



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

**Perfil de internamentos por Depressão *Major* no SNS português
nos anos de 2008 e 2013: Variação em período de crise
económica.**

Daniel Francisco Santos Rodrigues

Curso de Mestrado em Saúde Pública

Orientador: Professora Doutora Carla Nunes

Lisboa, 2 de fevereiro de 2015



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

**Perfil de internamentos por Depressão *Major* no SNS português
nos anos de 2008 e 2013: Variação em período de crise
económica.**

Daniel Francisco Santos Rodrigues

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, área de especialização em Promoção e Proteção da Saúde.

Orientador:

Professora Doutora Carla Nunes

Lisboa, 2 de fevereiro de 2015

RESUMO

O início da crise económica global colocou Portugal num contexto de restrição orçamental que gerou repercussões em várias áreas, especificamente na saúde mental das pessoas, evidenciadas a partir de 2009.

O objetivo deste trabalho foi analisar o impacto da crise económica no perfil de internamentos por Depressão *Major* na população em idade ativa nos hospitais do SNS em Portugal Continental.

Tratou-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo e transversal. Foi efetuada uma análise individual, concretizada através da análise dos episódios de internamento; e ecológica, ao nível de distritos; nos anos de 2008 e 2013. Foram analisados dados relativos aos episódios de internamento, à população em idade ativa e às camas de internamento de psiquiatria.

Os resultados permitem afirmar que os distritos com menores índices de urbanização e de densidade populacional apresentaram taxas de internamento por Depressão *Major*, na população em idade ativa, mais elevadas, e os seus habitantes apresentaram um risco de internamento superior, em ambos os períodos. Observou-se um aumento da taxa de internamentos e do risco de internamento por Depressão *Major*, na maioria dos distritos, no período de crise económica. Adicionalmente, verificou-se que a taxa de internamentos foi influenciada positivamente pelo número de camas disponíveis e ocorreu um aumento do número de internamentos por Depressão *Major* por cama de internamento disponível, no período de crise económica.

Este estudo, de caráter exploratório e com limitações identificadas, permitiu observar a variação geográfica e temporal do internamento por Depressão *Major* fomentando a necessidade de investigação futura neste âmbito.

Palavras-Chave: Depressão, Crise económica, Internamento, Acessibilidade, Utilização, Serviços de saúde.

ABSTRACT

The onset of the global economic crisis has placed Portugal on a budget constraint context that generated repercussions in several areas, specifically in mental health, evidenced since 2009.

The aim of this study was to analyze the impact of the economic crisis in the inpatient profile of Major Depression in the working age population in NHS hospitals in Portugal.

This was an epidemiological, observational, descriptive and cross-sectional study. An individual analysis, achieved through the analysis of hospitalization episodes, and an ecological analysis, at the level of districts, in 2008 and 2013, were performed. Data on the hospitalization episodes, working age population and psychiatric inpatient beds were analysed.

The results indicate that districts with lower rates of urbanization and population density had higher hospitalization rates by Major Depression in the working age population, and its inhabitants had a higher risk of hospitalization, in both periods. There was an increase in admissions rate and in risk of hospitalization for Major Depression in most districts, in times of economic crisis. Furthermore, it was demonstrated that the inpatient rate is positively influenced by the number of available hospital beds and there was an increase in the number of hospital admissions for Major Depression for available bed, in times of economic crisis.

This study, of exploratory character and with identified limitations, allowed to observe the geographical and temporal variation in hospitalization for Major Depression promoting the need for future research in this area.

Keywords: Depression, Economic crisis, Inpatient, Accessibility, Utilisation, Health services.

Agradeço!

Aos meus pais, pelo apoio constante,
À Roberta, por ser assim,
Aos meus irmãos, pela cumplicidade e união.

Ao meu avô!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Sr.^a Professora Doutora Carla Nunes, pela sua orientação científica, transmissão de conhecimentos, dedicação e empenho ao longo de todo o percurso que culminou na realização deste trabalho.

Agradeço à Sr.^a Professora Doutora Teresa Maia, pela sua inestimável colaboração na revisão da fundamentação teórica levada a cabo neste trabalho.

Agradeço à Direção-geral da Saúde, na pessoa do Sr.^o Professor Doutor Álvaro Andrade de Carvalho, pela disponibilização do número de camas de internamento de agudos nos serviços de psiquiatria dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Agradeço à Escola Nacional de Saúde Pública, pela disponibilização da base de dados oficial dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo, através de um acordo, para fins de investigação, com a Administração Central dos Sistemas de Saúde.

Agradeço a todos os meus colegas do Curso de Mestrado em Saúde Pública, pela cooperação, cumplicidade e amizade criadas.

“I can feel guilty about the past, apprehensive about the future, but only in the present can I act. The ability to be in the present moment is a major component of mental wellness.”

Abraham Maslow

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS.....	17
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	20
1. INTRODUÇÃO.....	22
2. FINALIDADE, OBJETIVOS E HIPÓTESES DO ESTUDO.....	24
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	26
3.1. RELEVO DO CONHECIMENTO SOBRE A DEPRESSÃO <i>MAJOR</i>	26
3.1.1. Prevalência e incidência da Depressão <i>Major</i>	26
3.1.2. História natural e factores de risco da Depressão <i>Major</i>	28
3.1.3. Patogénese da Depressão <i>Major</i>	32
3.1.4. Diagnóstico da Depressão <i>Major</i>	35
3.1.4.1. Diagnóstico da Depressão <i>Major</i> segundo a ICD-10.....	36
3.1.4.2. Diagnóstico da Depressão <i>Major</i> segundo a DSM-IV-TR.....	37
3.2. ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.....	39
3.2.1. Modelo de acessibilidade e utilização dos serviços de saúde.....	39
3.2.2. Enquadramento conceptual do acesso a cuidados de saúde mental.....	43
3.3. REPERCUSSÕES DA CRISE ECONÓMICA NA SAÚDE.....	46
3.3.1. Perspetiva histórica de crises económicas anteriores.....	46
3.3.2. Relação entre crise económica, saúde e políticas de saúde.....	49
3.3.3. Impacto da crise económica na saúde mental.....	54
3.3.4. Crise económica e variação do internamento por Depressão <i>Major</i>	59
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	64
4.1. TIPO E DESENHO DO ESTUDO.....	64
4.2. POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	64
4.3. FONTE DOS DADOS.....	64
4.4. OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS.....	65
4.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	67
5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	69
5.1. COMPONENTE INDIVIDUAL DE ANÁLISE RELATIVA AO ANO DE 2008.....	69
5.1.1. Distribuição da população em estudo segundo os valores das variáveis em estudo.....	69
5.1.2. Odds ratio brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão <i>Major</i>	72
5.2. COMPONENTE INDIVIDUAL DE ANÁLISE RELATIVA AO ANO DE 2013.....	75

5.2.1. Distribuição da população em estudo segundo os valores das variáveis em estudo.....	75
5.2.2. Odds ratio brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão <i>Major</i>.....	78
5.3. COMPONENTE ECOLÓGICA DE ANÁLISE RELATIVA AO ANO DE 2008.....	81
5.3.1. Distribuição da população em idade ativa segundo os valores das variáveis sociodemográficas em estudo, por local de residência (ao nível de distritos).....	81
5.3.2. Distribuição dos indicadores relacionados com o internamento por Depressão <i>Major</i>, por local de residência (ao nível de distritos).....	83
5.3.3. Matriz de correlação das variáveis em estudo.....	86
5.3.4. Modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão <i>Major</i>.....	88
5.3.5. Modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão <i>Major</i> com base nas camas de internamento.....	88
5.4. COMPONENTE ECOLÓGICA DE ANÁLISE RELATIVA AO ANO DE 2013.....	90
5.4.1. Distribuição da população em idade ativa segundo os valores das variáveis sociodemográficas em estudo, por local de residência (ao nível de distritos).....	90
5.4.2. Distribuição dos indicadores relacionados com o internamento por Depressão <i>Major</i>, por local de residência (ao nível de distritos).....	92
5.4.3. Matriz de correlação das variáveis em estudo.....	95
5.4.4. Modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão <i>Major</i>.....	97
5.4.5. Modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão <i>Major</i> com base nas camas de internamento.....	97
5.5. ANÁLISE COMPARATIVA DE RESULTADOS.....	99
5.5.1. Análise comparativa de resultados da componente individual.....	99
5.5.2. Análise comparativa de resultados da componente ecológica.....	103
6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	111
7. CONCLUSÕES.....	124
8. BIBLIOGRAFIA.....	127
9. APÊNDICES.....	150

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Andersen e Newman de Utilização dos serviços de saúde.....	41
Figura 2: Medidas de acesso aos serviços de saúde.....	42
Figura 3: Representação do modelo de Goldberg-Huxley.....	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Risco de internamento por Depressão <i>Major</i> , por local de residência (2008).....	74
Gráfico 2: Risco de internamento por Depressão <i>Major</i> , por local de residência (2013).....	80
Gráfico 3: Taxa de camas de internamento, por local de residência (2008).....	85
Gráfico 4: Taxa de internamentos por Depressão <i>Major</i> , por local de residência (2008).....	86
Gráfico 5: Taxa de camas de internamento, por local de residência (2013).....	94
Gráfico 6: Taxa de internamentos por Depressão <i>Major</i> , por local de residência (2013).....	95

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Operacionalização das variáveis.....	66
Quadro 2: Distribuição da população em estudo, por sexo (2008).....	69
Quadro 3: Distribuição da população em estudo, por faixa etária (2008).....	70
Quadro 4: Distribuição da população em estudo, por presença de comorbilidades (2008).....	70
Quadro 5: Distribuição da população em estudo, por local de residência (2008).....	71
Quadro 6: Odds ratio brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão <i>Major</i> (2008).....	72
Quadro 7: Distribuição da população em estudo, por sexo (2013).....	75

Quadro 8: Distribuição da população em estudo, por faixa etária (2013).....	75
Quadro 9: Distribuição da população em estudo, por presença de comorbilidades (2013).....	76
Quadro 10: Distribuição da população em estudo, por local de residência (2013)..	77
Quadro 11: Odds ratio brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão <i>Major</i> (2013).....	78
Quadro 12: Distribuição da população em idade ativa, por sexo, por local de residência (2008).....	81
Quadro 13: Distribuição da população em idade ativa, por faixa etária, por local de residência (2008).....	82
Quadro 14: Distribuição dos indicadores relacionados com o internamento por Depressão <i>Major</i> na população em idade ativa, por local de residência (2008).....	84
Quadro 15: Matriz de correlação das variáveis em estudo na população em idade ativa (2008).....	87
Quadro 16: Modelo de regressão linear (2008).....	88
Quadro 17: Modelo de regressão linear com seleção da variável independente: Camas de internamento (2008).....	89
Quadro 18: Distribuição da população em idade ativa, por sexo, por local de residência (2013).....	90
Quadro 19: Distribuição da população em idade ativa, por faixa etária, por local de residência (2013).....	91
Quadro 20: Distribuição dos indicadores relacionados com o internamento por Depressão <i>Major</i> na população em idade ativa, por local de residência (2013).....	93
Quadro 21: Matriz de correlação das variáveis em estudo na população em idade ativa (2013).....	96
Quadro 22: Modelo de regressão linear (2013).....	97
Quadro 23: Modelo de regressão linear com seleção da variável independente: Camas de internamento (2013).....	97
Quadro 24: Análise comparativa da distribuição da população em estudo, por sexo.....	99
Quadro 25: Análise comparativa da distribuição da população em estudo, por faixa etária.....	100
Quadro 26: Análise comparativa da distribuição da população em estudo, por presença de comorbilidades.....	100
Quadro 27: Análise comparativa da distribuição da população em estudo, por	

local de residência.....	101
Quadro 28: Análise comparativa dos Odds ratio brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão <i>Major</i>	102
Quadro 29: Análise comparativa da distribuição da população em idade ativa, por sexo, por local de residência.....	104
Quadro 30: Análise comparativa da distribuição da população em idade ativa, por faixa etária, por local de residência.....	104
Quadro 31: Análise comparativa da distribuição dos indicadores relacionados com o internamento por Depressão <i>Major</i> na população em idade ativa, por local de residência.....	106
Quadro 32: Análise comparativa da matriz de correlação das variáveis em estudo na população em idade ativa.....	108
Quadro 33: Análise comparativa do modelo de regressão linear.....	109
Quadro 34: Análise comparativa do modelo de regressão linear com seleção da variável independente: Camas de internamento.....	110

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

- ACSS:** Administração Central dos Sistemas de Saúde
- APA:** American Psychiatric Association
- BCE:** Banco Central Europeu
- CAD:** Centros de Apoio a Toxicodependentes
- CHAA:** Centro Hospitalar do Alto Ave
- CHBM:** Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo
- CHBV:** Centro Hospitalar do Baixo Vouga
- CHLC:** Centro Hospitalar de Lisboa Central
- CHLN:** Centro Hospitalar de Lisboa Norte
- CHLO:** Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
- CHPL:** Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
- CHPML:** Centro Hospitalar Psiquiátrico de Magalhães Lemos
- CHTMAD:** Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
- CHUC:** Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
- CSP:** Cuidados de Saúde Primários
- DALY:** Disability-adjusted life years
- DGS:** Direção-geral da Saúde
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EENSM:** Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental
- EUA:** Estados Unidos da América
- FMI:** Fundo Monetário Internacional
- GBD:** Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors
- GCD:** Grande Categoria de Diagnóstico
- GDH:** Grupos de Diagnóstico Homogéneo
- HFF:** Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

HGO: Hospital de Garcia de Orta

HVFX: Hospital de Vila Franca de Xira

ICD: International Classification of Diseases

INE: Instituto Nacional de Estatística

INFARMED: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

LNHO: League of Nations Health Organization

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPSS: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OR: Odds Ratio

ORa: Odds Ratio ajustado

PET: Tomografia por Emissão de Positrões

PIB: Produto Interno Bruto

SICO: Sistema de Informação de Certificados de Óbito

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UE: União Europeia

ULS: Unidade Local de Saúde

ULSNA: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana

WMHSI: World Mental Health Survey Initiative

YLD: Years Lived Disabled or Injured

1. INTRODUÇÃO

Portugal atravessa uma profunda crise económica e financeira impulsionada pela crise económica global iniciada em 2008. Ao provocarem empobrecimento, insegurança e desemprego, as crises económicas têm repercussões na saúde das pessoas, especificamente na saúde mental. As crises financeiras e económicas aumentam as desigualdades sociais e económicas das populações sendo, portanto, momentos de alto risco para o bem-estar mental da população e, especialmente, dos grupos mais vulneráveis.

Em período de crise económica ocorre um aumento do número de casos de Depressão *Major* e do número de recidivas, bem como um risco acrescido de suicídio. As pessoas que transitam para a situação de desemprego, empobrecimento, rutura familiar ou que estão perante situações de endividamento têm um risco significativamente maior de problemas de saúde mental como a Depressão *Major*, problemas ligados ao consumo de álcool e/ou suicídio.

A evidência científica demonstra que determinados grupos populacionais como as pessoas com dependência física e/ou mental, as crianças, os idosos e as pessoas com doenças crónicas incapacitantes, físicas e/ou mentais, apresentam uma grande vulnerabilidade para a Depressão *Major* e o suicídio e, essa vulnerabilidade, é agravada em períodos de crises económicas e financeiras.

A investigação científica tem centrado atenções nos resultados em saúde, de curto prazo, em períodos de crise económica, negligenciando os efeitos de longo prazo que podem permanecer ocultos durante algum tempo. No decorrer da crise económica, Portugal tem encetado esforços consideráveis para reduzir a despesa pública em saúde através do encerramento de unidades de saúde, redução do número de efetivos, redução do horário de funcionamento de algumas unidades e/ou do aumento de taxas moderadoras. Todas estas medidas tendem a dissuadir as pessoas, dificultando o acesso a cuidados de saúde atempados e eficazes e, em última análise e num cenário muito extremo, podem despoletar o efeito contrário ao desejado, por exemplo, aumentando o número de suicídios entre pessoas com Depressão *Major*.

Assumindo a relevância da análise dos fenómenos ligados à saúde mental, especialmente o efeito da crise económica e financeira, este trabalho pretende analisar o impacto da crise económica no perfil de internamentos por Depressão *Major* na população em idade ativa a partir da observação dos episódios de internamento

registados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal Continental. Para a prossecução da análise foram utilizados dois anos de referência, 2008 e 2013, sendo 2008 utilizado como o ano pré-crise e 2013 como ano de crise.

O trabalho está estruturado por capítulos. O primeiro capítulo pretende demonstrar a pertinência do tema em estudo e apresentar os objetivos geral e específicos que se pretendem alcançar. No segundo capítulo, realiza-se uma revisão da literatura sobre os temas considerados relevantes para a discussão desta problemática, incluindo um subcapítulo dedicado ao relevo do conhecimento sobre a Depressão *Major*, um subcapítulo dedicado ao relevo do conhecimento acerca da acessibilidade e utilização dos serviços de saúde mental e, por fim, um subcapítulo acerca dos efeitos das crises económicas e financeiras na saúde e nos sistemas de saúde. No terceiro capítulo são apresentados o processo metodológico, as fontes de informação, a definição da população e o tipo de estudo. No quarto capítulo efetua-se a apresentação comentada dos resultados. No quinto capítulo é apresentada a discussão dos resultados e as limitações do estudo. Por último, são apresentadas as conclusões e recomendações do estudo.

Este trabalho foi realizado no âmbito do trabalho de projeto para a atribuição do título de Mestre em Saúde Pública, do XV Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

2. FINALIDADE, OBJETIVOS E HIPÓTESES DO ESTUDO

De uma forma geral, a literatura científica publicada acerca dos efeitos das crises socioeconómicas na saúde demonstram o seu efeito negativo na saúde das populações, no geral, e na saúde mental, em particular. Neste sentido, entende-se que a análise dos efeitos da crise económica em Portugal é pertinente, em especial tendo em conta o contexto macroeconómico que o país atravessa.

A finalidade deste estudo é incrementar a informação disponível quanto aos efeitos da crise económica no internamento por Depressão *Major* na população em idade ativa, fomentando o conhecimento acerca da influência da crise económica na ocorrência de internamento por Depressão *Major* e das respostas do sistema de saúde às repercussões da crise económica.

A análise sistemática do perfil de internamento por Depressão *Major* em Portugal é possível através da análise dos dados decorrentes da codificação dos internamentos realizados nos hospitais do SNS sendo o objeto deste estudo a análise dos internamentos por Depressão *Major* na população em idade ativa, nos hospitais do SNS localizados no território continental de Portugal.

Para a prossecução da análise foram utilizados dados decorrentes da codificação dos internamentos nos hospitais do SNS localizados em Portugal Continental, correspondentes ao ano de 2008 (período considerado pré-crise económica) e ao ano de 2013 (período considerado de crise económica), bem como dados relativos à população em idade ativa do Instituto Nacional de Estatística (INE) e relativos ao número de camas de internamento disponíveis em unidades de internamento de agudos de psiquiatria nos hospitais do SNS em Portugal Continental.

O objetivo geral deste trabalho é analisar o impacto da crise económica no perfil de internamentos por Depressão *Major* na população em idade ativa nos hospitais do SNS em Portugal Continental.

Os objetivos específicos são os seguintes:

1. Identificar e caracterizar o perfil de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa nos hospitais do SNS em Portugal Continental, por área geográfica, nos anos 2008 e 2013, respetivamente;

2. Verificar se a taxa de internamentos por *Depressão Major* da população em idade ativa nos hospitais do SNS em Portugal Continental varia em período de crise económica (2013) relativamente ao período pré-crise económica (2008);
3. Verificar se a taxa de internamentos por *Depressão Major* da população em idade ativa é influenciada pela taxa de camas de internamento disponíveis nos hospitais do SNS em Portugal Continental, nos anos de 2008 e 2013, respetivamente;
4. Comparar a associação entre a taxa de camas de internamento disponíveis e a taxa de internamentos por *Depressão Major*, nos anos de 2008 e 2013, respetivamente.

As hipóteses em estudo são descritas seguidamente, por objetivo específico, sendo que para o objetivo um a formulação de hipóteses não faz sentido uma vez que se trata de um objetivo apenas descritivo. Desta forma:

Objetivo 2: Verificar se taxa de internamentos por *Depressão Major* da população em idade ativa nos hospitais do SNS em Portugal Continental varia em período de crise económica (2013) relativamente ao período pré-crise económica (2008).

Hipótese 1: Em período de crise económica a taxa de internamentos por *Depressão Major* da população em idade ativa é superior em relação ao período pré-crise económica.

Objetivo 3: Verificar se a taxa de internamentos por *Depressão Major* da população em idade ativa é influenciada pela taxa de camas de internamento disponíveis nos hospitais do SNS em Portugal Continental, nos anos de 2008 e 2013, respetivamente.

Hipótese 2: A taxa de internamentos por *Depressão Major* da população em idade ativa é influenciada positivamente pelo número de camas de internamento disponíveis.

Objetivo 4: Comparar a associação entre a taxa de camas de internamento disponíveis e a taxa de internamentos por *Depressão Major*, nos anos de 2008 e 2013, respetivamente.

Hipótese 3: A associação entre a taxa de camas de internamento disponíveis e a taxa de internamentos por *Depressão Major* da população em idade ativa é influenciada pelo período de crise económica.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1. RELEVO DO CONHECIMENTO SOBRE A DEPRESSÃO *MAJOR*

3.1.1. Prevalência e incidência da Depressão *Major*

As doenças mentais constituem um dos problemas mais graves de Saúde Pública. Desde que à mortalidade se associaram alguns indicadores como a incidência, prevalência, incapacidade e esperança de vida, compreendeu-se que as doenças mentais constituem uma ameaça tão séria quanto as doenças cardiovasculares e/ou respiratórias (Gusmão & Xavier, 2005).

Atualmente, mais de 15% da população mundial sofre pelo menos um episódio de Depressão *Major* durante a sua vida. O impacto económico e social da Depressão *Major* é enorme (Kessler [et al.], 2006; Murray & Lopez, 1996). A Depressão *Major* afeta pessoas de todas as idades, etnias, e de diferentes circunstâncias socioeconómicas, tendo efeitos adversos sobre a qualidade das relações interpessoais. Além disso, a Depressão *Major* está relacionada com algumas comorbilidades psiquiátricas e físicas, como o consumo de álcool, o abuso de substâncias, a doença de Parkinson, entre outras, que limitam as atividades normais de um indivíduo (Gotlib & Joormann, 2010).

Segundo Xavier [et al.] (2013), as patologias psiquiátricas são responsáveis por mais de 23% da carga global de doença nos países desenvolvidos e por 12% da carga global de doença em todo o mundo.

Se observarmos apenas a Europa, verificamos que 26,6% da carga total de doença é atribuída a problemas de saúde mental, sendo que o suicídio é uma das dez principais causas de morte prematura. Além disso, cinco das dez principais causas de incapacidade e de dependência são doenças neuropsiquiátricas: Depressão unipolar (11,8%), problemas ligados ao álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), distúrbios bipolares (2,4%) e demência (1,6%) (Xavier [et al.], 2013).

