

Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?

doi: 10.5123/S1679-49742016000400018

Why should Brazil give priority to depression treatment in health resource allocation?

Denise Razzouk¹

¹Universidade Federal de São Paulo, Centro de Economia em Saúde Mental, São Paulo-SP, Brasil

Em abril de 2016, durante o evento “Fora das sombras: tornando a saúde mental uma prioridade global para o desenvolvimento” (*Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority*), o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizaram a necessidade de priorizar os investimentos em saúde mental nas agendas globais de políticas de saúde, com especial ênfase à depressão, um transtorno mental que acomete 350 milhões de pessoas no mundo.

Não obstante os grandes desafios na alocação dos escassos recursos da Saúde para as inúmeras e urgentes necessidades de tratamento e prevenção, como acontece com as doenças infecciosas, cardiovasculares e neoplasias, entre outras, quais seriam os argumentos para se priorizar o tratamento dos transtornos depressivos na agenda de políticas públicas de saúde no Brasil?

Desde o lançamento dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – *Sustainable Development Goals* (SDG) – pelas Nações Unidas¹ em 2015, o novo alinhamento das políticas globais converge para três áreas principais: (i) cuidado com o meio ambiente (clima, saneamento, energia sustentável, cuidados com os oceanos, terra, água e cidades), (ii) cuidado com a vida (pobreza, fome, saúde, educação, acesso

a saneamento básico, condições dignas de vida) e (iii) desenvolvimento dos indivíduos e das nações (direitos humanos, cidadania, paz, trabalho produtivo em ambiente sustentável, consumo consciente, produção de conhecimento e inovação).

O desenvolvimento das nações, portanto, alicerça-se no investimento em condições propiciadoras de um maior bem-estar e qualidade de vida para os cidadãos.² Os transtornos mentais constituem uma das principais causas de pior qualidade de vida, prejuízo no desenvolvimento cognitivo e físico, perda de renda e capacidade produtiva, dificuldade de participação social, entre outras decorrências.³ Quando há prejuízo na saúde mental de um indivíduo, todo seu potencial de desenvolvimento pessoal e de contribuição para a sociedade também fica prejudicado pela perda de capital mental.² Existe, portanto, um “valor intrínseco” à saúde mental intimamente relacionado a benefícios pessoais, sociais e econômicos.

A Comissão sobre Investimento em Saúde da revista *The Lancet* (*Lancet Commission on Investing in Health*)⁴ tem alertado sobre o fato de o investimento em saúde ser um fator gerador de crescimento econômico, além de produzir benefícios sociais. Sob essa perspectiva, o investimento em saúde mental coaduna-se com os Objetivos de Desenvolvimento

Endereço para correspondência:

Denise Razzouk – Rua Borges Lagoa, nº 570, 1º andar, Vila Clementino, São Paulo-SP, Brasil. CEP: 04038-000
E-mail: drazzouk@gmail.com

Sustentável, propiciando um retorno econômico e uma sociedade mais inclusiva. Uma pessoa com boa saúde mental é capaz de produzir, consumir e contribuir para a sociedade, além de alcançar melhor desenvolvimento pessoal e qualidade de vida.⁵

A depressão destaca-se por sua alta prevalência e alta morbidade, sendo uma das principais causas de carga global das doenças.^{3,6} Além disso, a depressão constitui uma das principais causas de absenteísmo e presenteísmo no ambiente laboral, sendo a terceira causa de afastamento do trabalho no Brasil.^{2,7} O país lidera o *ranking* de prevalência de depressão entre as nações em desenvolvimento, com uma frequência de 10 a 18% no período de doze meses, representando 20 a 36 milhões de pessoas afetadas – o equivalente a 10% das pessoas com depressão no mundo!

Estima-se que a depressão e a ansiedade sejam responsáveis por uma perda anual de produtividade de mais de um trilhão de dólares.⁸ Diante das necessidades apresentadas pela sociedade, a lacuna de investimento no tratamento de transtornos mentais continua desproporcional, principalmente nos países de baixa e média renda:⁸ o investimento em saúde mental é menor do que 1% do orçamento da Saúde e apenas 20 a 40% das pessoas recebem tratamento.

Os custos dos transtornos depressivos advém de sua alta prevalência, excesso de mortalidade, perda de produtividade, a que se somam as externalidades provocadas em vários setores da sociedade. Os benefícios do tratamento traduzem-se na melhora do estado clínico e da funcionalidade do indivíduo, em sua qualidade de vida e produtividade no trabalho, e na diminuição das externalidades.⁹ O tratamento dos transtornos mentais beneficia terceiros: por exemplo, a assistência à saúde mental de uma mãe com depressão puerperal impacta positivamente o desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo da criança. Embora não exista uma cura definitiva para os transtornos mentais, o tratamento das depressões é eficaz, de baixo custo e custo-efetivo.

