults with chronic disease. *JAMA Network Open*, 2(8), 1-22.

Stubbs, B., Aluko, Y., Myint, P. K., & Smith, T. O. (2016). Prevalence of depressive symptoms and anxiety in osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 45(2), 228-235.

Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2015). Descartes' dogma and damage to Western psychiatry. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 368-370.

World Health Organization (WHO) (2022). Global status report on physical activity 2022. Geneva.





ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS

[www.ordemdospsicologos.pt](http://www.ordemdospsicologos.pt)  
[www.recursos.ordemdospsicologos.pt/repositorio](http://www.recursos.ordemdospsicologos.pt/repositorio)  
[www.eusinto.me](http://www.eusinto.me)