O primeiro relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (EENSM) indica uma prevalência anual de doenças mentais, em Portugal, de 22,9%, sendo estes valores de prevalência apenas comparáveis aos da Irlanda do Norte (23,1%), dentro da Europa, e aos dos Estados Unidos da América (EUA) (26,4%), fora da Europa, entre os países integrados no âmbito da World Mental Health Survey Initiative (WMHSI) (Caldas-

de-Almeida & Xavier, 2013). Estes valores traduzem posições relativas evidenciadas em literatura científica anterior que correlaciona diretamente a taxa de prevalência de doenças mentais com os índices de desigualdades sociais e de saúde (Wilkinson & Pickett, 2009).

Ainda segundo o EENSM, em termos de prevalência das perturbações de humor – distímia, perturbação bipolar e Depressão *Major* – o nosso país ocupa o terceiro valor global (7,9%) do ranking de países europeus, sendo que a Depressão *Major* obtém a maior prevalência do grupo (6,8%) (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Gili [et al.], 2012 Cit. por OPSS (2013), realizaram um estudo em Espanha, no ano de 2010, onde se verificou uma tendência de crescimento das perturbações do humor (19,4% na Depressão *Major*), de ansiedade (8,4%), somatoformes (7,3%) e das relacionadas com o álcool (4,5% na dependência).

De acordo com a Rede de Médicos-Sentinela, a taxa de incidência de Depressão *Major*, em Portugal, no sexo feminino sofreu um aumento de 881,7 para 991,9 por 100 mil entre 2004 e 2012, o que corresponde a um acréscimo de 12,5%. Quanto ao sexo masculino, a taxa de incidência da Depressão *Major* sofreu um acréscimo ainda maior, de 289,6 e 347,2 por 100 mil respetivamente, um aumento de 19,9% (OPSS, 2014).

A Depressão *Major* é uma das doenças mentais mais prevalentes no mundo (Kessler & Bromet, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até ao ano de 2020, a Depressão tornar-se-á a segunda maior causa de incapacidade no mundo (Murray & Lopez, 1996; Sullivan, Neale & Kendler, 2000).

Segundo a Direção-geral da Saúde (DGS) (2013), as perturbações depressivas constituem a terceira causa de carga global de doença no mundo, prevendo-se que passem a ser a primeira causa em 2030, o que já acontece nos países desenvolvidos (DGS, 2013).

Os estudos acerca da prevalência de Depressão *Major* têm descrito uma larga amplitude de valores para a população adulta, sendo estimada uma variação do risco ao longo da vida, em amostras comunitárias, de 10% a 25% para as mulheres e de 5% a 12% para os homens (APA, 2006).

A Depressão *Major* é uma doença incapacitante e potencialmente fatal (Sullivan, Neale & Kendler, 2000; Williams [et al.], 2000), que resulta de um conjunto complexo de causas ambientais, genéticas, sociais ou do desenvolvimento. Estes fatores, individualmente ou de forma combinada, induzem um estado de vulnerabilidade na pessoa (Hamet & Tremblay, 2005; Sullivan, Neale & Kendler, 2000).

Segundo o projeto Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors (GBD) cit. por Caldas-de-Almeida & Xavier (2013) das estimativas para 2010 da carga global da doença em Portugal, medida em anos de vida ajustados à incapacidade (DALY), observa-se que as doenças cérebro-cardiovasculares apresentaram um peso de 13,74%, as perturbações mentais e do comportamento representaram 11,75% e as doenças oncológicas 10,38%. Quanto à carga de morbilidade, quantificada através de anos vividos com incapacidade (YLD), as perturbações mentais e do comportamento apresentam uma expressão de 20,55%, sendo seguida, a larga distância, pelas doenças respiratórias (5,06%) e diabetes (4,07%). Adicionalmente, as perturbações mentais ocupam dois lugares no grupo das dez doenças que mais contribuem para os YLD em Portugal: perturbações depressivas (em 2º lugar) e perturbações de ansiedade (em 8º) (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

3.1.2. História natural e fatores de risco da Depressão *Major*

A Depressão *Major* é uma doença multifatorial, sendo o seu aparecimento influenciado por uma série de fatores, incluindo a vulnerabilidade genética, experiências traumáticas, perturbações da personalidade, baixa autoestima, baixo suporte social, consumo de substâncias, conflitos familiares e/ou conjugais, história prévia de Depressão *Major*, e eventos de vida marcantes (Kendler, Gardner & Prescott, 2006; Levinson, 2006).

A Depressão *Major* pode ocorrer em pessoas sem história familiar da doença e, como sugerido por estudos genéticos, o risco de Depressão *Major* resulta da influência de vários genes e da sua interação com o ambiente e vários outros fatores (Lau & Eley, 2010). Além disso, um episódio depressivo pode ser desencadeado por um acontecimento de vida marcante (por exemplo, a perda de um ente querido) ou por qualquer situação percebida como stressante (Bogdan & Pizzagalli, 2006). Vários fatores psicossociais, tais como idade, sexo, estado civil, escolaridade e rendimento, também foram identificados como fatores que influenciam a prevalência de Depressão *Major* (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007).

A Depressão *Major* pode ter início em qualquer idade, com uma idade média de início na terceira década de vida. Os dados epidemiológicos sugerem que a idade de início está a diminuir para aqueles que nasceram mais recentemente. A evolução desta perturbação é variável. Algumas pessoas têm episódios isolados que são separados por muitos anos sem qualquer sintoma depressivo, enquanto outras têm conjuntos de episódios, e outras, ainda, têm episódios cada vez mais frequentes com o aumento da

idade. Alguma evidência sugere que os períodos de remissão duram habitualmente mais tempo no início da evolução da perturbação (APA, 2006).

O número de episódios anteriores prevê a probabilidade de desenvolver um episódio depressivo *Major* subsequente. Pelo menos 60% dos indivíduos que apresentam um episódio único de Depressão *Major* podem ter um segundo episódio. Os indivíduos que apresentaram dois episódios têm uma probabilidade de 70% de terem um terceiro e os que apresentaram três episódios tem uma probabilidade de 90% de ter um quarto episódio de Depressão *Major*. Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos com Depressão *Major* desenvolve subsequentemente perturbação bipolar do tipo I (APA, 2006).

As mulheres encontram-se em risco significativamente mais elevado do que os homens de desenvolverem Depressão *Major* em determinado momento da vida, tendo sido as maiores diferenças encontradas em estudos conduzidos nos EUA e na Europa. Porém, pese a discordância quanto à maior ocorrência de transtornos mentais em geral no género feminino, existe um forte consenso na literatura quanto ao diferencial feminino/masculino para Ansiedade, Depressão *Major* e Somatização (Briscoe, 1982; Jenkins, 1985; Weissman & Klerman, 1977).

São diversos os estudos que descrevem valores que diferenciam a perturbação depressiva em termos de género e estão de acordo com facto desta afetar predominantemente as mulheres (Alonso [et al.], 2004; Bebbington [et al.], 2003; Bebbington, 1996; Munce & Stewart, 2007; Nolen-Hoeksema, 1987), sendo que o rácio entre a prevalência da Depressão *Major* nas mulheres e nos homens situa-se frequentemente próximo de 2:1 (Alonso [et al.], 2004; Wittchen [et al.], 1992)

São várias as explicações que têm sido avançadas no sentido de compreender e de melhor identificar os fatores que podem estar implicados neste fenómeno das prevalências da Depressão *Major* em relação ao género.

Alguns autores defendem que este fenómeno advém de mecanismos biológicos, sendo este ratio de prevalências explicado através das diferenças genéticas e hormonais entre os sexos. No entanto, existe também a explicação social que remete para as condições específicas das mulheres na sociedade moderna, quer ao nível do suporte social, quer ao nível das condições específicas de reação ao stresse. Adicionalmente, os efeitos do stresse, da violência, da carência de suporte social, dos conflitos interpessoais e da baixa autoestima também contribuem para a vulnerabilidade das mulheres à Depressão *Major* (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; APA, 2006; Posmontier, 2008). Estas linhas

explicativas foram sugeridas pelo trabalho desenvolvido por Kendler [et al.] (1993), sobre os preditores para o desenvolvimento de estados depressivos na mulher.

Outra explicação é defendida por alguns autores. Segundo Marques-Teixeira (1998), estes resultados podem resultar de questões metodológicas, sugerindo que as mulheres recorrem aos serviços de saúde e revelam uma melhor perceção do seu estado de saúde do que os homens, especialmente no caso das perturbações depressivas (Marques-Teixeira, 1998) e que os homens lidam com a Depressão *Major* e os seus sintomas de uma forma diferente, ocultando a sintomatologia ou adotando comportamentos de risco, e isso pode dificultar o seu diagnóstico (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007).

Este aumento do risco diferencial emerge durante a adolescência e pode coincidir com o início da puberdade. Por exemplo, uma proporção significativa de mulheres descreve um aumento de sintomas depressivos alguns dias antes da menstruação (APA, 2006).

Segundo o EENSM (2013), em Portugal, os dados das correlações das variáveis demográficas com as perturbações psiquiátricas, mostram que as mulheres têm mais risco (OR=2,30) de sofrerem de perturbações depressivas do que os homens e, adicionalmente, a percentagem de utilização dos serviços de saúde devido a perturbações psiquiátricas é muito superior nas mulheres, tanto ao longo da vida (48,8%) como nos últimos 12 meses (18,8%) (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Existe ainda evidência de que o risco de Depressão *Major* aumenta com a presença de quadros clínicos tais como a doença cardíaca ou o cancro, e os medicamentos usados nestes casos podem ter efeitos secundários que contribuem para o aparecimento da Depressão *Major* (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007).

A Depressão *Major* ocorre em cerca de 20 a 25% dos doentes afetados por neoplasias, diabetes, enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral (APA, 2006), afetando ainda entre 10 a 30% dos doentes que apresentam dor crónica, síndrome do colón irritable, vírus da imunodeficiência humana (VIH), doença de Alzheimer, doença de Huntington e/ou doença de Parkinson (Goldman, Nielsen & Champion, 1999).

A comorbilidade da Depressão *Major* com outras perturbações psiquiátricas é bastante frequente, destacando-se a comorbilidade vital de Depressão *Major* com as perturbações da ansiedade, como a perturbação do stresse pós-traumático, perturbação do pânico, perturbação da ansiedade generalizada e fobia social (Gusmão & Xavier, 2005).

Os episódios depressivos *major* podem terminar completamente (em aproximadamente 2/3 dos casos), ou somente de modo parcial (em aproximadamente 1/3 dos casos). Os doentes que apresentam uma remissão parcial possuem uma grande probabilidade de desenvolverem episódios adicionais e de continuarem o padrão de recuperação parcial entre os episódios de Depressão *Major* subsequentes (APA, 2006).

Alguns estudos sugerem que cumprido um ano após o diagnóstico de Depressão *Major*, 40% dos doentes continuam a ter sintomas que são suficientemente intensos para preencher os critérios de «episódio depressivo *major*», e aproximadamente 20% dos doentes continuam a ter alguns sintomas mas não preenchem os critérios completos para «episódio depressivo *major*» e 40% dos doentes não tem qualquer perturbação do humor atual. Assim, a intensidade inicial do episódio de Depressão *Major* parece ser preditora da persistência do episódio e, adicionalmente, os estados físicos gerais, especialmente as doenças crónicas, são igualmente um fator de risco para episódios mais persistentes (APA, 2006).

Como referido anteriormente, os episódios de Depressão *Major* ocorrem frequentemente após a exposição a um agente stressor psicossocial intenso, tal como a morte de um ente querido ou um divórcio. No entanto, os acontecimentos psicossociais parecem desempenhar um papel mais preponderante no desencadeamento do primeiro ou segundo episódios de Depressão *Major* do que nos episódios subsequentes (APA, 2006).

A Depressão *Major* ocorre com uma frequência de 1,5 a 3 vezes superior nos familiares biológicos de primeiro grau de pessoas com esta perturbação do que entre a população geral. Existe evidência de um risco aumentado para a dependência do álcool entre os familiares biológicos de primeiro grau e pode existir um aumento de incidência de perturbações da ansiedade (por exemplo, perturbação de pânico, fobia social) ou de perturbação de hiperatividade com défice de atenção nos filhos de adultos com perturbação depressiva *Major* (APA, 2006).

A cultura pode influenciar a experiência e a descrição dos sintomas da Depressão *Major* e a atenção às especificidades culturais e étnicas pode diminuir os riscos de erro de diagnóstico perante queixas de Depressão *Major*. Por exemplo, nalgumas culturas, a Depressão *Major* pode ser expressa em termos somáticos, em detrimento de sentimentos de tristeza ou culpa. A Depressão *Major* pode ser expressa por queixas de «nervos» ou cefaleias (nas culturas latinas e mediterrânicas), fraqueza, cansaço ou «desequilíbrio» (nas culturas chinesas e asiáticas), de problemas do «coração» (nas culturas do Médio Oriente), entre outras (APA, 2006). Além disso, vários estudos

revelam diferenças de prevalência das perturbações depressivas entre os meios rurais e urbanos.

Em 2004, um estudo realizado no Canadá concluiu que os indivíduos residentes em meios rurais apresentavam uma prevalência de Depressão *Major* inferior à apresentada pelos que residiam em meios urbanos, sugerindo que estas diferenças podem ser explicadas pela distribuição da população por idade, etnia, estado civil e estatuto social (Wang, 2004). No mesmo ano, na Suécia, um estudo prospetivo, com 4,4 milhões de mulheres e homens entre os 25 e 64 anos revelou os níveis de urbanização estão associados com o aumento do risco de psicose e Depressão *Major*, em ambos os sexos (Sundquist, Frank & Sundquist, 2004). Finalmente, num estudo que inclui vários países europeus, confirmou as evidências anteriores quanto à variação das perturbações do humor entre os meios urbanos e rurais, evidenciando que a urbanização está associada a um risco aumentado de perturbações mentais, especialmente as depressivas (Kovess-Masféty [et al.], 2005).

Segundo o EENSM (2013), os grupos das faixas etárias mais avançadas apresentam menor probabilidade de sofrerem de perturbações depressivas, observando-se que as faixas etárias dos [18-34] anos de idade (OR=2,18), [35-49] anos de idade (OR=2,11) e [50-64] anos de idade (OR=1,82) apresentam um risco superior ao das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

3.1.3. Patogénese da Depressão *Major*

Apesar do forte impacto e prevalência da Depressão *Major*, ainda não existe um amplo conhecimento relativo à sua patogénese. Vários aspetos contribuem para a difícil interpretação dos mecanismos da doença, tais como a dificuldade existente em documentar as alterações patológicas no cérebro quando comparado a outros órgãos. As técnicas disponíveis para avaliar a função cerebral consistem na neuroimagem e em estudos *post-mortem* que proporcionam evidências importantes sobre as regiões do cérebro envolvidas na Depressão *Major*, no entanto as alterações na atividade cerebral demonstradas não são suficientes para explicar a complexidade da Depressão *Major* na sua totalidade (Krishnan & Nestler, 2008; Phelps & LeDoux, 2005)

O desenvolvimento de novos tratamentos, de base científica, depende da compreensão das contribuições genéticas e ambientais para a Depressão *Major* e da neurobiologia associada (Saveanu & Nemeroff, 2012).

A regulação das emoções, da recompensa e da função executiva implica várias regiões e circuitos cerebrais, que estão amplamente interligados. Entre essas estruturas estão o córtex pré-frontal, o estriado ventral (incluindo núcleos accumbens), a amígdala e o hipocampo. Acredita-se que o comprometimento destas áreas está relacionado com o aparecimento da *Depressão Major*, daí que estas estruturas cerebrais sejam alvo do tratamento antidepressivo (Maletic [et al.], 2007; Nestler [et al.], 2002).

A evidência científica sugere que estas regiões cerebrais contribuem para diferentes formas de *Depressão Major*. Por exemplo, o neocórtex e o hipocampo parecem mediar os sintomas cognitivos da *Depressão Major*, tais como a perda de memória e os sentimentos de ruína, de desesperança e culpa. Diversos estudos em pessoas com *Depressão Major* demonstraram alterações no fluxo sanguíneo, redução do volume da massa cinzenta e da densidade da glia no córtex pré-frontal e hipocampo (Krishnan & Nestler, 2008; Maletic [et al.], 2007; Manji, Drevets & Charney, 2001). O estriado e a amígdala são provavelmente os responsáveis pela memória emocional, e o comprometimento nestas estruturas pode ser a base da anedonia, ansiedade e desmotivação das pessoas com *Depressão Major*. O hipotálamo é responsável por sintomas neurovegetativos na *Depressão Major*, como as perturbações do sono e do apetite (Nestler [et al.], 2002).

A utilização da ressonância magnética e da tomografia por emissão de positrões (PET) demonstrou que os sintomas depressivos estão associados ao aumento da atividade da amígdala enquanto o aumento da atividade no córtex cingulado subgenual está relacionado com as emoções e o humor disfórico (Krishnan & Nestler, 2008).

O papel do sistema serotoninérgico e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal na patogénese da *Depressão Major* está também documentado. Durante a *Depressão Major*, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal permanece em hiperatividade. Sabe-se que cerca de 40% das pessoas com *Depressão Major* apresentam elevados níveis de hormona libertadora da corticotrofina e de cortisol, uma alteração que é revertida através da administração de antidepressivos e da realização de exercício físico (Anisman & Zacharko, 1982; Bremner [et al.], 2000; Dickerson & Kemeny, 2004; Hayley [et al.], 2005).

Vários estudos demonstram que a neurotransmissão da serotonina está diminuída na *Depressão Major*. Vários ensaios clínicos e estudos neuroimagingológicos por PET comprovaram a diminuição dos recetores de serotonina-1A em doentes deprimidos (Anisman, 2009; Briones-Aranda, Rocha & Picazo, 2005; Keeney [et al.], 2006).

A hipótese das monoaminas defende que a *Depressão Major* é causada por uma diminuição da função das monoaminas no cérebro, caracterizada por uma deficiência na

neurotransmissão mediada por serotonina (5-HT), norepinefrina e dopamina. Esta hipótese tem sido aperfeiçoada ao longo dos últimos anos através de estudos experimentais (Anisman, 2009; Krishnan & Nestler, 2008; Maletic [et al.], 2007).

A concentração de monoaminas pode ser alterada devido ao comprometimento da sua produção, armazenamento ou libertação, ou pode permanecer normal e os seus recetores e/ou atividade de mensageiro sub-celular estar alterada. As monoaminas afetam vários aspetos que permanecem alterados durante um episódio de Depressão *Major*, incluindo o sono, o estado de vigília, apetite, motivação e a atividade motora (Naranjo, Tremblay & Busto, 2001).

Outra hipótese conhecida é a dos fatores neurotróficos. Os fatores neurotróficos são conhecidos por serem reguladores potentes da plasticidade e da sobrevivência de neurónios adultos e de glia. Assim, a hipótese neurotrófica defende que o comprometimento do suporte neurotrófico pode contribuir para a patologia do hipocampo durante o desenvolvimento de um episódio de Depressão *Major*, contudo esta condição pode ser invertida através do tratamento com antidepressivos e eletroconvulsivoterapia (Altar, 1999; Karege [et al.], 2002; Nestler [et al.], 2002; Nibuya, Morinobu & Duman, 1995).

Finalmente, o papel do stresse na etiologia da Depressão *Major* está igualmente demonstrado. O termo stresse foi definido originalmente por Hans Selye, nos anos 40, como uma reação inespecífica do organismo após a ação de fatores potencialmente lesivos, designados stressores. Atualmente o stresse caracteriza-se por uma resposta adaptativa (física, mental ou emocional) a eventos capazes de causar desequilíbrios na homeostasia do organismo, permitindo que o mesmo maximize as suas hipóteses de sobrevivência face ao stressor. A resposta do organismo ao stresse começa no sistema nervoso central, que processa a informação sensorial relativa ao stressor externo. Se a situação for percebida como potencialmente prejudicial, uma cascata de respostas neuronais, hormonais e comportamentais é desencadeada com o objetivo de lidar com essa situação (Grønli [et al.], 2005).

Embora seja verdade que o stresse pode ter uma associação direta ou indireta causal na patogénese da Depressão *Major* (Anisman & Zacharko, 1982; Brown, 1993; Cui & Vaillant, 1996; Paykel, 2001), o seu impacto no organismo depende das suas próprias características: stresse agudo ou crónico, stresse controlável ou incontrolável; e das características da pessoa afetada como a resiliência, os mecanismos de *coping* ou a história de eventos stressantes anteriores (Anisman & Merali, 1999; Paykel, 2001; Sullivan, Neale & Kendler, 2000).

As alterações que ocorrem durante uma reação de adaptação ao stresse são frequentemente encontradas na Depressão *Major*. O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal é ativado pelo stresse, que provoca a libertação de glucocorticoides, aumentando a tensão arterial, a frequência cardíaca e o metabolismo. Nas pessoas com Depressão *Major*, a concentração de glucocorticoides é frequentemente elevada, o que caracteriza uma disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (Anisman, 2009; Krishnan & Nestler, 2008; Nestler [et al.], 2002). Este comprometimento provoca um quadro típico caracterizado pela redução do nível sérico de catecolaminas, tais como a noradrenalina, a adrenalina e a dopamina, bem como o aumento do cortisol plasmático (Krishnan & Nestler, 2008; Nestler [et al.], 2002).

3.1.4. Diagnóstico da Depressão *Major*

De uma forma sucinta, a Depressão *Major* pode ser definida como uma doença grave e recorrente, diretamente relacionada com a diminuição do funcionamento global e da qualidade de vida, da morbilidade e mortalidade (Bromet [et al.], 2011). No entanto, o diagnóstico de Depressão *Major* é amplo e heterogéneo, sendo fundamentais duas manifestações principais: o humor deprimido e/ou a perda de prazer na maioria das atividades. A gravidade da doença é determinada tanto pelo número e gravidade dos sintomas, como pelo grau de incapacidade associado (APA, 2006; Kessler [et al.], 2005).

Os sintomas nucleares dos episódios depressivos *major* como as queixas somáticas, a irritabilidade e o isolamento social são particularmente comuns em crianças, enquanto a inibição motora, a hipersónia e as ideias delirantes são menos comuns na pré-puberdade do que na adolescência ou na idade adulta. Em crianças pré-púberes e adolescentes os episódios depressivos *major* ocorrem mais frequentemente em conjunto com outras perturbações mentais (especialmente, perturbações disruptivas do comportamento, perturbações por défice da atenção e perturbações da ansiedade) do que isoladamente. Em adultos e idosos os sintomas cognitivos (desorientação, perda de memória, distratibilidade) podem ser particularmente proeminentes (APA, 2006).

De acordo com a American Psychiatric Association (APA) (APA, 2006), o diagnóstico de Depressão *Major* pressupõe que estejam presentes o humor disfórico e perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, também conhecida como anedonia e, concomitantemente, pelo menos quatro sintomas adicionais por um período de pelo menos duas semanas. Os sintomas devem ser clinicamente significativos ou causarem

prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outras áreas de funcionamento (Gotlib & Joormann, 2010; Kessler [et al.], 2005; Williams Jr [et al.], 2000).