Em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, Chisholm *et al*⁸ publicaram o primeiro estudo econômico de modelagem sobre o retorno econômico do investimento no tratamento da depressão, demonstrando que em 36 países, incluído o Brasil, para cada 1 dólar investido na expansão do tratamento desses transtornos no período de 2016 a 2030, haveria um retorno econômico de 4 dólares.

Há pelo menos cinco aspectos metodológicos a serem observados neste estudo: o método de análise econômica, a perspectiva do estudo, a abrangência dos desfechos, a estimativa dos custos e a intervenção.

Os estudos econômicos de modelagem apresentam várias limitações metodológicas, principalmente porque os valores arbitrados no modelo nem sempre representam o custo real e o tamanho do efeito nos desfechos. Contudo, esses estudos têm a vantagem de utilizar dados populacionais e realizar previsões de investimentos custo-efetivos em múltiplos contextos.¹⁰

Os estudos de custo-benefício adotam uma perspectiva da sociedade, ao estimarem todos os benefícios e custos para os diferentes setores da sociedade. Em seu estudo, a perspectiva adotada por Chisholm *et al* focou nas políticas públicas das nações, com destaque para o crescimento econômico e a produtividade; não foi considerado, por exemplo, o cômputo dos custos para os indivíduos e famílias (*out-of-pocket expenditures*).¹¹ O retorno econômico foi considerado apenas para os indivíduos entre 18 e 65 anos de idade. Porém, os cidadãos ditos “não produtivos economicamente” (idosos e crianças) que tenham problemas mentais também contribuem para a sociedade, direta ou indiretamente, e merecem o mesmo cuidado de saúde que outros segmentos “produtivos”.⁹

A abrangência dos desfechos ou benefícios é outro ponto polêmico da área da Saúde Mental.¹² Os autores consideraram como desfecho o retorno econômico gerado pela expansão do tratamento da depressão e da ansiedade, calculado sobre os valores econômicos gerados pelos ganhos na saúde e pelo aumento na capacidade produtiva do paciente. Cada ano de vida saudável ganho pela remissão da depressão foi estimado em 0,3 a 0,5 do valor do PIB *per capita*. Um ponto que chama a atenção é a diminuição da prevalência da depressão considerada como um desfecho neste estudo. A depressão é uma doença crônica, recorrente, e até o momento da conclusão deste artigo, não tem cura definitiva; portanto, considerar a diminuição na taxa de prevalência dos transtornos depressivos não traduz a realidade. O tratamento do agravo proporciona maior quantidade de dias saudáveis, sem episódios depressivos, sendo o caso – talvez – de considerar indicadores de ganho de saúde como o QALY ou de redução do número de incapacidade pelo DALY.³

Os custos com a perda de dias de trabalhos (absenteísmo e presenteísmo) basearam-se no Inquérito Mundial sobre Saúde Mental (*World Mental Health Survey*) e o ganho de produtividade foi arbitrado em um incremento de 5% de dias trabalhados e uma redução de 5% do presenteísmo em relação à linha de base. É possível que o retorno, em termos de produtividade, tenha sido subestimado, seja porque os autores foram conservadores nesse aspecto, seja porque há poucos dados na literatura a respeito.

A expansão do tratamento foi baseada na intervenção recomendada pelo Programa de Ação para o Hiato na Saúde Mental (*Mental Health Gap Action Programme* - mhGAP) da OMS:¹³ uso contínuo de antidepressivos por seis meses e tratamento psicossocial, com 14 a 18 consultas anuais para os casos moderados e graves e quatro consultas por ano no caso de intervenção psicossocial para os casos leves. A fluoxetina foi considerada a referência de medicação antidepressiva desse pacote de tratamento; porém, o custo e a efetividade desse medicamento variam bastante entre os países. Os estudos de custo-efetividade para determinar qual seria a melhor medicação de referência a ser incluída no pacote de tratamento são escassos ou inexistentes na maioria dos países.¹⁴ Seis meses são insuficientes para o tratamento das depressões mais graves e, considerando-se a alta prevalência de comorbidades clínicas, esses pacientes podem apresentar custos adicionais no tratamento. Assim, é possível que os custos tenham sido subestimados. Além disso, é necessário saber dos custos do uso de serviços de saúde, o que não foi possível computar nesses casos.

A cobertura de tratamento para depressão e ansiedade entre 2016 e 2030 foi arbitrada de 7 para 33% em países de baixa renda e de 28 para 50% em países de média renda. No Brasil, hipoteticamente, isso significaria aumentar a cobertura de tratamento de depressão de 5,6 para 10 milhões de pessoas. Entretanto, seria necessário saber se a cobertura atual oferece um tratamento efetivo e qual a taxa de remissão no país.