Para a realização do diagnóstico de Depressão *Major* devem utilizar-se sistemas de classificação de doenças, sendo que para as perturbações psiquiátricas podem ser utilizados dois sistemas de classificação de doenças amplamente discutidos em todo o mundo, o *International Classification of Diseases 10 (ICD -10)* da OMS (WHO, 2010) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* da APA (APA, 2006). Os sistemas de classificação resultam de consensos cujo objetivo é definir diferentes graus de gravidade das doenças, facilitando o seu diagnóstico e tratamento. A utilização destas ferramentas de diagnóstico deve considerar a diversidade de fatores biológicos, psicológicos e/ou sociais que podem ter um impacto significativo no curso da doença e na resposta ao tratamento, sendo importante considerarmos tanto a história clínica individual como a história familiar de Depressão *Major* ao realizar a avaliação diagnóstica.

O diagnóstico formal de Depressão *Major* através do sistema de classificação da OMS – *International Classification of Diseases 10 (ICD -10)* (WHO, 2010), requer pelo menos quatro de dez sintomas de Depressão *Major*, por outro lado, o sistema de classificação da APA – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* (APA, 2006), exige pelo menos cinco de nove critérios para o diagnóstico de Depressão *Major*. Os sintomas devem estar presentes durante, pelo menos, 2 semanas e cada sintoma deve notar-se ao longo da maior parte de cada dia. Ambos os sistemas de classificação exigem, pelo menos, um (DSM-IV) ou dois (ICD-10) sintomas principais (humor deprimido, a perda de interesse e prazer ou a perda de energia) estejam presentes.

3.1.4.1. Diagnóstico da Depressão *Major* segundo a ICD-10

Segundo o sistema de classificação ICD-10 da OMS, o diagnóstico de episódio depressivo deve subdividir-se em episódio ligeiro, moderado, grave sem sintomatologia psicótica ou grave com sintomatologia psicótica (codificados como F32.0, F32.1, F32,2 e F32.3, respetivamente); definindo que estamos perante um episódio depressivo quando o individuo apresenta humor depressivo, perda de interesse ou prazer, e perda de energia que conduz à fadiga e à diminuição da atividade. Outros sintomas comuns são: perda de concentração e atenção, autoestima e autoconfiança diminuídas, ideias de culpa, visão pessimista do futuro, ideação ou tentativa de suicídio, perturbações do sono e diminuição do apetite. Para o diagnóstico de qualquer episódio depressivo é

necessária uma evolução de pelo menos 2 semanas desde o início da sintomatologia descrita (WHO, 2010).

O humor depressivo é mantido ao longo do dia, com poucas variações, e é muitas vezes indiferente às circunstâncias. Por vezes, alguns sintomas como a ansiedade, angústia, e agitação psicomotora são mais proeminentes do que a distímia que, adicionalmente, pode ser mascarada por características como a irritabilidade, o consumo excessivo de álcool, o comportamento histriónico e/ou a exacerbação de fobias preexistentes (WHO, 2010).

As categorias de episódio depressivo leve (F32.0), moderado (F32.1) ou grave (F32.2 e F32.3) devem ser utilizadas apenas quando se trata do primeiro episódio depressivo, caso contrário deve utilizar-se a classificação de perturbação depressiva recorrente (F33.-). A distinção entre episódio depressivo leve, moderado ou grave baseia-se no juízo clínico, que deve compreender o número, o tipo e a gravidade dos sintomas presentes (WHO, 2010).

3.1.4.2. Diagnóstico da Depressão *Major* segundo a DSM-IV-TR

Segundo a DSM-IV-TR, a característica essencial de um Episódio Depressivo *Major* é um período de pelo menos 2 semanas durante o qual existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades. O sujeito deve igualmente experimentar pelo menos 4 sintomas adicionais de uma lista que inclui: perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos ou diminuição ou aumento do apetite; insónia e hipersónia; agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada; diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão; pensamentos recorrentes acerca da morte ou ideação suicida recorrente sem planos específicos; uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

Para serem considerados, os sintomas devem estar presentes há pouco tempo ou ter piorado claramente em comparação com o estado da pessoa antes do episódio. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos 2 semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes (APA, 2006).

Ainda segundo a DSM-IV-TR, a característica essencial da Perturbação Depressiva *Major* é a evolução clínica que é caracterizada por um ou mais episódios depressivos *major* sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos. Os critérios de diagnóstico para Perturbação Depressiva *Major* Recorrente são a presença de dois ou mais episódios depressivos *major*, em que os episódios depressivos *major* não podem ser melhor explicados por uma perturbação esquizoafetiva, e não se sobrepõem a uma esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou perturbação psicótica sem outra especificação. Adicionalmente, nunca existiu um episódio maníaco, um episódio misto ou um episódio hipomaníaco (APA, 2006).

3.2. ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

3.2.1. Modelo de acessibilidade e utilização dos serviços de saúde

A exposição a uma grave crise económica e financeira prevê a possibilidade de impactos acrescidos no acesso a cuidados de saúde e a análise da eficácia das instituições de saúde quanto aos resultados obtidos e a relação entre estes e a utilização dos serviços de saúde (custo-benefício) é importante para que o acesso aos cuidados de saúde não seja comprometido (Boer, Wijker & Haes, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A utilização de cuidados de saúde depende da conjugação de inúmeros fatores, entre os quais se destacam o estado de saúde da pessoa e a oferta de cuidados de saúde (Quintal, Lourenço & Ferreira, 2012). O acesso aos cuidados de saúde deve ser assumido pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde como uma questão transversal a todas as áreas de atividade, no contexto das respetivas estratégias globais de desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os estudos empíricos sobre a utilização de cuidados de saúde aparecem, por regra, ancorados no modelo comportamental proposto por Andersen (Andersen & Newman, 1973) em que as determinantes da utilização são classificadas em 3 grupos: variáveis de predisposição, de capacitação e de necessidade.

As variáveis de predisposição incluem características sociodemográficas, como a idade, que conduzem a uma probabilidade de utilização de cuidados de saúde mais elevada; as variáveis de capacitação englobam os fatores que facilitam ou, pelo contrário, dificultam ou impedem o acesso aos cuidados de saúde, como por exemplo, o rendimento; e as variáveis de necessidade que englobam os fatores que refletem a necessidade de cuidados de saúde, que são medidos através de variáveis *proxy* como, por exemplo, o número de doenças crónicas (Quintal, Lourenço & Ferreira, 2012).

Os comportamentos de procura de cuidados de saúde, o padrão de utilização dos serviços e a medida em que são supridas as necessidades de cuidados, nomeadamente de cuidados de saúde mental, têm sido amplamente investigados pela sua relevância na compreensão da utilização de serviços de saúde e no planeamento de políticas de saúde (Gater [et al.], 1991). A gravidade dos sintomas, o grau de disfunção social que os mesmos condicionam e fatores sociodemográficos como o sexo, idade, nível

educacional, estado marital e emprego estão associados e influenciam a procura e a prestação do tratamento (Bebbington [et al.], 2003).

Tem-se verificado, em muitas situações, uma procura excessiva de cuidados de saúde especializados, que implica uma sobrecarga económica e humana para os serviços de saúde. Contudo, isto nem sempre corresponde a uma melhoria do nível de cuidados prestados, pois associa-se muitas vezes a situações de iatrogenia e medicalização excessiva, com atendimento de numerosos casos cuja gravidade não justificaria o recurso a cuidados diferenciados (Arfken [et al.], 2004; Saarento, Kastrup & Hansson, 1998). Ao nível do sistema de saúde, este aumento da procura de cuidados condiciona frequentemente uma alocação inadequada de recursos e um aumento dos custos com a saúde (Arfken [et al.], 2004). Por outro lado, verifica-se que outros doentes não recebem os cuidados de saúde de que necessitam, sendo cada vez mais evidente a existência de disparidades e iniquidade na alocação de recursos (WHO, 2008).

Apesar de estudos epidemiológicos mostrarem que existe uma elevada prevalência de perturbações mentais ao longo da vida, muitas são autolimitadas e de gravidade ligeira. Contudo entre 1/3 a 2/3 dos casos graves não recebem tratamento (Kessler [et al.], 2005, 2003; WMHSC, 2004). Na área da saúde mental este é um problema particularmente grave, pois as perturbações mentais não tratadas são uma importante causa de mortalidade precoce e também morbidade (não só para o indivíduo, como para a sua família e para a comunidade em que se insere). Acresce ainda que, dada a possibilidade de tratamento, esta carga de doença seria evitável; por outro lado, a ausência de tratamento torna mais provável a persistência ou recorrência dos sintomas, ou até mesmo um agravamento dos mesmos, acentuando o impacto das perturbações mentais (WHO, 2008).

Tornou-se assim importante encontrar meios mais adequados e custo-efetivos para a avaliação da necessidade de cuidados de saúde, que facilitem a utilização racional dos serviços (WMHSC, 2004). A identificação das características individuais dos doentes e dos próprios serviços de saúde mental associadas a uma elevada utilização é um passo importante no desenvolvimento e planeamento de intervenções custo-efetivas com vista à sua minimização (Lindamer [et al.], 2012).

Andersen e Newman propuseram um modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde, que foi concebido para explicar o uso dos serviços de saúde pela população geral. Este modelo sugere que o uso dos serviços de saúde pelos indivíduos é função da sua predisposição para a utilização dos serviços, bem como dos fatores que facilitam ou impedem o seu uso e ainda a sua necessidade de cuidados (Figura 1). A satisfação

dos utentes é também incluída neste modelo como uma medida de *outcome* (Andersen, 1995; Andersen & Newman, 1973).

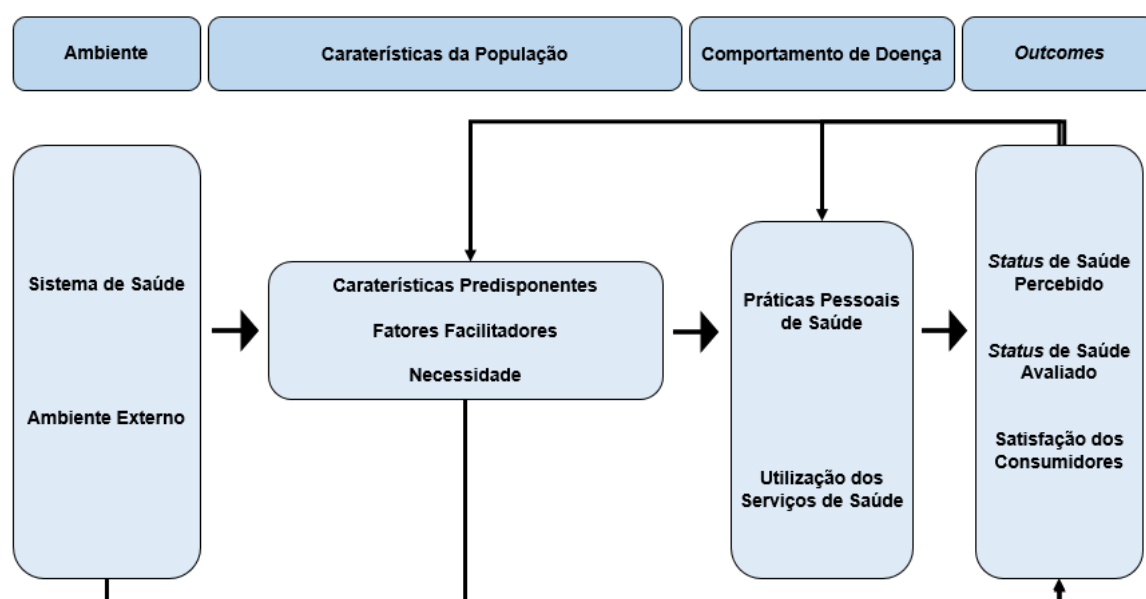


Figura 1: Modelo de Andersen e Newman de Utilização dos serviços de saúde. Fonte: Adaptado de Andersen (1995).

Os fatores predisponentes incluem variáveis demográficas, tais como o sexo e a idade; determinantes sociais, tais como a literacia, a ocupação e a etnia que determinam o estatuto social do indivíduo na sua comunidade; a capacidade para lidar com o problema em causa e os recursos de que dispõe para lidar com a situação no meio onde se encontra. Esses recursos consistem nas crenças individuais relativas à saúde, nomeadamente atitudes, valores e conhecimentos sobre a saúde e serviços de saúde, que podem influenciar as suas perceções sobre a necessidade e a utilização dos serviços de saúde.

Os fatores facilitadores podem ser pessoais, tais como as características económicas e psicológicas do indivíduo, ou familiares/sociais e ainda da comunidade, como a existência de serviços de saúde dotados de recursos técnicos e humanos e que sejam acessíveis, sendo a distância e os tempos de espera fatores importantes neste campo. Todos têm de estar presentes para que os serviços possam ser utilizados.

De acordo com Andersen, a utilização dos serviços depende ainda, em grande parte, da necessidade de cuidados de saúde sentida pelo indivíduo, bem como da sua perceção acerca do seu estado global de saúde, estado funcional e ainda do modo subjetivo como vivencia os sintomas da doença e a magnitude com que estes o afetam, de modo a considerar que são suficientemente importantes para procurar ajuda médica (Andersen, 1995).

A percepção de necessidade é considerada, em grande extensão, como sendo um fenómeno social. Contudo, a necessidade de cuidados é também avaliada pelos profissionais de saúde com base no seu juízo clínico, tendo em conta a gravidade e duração da doença e ainda a gravidade dos sintomas. A *necessidade percebida* pelos doentes nem sempre coincide com a *necessidade avaliada* pelos profissionais de saúde. A primeira relaciona-se com a procura de cuidados e com a adesão ao tratamento, enquanto a segunda está mais ligada ao tipo e quantidade de tratamento a ser prestado ao doente que procura ajuda médica.

Andersen distingue ainda a *acessibilidade potencial*, que é definida como “a presença de fatores facilitadores”, da *acessibilidade percebida*, que é a utilização efetiva dos serviços. A acessibilidade potencial é influenciada por fatores ambientais externos, nomeadamente fatores sociais, económicos, organizacionais e ainda pelo sistema de cuidados de saúde. A acessibilidade percebida pode ser medida em frequência de atendimento ou resultados dos atos médicos (Thouez, Bodson & Joseph, 1988), sendo influenciada por aspetos do sistema de saúde tais como as políticas de saúde, os recursos e a organização dos serviços (Figura 2).



Figura 2: Medidas de acesso aos serviços de saúde. Fonte: Adaptado de Andersen (Andersen, 1995).

Utilizando o enquadramento conceptual do modelo de Andersen, os fatores predisponentes, facilitadores e a percepção de necessidade foram investigados como potenciais fatores preditivos de utilização dos serviços de saúde (Carr [et al.], 2003; Lindamer [et al.], 2012). Embora os fatores predisponentes, facilitadores ou impeditivos sejam necessários para determinar se uma pessoa com problemas mentais ou emocionais recebe cuidados de saúde, estes não são suficientes, pois aquela tem de ter a percepção de que tem uma doença antes de receber tratamento. A percepção da gravidade da doença é a causa mais direta e fortemente relacionada com a utilização

dos serviços de saúde e parece afetar o tratamento independentemente da necessidade avaliada (Dhingra [et al.], 2010).

A identificação das características individuais dos doentes, e dos próprios serviços de saúde, associadas a uma elevada utilização, permite o planeamento e implementação de estratégias custo-eficazes com vista à sua minimização. Assim, este conhecimento pode ter um impacto positivo na otimização dos cuidados de saúde e beneficiando simultaneamente os próprios doentes (Boer, Wijker & Haes, 1997; Lindamer [et al.], 2012).

3.2.2. Enquadramento conceptual do acesso aos cuidados de saúde mental

Os fenómenos de acessibilidade e utilização dos serviços de saúde são influenciados por fatores demográficos, psicológicos/emocionais, culturais, económicos e geográficos.

Os fatores geográficos: proximidade dos serviços, tempo de deslocação, o desenvolvimento das redes viárias e de transportes instaladas; são os fatores com maior visibilidade, no entanto não podem ser dissociados dos fatores económicos: o rendimento das famílias, custos de deslocação, custos dos medicamentos; culturais: crenças, estilos de vida e valorização da doença; demográficos: idade, sexo, profissão e estatuto social; e psicológicos/emocionais: a motivação para recorrer aos serviços de saúde (Melo, 1999).

Goldberg e Huxley desenvolveram um modelo com o objetivo de caracterizar o percurso dos indivíduos com perturbações mentais através dos recursos existentes nos diferentes níveis do sistema de saúde. O modelo pretende também identificar os obstáculos - designados por filtros, existentes na transição entre os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde (Goldberg & Huxley, 1980).

O modelo de Goldberg-Huxley (Figura 3) permite clarificar o trajeto entre a comunidade e o internamento do doente com patologia mental em unidades de psiquiatria, observando a necessidade de cuidados e a respetiva utilização dos serviços de saúde.

Segundo este modelo o sistema de saúde compreende 5 níveis de acesso aos cuidados de saúde mental e psiquiatria, sendo que entre cada nível existe 1 filtro. O nível 1 compreende todos os casos de indivíduos com doença mental na comunidade; o nível 2 inclui todos os indivíduos com doença mental que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários (CSP); o nível 3 refere-se aos indivíduos cuja doença mental foi detetada ao nível dos CSP; o nível 4 corresponde à utilização dos serviços de saúde mental; e, por

fim, o nível 5 corresponde aos indivíduos que são internados em serviços psiquiátricos. Por sua vez, o filtro 1 corresponde ao comportamento de doença, ou seja à procura de ajuda médica perante determinado conjunto de sintomas; o filtro 2 diz respeito à capacidade de deteção da doença mental nos CSP; o filtro 3 corresponde à decisão de referenciação dos CSP para os serviços de saúde mental e, finalmente, o filtro 4 corresponde à decisão de internamento em unidade de psiquiatria.

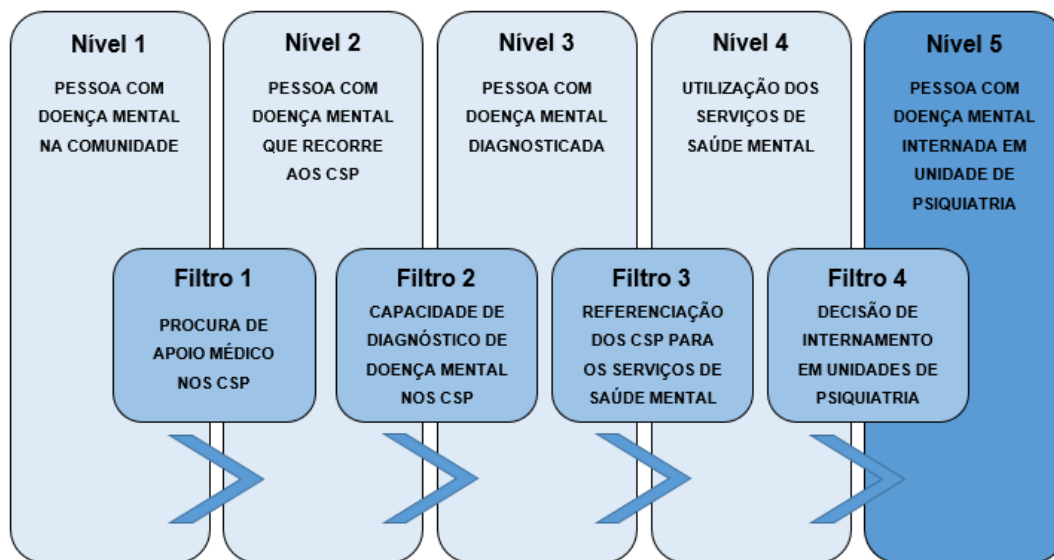


Figura 3: Representação do modelo de Goldberg-Huxley. Fonte: Adaptado de Goldberg & Huxley (1980).

Estes filtros influenciam, de forma significativa, a prevalência de doença mental tratada pois apenas uma pequena parcela dos indivíduos com doença mental tem a possibilidade de ser observados por profissionais de psiquiatria e saúde mental. A maioria dos indivíduos com doença mental não recorre a cuidados médicos - filtro 1, ou a sua doença não é diagnosticada - filtro 2, ou é diagnosticada mas não referenciada para cuidados especializados - filtro 3. Este modelo é válido sobretudo para as situações clínicas em que não se verificam perturbações graves do comportamento, uma vez que estas acabam por ser dirigidas imediatamente aos cuidados especializados através do envio aos serviços de urgência em situações de crise.

A permeabilidade dos filtros e a prestação de cuidados nos diferentes níveis é influenciada por fatores individuais, sociais e estruturais. Os fatores individuais compreendem as características sociodemográficas, a perceção e valorização pessoal da doença; os fatores sociais incluem as crenças e atitudes culturais acerca de saúde e doença, especificamente doença mental; e, por fim, os fatores estruturais como os recursos disponíveis e a acessibilidade aos mesmos são fulcrais na permeabilização do acesso aos cuidados de psiquiatria e saúde mental (Andersen, 1995).

Podemos considerar que existe um “acesso eficaz” quando ocorre a melhoria do estado de saúde do indivíduo após a utilização dos serviços de saúde ou quando o indivíduo está satisfeito com a utilização dos mesmos. Um “acesso eficiente”, por sua vez, demonstra-se quando o nível de saúde ou satisfação com os serviços aumenta relativamente à quantidade de serviços de saúde consumidos (Andersen, 1995).

3.3. REPERCUSSÕES DA CRISE ECONÓMICA NA SAÚDE

3.3.1. Perspetiva histórica de crises económicas anteriores

O interesse académico nas complexas relações entre crises económicas e saúde tem variado ao longo dos anos, abrandando frequentemente nos períodos de prosperidade económica, para ser retomado durante os episódios de recessão (Walker, 2010).

A «Grande Depressão» marcou o início da investigação científica acerca das ligações entre as crises económicas e a saúde em termos globais, especialmente na Europa, onde organizações internacionais demonstravam uma preocupação comum quanto aos efeitos da recessão na saúde das pessoas. Em 1933, segundo um relatório da *League of Nations Health Organization* (LNHO) Cit. por Walker (2010), a crise económica que afetou o mundo inteiro foi responsável pelos piores perigos para a saúde de milhões de pessoas e o desemprego em massa disseminou a fome, provocou uma diminuição dos rendimentos familiares e limitou o acesso aos serviços de saúde (Walker, 2010).

Este período de crise terá provocado um agravamento inédito das condições sociais e de saúde, refletindo os efeitos nefastos do desemprego e da pobreza na saúde das pessoas, o que aumentou o interesse da comunidade científica internacional.

A questão central de investigação consiste na definição do impacto das crises económicas na saúde pública e, ainda hoje, promove evidência científica contraditória. A resposta a esta questão tem sido, ao longo dos anos, baseada na observação das taxas de mortalidade e da variação demográfica como o reflexo da saúde de uma população, bem como a capacidade dos sistemas de saúde de proteger os mais vulneráveis dos efeitos da crise económica na saúde.

A grande maioria das publicações acerca da relação entre a crise económica e a saúde, durante o período da «Grande Depressão», concluíram que as taxas de mortalidade não aumentaram como era esperado. Num relatório da LNHO Cit. por Walker (2010) concluiu-se que a crise não teve um impacto significativo nas taxas de mortalidade nos países incluídos no estudo, nomeadamente Alemanha, EUA, França, Hungria, Itália, Holanda, Polónia, Reino Unido e Checoslováquia (Walker, 2010). Por outro lado, existe evidência científica que demonstra que durante este período aumentaram os casos de desnutrição, de doença, de deterioração do estado de saúde mental e uma diminuição significativa do peso e altura das crianças, especialmente em desempregados ou

famílias com pessoas desempregadas (Fishback, Haines & Shawn, 2007; Walker, 2010).

Ao longo dos anos, várias crises económicas têm desafiado os sistemas de saúde e alertado a comunidade científica para o estudo da relação entre as crises económicas e a saúde. Por exemplo, em 1992, a crise económica de Cuba aliada ao embargo dos EUA, despoletou o aumento das doenças infecciosas, a subnutrição e o índice de mortes violentas (Garfield & Santana, 1997). Em 1997, na Indonésia, a inflação e a desvalorização da moeda levou a uma forte redução da despesa pública de saúde e da utilização de cuidados de saúde (Waters, Saadah & Pradhan, 2003). Nos anos 90, no México, a crise económica provocou um aumento da taxa de mortalidade infantil e da taxa de mortalidade nos idosos, o que segundo os autores pode explicar-se pela diminuição de recursos e aumento de pressões no setor da saúde (Cutler [et al.], 2002).

Atualmente, Portugal atravessa uma grave crise económica e financeira com inevitáveis repercussões na saúde e no sistema de saúde do país (OPSS, 2012) e, apesar de a crise económica atual ainda não ser comparável à Grande Depressão da década de 30, é fundamental recordarmos as suas graves repercussões na saúde pública dos EUA: a desnutrição, o aumento dos problemas de saúde mental, alguns programas e serviços de saúde reduzidos ou eliminados, o aumento das taxas de mortalidade para as principais causas de morte (Levy & Sidel, 2009).

O advento da crise económica e financeira mundial, apelidada de crise do *subprime*, e as suas consequências obrigaram alguns governos europeus a aumentarem o endividamento em resposta à crise dos sistemas financeiros (OPSS, 2012) na tentativa de inverter a pior recessão económica dos países desenvolvidos desde a década de 30, com inevitáveis repercussões sociais e de saúde (WHO, 2009).

Várias economias desenvolvidas enfrentam ainda a recessão, o aumento do desemprego e, nos países onde a crise exigiu o recurso à assistência financeira de instituições internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) ou o Banco Central Europeu (BCE), a situação é particularmente grave para o financiamento dos serviços de saúde, atendendo às restrições de despesa impostas (WHO, 2009).

Com a queda do Produto Interno Bruto (PIB) e o crescimento do desemprego, as finanças públicas deterioraram-se e a situação foi ainda mais agravada pelo aumento do custo dos empréstimos que refletiam fatores económicos e políticos. Em alguns países a dívida pública já era alta, em 2008, e a pressão causada pela crise, em particular o colapso das receitas fiscais rapidamente provocou o aparecimento de dúvidas quanto à capacidade destes países em satisfazerem as suas obrigações financeiras. O custo dos

empréstimos atingiu valores insustentáveis levando à intervenção financeira internacional e a programas de ajustamento económico impostos pela Comissão Europeia, BCE e FMI nos países mais vulneráveis à crise económica (WHO, 2013).

A incapacidade dos governos da Grécia, Irlanda e Portugal na gestão do sobreendividamento necessário em período de recessão, obrigou estes países a recorrerem a “resgates” financeiros. A intervenção externa obriga à implementação de medidas, muitas vezes consideradas “draconianas”, de redução da despesa sendo que entre elas encontram-se medidas de racionalização e de eficiência a vários níveis do sistema de saúde (OPSS, 2012).

Apesar de mais de 100 anos de investigação sobre os efeitos da turbulência económica na saúde, a relação entre as duas não é ainda consensual. A totalidade das consequências da crise nos países mais afetados só será perceptível a longo prazo, contudo alguns efeitos são já claros. A incidência de problemas mentais aumentou na Grécia e em Espanha. A autoapreciação do estado de saúde e o acesso aos serviços de saúde também se agravaram na Grécia e o número de suicídios em pessoas com menos de 65 anos tem crescido em toda a União Europeia desde 2007, invertendo a diminuição observada, e até à data constante, em muitos países europeus. As populações mais vulneráveis são as que residem nos países que enfrentam os maiores cortes orçamentais e as maiores taxas de desemprego (Karanikolos [et al.], 2013).

A despesa total em saúde dos países afetados por uma crise económica tende a diminuir e essa diminuição leva a redução de salários dos profissionais, redução do consumo e custo de equipamentos ou medicamentos e redução da despesa em infraestruturas (WHO, 2009). A redução dos rendimentos das pessoas, o aumento do custo dos cuidados de saúde, e os cortes nos serviços de saúde podem impedir a acessibilidades das pessoas a cuidados de saúde atempados e adequados (Karanikolos [et al.], 2013).

As consequências humanas da recessão são por vezes escondidas. Por exemplo, o desemprego pode travar a crescente independência económica e financeira das mulheres, que terá as suas próprias consequências para a saúde. A redução das despesas familiares tem impacto na saúde, na educação e, finalmente, no bem-estar das famílias e no desenvolvimento da comunidade como um todo (WHO, 2009).

As restrições impostas pela diminuição da despesa, o aumento do custo dos tratamentos, a diminuição dos rendimentos familiares por via do aumento dos impostos ou da redução de salários afetam a utilização dos serviços de saúde, traduzindo-se em menor procura do setor privado e conseqüente transferência de procura para o setor

público. Tendo em conta que os serviços públicos também estão comprometidos ou poderão não estar preparados para lidar com o aumento da procura, a qualidade global dos cuidados de saúde pode diminuir (WHO, 2009).

3.3.2. Relação entre crise económica, saúde e políticas de saúde

O choque da crise financeira global levou a um declínio de 4,5% no PIB *per capita* dos países da região europeia da OMS, em 2009, pondo fim a uma década de crescimento económico. A média de desemprego registado na União Europeia (UE) subiu de uma média de 7,1% no ano de 2008 para 9,7% em 2010 e 10,5% em 2012. Em países como Portugal, Grécia e Espanha o desemprego aumentou para níveis muito elevados como resultado da crise, e mantiveram uma tendência de crescimento, atingindo 16%, 24% e 25%, respetivamente, em 2012 (WHO, 2013).

A dívida pública aumentou consideravelmente em termos de percentagem do PIB, particularmente na União Europeia, e alguns governos enfrentaram enormes aumentos no custo dos empréstimos, ao mesmo tempo, a disponibilidade de crédito para o investimento no setor privado diminuiu, o desemprego aumentou, os salários foram congelados ou reduzidos e o poder de compra das famílias diminuiu. Esta conjugação de fatores agravou a situação fiscal dos governos afetados. Em muitos países ocorreu uma redução drástica da despesa pública em saúde desde 2008, por exemplo, Grécia, Irlanda e Portugal reduziram a despesa em saúde durante três ou mais anos (WHO, 2013).

Este panorama económico gera repercussões na saúde e nos sistemas de saúde e o seu impacto deve ser avaliado tendo em conta alguns fatores fundamentais: a situação socioeconómica, de saúde e de proteção social inicial, a intensidade da crise e as respostas à crise implementadas (OPSS, 2012).

Existe uma crescente base de conhecimento quanto aos efeitos de uma crise económica na saúde, no entanto, devemos ter em conta que esses efeitos variam entre países e entre subgrupos de população de cada país (Marmot & Bell, 2009; Marmot, 2014; OPSS, 2012; Stuckler [et al.], 2011). A resposta fiscal de um país à recessão e a presença de redes sociais de segurança e saúde efetivas podem determinar a magnitude do risco de problemas de saúde (Marmot, 2014).

Quando as necessidades de saúde tendem a aumentar à medida que o rendimento das famílias diminui, as políticas fiscais introduzidas em períodos de crise económica podem

ter efeitos ainda mais nefastos para a saúde das pessoas. Se considerarmos que alguns serviços de saúde podem sofrer cortes ou ter de lidar com necessidades de tratamento adicionais, podem ocorrer situações em que os doentes não conseguem obter assistência oportuna e eficaz (WHO, 2012).

Se por um lado quantificar os efeitos de uma crise económica na saúde é uma tarefa difícil e demorada graças à carência de dados oportunos e relevantes sobre o estado de saúde, morbidade, mortalidade e utilização de cuidados de saúde, e o facto de que os dados disponíveis raramente são comparáveis internacionalmente. Por outro lado, existem poucos estudos direccionados para quantificar os efeitos na saúde decorrentes das políticas governamentais introduzidas em resposta às crises económicas. A utilização dos resultados da investigação científica para o desenvolvimento de políticas mais eficazes para a proteção da saúde e diminuição das desigualdades sociais também tem sido limitada (WHO, 2013).

A crise económica resultou no aumento da taxa de desemprego considerável, particularmente nos países submetidos a assistência financeira, como Portugal. As pessoas desempregadas tornam-se mais vulneráveis à instabilidade financeira, a problemas de saúde física e de saúde mental. Existe evidência sobre a relação entre o sofrimento mental, especialmente nos períodos de crise económica, e as suas repercussões físicas (OPSS, 2012), entre as consequências em saúde mais associadas ao desemprego e à pobreza estão o aparecimento de doenças como a diabetes, hipertensão ou doença coronária, e o aumento da incidência de Depressão *Major*, suicídio e ansiedade (Chen [et al.], 2012; Marmot & Bell, 2009; SESPAS, 2011; Vogli [et al.], 2008). O aumento do número de casos de doença coronária, como o enfarte do miocárdio, está bem documentado (Drivas [et al.], 2013), tal como, a emergência ou a reemergência de doenças infecciosas.

A evidência científica demonstra que a crise económica provoca um agravamento das doenças transmissíveis (Rechel [et al.], 2011; Suhrcke [et al.], 2011). Apesar de ser difícil prever a influência da crise económica na ocorrência destes fenómenos, que dependem de fatores como a presença de um foco de infeção e de meios de transmissão na população, existe evidência da ocorrência de malária e de transmissão de dengue (Bonovas & Nikolopoulos, 2012; Sousa, Clairouin & Seixas, 2012), tal como do aumento do número de infeções pelo VIH entre utilizadores de drogas por via parentérica (ECDC, 2012), nalguns países submetidos a medidas de austeridade mais profundas. Estes fenómenos podem explicar-se pelo aumento da transmissibilidade que resulta da má adesão à terapêutica, do empobrecimento, da precariedade, da dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, da redução do investimento em vigilância

de saúde pública e/ou nas reduções substanciais de financiamento de programas de prevenção (e.g. troca de seringas) (OPSS, 2012). Segundo a DGS (2013), em Portugal, desde 2008 que se tem verificado uma redução na realização do teste do VIH em indivíduos com tuberculose, um decréscimo acentuado do número de testes nos Centros de Apoio a Toxicodependentes (CAD), uma redução de cerca de 60% no número de seringas distribuídas entre 2009 (2.740.000) e 2012 (1.086.400), ao abrigo do programa de troca de seringas e, ainda, uma redução drástica (cerca de 70%) na distribuição gratuita de preservativos masculinos (PORTUGAL.DGS.DSIA, 2013).

Alterações nas taxas de mortalidade em situações prolongadas de crise foram relatadas em crises económicas anteriores (Leinsalu, Vågerö & Kunst, 2003). Na Grécia, a partir de 2008, observou-se um aumento da mortalidade infantil após um declínio de largos anos, além disso, ocorreu ainda um aumento de 32% no número de nados mortos registados (Vlachadis & Kornarou, 2013).

As alterações no rendimento familiar como resultado do aumento do desemprego, do aumento da carga fiscal ou da redução dos salários, produzem efeitos nefastos sobre os comportamentos de risco, tais como o tabagismo, o consumo de álcool e o consumo de substâncias psicoativas. Segundo Quaglio [et al.] (2013), durante os períodos de recessão nos países da União Europeia, observados entre 1970 e 2007, evidenciou-se que a um aumento de 1% na taxa de desemprego está associado um aumento de 0,79% na taxa de homicídios e a um aumento de 3% na taxa de desemprego está associado um aumento de 28% nas mortes associados ao consumo de álcool (Quaglio [et al.], 2013).

Sabemos que as mortes por acidente de viação tendem a diminuir, refletindo a diminuição da utilização de veículos motorizados devido às crescentes dificuldades económicas e ao aumento da carga fiscal. Este fenómeno foi observado em vários países europeus, especialmente naqueles onde as taxas iniciais eram especialmente elevadas (Khang, Lynch & Kaplan, 2005; Stuckler [et al.], 2011). Pelos mesmos motivos, o consumo global de álcool também tende a diminuir mas existe evidência de que o consumo de álcool por pessoas em risco pode aumentar (Bor [et al.], 2013).

Além do impacto das crises económicas na saúde das pessoas, estes períodos são também marcadas pela pressão exercida sobre os governos para a redução da despesa em diversas áreas, incluindo a área da saúde. Durante a recente crise económica, Portugal, tal como outros países, foi obrigado a instituir várias medidas centradas na redução da despesa em saúde como parte de uma ampla gama de estratégias de ajustamento a menores recursos financeiros. O desafio tem sido o de manter o acesso

universal a cuidados de saúde de qualidade através da introdução de políticas de redução de despesa e de ganhos de eficiência. Em circunstâncias normais, estas políticas devem ser tidas como uma prioridade, mas a crise económica e financeira deu um impulso adicional (WHO, 2013).

As estratégias mais comuns adotadas para diminuir a despesa e aumentar os ganhos em eficiência centraram-se em medidas de diminuição do custo com os trabalhadores do setor da saúde, diminuição da despesa com medicamentos (Brito, 2013; OECD, 2013), promoção do acesso aos cuidados de saúde primários de qualidade, reestruturação de serviços e unidades de saúde, partilha e gestão de recursos, promoção de atividades custo-efetivas e incremento da saúde da população (WHO, 2013).

Sendo os custos com os trabalhadores do sector responsáveis pela maior parte das despesas em saúde, esta área tem sido alvo comum para a poupança. Desde a redução dos salários dos profissionais de saúde, à redução dos benefícios, como o congelamento de progressões na carreira, o congelamento de pensões e a introdução de sobretaxas, o aumento das horas de trabalho, o corte nas horas extraordinárias e não substituição dos funcionários que se aposentam (WHO, 2013).

As medidas de redução da despesa foram acompanhadas por medidas com o objetivo de gerar receitas adicionais para o financiamento do sistema de saúde através da introdução de taxas adicionais nos rendimentos do trabalho e nas pensões ou da redução da despesa com os subsistemas de saúde através do aumento da taxa cobrada às pessoas abrangidas (Notara [et al.], 2013; Stuckler [et al.], 2009; WHO, 2009, 2013). Além disso, em Portugal, verificou-se um aumento das taxas moderadoras em várias áreas (cuidados em ambulatório, prescrição de fármacos, cuidados hospitalares, urgências hospitalares, etc.).

As taxas moderadoras são, geralmente, impostas para aumentar a receita dos sistemas de saúde ou para limitar os custos de saúde fomentando a utilização racional dos serviços de saúde. A sua utilização é limitada sendo que está demonstrado que não têm a capacidade de seleção desejada, no entanto existe evidência de que as taxas moderadoras reduzem a utilização dos serviços de saúde de uma forma transversal, desde os cuidados básicos aos cuidados mais diferenciados. Desta forma a utilização das taxas moderadoras pode ter efeitos nefastos, sendo que pode impedir as pessoas de obterem tratamentos necessários (Barros, 2012; WHO, 2013).

O aumento das taxas moderadoras tem sido amplamente criticado visto que a evidência demonstra que o aumento das mesmas pode dissuadir as pessoas mais pobres a procurarem os cuidados de saúde necessários (Quaglio [et al.], 2013). No entanto, em

Portugal, houve uma preocupação em proteger as pessoas mais vulneráveis economicamente através do aumento das isenções de taxas moderadoras em determinados cuidados de saúde (Barros, 2012).

A crise aumentou a pressão financeira sobre muitas famílias, especialmente as que foram afetadas pelo desemprego. A queda dos rendimentos familiares pode ter afetado negativamente o acesso aos cuidados de saúde, especialmente em sistemas de saúde onde os pagamentos *out-of-pocket* já são elevados, tornando mais difícil para as famílias absorver o aumento do custo dos cuidados de saúde.

Os dados relativos à utilização dos serviços de saúde são difíceis de interpretar e devem ser avaliados caso a caso. Em alguns países observou-se um incremento na utilização de alguns serviços de saúde e uma redução de utilização noutros, desde o início da crise económica. Importa referir que entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal, foi um dos países onde se registou um maior agravamento da percentagem do contributo do doente na aquisição de medicamentos (OECD, 2013).

Para que se entendam os efeitos das alterações na cobertura de saúde é necessária uma monitorização cuidadosa dos padrões de utilização e das barreiras à utilização/acesso aos serviços de saúde, no entanto, em muitos países, os dados necessários não estão disponíveis (WHO, 2013). Os dados disponíveis evidenciam uma redução da utilização dos serviços de saúde devido a fatores como a fragilidade económica, a utilização de cuidados de saúde mais baratos e o aumento dos pagamentos *out-of-pocket* para testes de diagnóstico e outros tratamentos (WHO, 2013).

Em períodos de recessão económica o preço dos medicamentos e equipamentos médicos pode aumentar sendo necessários esforços governamentais no sentido de absorver o aumento do custo dos fármacos e dos cuidados de saúde, por exemplo através do incremento da utilização de medicamentos genéricos. Quando este aumento de custos não é absorvido, o impacto reflete-se no aumento dos custos para o doente, o que coloca as pessoas mais vulneráveis em risco de incumprimento de tratamento e de fragilidade económica (WHO, 2009).

Em Portugal, ao nível da política do medicamento, os esforços de contenção de despesa têm sido uma prioridade. A crise aumentou o poder de negociação do governo que conseguiu alcançar acordos de redução de preço de produtos farmacêuticos e dispositivos médicos e, adicionalmente, foram incrementadas políticas que fomentam a utilização de medicamentos genéricos (Brito, 2013; WHO, 2013).

No período de 2009 a 2011, a evolução da despesa com medicamentos em Portugal registou um decréscimo considerável, sendo a taxa de crescimento anual *per capita* (-5,7%) inferior à média dos países da OCDE (-0,9%), sendo que apenas 2 países da OCDE registaram taxas de crescimento da despesa com medicamentos inferiores a Portugal, Grécia (-10,1%) e Estónia (-7,2%), respetivamente (OECD, 2013).

Além das tentativas de promoção da utilização de medicamentos custo-efetivos e do encorajamento da utilização de cuidados extra-hospitalares, alguns países tomaram outras medidas para aumentar a eficiência como a introdução ou a expansão da utilização de guidelines para a prática clínica (WHO, 2013).

Para alcançar poupanças a curto prazo, alguns países reduziram a dependência dos cuidados hospitalares através do encerramento de infraestruturas redundantes e da fusão ou centralização de instituições, na maioria das vezes hospitais, diminuindo os custos indiretos do setor da saúde (WHO, 2013). As reduções da despesa pública em saúde foram assim alcançadas através de um espectro variado de medidas.

A ausência de avaliação das medidas tomadas para diminuir a despesa em saúde torna difícil estimar os seus efeitos e os resultados alcançados em termos de eficiência e qualidade na organização e acessibilidades aos cuidados de saúde. Em vários países se verificaram reduções de despesa (ao nível do custo com medicamentos, dos salários dos profissionais de saúde ou dos custos com os serviços de saúde) que geraram poupança (OECD, 2013), no entanto, a poupança pode não significar ganhos de eficiência (WHO, 2013).

3.3.3. Impacto da crise económica na saúde mental

As repercussões da crise na saúde mental das pessoas resultam da convergência, por um lado, do aumento dos níveis de stresse e de ansiedade resultantes de fatores como o desemprego, a insegurança, a diminuição de rendimentos disponíveis e da consequente alteração de padrões de alimentação; e por outro, da alteração das políticas de saúde que podem reduzir a capacidade de resposta dos serviços de saúde, a par do aumento da comparticipação financeira dos utentes, entre outros (OPSS, 2013).

A maior vulnerabilidade das pessoas a problemas de saúde mental pode ser explicada por fatores como a insegurança e desespero, a baixa escolaridade, o desemprego, o endividamento, o isolamento social e as condições precárias da habitação (WHO, 2011).

A pobreza, os problemas financeiros e a segregação social são os principais fatores de risco socioeconómico para os problemas de saúde mental (Fryers [et al.], 2005; Laaksonen [et al.], 2007) e a atual crise económica tem aumentado os índices de pobreza na UE, e atingiu com maior gravidade as pessoas desempregadas e/ou com rendimentos mais baixos provocando um aumento do número de famílias endividadas e do número de incumprimentos no pagamento de empréstimos que levou à perda de habitação própria por via das retomas pela banca (Edwards, 2008; WHO, 2011).

A exclusão social de grupos vulneráveis e de pessoas que vivem no limiar da pobreza está assim a ser potenciada pela crise económica na UE. Estes grupos vulneráveis incluem crianças, jovens, famílias monoparentais, pessoas desempregadas, minorias étnicas, migrantes e pessoas mais velhas. A pressão económica, através de sua influência sobre a saúde mental dos pais, a interação conjugal e parental, afeta a saúde mental das crianças e adolescentes (Conger [et al.], 1994; Leinonen, Solantaus & Punamäki, 2003; Solantaus, Leinonen & Punamaki, 2004) e, tendo em conta que os fundamentos para uma boa saúde mental são adquiridos durante a gravidez, a infância e a adolescência (Durlak & Wells, 1997; Werner, 2004; WHO, 2011), os efeitos da crise económica nas crianças incluem défices no desenvolvimento cognitivo, emocional e físico, e repercussões na saúde e bem-estar ao longo da vida (Marmot & Bell, 2009; WHO, 2011).

A abstenção do consumo de álcool, drogas e tabaco durante a gravidez promove um início de vida saudável. A prevenção e proteção contra a negligência de crianças e a prevenção de eventos negativos de vida promovem a saúde mental das crianças. O sentimento de respeito, valorização e apoio promovem a resiliência e uma saúde mental positiva (Durlak & Wells, 1997; Werner, 2004; WHO, 2011). Além disso, ter um emprego estável, um rendimento seguro, uma rede social e um sentimento de pertença a uma comunidade são fatores preditores de uma boa saúde mental (Almedon, 2005; WHO, 2011). As pessoas com emprego demonstram uma melhor saúde mental (Waddell & Burton, 2006) e a segurança no emprego, a sensação de controlo no trabalho e em ambiente social são fatores que promovem a saúde mental dos trabalhadores (Sanderson & Andrews, 2006).

As crises económicas afetam os determinantes da saúde mental, provocando o enfraquecimento dos fatores de proteção e o reforço dos fatores de risco. A evidência científica internacional sobre a crise económica e financeira atual e o seu impacto na saúde mental é ainda escassa, contudo alguns estudos demonstraram o impacto de crises económicas anteriores (Chang [et al.], 2009; Reeves [et al.], 2012).

As pessoas afetadas pelo desemprego, empobrecimento e problemas familiares têm um risco significativamente maior de problemas de saúde mental, como a *Depressão Major*, problemas relacionados com o consumo de álcool e suicídio, do que pessoas não afetadas (Dee, 2001; Dooley, Catalano & Wilson, 1994; Dorling, 2009; Lewis & Sloggett, 1998; Mathers & Schofield, 1998; McKee-Ryan [et al.], 2005; Murphy & Athanasou, 1999). As carências materiais e o desemprego estão associados a vários problemas de saúde mental (Fryers [et al.], 2005), o desemprego contribui para a *Depressão Major* (Dooley, Catalano & Wilson, 1994) e suicídio (Blakely, Collings & Atkinson, 2003; Chang [et al.], 2009; Gunnell [et al.], 1999).