Chisholm *et al* concluíram que 73 milhões de casos de depressão e 43 milhões de casos de ansiedade seriam evitados ao longo desse período de expansão de tratamento, se houvesse um investimento anual por pessoa para o tratamento de depressão de U\$0,08,

U\$0,34, U\$1,12 e U\$3,89 para países de baixa renda, baixa renda média, alta média renda e alta renda, respectivamente. Os autores concluem que um investimento de 147 bilhões de dólares em quinze anos, nos 36 países, resultaria em um retorno econômico de 169 e 250 bilhões de dólares, respectivamente para os casos da ansiedade e depressão.

No Brasil, os custos unitários por comprimido com antidepressivos, segundo o Banco de Preço de Medicamentos do Ministério da Saúde (BPS/MS), variaram, em 2011, de R\$ 0,018 (amitriptilina 25mg) a R\$0,025 (imipramina 25mg) e R\$0,029 (fluoxetina 20mg). Considerando-se o pacote proposto pela OMS, o custo do uso de 20mg de fluoxetina/dia por 180 dias seria de aproximadamente R\$5,29 por pessoa, de 12 consultas médicas anuais (ao custo real de R\$36,00 por consulta de vinte minutos), R\$432,00 por pessoa, e de quatro sessões (de 40 minutos) de tratamento psicossocial com psicólogo em atenção primária, R\$65,00 por pessoa (valores obtidos com gestores municipais na cidade de São Paulo, em 2011). Como resultado, o custo anual do pacote proposto – sem considerar exames, aumentos de doses e do número de sessões – seria de R\$65,00 para os casos leves e de aproximadamente R\$502,00 para os casos moderados e graves, por pessoa. Considerando-se que a prevalência e o *burden* causado pela depressão sejam iguais ou superiores aos do diabetes, o custo mínimo do pacote de tratamento para depressão não difere muito do pacote proposto para o diabetes: o custo do comprimido da metformina 850mg pra diabetes no BPS/MS foi de R\$0,20. Obviamente, não estão computados na comparação dos pacotes de tratamento dessas duas doenças os custos referentes às demais necessidades clínicas e complicações que os pacientes possam apresentar.

Em resumo, os custos com o tratamento da depressão são inferiores aos custos sociais e econômicos por ela gerados. O Brasil já sofre o impacto da perda de produtividade e do aumento dos afastamentos do trabalho pela depressão. Apesar da disponibilidade de antidepressivos no Sistema Único de Saúde, faz-se mister um treinamento intensivo no reconhecimento precoce e tratamento adequado da depressão, implementação de protocolos clínicos e monitorização dos desfechos e padrões de qualidade da assistência a ser prestada aos pacientes.

Referências

1. United Nations. General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Washington: United Nations; 2015 [cited 2016 Jun 29]. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
2. Razzouk D. Capital mental, custos indiretos e saúde mental. In: Razzouk D, Lima M, Quirino C, editores. Saúde mental e trabalho. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2016. p. 61-70.
3. World Health Organization. The world health report: 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
4. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Salud Publica Mex.* 2015 Sep-Oct;57(5):444-67
5. Razzouk D. Promoção de saúde mental no trabalho. In: Razzouk D, Lima M, Quirino C, editores. Saúde mental e trabalho. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2016. p. 169-78.
6. Whiteford HA, Baxter AJ. The global burden of disease 2010 study: what does it tell us about mental disorders in Latin America? *Rev Bras Psiquiatr.* 2013 Apr-Jun;35(2):111-2.
7. Razzouk D, Alvarez C, Mari J. O impacto econômico e o custo social da depressão. In: Lacerda A, Quarantini L, Miranda-Scrippa A, DelPorto J, editors. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 27-37.
8. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit E, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016 May;3(5):415-24.
9. Jane-Llopis E, Anderson P, Stewart-Brown S, Weare K, Wahlbeck K, McDaid D, et al. Reducing the silent burden of impaired mental health. *J Health Commun* 2011 Aug;16 Suppl 2:59-74.
10. Drummond ME, Sculpher MJ, Claxton K, Torrance GW, Stoddart GL. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3 ed. Oxford: Oxford University Press; 2007.
11. Gadit AA. Out-of-pocket expenditure for depression among patients attending private community psychiatric clinics in Pakistan. *J Ment Health Policy Econ.* 2004 Mar;7(1):23-8.
12. Thornicroft G, Tansella M. Mental health outcomes measures. 3 ed. Glasgow: RC Psych Publications; 2010.
13. World Health Organization. mhGAP Mental Health Gap Action Programme. Geneva: World Health Organization; 2010.
14. Pan YJ, Knapp M, McCrone P. Cost-effectiveness comparisons between antidepressant treatments in depression: evidence from database analyses and prospective studies. *J Affect Disord.* 2012 Jul;139(2):113-25.