O endividamento das famílias também desempenha um papel crucial no desenvolvimento de doenças mentais (Jenkins [et al.], 2008; Khang, Lynch & Kaplan, 2005; OPSS, 2012; Skapinakis [et al.], 2006), sendo que quanto maior o endividamento das pessoas maior a probabilidade de sofrerem perturbações mentais (Jenkins [et al.], 2008; Reading & Reynolds, 2001; Skapinakis [et al.], 2006; Taylor, Pevalin & Todd, 2007; WHO, 2011).

A crise aumenta a mortalidade associada a problemas de saúde mental. Na UE, o aumento das taxas de desemprego nacionais está associado ao aumento das taxas de suicídio (Stuckler [et al.], 2009). De facto, a crise económica afeta negativamente a saúde e a saúde mental é uma das áreas mais afetadas (WHO, 2011).

Se o risco de doença mental aumenta com o crescente endividamento das pessoas (Khang, Lynch & Kaplan, 2005), e existe uma associação significativa entre o desemprego e os problemas de saúde mental, considerando-se o desemprego como preditor de doença mental, esta situação é agravada pela reciprocidade da associação, ou seja, os problemas de saúde mental, especialmente a ansiedade e a *Depressão Major*, podem também tornar mais difícil a obtenção ou manutenção do emprego (Chen [et al.], 2012).

Os impactos mais imediatos da crise económica observam-se no bem-estar psicológico, no risco de comportamentos suicidas e de comportamentos violentos (Uutela, 2010). Em períodos de adversidade económica, as pessoas tendem a adotar comportamentos perniciosos, como o consumo abusivo de álcool e substâncias psicoativas, que está negativamente associado com a saúde mental da população, desempenha um papel importante no aumento do suicídio, especialmente entre os homens (Nemtsov, 2003; Norström & Ramstedt, 2005; WHO, 2011), e provoca um risco acrescido de mortalidade por várias causas (Artazcoz [et al.], 2004; Berk, Dodd & Henry, 2006; Katikireddi, Niedzwiedz & Popham, 2012; Men [et al.], 2003).

Segundo o EENSM (2013), ocorreu um acréscimo do número de internamentos em unidades de psiquiatria relacionado com as perturbações mentais induzidas por drogas em Portugal Continental (2009-2013), e esse acréscimo pode estar relacionado com a existência de uma tendência de aumento de consumo de substâncias psicoativas, em períodos de crise económica (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

A saúde mental tem sido a área mais sensível às mudanças económicas ocorridas, até à data. O declínio consistente do número de suicídios, observado nos últimos anos na UE, foi invertido devido ao impacto da perda ou do medo de perda de emprego e do aumento do desemprego (Barr [et al.], 2012; Lewis & Sloggett, 1998; Stuckler [et al.], 2011) sendo que, em alguns países da UE, o número de suicídios atingiu valores máximos em 2009 e manteve-se elevado em 2010 (Kentikelenis [et al.], 2011; Khang, Lynch & Kaplan, 2005; Stuckler [et al.], 2011).

As medidas de austeridade implementadas, em período de crise económica, têm sido associadas ao aumento substancial do número de suicídios, particularmente em países onde não existe um sistema de proteção social eficaz (Stuckler [et al.], 2009). O suicídio é mais comum em populações com grande privação socioeconómica, fragmentação social e desemprego (Berk, Dodd & Henry, 2006; Middleton, Sterne & Gunnell, 2006; Middleton [et al.], 2004; Rehkopf & Buka, 2006), estando o aumento da desigualdade dos rendimentos associado ao aumento das taxas de suicídio (Vogli & Gimeno, 2009).

O aumento do número de suicídios é o indicador mais visível do impacto da crise económica na saúde, contudo a investigação científica tem demonstrado ainda um aumento significativo da Depressão *Major* e ansiedade (Costa, Marra & Salmaso, 2012; Economou [et al.], 2013; Gili [et al.], 2013; Katikireddi, Niedzwiedz & Popham, 2012). Além disso, uma parte significativa dos suicídios durante períodos de crise económica ocorre em pessoas com Depressão *Major* e a crise económica, especialmente o desemprego, atuam como fatores precipitantes (Butterworth, Rodgers & Windsor, 2009; Chang [et al.], 2009; Reeves [et al.], 2012; Stuckler [et al.], 2011).

Num estudo realizado na Grécia, demonstrou-se que a taxa de desemprego está positivamente associada ao número de homicídios e o nível médio de rendimento das pessoas apresenta uma correlação negativa com o número de suicídios (Giotakos, Karabelas & Kafkas, 2011). Na Suécia e em Espanha, durante o período de 1980 a 2005, onde se registaram várias crises económicas verificou-se também um aumento do desemprego (Stuckler [et al.], 2009), no entanto, é importante destacar que, ao contrário do que sucedeu em Espanha, na Suécia o aumento do desemprego não influenciou a evolução do número de suicídios, o que pode justificar-se pelo reforço do sistema de

proteção social (Park [et al.], 2009), pelo incremento dos cuidados de saúde de proximidade (primários e de saúde mental), os apoios financeiros a famílias em maiores dificuldades e a promoção de programas ativos de mercado de trabalho (OPSS, 2013).

Em Portugal, a taxa de desemprego tem registado um aumento contínuo, entre 7,6%, em 2008, para 16,3% em 2013. Recentemente apresentou ténues sinais de decréscimo, atingindo 15,1% no 1º trimestre de 2014, o que corresponde a um total de cerca 788,1 mil desempregados (INE, 2014). No entanto, e com base nos dados disponíveis, nos últimos cinco anos (2008-2012) a taxa de mortalidade por suicídio tem sofrido ligeiras variações, situando-se em cerca de 10 suicídios por 100 000 habitantes (DGS.DSIA, 2014; INE, 2014).

Importa destacar que a taxa de mortalidade por suicídio é maior nos homens em todas as regiões de Portugal Continental e 4 a 6 vezes superior quando comparada com as taxas de suicídio nas mulheres. Entre 2008 e 2012, a taxa de mortalidade por suicídio nos homens subiu em todas as regiões de Portugal Continental, à exceção da região do Alentejo. Sendo o Alentejo a região com a taxa mais alta de suicídio em Portugal, tanto nos homens como nas mulheres, com um valor de 44,1/100.000 nos homens, no ano de 2012 (DGS.DSIA, 2014; INE, 2014).

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), suspeita-se que existe uma forte subnotificação de suicídios, o que pode ser esclarecido nos próximos anos devido à implementação do Sistema de Informação de Certificados de Óbito (SICO) que contribuirá para a análise mais aprofundada da evolução da taxa de suicídios em Portugal (OPSS, 2014).

Xavier [et al.] (2013) define a situação atual como um cenário de elevada prevalência de doença mental com determinantes sociais de saúde extremamente desfavoráveis, agravados pela deficitária organização de serviços, prestação de cuidados e investigação epidemiológica no setor da saúde mental (Xavier [et al.], 2013).

Embora existam grandes perigos para a saúde pública decorrentes da atual crise económica, existem também oportunidades para defender e fortalecer a saúde pública. A adoção de estratégias que promovam a vigilância dos problemas de saúde durante a crise, a reavaliação das prioridades de saúde pública e a avaliação das políticas públicas das últimas décadas que promoveram a atual crise económica são oportunidades a destacar (Levy & Sidel, 2009).

A crise económica e financeira pode potenciar a adoção de comportamentos saudáveis (por exemplo, caminhar, andar de bicicleta) e a redução de comportamentos de risco (por exemplo, consumo de álcool ou tabaco). Uma análise dos efeitos da política de

álcool e tabaco durante a crise económica na Estónia evidenciou que a redução do consumo de álcool e tabaco resultou dos efeitos combinados da crise económica e das políticas implementadas. Consistente com observações de crises económicas anteriores, a mortalidade por acidentes de viação também está a cair em muitos países, e alguns condutores optam por meios de transporte mais económicos (Karanikolos [et al.], 2013). No entanto, esta tendência foi observada apenas recentemente, neste curto período, e é improvável que se mantenha se a recessão se prolongar (Karanikolos [et al.], 2013; WHO, 2009).

Existem diversas ações custo-eficazes de proteção da saúde mental que podem ser realizadas e, em períodos de crise económica, é fundamental combater os fatores preditores de doença mental (Quaglio [et al.], 2013).

Alguns países adotaram medidas com o objetivo de incrementar a saúde da população através da introdução ou do aumento de impostos sobre bens de consumo prejudiciais, como o álcool, tabaco, bebidas açucaradas e alimentos com elevado teor calórico (WHO, 2013). No entanto, apesar da importância da promoção em saúde ser inequívoca, não existe uma dotação orçamental proporcional dedicada à mesma, na maioria dos países. Ciclicamente, quando os orçamentos de saúde estão sob pressão, a promoção da saúde e a saúde pública são as primeiras áreas submetidas a cortes orçamentais (Quaglio [et al.], 2013).

3.3.4. Crise económica e variação do internamento por Depressão *Major*

A doença mental tem um enorme impacto económico nas sociedades e na qualidade de vida dos indivíduos e famílias o que torna evidente a necessidade de uma resposta organizada e de uma alocação de recursos financeiros, materiais e humanos adequados à magnitude deste problema (Dlouhy, 2014). Esta resposta está sujeita às contingências de cada sociedade, podendo estas influenciar o modelo e as especificidades da organização, financiamento e afetação dos recursos dos serviços de saúde mental.

As crises económicas provocam um aumento da procura de serviços de saúde, especialmente de saúde mental e psiquiatria. Aumento esse que se deve principalmente ao aumento da taxa de desemprego. Este fenómeno é agravado pelo facto de os governos das economias mais frágeis, com o aprofundar da crise económica, tendencialmente reduzirem a despesa em saúde colocando o setor da saúde mental

numa posição mais frágil e de competição com outros setores da saúde na captação de investimento (Hong & Heok, 2009; Marmot & Bell, 2009).

Recentemente, o Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013) destacou a necessidade dos países europeus criarem e implementarem sistemas de saúde mental compreensivos (cuidados de saúde primários, secundários, continuados e serviços sociais) e eficientes, que abranjam a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença mental, bem como, de garantirem um financiamento justo e adequado para a saúde mental.

A conceção universalista do sistema de saúde português, consagrada constitucionalmente, centra-se nos princípios de um seguro público de saúde, sustentada pela solidariedade de todos os cidadãos no sentido de que cada um contribui enquanto pode e de acordo com os seus rendimentos para que possa usufruir do sistema de saúde quando necessário (OPSS, 2012).

A reforma dos sistemas de saúde deve garantir que o acesso a cuidados de saúde de qualidade não é comprometido (WHO, 2009). É assim necessária uma estratégia que dê prioridade ao incremento da eficiência em saúde, privilegiando os resultados em saúde e as boas práticas em detrimento da identificação de áreas de redução de despesa, melhorando a relação custo/benefício (Mladovsky, Srivastava & Cylus, 2012).

Enquanto o nosso país atravessa uma grave crise económica e financeira, o sistema de saúde está exposto a potenciais obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde que devem constar das prioridades de atuação políticas (OPSS, 2012).

A crise económica tem atuado como catalisadora para reformas estruturais, como a implementação de medidas que promovam a transparência na contratualização (Freitas & Escoval, 2010), o encerramento ou a fusão de algumas unidades hospitalares e a aposta primordial no atendimento em ambulatório e nos cuidados de saúde primários. Por exemplo, em Itália, o número de camas hospitalares diminuiu de 5,5 por 1000 habitantes para 4,1 por 1000 em 2010. Se estas reduções não forem acompanhadas por investimentos adequados para a promoção da saúde pública através dos cuidados de saúde primários podem ter repercussões nefastas (OECD, 2013; Quaglio [et al.], 2013).

A redução do orçamento para a saúde pode ter efeitos negativos na adequação dos recursos em saúde, especialmente quando o desemprego e a pobreza aumentam a pressão sobre os sistemas de saúde e, segundo a OMS, os países mais atingidos pela crise económica diminuíram em cerca de metade o orçamento dedicado ao setor da saúde (WHO, 2013).

Em Portugal, o número de camas de internamento disponíveis para doentes agudos nos serviços de saúde mental do sector público corresponde, segundo Caldas de Almeida e Xavier (2013), ao definido pelo rácio da DGS, de acordo com as recomendações da OMS, em 1995 - 10 camas por 100.000 habitantes (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013). Contudo, segundo dados da ACSS (ACSS, 2014), disponibilizados pela DGS, o número de camas de internamento de agudos de psiquiatria diminuiu entre 2008 (n=1182) e 2013 (n=1079).

Caldas de Almeida e Xavier (2013) afirmam que, não obstante a recente abertura de dois novos serviços de saúde mental com internamento de agudos (Hospital de Vila Franca de Xira e Hospital Beatriz Ângelo), persistem lacunas em alguns hospitais para assegurar o internamento previsto em grupos populacionais significativos, destacando-se a inatividade da unidade de internamento da Unidade Local de Saúde (ULS) do Baixo Alentejo, em Beja, e a ausência de concretização das unidades de internamento do Centro Hospitalar (CH) de Póvoa do Varzim/Vila do Conde, CH do Porto e da ULS de Matosinhos, na região Norte (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

A necessidade de serviços de internamento pode, no entanto, ter sido compensada pelo incremento das estruturas ambulatoriais existentes, por exemplo, na região Centro, desde há cerca de 2 anos que foram criadas as primeiras equipas comunitárias: Equipa de Leiria Norte (Figueiró dos Vinhos), Equipa do Pinhal Interior (Tábua) e Equipa do Litoral Norte (Cantanhede) (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Existe evidência de que o internamento permite um tratamento mais efetivo e eficiente da Depressão *Major*, mesmo quando na presença de comorbilidades (Zubenko [et al.], 1994). O internamento permite diminuir a sintomatologia depressiva e proporciona uma melhor qualidade de vida aos doentes, dependendo a sua eficácia no tratamento da Depressão *Major* de fatores como a idade avançada, as comorbilidades, a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida (Gostautas, Pranckeviciene & Matoniene, 2006). Alguns estudos sugerem ainda que o internamento por Depressão *Major* proporciona um incremento do suporte social ao doente após a data de alta (McCall, Reboussin & Rapp, 2001), sendo o suporte social um determinante protetor em relação à Depressão *Major*.

No entanto, ainda que se verifique um crescimento positivo da prevalência das perturbações depressivas, em Portugal, segundo o EENSM (2013) o número de internamentos por neuroses depressivas tem diminuído ao longo dos anos (de 3 000 em 2009 para 2 779 em 2013), o que pode justificar-se por um critério de internamento mais

rígido e ou por uma resposta em ambulatório mais eficaz (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

A lei de Roemer, amplamente conhecida, afirma que um novo serviço de saúde tem a capacidade de gerar sua própria procura, e tem sido utilizada para suportar a regulação do número de camas disponíveis nos serviços de saúde com o objetivo de reduzir o custo dos cuidados de saúde. A influência de fatores geográficos na relação entre o número de camas disponíveis e as taxas de internamento não está suficientemente estudada mas existe evidência de que a variação nas taxas de internamento pode ser potenciada pela disponibilidade de camas de internamento e esta relação é observada a vários níveis geográficos (Delamater [et al.], 2013; Fortney [et al.], 2007).

A redução do número de camas de internamento pode provocar o aumento da procura dos serviços de urgência, a redução do número de internamentos e/ou o aumento do número de recidivas da doença (Bowers & Flood, 2008), contudo existe evidência de que a colaboração entre os serviços hospitalares e os serviços na comunidade permitem reduzir os tempos de internamento e aumentar o número de internamentos com menores recursos (Shumway [et al.], 2012).

Segundo Gusmão e Xavier (2005) a proporção de doentes com Depressão *Major* tratados em unidades de psiquiatria varia consideravelmente consoante os locais, no entanto, considera-se que os casos mais graves e com maior necessidade de tratamento especializado apresentam baixa prevalência ao nível da população geral. Além disso, um estudo finlandês realizado por Salokangas e colaboradores citados por Gusmão e Xavier (2005), demonstrou que a Depressão *Major* apresentava uma prevalência mensal em serviços de psiquiatria de 10.3%, enquanto num outro estudo multicêntrico citado pelos mesmos autores, realizado nos EUA, em França e na Austrália com 394 doentes, a prevalência mensal de Depressão *Major* era de 11.6% (Gusmão & Xavier, 2005).

Gusmão e Xavier (2005) concluem que a prevalência tratada de Depressão *Major* em serviços de saúde mental além de variável, é muito baixa e persistem imensas lacunas e necessidades no tratamento das pessoas afetadas (Gusmão & Xavier, 2005).

Segundo o EENSM (2013), o registo de utentes com perturbações mentais nos CSP mostra que a proporção de utentes inscritos tem vindo a aumentar. Se por um lado estes dados podem significar um aumento da acessibilidade aos serviços não-especializados, por outro podem estar associados a uma maior necessidade de procura de ajuda nos últimos anos para problemas de saúde relacionados com as perturbações depressivas, uma vez que as proporções mais altas de registo nos CSP são as de

utentes com essas perturbações. As proporções mais elevadas de registo de utentes com perturbações depressivas ocorrem na região Centro (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Ainda segundo o EENSM (2013), quanto ao número de consultas de psiquiatria de adultos por 1.000 habitantes, entre 2012 e 2013, registou um acréscimo nas regiões do Alentejo, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, sendo que na região do Algarve e Norte não se registou variação significativa (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Outro fator importante a ter em conta na análise da variação do perfil de internamentos em período de crise económica é o consumo de psicofármacos. De acordo com um estudo desenvolvido pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) (2014), entre 2000 e 2012, verificou-se um aumento claro do consumo de antidepressivos (+240%) e de antipsicóticos (+171%), sendo que se verificou um aumento acentuado a partir de 2010 dos gastos dos utentes com medicamentos antidepressivos e psicotrópicos, à exceção do ano de 2012, onde se verificou alguma diminuição aparentemente associada à disseminação do consumo de medicamentos genéricos incentivada por medidas legislativas introduzidas para esse efeito (INFARMED, 2014).

Segundo o EENSM (2013), os dados sobre o consumo de psicofármacos evidenciam um padrão elevado de consumo nos últimos 12 meses, quer de ansiolíticos (24,3% das mulheres e 9,8% dos homens) quer de antidepressivos (13,2% das mulheres e 3,9% dos homens) na população geral (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. TIPO E DESENHO DO ESTUDO

Estudo epidemiológico, observacional, descritivo e transversal com uma componente analítica e comparações internas. A análise divide-se em duas fases: uma componente individual e uma componente ecológica.

A componente individual, concretizada através da análise da base de dados oficial dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH), nos anos de 2008 e 2013, corresponde aos objetivos 1 e 2. A componente ecológica, ao nível de distritos, corresponde aos objetivos 3 e 4.

4.2. POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo deste trabalho é a população em idade ativa, com idade igual ou superior a 15 anos e igual ou inferior a 64 anos, residente em Portugal Continental, que teve pelo menos um episódio de internamento nos hospitais do SNS.

Assumindo que todos os casos de internamento hospitalar se encontram notificados e que todos os distritos se encontram contemplados, considera-se que se está a estudar toda a população em estudo, não havendo nenhum processo de amostragem aplicado a este estudo.

4.3. FONTE DOS DADOS

Este trabalho utiliza como fonte de informação a base de dados oficial dos GDH (ACSS, 2014) que contém informação dos episódios de internamento, cirurgia de ambulatório e ambulatório médico das instituições hospitalares do SNS codificadas segundo a ICD-9-CM e agrupadas em GDH, nos anos de 2008 e 2013.

Esta é uma base de dados da responsabilidade do Ministério da Saúde, através da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS). Esta base de dados será daqui em diante designada de “base de dados GDH”, e é disponibilizada pela ACSS, para fins

de investigação, através de um acordo com a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Para este trabalho, a análise foi restringida aos dados de episódios de internamento nos hospitais do SNS de indivíduos pertencentes à população ativa, com idade igual ou superior a 15 anos e igual ou inferior a 64 anos, nos anos de 2008 e de 2013.

Para atingir os objetivos propostos recorreu-se adicionalmente a dados estatísticos oficiais do Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos à população em idade ativa, e a dados fornecidos pela DGS relativos ao número de camas de internamento disponíveis, que foram utilizados para a análise da relação entre os episódios de internamento por Depressão *Major*, o número de camas de internamento atribuíveis ao tratamento da Depressão *Major* e a população em idade ativa.

Da base de dados GDH total tomou-se para este trabalho o subconjunto de dados relativo à população em idade ativa (15-64 anos de idade), analisando-se assim os dados relativos a 850 086 episódios de internamento, que correspondem a 46,26 % do total de episódios de internamento (n= 1 837 472) que integram a base de dados GDH, referentes aos anos de 2008 e 2013.

4.4. OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS

Para a definição operacional das variáveis (Quadro 1), são referidos os nomes das variáveis originais da fonte de informação, os respetivos códigos e valores. No caso de variáveis novas, compostas, construídas para a análise de dados deste trabalho, são indicados os nomes, códigos e valores das variáveis originais, tal como surgem na fonte de informação, assim como os nomes, códigos e valores da nova variável.

QUADRO 1: OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS

NOME (TIPO DE VARIÁVEL)
FONTE DOS DADOS: OPERACIONALIZAÇÃO DA VARIÁVEL
INTERNAMENTO POR DEPRESSÃO MAJOR <i>Variável target</i> (Qualitativa nominal)
GDH: Variável criada através da aglomeração de códigos de diagnóstico, na sua forma original “cod_diagnostico” referentes aos vários tipos de Perturbação Depressiva <i>Major</i> , considerando-se o diagnóstico principal (ddx1) e, quando não disponível, o primeiro diagnóstico secundário (ddx2). Codificada em 0 (Não) e 1 (Sim).
SEXO (Qualitativa nominal)
GDH: Codificada em 1 (Masculino) e 2 (Feminino).
FAIXA ETÁRIA (Qualitativa ordinal)
GDH: Na sua forma original – “Idade” - esta variável é disponibilizada em anos à data de admissão, tendo sido recodificada em “Faixa etária”, assumindo valores entre 1 e 5. Codificada em 1 (15 a 24 anos), 2 (25 a 34 anos), 3 (35 a 44 anos), 4 (45 a 54 anos) e 5 (55 a 64 anos).
LOCAL DE RESIDÊNCIA (Qualitativa nominal)
GDH: Na sua forma original – “Distrito” - esta variável é disponibilizada em 31 categorias, tendo sido recodificada em “Local de residência”, assumindo valores entre 1 e 19. Codificada em 1: Aveiro, 2: Beja, 3: Braga, 4: Bragança, 5: Castelo Branco, 6: Coimbra, 7: Évora, 8: Faro, 9: Guarda, 10: Leiria, 11: Lisboa, 12: Portalegre, 13: Porto, 14: Santarém, 15: Setúbal, 16: Viana do Castelo, 17: Vila Real, 18: Viseu e 19: Outros.
PRESENÇA DE COMORBILIDADES (Qualitativa nominal)
GDH: Variável criada através da variável original – “cod_diagnostico”. Para este efeito considerou-se a presença de comorbilidades sempre que além do diagnóstico principal coexistia(m) um ou mais diagnósticos. Codificada em 0 (Não) e 1 (Sim).
POPULAÇÃO [15-24] ANOS (Quantitativa)
INE: Razão entre a população incluída na faixa etária dos 15-24 anos e a população em idade ativa x 100.
POPULAÇÃO [25-34] ANOS (Quantitativa)
INE: Razão entre a população incluída na faixa etária dos 25-34 anos e a população em idade ativa x 100.
POPULAÇÃO [35-44] ANOS (Quantitativa)
INE: Razão entre a população incluída na faixa etária dos 35-44 anos e a população em idade ativa x 100.
POPULAÇÃO [45-54] ANOS (Quantitativa)
INE: Razão entre a população incluída na faixa etária dos 45-54 anos e a população em idade ativa x 100.
POPULAÇÃO [55-64] ANOS (Quantitativa)
INE: Razão entre a população incluída na faixa etária dos 55-64 anos e a população em idade ativa x 100.
POPULAÇÃO DO SEXO MASCULINO (Quantitativa)
INE: Razão entre a população de sexo masculino e a população em idade ativa x 100.
POPULAÇÃO DO SEXO FEMININO (Quantitativa)
INE: Razão entre a população de sexo feminino e a população em idade ativa x 100.
CAMAS DE INTERNAMENTO (Quantitativa)
DGS ACSS INE: N.º de camas de internamento para o tratamento da Depressão <i>Major</i> disponíveis por 100 000 habitantes da população em idade ativa, por local de residência (ao nível de distritos). Variável criada, após a verificação do número de camas de agudos de psiquiatria de cada hospital do SNS, através de um algoritmo (descrito em apêndice) para a obtenção de uma estimativa do número relativo de camas disponíveis para o internamento de pessoas com diagnóstico de Depressão <i>Major</i> , por local de residência (distrito) em Portugal Continental.
INTERNAMENTOS POR DEPRESSÃO MAJOR (Quantitativa)
GDH INE: N.º de internamentos por Depressão <i>Major</i> por 100 000 indivíduos em idade ativa, por local de residência. Razão entre o número de internamentos por Depressão <i>Major</i> e a população em idade ativa x 100 000 habitantes.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se uma análise independente por anos (2008 e 2013), e posteriormente uma análise comparativa dos resultados. A análise dos dados foi efetuada utilizando o programa informático Excel v. 2013, e o programa de análise estatística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, v. 20), ambos nas suas versões para Windows. Foi assumido um nível de significância de 5%.

Na primeira fase, no estudo ao nível individual, efetuou-se uma caracterização geral do perfil de internamentos por Depressão *Major* nos hospitais do SNS, para atingir o **objetivo 1**: Identificar e caracterizar o perfil de internamentos por Depressão *Major* na população em idade ativa nos hospitais do SNS em Portugal Continental, por área geográfica, nos anos 2008 e 2013, respetivamente; e o **objetivo 2**: Verificar se a taxa de internamentos por Depressão *Major* na população em idade ativa nos hospitais do SNS em Portugal Continental varia em período de crise económica (2013) relativamente ao período pré-crise económica (2008).

Nesta fase, após uma abordagem descritiva, foram utilizados o teste de independência do Qui-quadrado e modelos de regressão logística binária, considerando variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária e local de residência) e clínicas (presença de comorbilidades) e centrados na análise do internamento por Depressão *Major* (evento em estudo) e por não Depressão *Major*. A magnitude da associação entre os fatores de risco e a variável dependente foi calculada tendo por base odds ratio (OR) brutos e ajustados (para o sexo e a faixa etária) através de uma regressão logística (método: enter), com a utilização das seguintes classes de referência: sexo (sexo masculino), faixa etária (faixa etária [55-64] anos de idade), presença de comorbilidades (não), local de residência (Lisboa).

Na segunda fase, no estudo ecológico (ao nível de distritos), para atingir o **objetivo 3**: Verificar se a taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa é influenciada pela taxa de camas de internamento disponíveis nos hospitais do SNS em Portugal Continental, nos anos de 2008 e 2013, respetivamente; e o **objetivo 4**: Comparar a associação entre a taxa de camas de internamento disponíveis e a taxa de internamentos por Depressão *Major*, nos anos de 2008 e 2013, respetivamente; foram calculadas estatísticas descritivas (medidas de tendência central – média e mediana; e de dispersão – mínimo, máximo e desvio padrão) para a caracterização da população em estudo (em termos de sexo e de faixas etárias) e das variáveis relacionadas com o internamento (proporção de internamentos por Depressão *Major* e nº de camas

disponíveis), e utilizados especificamente coeficientes de correlação e métodos de regressão linear múltipla.

As medidas de associação, como a Correlação de Pearson, medem o grau de correlação e a sua direção entre variáveis em estudo, podendo assumir valores positivos ou negativos, variando entre -1 e 1 (Nikolić [et al.], 2012): $r < 1$ - Associação linear perfeita; $0,8 < r < 1$ - Associação muito forte; $0,6 < r < 0,8$ - Associação forte; $0,4 < r < 0,6$ - Associação moderada; $0,2 < r < 0,4$ - Associação fraca; $0 < r < 0,2$ - Associação muito fraca. No caso concreto deste estudo, para efeitos de análise tomam-se por referência estes valores referentes aos coeficientes de correlação de Pearson.

Para a obtenção de um modelo simples que permitisse potencialmente prever o aumento do número de internamentos por Depressão *Major* em função das variáveis independentes utilizou-se a regressão linear múltipla com seleção de variáveis *stepwise*, por um lado e *backward* por outro. Os pressupostos do modelo (análise de resíduos) – distribuição normal, homogeneidade e independência – foram analisados, sendo que os dois primeiros foram validados graficamente e o pressuposto da independência dos erros foi validado através da estatística de Durbin-Watson como descrito em Marôco (2011).

O estudo ecológico, condicionado pela disponibilidade geográfica da informação necessária - número de camas de internamento disponíveis por 100 000, número de internamento por Depressão *Major* por 100 000, percentagem de população em idade ativa por faixa etária e por sexo -, foi elaborado ao nível de distrito, este facto implica a existência de apenas 18 observações o que condiciona fortemente a escolha dos métodos estatísticos a utilizar e a validade dos resultados obtidos. Não foram utilizadas técnicas específicas de análise espacial ou outros métodos estatísticos mais complexos tendo em conta esta limitação. Optou-se, ainda, por considerar neste caso específico um nível de significância de 10%. Neste contexto, os resultados devem ser vistos como indicativos, analisados de uma forma cautelosa e, se possível, verificados em estudos com maior representatividade geográfica.

5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Analisaram-se dados relativos a 850 086 episódios de internamento da população em idade ativa, que correspondem a 46,26% do total de episódios de internamento (n=1837472) ocorridos nas instituições do SNS em Portugal Continental, no período em análise.

5.1. COMPONENTE INDIVIDUAL DE ANÁLISE RELATIVA AO ANO DE 2008

5.1.1. Distribuição da população segundo os valores das variáveis em estudo

O quadro 2 descreve a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, segundo a variável **Sexo**.

QUADRO 2: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR SEXO (2008)

			Total Internamentos	Internamento por Depressão		Valor-p
				Sim	Não	
Sexo	Masculino	n (%)	162 558 (38,1)	503 (0,3)	162055 (99,7)	$p < 0,001$
	Feminino	n (%)	264 436 (61,9)	1208 (0,5)	263228 (99,5)	
Total		n (%)	426994 (100)	1711 (0,4)	425283 (99,6)	

Da análise do quadro 2, observa-se que ocorreram 426 994 episódios de internamento, no ano de 2008, dos quais 162 558 (38,1%) de indivíduos do sexo masculino e 264 436 (61,9%) de indivíduos do sexo feminino.

Relativamente ao total de episódios de internamento, verifica-se que a frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* é 0,4% (n=1 711), e de internamentos por não Depressão *Major* é de 99,6% (n=425 283).

No sexo masculino, a frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* é de 0,3% (n=503), e de 99,7% (n=162 055) por não Depressão *Major*. No sexo feminino, verifica-se uma frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* de 0,5% (n=1 208), e de 99,5% (n=263 228) por não Depressão *Major*.

O quadro 3 descreve a distribuição das frequências populacionais e algumas estatísticas descritivas, segundo a variável **Faixa Etária**.

QUADRO 3: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR FAIXA ETÁRIA (2008)

			Total Internamentos	Internamento por Depressão		Valor-p
				Sim	Não	
Faixa Etária	15-24	n (%)	48638 (11,4)	93 (0,2)	48545 (99,8)	$p < 0,001$
	25-34	n (%)	103453 (24,2)	251 (0,2)	103202 (99,8)	
	35-44	n (%)	82341 (19,3)	441 (0,5)	81900 (99,5)	
	45-54	n (%)	87735 (20,5)	484 (0,6)	87251 (99,4)	
	55-64	n (%)	104827 (24,5)	442 (0,4)	104385 (99,6)	
Total		n (%)	426994 (100)	1711 (0,4)	425283 (99,6)	

Relativamente ao total de episódios de internamento, verifica-se que as faixas etárias que apresentam a maior frequência relativa de internamentos são as faixas etárias dos [25-34] (24,2%) e dos [55-64] anos de idade (24,5%). A faixa etária com menor frequência relativa de internamentos é a dos [15-24] anos de idade (11,4%).

Observa-se ainda que a faixa etária com maior frequência relativa de internamento por Depressão *Major* é a dos [45-54] anos de idade (0,6%). Seguida pela faixa etária dos [35-44] anos de idade (0,5%), e dos [55-64] anos de idade (0,4%). A faixa etária com menor frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* é a dos [15-24] anos de idade (0,2%), 5,4% do total de internamentos por Depressão *Major*.

O quadro 4 descreve a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, segundo a variável **Presença de Comorbilidades**.

QUADRO 4: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR PRESENÇA DE COMORBILIDADES (2008)

			Total Internamentos	Internamento por Depressão		Valor-p
				Sim	Não	
Presença de Comorbilidades	Sim	n (%)	230188 (53,9)	676 (0,3)	229512 (99,7)	$p < 0,001$
	Não	n (%)	196806 (46,1)	1035 (0,5)	195771 (99,5)	
Total		n (%)	426994 (100)	1711 (0,4)	425283 (99,6)	

Relativamente ao total de episódios de internamento, verifica-se que a presença de comorbilidades apresenta uma frequência relativa de 53,9% (n=230188). Observa-se ainda que a frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* com presença de comorbilidades é de 0,3% (n=676).

O quadro 5 descreve a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, segundo a variável **Local de Residência**.

QUADRO 5: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA (2008)

			Total Internamentos	Internamento por Depressão		Valor-p
				Sim	Não	
Local de Residência	Aveiro	n (%)	33233 (7,9)	81 (0,2)	33152 (99,8)	p < 0,001
	Beja	n (%)	1547 (0,4)	26 (1,7)	1521 (98,3)	
	Braga	n (%)	33462 (7,9)	34 (0,1)	33428 (99,9)	
	Bragança	n (%)	6953 (1,6)	22 (0,3)	6931 (99,7)	
	Castelo Branco	n (%)	10292 (2,4)	88 (0,9)	10204 (99,1)	
	Coimbra	n (%)	21089 (5,0)	167 (0,8)	20922 (99,2)	
	Évora	n (%)	6448 (1,5)	27 (0,4)	6421 (99,6)	
	Faro	n (%)	12259 (2,9)	36 (0,3)	12223 (99,7)	
	Guarda	n (%)	7462 (1,8)	64 (0,9)	7398 (99,1)	
	Leiria	n (%)	20870 (4,9)	176 (0,8)	20694 (99,2)	
	Lisboa	n (%)	92885 (22,0)	338 (0,4)	92547 (99,6)	
	Portalegre	n (%)	3479 (0,8)	8 (0,2)	3471 (99,8)	
	Porto	n (%)	81659 (19,3)	216 (0,3)	81443 (99,7)	
	Santarém	n (%)	19783 (4,7)	137 (0,7)	19646 (99,3)	
	Setúbal	n (%)	33317 (7,9)	128 (0,4)	33189 (99,6)	
	Viana Castelo	n (%)	10077 (2,4)	48 (0,5)	10029 (99,5)	
	Vila Real	n (%)	10143 (2,4)	35 (0,3)	10108 (99,7)	
	Viseu	n (%)	17128 (4,0)	80 (0,5)	17048 (99,5)	
Outros	n (%)	871 (0,2)	0 (0,0)	871 (100)		
Total		n (%)	422957 (100)	1711 (0,4)	421246 (99,6)	

Quanto à distribuição de episódios de internamento por local de residência observam-se 4 037 *missing cases*, episódios de internamento com local de residência indefinido.

Relativamente ao total de episódios de internamento, verifica-se que os locais de residência que apresentam a maior frequência relativa de internamentos são os distritos de Lisboa (22,0%), Porto (19,3%), Braga (7,9%), Setúbal (7,9%) e Aveiro (7,9%).

Enquanto os distritos da Guarda (1,8%), Bragança (1,6%), Évora (1,5%), Portalegre (0,8%) e Beja (0,4%) são os locais de residência onde se verificam frequências relativas de internamento inferiores.

Relativamente aos internamentos por Depressão *Major*, o local de residência com frequência relativa mais elevada é o distrito de Beja (1,7%).

Castelo Branco (0,9%), Guarda (0,9%), Leiria (0,8%), Coimbra (0,8%), Santarém (0,7%), Viseu (0,5%) e Viana do Castelo (0,5%) apresentam frequências relativas de internamento por Depressão *Major* elevadas.

Os restantes locais de residência apresentam frequências relativas de internamento por Depressão *Major* inferiores a 0,5%.

5.1.2. Odds Ratio brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão *Major*

No quadro 6 representa-se a análise dos *Odds Ratio* (OR) brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão *Major*, no ano de 2008.

QUADRO 6: ODDS RATIO BRUTO E AJUSTADO RELATIVOS AO INTERNAMENTO POR DEPRESSÃO (2008)

		<i>p</i> (Wald)	OR bruto (IC 95%)	<i>p</i> (Wald)	OR ajustado** (IC 95%)
Sexo	Masculino*				
	Feminino	< 0,001	1,613 (1,449; 1,795)	---	---
Faixa Etária	55-64*			---	---
	15-24	< 0,001	0,360 (0,287; 0,452)	---	---
	25-34	< 0,001	0,433 (0,369; 0,508)	---	---
	35-44	0,189	1,094 (0,957; 1,251)	---	---
	45-54	< 0,001	1,235 (1,085; 1,406)	---	---
Presença de Comorbilidades	Não*				
	Sim	< 0,001	0,516 (0,467; 0,570)	< 0,001	0,505 (0,458; 0,558)
Local de Residência	Lisboa*				
	Aveiro	< 0,001	0,642 (0,503; 0,818)	< 0,001	0,650 (0,510; 0,829)
	Beja	< 0,001	4,398 (2,939; 6,583)	< 0,001	4,611 (3,082; 6,897)
	Braga	< 0,001	0,276 (0,194; 0,393)	< 0,001	0,277 (0,195; 0,394)
	Bragança	0,212	0,759 (0,493; 1,170)	0,466	0,851 (0,553; 1,312)
	Castelo Branco	< 0,001	2,194 (1,733; 2,778)	< 0,001	2,303 (1,820; 2,916)
	Coimbra	< 0,001	2,148 (1,783; 2,588)	< 0,001	2,133 (1,771; 2,570)
	Évora	0,882	1,030 (0,695; 1,527)	0,514	1,140 (0,769; 1,688)
	Faro	0,157	0,780 (0,552; 1,100)	0,306	0,836 (0,592; 1,179)
	Guarda	< 0,001	2,050 (1,567; 2,683)	< 0,001	2,241 (1,714; 2,932)
	Leiria	< 0,001	2,246 (1,870; 2,697)	< 0,001	2,282 (1,901; 2,740)
	Portalegre	0,149	0,597 (0,296; 1,204)	0,180	0,619 (0,307; 1,248)
	Porto	< 0,001	0,717 (0,604; 0,850)	< 0,001	0,706 (0,595; 0,838)
	Santarém	< 0,001	1,805 (1,479; 2,204)	< 0,001	1,875 (1,536; 2,288)
	Setúbal	0,923	0,990 (0,807; 1,214)	0,527	1,068 (0,871; 1,310)
	Viana Castelo	0,303	1,173 (0,866; 1,589)	0,115	1,276 (0,942; 1,728)
	Vila Real	0,285	0,826 (0,583; 1,172)	0,628	0,917 (0,647; 1,300)
Viseu	0,082	1,242 (0,973; 1,586)	0,068	1,256 (0,983; 1,603)	
Outros	0,991	0,000 (0,000; 0,000)	0,991	0,000 (0,000; 0,000)	

* Classe de referência

** Ajustado ao Sexo e à Faixa etária

Da análise dos OR brutos e ajustados (ao sexo e à faixa etária) verifica-se que a frequência de internamento por Depressão *Major* está significativamente associada ao sexo, faixa etária, presença de comorbilidades e local de residência (Quadro 6).

De acordo com a análise dos OR brutos, o risco de internamento por Depressão *Major* é maior no sexo feminino (OR=1,613; IC 95%: 1,449-1,795).

Quanto à faixa etária, verifica-se que relativamente à classe de referência - faixa etária dos [55-64] anos, os indivíduos mais jovens têm um menor risco de internamento por Depressão *Major*: faixa etária [15-24] (OR=0,360; IC 95%: 0,287-0,452) e [25-34] anos (OR=0,433; IC 95%: 0,369-0,508). Observa-se ainda que os indivíduos na faixa etária dos [35-45] anos (OR=1,094; IC 95%: 0,957-1,251) e na faixa etária dos [45-54] anos (OR=1,235; IC 95%: 1,085-1,406) têm um maior risco de internamento por Depressão *Major*, comparativamente à faixa etária dos [55-64] anos, no entanto a primeira associação não é significativa.

Quando analisada a associação entre a presença de comorbilidades e frequência de internamento por Depressão *Major* verifica-se que os indivíduos que apresentam comorbilidades têm um risco de internamento por Depressão *Major* inferior (OR=0,516; IC 95%: 0,467-0,570).

Quanto ao local de residência (Gráfico 1), observa-se que relativamente à classe de referência (Lisboa), os indivíduos que residem em Beja apresentam um risco de internamento por Depressão *Major* significativamente superior (OR=4,398; IC 95%: 2,939-6,583), tal como os indivíduos residentes em Leiria (OR=2,246; IC 95%: 1,870-2,697), Castelo Branco (OR=2,194; IC 95%: 1,733-2,778), Coimbra (OR=2,148; IC 95%: 1,783-2,588), Guarda (OR=2,050; IC 95%: 1,567-2,683) e Santarém (OR=1,805; IC 95%: 1,479-2,204). Por outro lado, aos indivíduos residentes em Braga (OR=0,276; IC 95%: 0,194-0,393), Aveiro (OR=0,642; IC 95%: 0,503-0,818) e Porto (OR=0,717; IC 95%: 0,604-0,850) apresentam um risco significativamente menor de internamento por Depressão *Major*.

Analisando os OR ajustados (ORa) (ao sexo e à faixa etária), obtemos resultados semelhantes. Quanto à associação entre a presença de comorbilidades e a frequência de internamento por Depressão *Major* verifica-se que os indivíduos que apresentam comorbilidades têm um risco de internamento por Depressão *Major* inferior (ORa=0,505; IC 95%: 0,458-0,558).

Relativamente ao local de residência, os indivíduos residentes em Beja mantêm o risco mais elevado de internamento por Depressão *Major* (ORa=4,611; IC 95%: 3,082-6,897), comparativamente aos residentes no distrito de Lisboa. Aos indivíduos residentes em

Braga (ORa=0,277; IC 95%: 0,195-0,394), Aveiro (ORa=0,650; IC 95%: 0,510-0,829) e Porto (ORa=0,706; IC 95%: 0,595-0,838) apresentam um risco significativamente menor de internamento por Depressão *Major*.

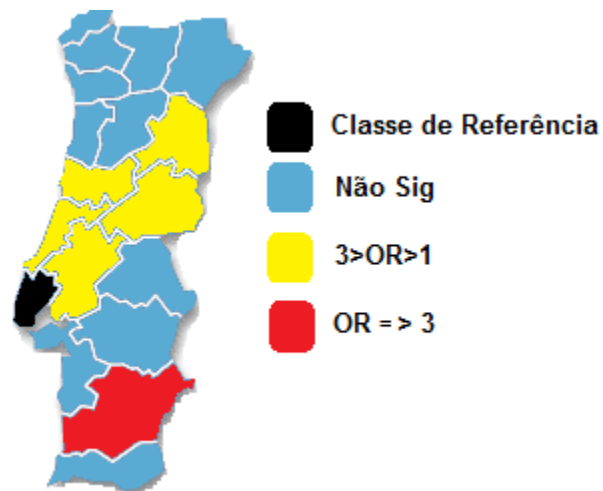


Gráfico 1: Risco de internamento por Depressão *Major*, por local de residência (2008)

5.2. COMPONENTE INDIVIDUAL DE ANÁLISE RELATIVA AO ANO DE 2013

5.2.1. Distribuição da população segundo os valores das variáveis em estudo

O quadro 7 descreve a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, segundo a variável **Sexo**.

QUADRO 7: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR SEXO (2013)

			Total Internamentos	Internamento por Depressão		Valor-p
				Sim	Não	
Sexo	Masculino	n (%)	153679 (40,1)	545 (0,4)	153134 (99,6)	$p < 0,001$
	Feminino	n (%)	229426 (59,9)	1151 (0,5)	228275 (99,5)	
Total		n (%)	383105 (100)	1696 (0,4)	381409 (99,6)	

Da análise do quadro 7, observa-se que ocorreram 383 105 episódios de internamento, no ano de 2013, dos quais 153 679 (40,1%) de indivíduos do sexo masculino e 229 426 (59,9%) de indivíduos do sexo feminino.

Relativamente ao total de episódios de internamento, verifica-se que a frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* é de 0,4% (n=1 696), e de internamentos por não Depressão *Major* é de 99,6% (n=381 409).

No sexo masculino, a frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* é de 0,4% (n=545), e de 99,6% (n=153 134) por não Depressão *Major*.

No sexo feminino, verifica-se uma frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* de 0,5% (n=1 151), e de 99,5% (n=228 275) por não Depressão *Major*.

O quadro 8 descreve a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, segundo a variável **Faixa Etária**.

QUADRO 8: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR FAIXA ETÁRIA (2013)

			Total Internamentos	Internamento por Depressão		Valor-p
				Sim	Não	
Faixa Etária	15-24	n (%)	38332 (10,0)	84 (0,2)	38248 (99,8)	$p < 0,001$
	25-34	n (%)	77778 (20,3)	209 (0,3)	77569 (99,7)	
	35-44	n (%)	75859 (19,8)	398 (0,5)	75461 (99,5)	
	45-54	n (%)	83670 (21,8)	523 (0,6)	83147 (99,4)	
	55-64	n (%)	107467 (28,1)	482 (0,4)	106985 (99,6)	
Total		n (%)	383105 (100)	1696 (0,4)	381409 (99,6)	

Relativamente ao total de episódios de internamento, verifica-se que a faixa etária que apresenta a maior frequência relativa de internamentos é a faixa etária dos [55-64] anos de idade (28,1%, n=107 467). As faixas etárias dos [25-34], [35,44] e [45-64] anos de idade apresentam uma frequência relativa de internamentos similar: 20,3%, 19,8% e 21,8%, respetivamente. Enquanto a faixa etária com menor frequência relativa de internamentos é a dos [15-24] anos de idade (10,0%, n=38 332).

Quanto aos internamentos por Depressão *Major*, observa-se que a faixa etária com maior frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* é a dos [45-54] anos de idade (0,6%, n=523). Seguida pela faixa etária dos [35-44] anos de idade (0,5%, n=398) e dos [55-64] anos de idade (0,4%, n=482). A faixa etária com menor frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* é a dos [15-24] anos de idade (0,2%, n=84).

O quadro 9 descreve a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, segundo a variável **Presença de Comorbilidades**.

QUADRO 9: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR PRESENÇA DE COMORBILIDADES (2013)

			Total Internamentos	Internamento por Depressão		Valor-p
				Sim	Não	
Presença de Comorbilidades	Sim	n (%)	129006 (33,7)	569 (0,4)	128437 (99,6)	$p = 0,937$
	Não	n (%)	254099 (66,3)	1127 (0,4)	252972 (99,6)	
Total		n (%)	383105 (100)	1696 (0,4)	381409 (99,6)	

Relativamente ao total de episódios de internamento, verifica-se que a presença de comorbilidades apresenta uma frequência relativa de 33,7% (n=129 006), enquanto a frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* com presença de comorbilidades apresenta uma frequência relativa de 0,4% (n=569).

O quadro 10 descreve a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, segundo a variável **Local de Residência**.

QUADRO 10: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA (2013)

			Total Internamentos	Internamento por Depressão		Valor-p
				Sim	Não	
Local de Residência	Aveiro	n (%)	26380 (6,9)	65 (0,2)	26315 (99,8)	p < 0,001
	Beja	n (%)	4611 (1,2)	19 (0,4)	4592 (99,6)	
	Braga	n (%)	32270 (8,5)	43 (0,1)	32227 (99,9)	
	Bragança	n (%)	5546 (1,5)	39 (0,7)	5507 (99,3)	
	Castelo Branco	n (%)	8893 (2,3)	79 (0,9)	8814 (99,1)	
	Coimbra	n (%)	17375 (4,6)	120 (0,7)	17255 (99,3)	
	Évora	n (%)	5604 (1,5)	68 (1,2)	5536 (98,8)	
	Faro	n (%)	15274 (4,0)	42 (0,3)	15232 (99,7)	
	Guarda	n (%)	5517 (1,4)	58 (1,1)	5459 (98,9)	
	Leiria	n (%)	18128 (4,7)	165 (0,9)	17963 (99,1)	
	Lisboa	n (%)	86523 (22,7)	324 (0,4)	86199 (99,6)	
	Portalegre	n (%)	3822 (1,0)	35 (0,9)	3787 (99,1)	
	Porto	n (%)	77410 (20,3)	239 (0,3)	77171 (99,7)	
	Santarém	n (%)	17716 (4,6)	137 (0,2)	17579 (99,2)	
	Setúbal	n (%)	27921 (7,3)	120 (0,4)	27801 (99,6)	
	Viana Castelo	n (%)	9281 (2,4)	44 (0,5)	9174 (99,5)	
	Vila Real	n (%)	5982 (1,6)	12 (0,2)	5970 (99,8)	
	Viseu	n (%)	12818 (3,4)	83 (0,6)	12735 (99,4)	
Outros	n (%)	730 (0,2)	0 (0,0)	730 (0,2)		
Total		n (%)	381738 (100)	1692 (0,4)	380046 (99,6)	

Quanto à distribuição de episódios de internamento por local de residência observam-se 1 367 *missing cases* - episódios de internamento com local de residência indefinido.

Relativamente ao total de episódios de internamento, verifica-se que os locais de residência que apresentam a maior frequência relativa de internamento são os distritos de Lisboa (22,7%), Porto (20,3%), Braga (8,5%), Setúbal (7,3%) e Aveiro (6,9%).

Enquanto os distritos de Vila Real (1,6%), Bragança (1,5%), Évora (1,5%), Guarda (1,4%), Beja (1,2%) e Portalegre (1,0%) são os locais de residência que apresentam frequências relativas de internamento inferiores.

Relativamente aos internamentos por Depressão *Major*, o local de residência com frequência relativa mais elevada é o distrito de Évora (1,2%).

Leiria (0,9%), Castelo Branco (0,9%), Portalegre (0,9%), Coimbra (0,7%), Bragança (0,7%), Viseu (0,6%) e Viana do Castelo (0,5%) apresentam frequências relativas de internamento por Depressão *Major* elevadas.

Os restantes locais de residência apresentam frequências relativas de internamento por Depressão *Major* inferiores a 0,5%.

5.2.2. Odds Ratio brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão Major

No quadro 11 apresenta-se a análise dos OR brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão Major, no ano de 2013.

QUADRO 11: ODDS RATIO BRUTO E AJUSTADO RELATIVOS AO INTERNAMENTO POR DEPRESSÃO (2013)

		p (Wald)	OR bruto (IC 95%)	p (Wald)	OR ajustado** (IC 95%)
Sexo	Masculino*				
	Feminino	< 0,001	1,602 (1,442; 1,779)	---	---
Faixa Etária	55-64*			---	---
	15-24	< 0,001	0,448 (0,354; 0,566)	---	---
	25-34	< 0,001	0,508 (0,429; 0,600)	---	---
	35-44	0,301	1,074 (0,938; 1,230)	---	---
	45-54	< 0,001	1,373 (1,212; 1,555)	---	---
Presença de Comorbilidades	Não*				
	Sim	0,038	0,896 (0,808; 0,994)	0,176	0,931 (0,840; 1,032)
Local de Residência	Lisboa*				
	Aveiro	< 0,001	0,640 (0,490; 0,836)	< 0,001	0,641 (0,491; 0,837)
	Beja	0,691	1,098 (0,691; 1,747)	0,693	1,098 (0,690; 1,746)
	Braga	< 0,001	0,347 (0,252; 0,477)	< 0,001	0,348 (0,253; 0,478)
	Bragança	< 0,001	1,827 (1,309; 2,551)	< 0,001	1,829 (1,310; 2,553)
	Castelo Branco	< 0,001	2,309 (1,803; 2,956)	< 0,001	2,309 (1,803; 2,956)
	Coimbra	< 0,001	1,809 (1,466; 2,232)	< 0,001	1,808 (1,465; 2,231)
	Évora	< 0,001	3,259 (2,505; 4,240)	< 0,001	3,252 (2,500; 4,231)
	Faro	0,068	0,741 (0,537; 1,023)	0,069	0,742 (0,537; 1,023)
	Guarda	< 0,001	2,766 (2,088; 3,663)	< 0,001	2,756 (2,080; 3,650)
	Leiria	< 0,001	2,381 (1,973; 2,875)	< 0,001	2,378 (1,970; 2,871)
	Portalegre	< 0,001	2,405 (1,694; 3,414)	< 0,001	2,403 (1,693; 3,412)
	Porto	0,005	0,786 (0,665; 0,930)	0,007	0,793 (0,671; 0,938)
	Santarém	< 0,001	2,034 (1,665; 2,486)	< 0,001	2,030 (1,661; 2,480)
	Setúbal	0,191	1,150 (0,933; 1,419)	0,185	1,152 (0,934; 1,422)
	Viana do Castelo	0,183	1,239 (0,904; 1,700)	0,186	1,238 (0,903; 1,697)
	Vila Real	0,025	0,517 (0,291; 0,921)	0,026	0,519 (0,291; 0,924)
Viseu	< 0,001	1,715 (1,346; 2,184)	< 0,001	1,723 (1,352; 2,194)	
Outros	0,992	0,000 (0,000; 0,000)	0,992	0,000 (0,000; 0,000)	

* Classe de referência

** Ajustado ao Sexo e à Faixa etária

Da análise dos OR brutos e ajustados (ao sexo e faixa etária) verifica-se que a frequência de internamento por Depressão Major na população em estudo está

significativamente associada ao sexo, faixa etária, presença de comorbilidades e local de residência (Quadro 11).

De acordo com a análise dos OR brutos, a probabilidade de internamento por Depressão *Major* é maior no sexo feminino (OR=1,602; IC 95%: 1,442-1,779).

Quanto à faixa etária, verifica-se que relativamente à classe de referência - faixa etária [55-64] anos, os indivíduos mais jovens têm uma menor probabilidade de internamento por Depressão *Major*: faixa etária [15-24] (OR=0,448; IC 95%: 0,354-0,566) e [25-34] anos (OR=0,508; IC 95%: 0,429-0,600). Observa-se ainda que os indivíduos na faixa etária [35-44] anos (OR=1,074; IC 95%: 0,938-1,230) e na faixa etária [45-54] anos (OR=1,373; IC 95%: 1,212-1,555) têm uma maior probabilidade de internamento por Depressão *Major*, no entanto a primeira associação não é estatisticamente significativa.

Quando analisada a associação entre a presença de comorbilidades e a frequência de internamento por Depressão *Major* verifica-se que os indivíduos que apresentam comorbilidades têm uma probabilidade de internamento por Depressão *Major* inferior (OR=0,896; IC 95%: 0,808-0,994).

Quanto ao local de residência (Gráfico 2), verifica-se que relativamente à classe de referência (Lisboa), os indivíduos que residem em Évora apresentam um risco de internamento por Depressão *Major* significativamente superior (OR=3,259; IC 95%: 2,505-4,240), tal como os indivíduos residentes na Guarda (OR=2,766; IC 95%: 2,088-3,663), Portalegre (OR=2,405; IC 95%: 1,694-3,414), Leiria (OR=2,381; IC 95%: 1,973-2,875), Castelo Branco (OR=2,309; IC 95%: 1,803-2,956), Santarém (OR=2,034; IC 95%: 1,664-2,486), Bragança (OR=1,827; IC 95%: 1,309-2,551), Coimbra (OR=1,809; IC 95%: 1,466-2,232) e Viseu (OR=1,715; IC 95%: 1,346-2,184). Por outro lado, aos indivíduos residentes em Braga (OR=0,347; IC 95%: 0,252-0,477) e Aveiro (OR=0,640; IC 95%: 0,490-0,836) apresentam um risco significativamente menor de internamento por Depressão *Major*.

Analisando os OR ajustados (ao sexo e à faixa etária), obtemos resultados semelhantes.

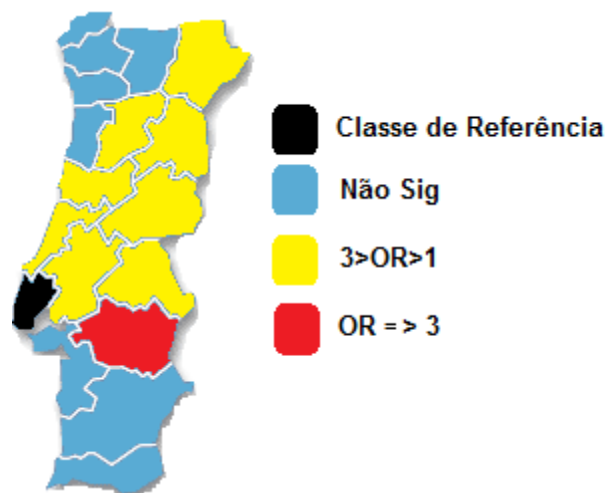


Gráfico 2: Risco de internamento por Depressão *Major*, por local de residência (2013)

5.3. COMPONENTE ECOLÓGICA DE ANÁLISE RELATIVA AO ANO DE 2008

5.3.1. Distribuição da população em idade ativa segundo os valores das variáveis sociodemográficas em estudo, por local de residência (ao nível de distritos)

O quadro 12 descreve a distribuição das frequências, absolutas e relativas, e algumas estatísticas descritivas, da população em idade ativa, segundo a variável sociodemográfica **Sexo**, por local de residência, no ano de 2008.

QUADRO 12: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA, POR SEXO. LOCAL DE RESIDÊNCIA (2008).

	Sexo masculino N (%)	Sexo feminino N (%)	Total N (% do total)
Aveiro	240 329 (49,10)	249 110 (50,90)	489 439 (7,32)
Beja	49 636 (51,56)	46 627 (48,44)	96 263 (1,44)
Braga	290 414 (49,03)	301 852 (50,97)	592 266 (8,86)
Bragança	42 611 (49,90)	42 787 (50,10)	85 398 (1,28)
Castelo Branco	61 156 (49,99)	61 174 (50,01)	122 330 (1,83)
Coimbra	137 798 (48,73)	144 963 (51,27)	282 761 (4,23)
Évora	52 770 (49,76)	53 277 (50,24)	106 047 (1,59)
Faro	143 438 (49,75)	144 898 (50,25)	288 336 (4,31)
Guarda	50 126 (49,48)	51 187 (50,52)	101 313 (1,52)
Leiria	151 646 (49,15)	156 908 (50,85)	308 554 (4,62)
Lisboa	713 995 (48,23)	766 489 (51,77)	1 480 484 (22,15)
Portalegre	36 606 (49,95)	36 675 (50,05)	73 281 (1,10)
Porto	617 001 (48,73)	649 193 (51,27)	1 266 194 (18,95)
Santarém	142 569 (49,44)	145 826 (50,56)	288 395 (4,32)
Setúbal	274 449 (48,76)	288 414 (51,24)	562 863 (8,42)
Viana do Castelo	76 994 (48,50)	82 414 (51,70)	159 408 (2,39)
Vila Real	67 174 (49,62)	68 199 (50,38)	135 373 (2,03)
Viseu	120 177 (49,11)	124 534 (50,89)	244 711 (3,66)
Total N (%) (% do total)	3 268 889 (100) (48,91)	3 414 527 (100) (51,09)	6 683 416 (100)
Média	49,37	50,63	
Mediana	49,29	50,71	
Desvio-padrão	0,77	0,77	
Mín	48,23	48,44	
Máx	51,56	51,77	

No quadro 12 observa-se que a população em idade ativa, no ano de 2008, era constituída por 6 683 416 indivíduos, dos quais 3 268 889 (48,91%) do sexo masculino e 3 414 527 (51,09%) do sexo feminino. A frequência relativa do sexo feminino apresenta

uma média de 50,63% e uma mediana de 50,71%, sendo ligeiramente superior a frequência relativa do sexo masculino cuja média se situa em 49,37% com uma mediana de 49,29%.

Esta tendência verifica-se em todos os locais de residência, à exceção do distrito de Beja, onde a frequência relativa do sexo masculino (51,56%, n=49 636) é superior à do sexo feminino (48,44%, n=46 627).

O quadro 13 descreve a distribuição das frequências, absolutas e relativas, e algumas estatísticas descritivas, da população em idade ativa, segundo a variável sociodemográfica **Faixa etária**, por local de residência, no ano de 2008.

QUADRO 13: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA, POR FAIXA ETÁRIA. LOCAL DE RESIDÊNCIA (2008)

	[15-24] anos N (%)	[25-34] anos N (%)	[35-44] anos N (%)	[45-54] anos N (%)	[55-64] anos N (%)	Total N (% do total)
Aveiro	82 617 (16,88)	103 515 (21,15)	113 593 (23,21)	105 823 (21,62)	83 891 (17,14)	489 439 (7,32)
Beja	16 272 (16,90)	19 900 (20,67)	20 880 (21,69)	21 194 (22,02)	18 017 (18,72)	96 263 (1,44)
Braga	110 013 (18,57)	132 322 (22,34)	139 010 (23,47)	122 121 (20,62)	88 800 (14,99)	592 266 (8,86)
Bragança	14 243 (16,68)	16 675 (19,53)	17 161 (20,10)	19 518 (22,86)	17 801 (20,84)	85 398 (1,28)
Castelo Branco	19 943 (16,30)	24 180 (19,77)	26 102 (21,34)	27 708 (22,65)	24 397 (19,94)	122 330 (1,83)
Coimbra	44 825 (15,85)	60 161 (21,28)	62 501 (22,10)	60 812 (21,51)	54 462 (19,26)	282 761 (4,23)
Évora	17 661 (16,65)	22 779 (21,48)	23 265 (21,94)	22 759 (21,46)	19 583 (18,47)	106 047 (1,59)
Faro	47 420 (16,45)	66 535 (23,08)	64 473 (22,36)	58 907 (20,43)	51 001 (17,69)	288 336 (4,31)
Guarda	16 926 (16,71)	18 993 (18,75)	21 275 (21,00)	23 675 (23,37)	20 444 (20,18)	101 313 (1,52)
Leiria	51 911 (16,82)	65 900 (21,36)	69 282 (22,45)	65 591 (21,26)	55 870 (18,11)	308 554 (4,62)
Lisboa	234 296 (15,83)	337 246 (22,78)	329 597 (22,26)	292 977 (19,79)	286 368 (19,34)	1 480 484 (22,15)
Portalegre	12 448 (16,99)	15 132 (20,65)	15 784 (21,54)	16 025 (21,87)	13 892 (18,96)	73 281 (1,10)
Porto	217 618 (17,19)	273 988 (21,64)	294 333 (23,25)	266 236 (21,03)	214 019 (16,90)	1 266 194 (18,95)
Santarém	47 021 (16,30)	60 512 (20,98)	64 510 (22,37)	62 101 (21,53)	54 251 (18,81)	288 395 (4,32)
Setúbal	88 779 (15,77)	129 431 (23,00)	121 755 (21,63)	114 104 (20,27)	108 794 (19,33)	562 863 (8,42)
Viana Castelo	27 400 (17,19)	33 784 (21,19)	34 576 (21,69)	34 523 (21,66)	29 125 (18,27)	159 408 (2,39)
Vila Real	23 279 (17,20)	26 813 (19,81)	28 698 (21,20)	30 503 (22,53)	26 080 (19,27)	135 373 (2,03)
Viseu	43 479 (17,77)	51 455 (21,03)	52 591 (21,49)	52 325 (21,38)	44 861 (18,33)	244 711 (3,66)
Total N (%) (% do total)	1 116 151 (100) (16,70)	1 459 321 (100) (21,84)	1 499 386 (100) (22,43)	1 396 902 (100) (20,90)	1 211 656 (100) (18,13)	6 683 416 (100)
Média	16,78	21,14	21,95	21,55	18,59	
Mediana	16,77	21,17	21,82	21,52	18,76	
Desvio-padrão	0,69	1,19	0,85	0,93	1,35	
Mín	15,77	18,75	20,10	19,79	14,99	
Máx	18,57	23,08	23,47	23,37	20,84	

Da análise da distribuição da população em idade ativa (Quadro 13), verificamos que, a faixa etária com maior frequência relativa é a dos [35-44] anos de idade (22,43%, n=1 499 386). As faixas etárias dos [25-34] e [45-54] anos de idade apresentam frequências relativas similares: 21,84% (n=1 459 321) e 20,90% (n=1 396 902), respetivamente. Enquanto as faixas etárias dos [55-64] e [15-24] anos de idade são as que apresentam a menor frequência relativa, 18,13% (n=1 211 656) e 16,70% (n=1 116 151), respetivamente.

Relativamente ao local de residência, observa-se que a frequência relativa da faixa etária dos [35-44] anos de idade é a que apresenta a média mais elevada (média de 21,95% com um desvio-padrão de 0,85% e uma mediana de 21,82%).

As medidas de tendência central da frequência relativa das faixas etárias por local de residência são descritas, seguidamente, por ordem decrescente. A frequência relativa da faixa etária dos [45-54] anos de idade apresenta uma média de 21,55% e uma mediana de 21,52%. A frequência relativa da faixa etária dos [25-34] anos de idade apresenta uma média de 21,14% e uma mediana de 21,17%. A frequência relativa da faixa etária dos [55-64] anos de idade apresenta uma média de 18,59% e uma mediana de 18,76%. A frequência relativa da faixa etária dos [15-24] anos de idade apresenta uma média de 16,78% e uma mediana de 16,77%.

Da análise do quadro 13 importa ainda analisar quais os locais de residência onde esta tendência não se observa. Em alguns locais de residência, a faixa etária com frequência relativa mais elevada é a dos [45-54] anos de idade, nomeadamente no distrito da Guarda (23,37%, n=23 675), Bragança (22,86%, n=19 518), Castelo Branco (22,65%, n=27 708), Beja (22,02%, n=21 194), Portalegre (21,87%, n=16 025) e Vila Real (22,53%, n=30 503).

Além disso, verifica-se que em outros locais de residência a faixa etária com frequência relativa mais elevada é a dos [25-34] anos de idade: Faro (23,08%, n=66 535), Setúbal (23,00%, n=129 431) e Lisboa (22,78%, n=337 246).

5.3.2. Distribuição dos indicadores relacionados com o internamento por Depressão *Major*, por local de residência (ao nível de distritos)

O quadro 14 descreve a distribuição das **taxas de camas de internamento** e de **internamentos por Depressão *Major***, e algumas estatísticas descritivas, na população em idade ativa, por local de residência, no ano de 2008.

QUADRO 14: DISTRIBUIÇÃO DOS INDICADORES RELACIONADOS COM O INTERNAMENTO POR DEPRESSÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA. LOCAL DE RESIDÊNCIA (2008).

	Camas de Internamento ^{a)} (N)	Internamentos por Depressão ^{b)} (N)
Aveiro	9,60	16,55
Beja	17,66	27,01
Braga	7,26	5,74
Bragança	32,79	25,76
Castelo Branco	12,26	71,94
Coimbra	37,84	59,06
Évora	21,69	25,46
Faro	15,26	12,49
Guarda	41,46	63,17
Leiria	21,39	57,04
Lisboa	18,44	22,83
Portalegre	20,47	10,92
Porto	19,74	17,06
Santarém	18,03	47,50
Setúbal	16,17	22,74
Viana do Castelo	15,06	30,11
Vila Real	17,73	25,85
Viseu	20,43	32,69
Média	20,18	31,89
Mediana	18,24	25,81
Desvio-padrão	8,93	19,50
Mín	7,26	5,74
Máx	41,46	71,94

^{a)} **Camas de Internamento:** Taxa de camas de internamento para o tratamento da Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

^{b)} **Internamentos por Depressão:** Taxa de internamentos por Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

Relativamente à **taxa de camas de internamento** (Quadro 14), no ano de 2008, verificamos a média de camas de internamento disponíveis é de 20,18 com um desvio-padrão de 8,93 e mediana de 18,24 camas por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

Sendo importante destacar ainda a assimetria entre o valor mínimo (7,26), observado no distrito de Braga, e máximo (41,46), da taxa de camas de internamento, observado no distrito da Guarda.

Além do distrito da Guarda (41,46), os locais de residência que apresentam uma taxa de camas de internamento superior à média são Coimbra (37,84), Bragança (32,79), Évora (21,69), Leiria (21,39), Portalegre (20,47) e Viseu (20,43).

Os restantes locais de residência apresentam uma taxa de camas de internamento inferior à média. Destacando-se, além do distrito de Braga (7,26), o distrito de Aveiro com uma taxa de camas de internamento de apenas 9,60 camas por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

Quanto à **taxa de internamentos por Depressão Major** (Quadro 14), no ano de 2008, verificamos a média de internamentos por Depressão Major é de 31,89 com um desvio-padrão de 19,50 e mediana de 25,81 internamentos por 100 000 habitantes da população em idade ativa, observando-se uma assimetria entre o valor mínimo (5,74), relativo a Braga, e máximo (71,94), relativa a Castelo Branco, bastante significativa.

Os distritos de Castelo Branco (71,94), como referido anteriormente, Guarda (63,17), Coimbra (59,06), Leiria (57,04), Santarém (47,50) e Viseu (32,69) constituem os locais de residência que apresentam taxas de internamentos por Depressão Major superiores à média.

Os restantes locais de residência apresentam uma taxa de internamento por Depressão Major inferior à média. Destacando-se, além do distrito de Braga (5,74), o distrito de Faro com uma taxa de internamentos por Depressão Major de apenas 12,49 internamentos por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

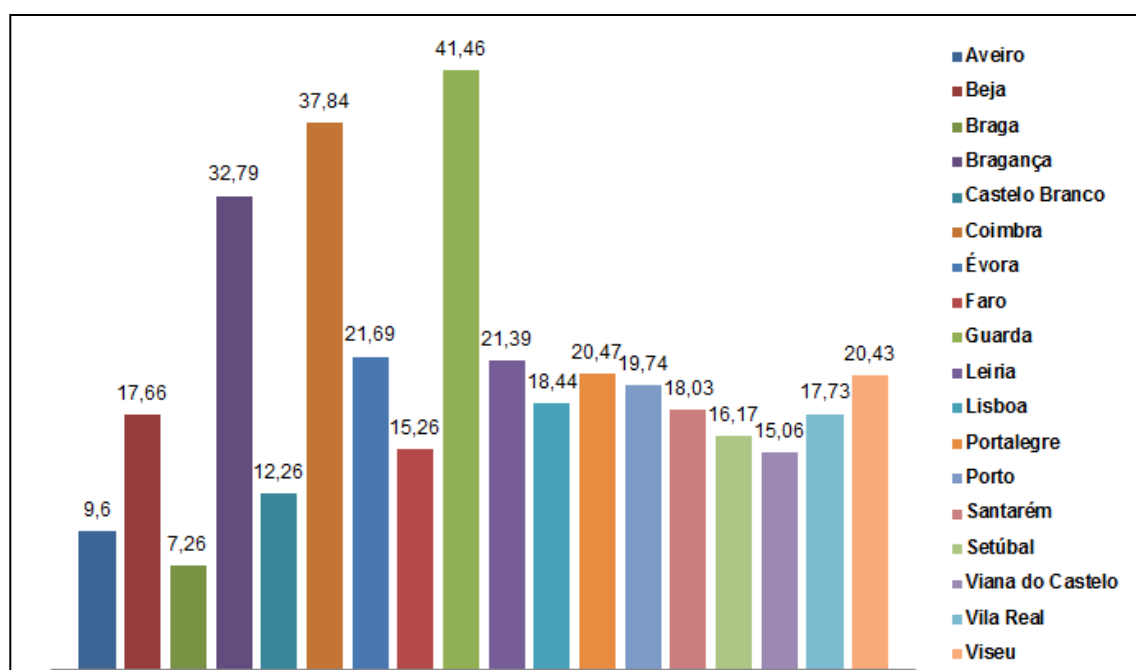


Gráfico 3: Taxa de camas de internamento, por local de residência (2008)

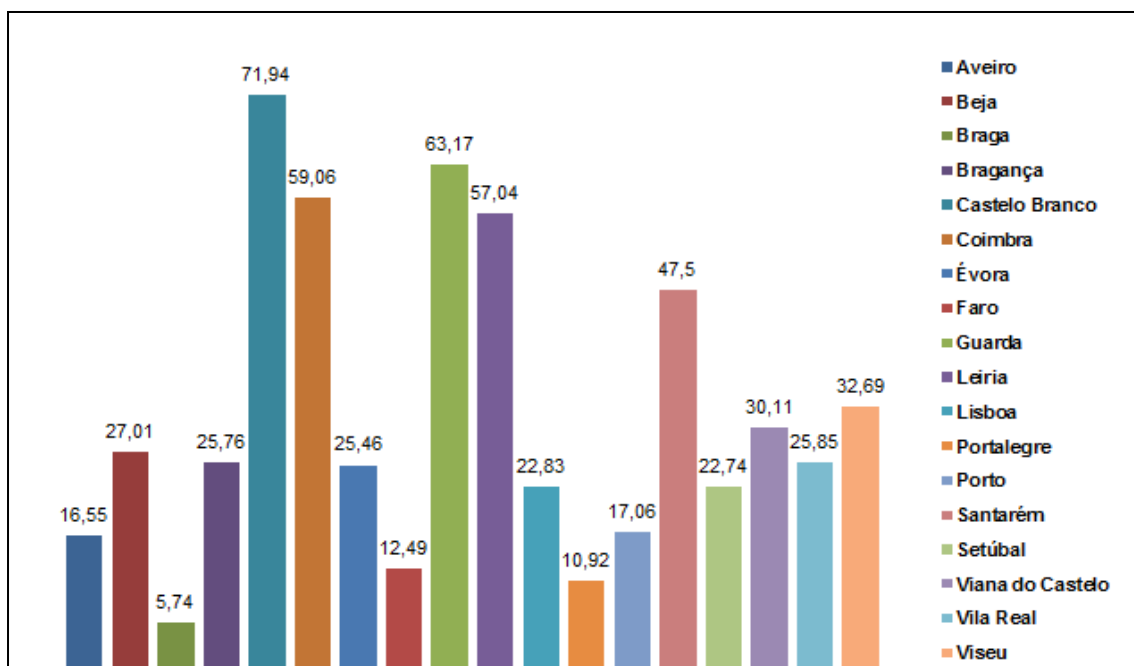


Gráfico 4: Taxa de internamentos por Depressão *Major*, por local de residência (2008)

A observação dos gráficos 3 e 4 sugere uma associação positiva entre a taxa de camas de internamento e a taxa de internamento por Depressão *Major*, por local de residência. Contudo em alguns locais de residência verificam-se associações em sentido inverso, por exemplo em Castelo Branco, onde a taxa de internamentos por Depressão *Major* é a mais elevada mas a taxa de camas de internamento é relativamente baixa, ou em Portalegre, onde a taxa de internamentos por Depressão *Major* é inferior e a taxa de camas de internamento é superior à média observada na população em idade ativa.

5.3.3. Matriz de correlação das variáveis em estudo

As correlações entre a taxa de camas de internamento disponíveis, a taxa de internamentos por Depressão *Major* e as frequências relativas por faixa etária e por sexo, da população em idade ativa, no ano de 2008, foram obtidas através do coeficiente de Pearson e são apresentadas no quadro 15.

QUADRO 15: MATRIZ DE CORRELAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO NA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA (2008)

		[15-24] anos (%)	[25-34] anos (%)	[35-44] anos (%)	[45-54] anos (%)	[55-64] anos (%)	Sexo masculino (%)	a) Camas de Internamento
Sexo masculino	Pearson	0,070	-0,424	-0,354	0,491	0,223	1	
	Valor-p	0,783	0,079	0,150	0,038	0,373		
a) Camas de Internamento	Pearson	-0,331	-0,488	-0,526	0,469	0,610	0,020	1
	Valor-p	0,180	0,040	0,025	0,050	0,007	0,936	
b) Internamentos por Depressão	Pearson	-0,388	-0,514	-0,325	0,485	0,524	0,035	0,481
	Valor-p	0,112	0,029	0,189	0,041	0,026	0,891	0,043

a) **Camas de Internamento:** Taxa de camas de internamento para o tratamento da Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

b) **Internamentos por Depressão:** Taxa de internamentos por Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

Da análise da matriz de correlação das variáveis em estudo, observa-se que a relação entre a frequência relativa de população dos [15-24] anos de idade e a taxa de camas de internamento e de internamentos por Depressão *Major* apresenta correlações negativas mas não significativas.

A frequência relativa de população dos [25-34] anos de idade apresenta correlações negativas moderadas e estatisticamente significativas com a taxa de camas de internamento ($r=-0,488$; $p=0,040$) e de internamentos por Depressão *Major* ($r=-0,514$; $p=0,029$).

Relativamente à frequência relativa de população dos [35-44] anos de idade verifica-se uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa com a taxa de camas de internamento ($r=-0,526$; $p=0,025$).

A frequência relativa de população dos [45-54] anos de idade apresenta correlações positivas moderadas e estatisticamente significativas com a taxa de camas de internamento ($r=0,469$; $p=0,050$) e de internamentos por Depressão *Major* ($r=0,485$; $p=0,041$).

Quanto à relação entre a frequência relativa de população dos [55-64] anos de idade e a taxa de camas de internamento ($r=0,610$; $p=0,007$) verifica-se uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa; enquanto com a taxa de internamentos por Depressão *Major* ($r=0,524$; $p=0,026$) a correlação é positiva e significativa mas moderada.

A taxa de internamentos por Depressão *Major* apresenta ainda uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a taxa de camas de internamento ($r=0,481$; $p=0,043$).

5.3.4. Modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão *Major*

No quadro 16, apresenta-se o modelo de regressão linear múltipla com seleção de variáveis *stepwise*. O modelo foi validado (Durbin-Watson=2,033) e, para $\alpha=0,10$, pode concluir-se que o modelo é estatisticamente significativo ($R_a^2=0,229$; $p=0,026$), com uma fraca/moderada capacidade de explicação.

QUADRO 16: MODELO DE REGRESSÃO LINEAR (2008)

	B	Std. Error	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
				Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	-109,214	57,486	0,076	-231,079	12,650
[55-64] anos	7,592	3,085	0,026	1,051	14,132

[55-64] anos: Frequência relativa de população em idade ativa na faixa etária dos 55-64 anos de idade

A frequência relativa de população na faixa etária dos [55-64] anos influencia a taxa de internamentos por Depressão *Major*, sendo que por cada aumento de 1% na frequência relativa de população nesta faixa etária se verifica um aumento de cerca de 7,5 ($B=7,592$) internamentos por Depressão *Major* por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

5.3.5. Modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão *Major* com base nas camas de internamento

No quadro 17, apresenta-se o modelo de regressão linear com seleção da variável independente: camas de internamento. O modelo foi validado (Durbin-Watson=2,075) e, para $\alpha=0,10$, pode concluir-se que o modelo é estatisticamente significativo ($R_a^2 = 0,183$; $p=0,043$), com uma fraca/moderada capacidade de explicação.

QUADRO 17: MODELO DE REGRESSÃO LINEAR (VARIÁVEL INDEPENDENTE: CAMAS DE INTERNAMENTO), NO ANO 2008

	B	Std. Error	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
				Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	10,699	10,513	0,324	-11,587	32,986
Camas Internamento	1,050	0,479	0,043	0,035	2,064

Camas de Internamento: Taxa de camas de internamento para o tratamento da Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

A taxa de camas de internamento influencia a taxa de internamentos por Depressão *Major*, sendo que por cada cama de internamento adicional ocorre um aumento de cerca de 1 (B=1,050) internamento por Depressão *Major* por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

5.4. COMPONENTE ECOLÓGICA DE ANÁLISE RELATIVA AO ANO DE 2013

5.4.1. Distribuição da população segundo valores das variáveis sociodemográficas em estudo, por local de residência (ao nível de distritos)

O quadro 18 descreve a distribuição das frequências, absolutas e relativas, e algumas estatísticas descritivas, da população em idade ativa, segundo a variável sociodemográfica **Sexo**, por local de residência, no ano de 2013.

QUADRO 18: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA, POR SEXO. LOCAL DE RESIDÊNCIA (2013).

	Sexo masculino N (%)	Sexo feminino N (%)	Total N (% do total)
Aveiro	231 813 (48,65)	244 717 (51,35)	476 530 (7,35)
Beja	47 868 (51,46)	45 152 (48,54)	93 020 (1,44)
Braga	286 607 (48,70)	301 936 (51,30)	588 543 (9,08)
Bragança	39 647 (49,73)	40 084 (50,27)	79 731 (1,23)
Castelo Branco	57 509 (49,76)	58 066 (50,24)	115 575 (1,78)
Coimbra	129 550 (48,44)	137 910 (51,56)	267 460 (4,13)
Évora	50 408 (49,68)	51 063 (50,32)	101 471 (1,57)
Faro	139 544 (49,04)	145 007 (50,96)	284 551 (4,39)
Guarda	46 634 (49,49)	47 590 (50,51)	94 224 (1,45)
Leiria	147 566 (48,80)	154 799 (51,20)	302 365 (4,67)
Lisboa	684 348 (47,91)	743 965 (52,09)	1 428 313 (22,04)
Portalegre	34 599 (49,71)	35 002 (52,29)	69 601 (1,07)
Porto	594 035 (48,24)	637 293 (51,76)	1 231 328 (19,00)
Santarém	137 703 (49,15)	142 439 (50,85)	280 142 (4,32)
Setúbal	266 351 (48,28)	285 353 (51,72)	551 704 (8,51)
Viana do Castelo	74 263 (48,36)	79 311 (51,64)	153 574 (2,37)
Vila Real	63 001 (49,29)	64 804 (50,71)	127 805 (1,97)
Viseu	115 202 (48,91)	120 324 (51,09)	235 526 (3,63)
Total N (%) (% do total)	3 146 648 (100) (48,55)	3 334 815 (100) (51,45)	6 481 463 (100)
Média	49,09	50,91	
Mediana	48,98	51,02	
Desvio-padrão	0,83	0,83	
Mín	47,91	48,54	
Máx	51,46	52,09	

No quadro 18 verifica-se que a população em idade ativa, no ano de 2013, era constituída por 6 481 463 indivíduos, dos quais 3 146 648 (48,55%) do sexo masculino e 3 334 815 (51,45%) do sexo feminino. A frequência relativa do sexo feminino apresenta

uma média de 50,91% e a mediana de 51,02%, sendo ligeiramente superior à frequência relativa do sexo masculino cuja média se situa em 49,09% e a mediana de 48,98%.

Esta tendência, à semelhança de 2008, verifica-se em todos os locais de residência exceptuando o distrito de Beja, onde a frequência relativa do sexo masculino (51,46%, n=47 868) é superior à do sexo feminino (48,54%, n=45 152).

O quadro 19 descreve a distribuição das frequências, absolutas e relativas, e algumas estatísticas descritivas, da população em idade ativa, segundo a variável sociodemográfica **Faixa etária**, por local de residência, no ano de 2013.

QUADRO 19: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA, POR FAIXA ETÁRIA. LOCAL DE RESIDÊNCIA (2013).

	[15-24] anos N (%)	[25-34] anos N (%)	[35-44] anos N (%)	[45-54] anos N (%)	[55-64] anos N (%)	Total N (% do total)
Aveiro	77 541 (16,27)	85 192 (17,88)	109 874 (23,06)	110 954 (23,28)	92 969 (19,51)	476 530 (7,35)
Beja	14 779 (15,89)	17 106 (18,39)	20 464 (22,00)	21 436 (23,04)	19 235 (20,68)	93 020 (1,44)
Braga	103 718 (17,62)	111 331 (18,92)	137 637 (23,39)	131 795 (22,39)	104 062 (17,68)	588 543 (9,08)
Bragança	12 455 (15,62)	13 769 (17,27)	16 416 (20,59)	18 265 (22,91)	18 826 (23,61)	79 731 (1,23)
Castelo Branco	17 472 (15,12)	20 084 (17,38)	24 929 (21,57)	26 876 (23,25)	26 214 (22,68)	115 575 (1,78)
Coimbra	40 017 (14,96)	47 502 (17,76)	61 614 (23,04)	61 786 (23,10)	56 541 (21,14)	267 460 (4,13)
Évora	15 886 (15,66)	18 464 (18,20)	23 262 (22,92)	23 235 (22,90)	20 624 (20,33)	101 471 (1,57)
Faro	44 583 (15,67)	53 929 (18,95)	69 396 (24,39)	61 566 (21,64)	55 077 (19,36)	284 551 (4,39)
Guarda	14 880 (15,79)	15 576 (16,53)	19 137 (20,31)	22 813 (24,21)	21 818 (23,16)	94 224 (1,45)
Leiria	49 832 (16,48)	55 017 (18,20)	69 470 (22,98)	68 184 (22,55)	59 862 (19,80)	302 365 (4,67)
Lisboa	219 533 (15,37)	278 844 (19,52)	351 061 (24,58)	300 830 (21,06)	278 045 (19,47)	1 428 313 (22,04)
Portalegre	11 289 (16,22)	12 431 (17,86)	15 534 (22,32)	16 034 (23,04)	14 313 (20,56)	69 601 (1,07)
Porto	202 741 (16,47)	227 855 (18,50)	286 577 (23,27)	280 163 (22,75)	233 992 (19,00)	1 231 328 (19,00)
Santarém	44 662 (15,94)	50 144 (17,90)	64 225 (22,93)	63 791 (22,77)	57 320 (20,46)	280 142 (4,32)
Setúbal	86 469 (15,67)	104 869 (19,01)	136 219 (24,69)	113 910 (20,65)	110 237 (19,98)	551 704 (8,51)
Viana Castelo	25 148 (16,38)	28 153 (18,33)	34 356 (22,37)	34 570 (22,51)	31 347 (20,41)	153 574 (2,37)
Vila Real	21 083 (16,50)	21 760 (17,03)	26 710 (20,90)	30 196 (23,63)	28 056 (21,95)	127 805 (1,97)
Viseu	41 006 (17,41)	41 967 (17,82)	51 799 (21,99)	52 834 (22,43)	47 920 (20,35)	235 526 (3,63)
Total N (%) (% do total)	1 043 094 (100) (16,09)	1 203 993 (100) (18,58)	1 518 680 (100) (23,43)	1 439 238 (100) (22,21)	1 276 458 (100) (19,69)	6 481 463 (100)
Média	16,06	18,08	22,63	22,67	20,56	
Mediana	15,92	18,05	22,93	22,83	20,38	
Desvio-padrão	0,70	0,76	1,27	0,86	1,50	
Mín	14,96	16,53	20,31	20,65	17,68	
Máx	17,62	19,52	24,69	24,21	23,61	

Da análise da distribuição da população em idade ativa (Quadro 19), observa-se que a faixa etária com maior frequência relativa é a dos [35-44] anos (23,43%, n=1 518 680), seguida pelas faixas etárias dos [45-54] (22,01%, n=1 439 238) e dos [54-64] anos de idade (19,69%, n=1 276 458). Enquanto, as faixas etárias dos [15-24] e dos [25-34] anos de idade são as que apresentam menor frequência relativa, 16,09% (n=1 043 094) e 18,58% (n=1 203 993), respetivamente.

Relativamente ao local de residência, observa-se que a frequência relativa da faixa etária dos [45-54] anos de idade é a que apresenta a média mais elevada (média de 22,67% e mediana de 22,83%).

As medidas de tendência central da frequência relativa das faixas etárias por local de residência são descritas, seguidamente, por ordem decrescente. A frequência relativa da faixa etária dos [35-44] anos de idade apresenta uma média de 22,63% e uma mediana de 22,93%. A frequência relativa da faixa etária dos [55-64] anos de idade apresenta uma média de 20,56% e uma mediana de 20,38%. A frequência relativa da faixa etária dos [25-34] anos de idade apresenta uma média de 18,08% e uma mediana de 18,05%. A frequência relativa da faixa etária dos [15-24] anos de idade apresenta uma média de 16,06% e uma mediana de 15,92%.

Da análise do quadro 19 importa ainda analisar quais os locais de residência onde esta tendência não se observa.

Em alguns locais de residência, a faixa etária com frequência relativa mais elevada é a dos [35-44] anos de idade, nomeadamente em Setúbal (24,69%, n=136 219), Lisboa (24,58%, n=351 061), Faro (24,39%, n=69 396), Braga (23,39%, n=137 637), Porto (23,27%, n=286 577), Leiria (22,98%, n=69 470), Santarém (22,93%, n=64 225) e Évora (22,92%, n=23 262).

Além disso, verifica-se que o distrito de Bragança é o local de residência onde a faixa etária com frequência relativa mais elevada é a dos [55-64] anos de idade (23,61%, n=18 826).

5.4.2. Distribuição dos indicadores relacionados com o internamento por Depressão *Major*, por local de residência

O quadro 20 descreve a distribuição das **taxas de camas de internamento** e de **internamentos por Depressão *Major***, e algumas estatísticas descritivas, na população em idade ativa, por local de residência, no ano de 2013.

QUADRO 20: DISTRIBUIÇÃO DOS INDICADORES RELACIONADOS COM O INTERNAMENTO POR DEPRESSÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA. LOCAL DE RESIDÊNCIA (2013).

	Camas de Internamento^{a)} (N)	Internamentos por Depressão^{b)} (N)
Aveiro	8,81	13,64
Beja	13,98	20,43
Braga	9,52	7,31
Bragança	35,12	48,91
Castelo Branco	15,57	68,35
Coimbra	28,79	44,87
Évora	22,67	67,01
Faro	16,17	14,76
Guarda	44,57	61,56
Leiria	21,17	54,57
Lisboa	17,78	22,68
Portalegre	15,80	50,29
Porto	17,87	19,41
Santarém	14,99	48,90
Setúbal	14,50	21,75
Viana do Castelo	15,63	28,65
Vila Real	18,78	9,39
Viseu	18,68	35,24
Média	19,47	35,43
Mediana	16,97	31,95
Desvio-padrão	8,82	20,37
Mín	8,81	7,31
Máx	44,57	68,35

^{a)} **Camas de Internamento:** Taxa de camas de internamento para o tratamento da Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

^{b)} **Internamentos por Depressão:** Taxa de internamentos por Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

Relativamente à **taxa de camas de internamento** disponíveis (Quadro 20), no ano de 2013, verificamos que a média de camas de internamento disponíveis é de 19,47 com um desvio-padrão de 8,82 e uma mediana de 16,97 camas por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

Destaca-se ainda a assimetria observada entre o valor mínimo (8,81), no distrito de Aveiro, e o valor máximo (44,57), da taxa de camas de internamento, no distrito da Guarda.

Além do distrito da Guarda (44,57), os locais de residência que apresentam uma taxa de camas de internamento superior à média são Bragança (35,12), Coimbra (28,79), Évora (22,67) e Leiria (21,17).

Os restantes locais de residência apresentam uma taxa de camas de internamento inferior à média. Destacando-se, além do distrito de Aveiro (8,81), o distrito de Braga com uma taxa de camas de internamento de apenas 7,26 camas por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

Quanto à **taxa de internamentos por Depressão Major** (Quadro 20), no ano de 2013, verificamos a média de internamentos por Depressão Major é de 35,43 com um desvio-padrão de 20,37 e uma mediana de 31,95 internamentos por 100 000 habitantes da população em idade ativa, observando-se uma assimetria entre o valor mínimo (7,31), relativo a Braga, e máximo (68,35), relativo a Castelo Branco, bastante significativa.

Os distritos de Castelo Branco (68,35), como referido anteriormente, Évora (67,01), Guarda (61,56), Leiria (54,57), Portalegre (50,29), Bragança (48,91), Santarém (48,90) e Coimbra (44,87) constituem os locais de residência que apresentam taxas de internamentos por Depressão Major superiores à média.

Os restantes locais de residência apresentam uma taxa de internamento por Depressão Major inferior à média. Destacando-se, além do distrito de Braga (7,31), o distrito de Vila Real com uma taxa de internamentos por Depressão Major de apenas 9,39 internamentos por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

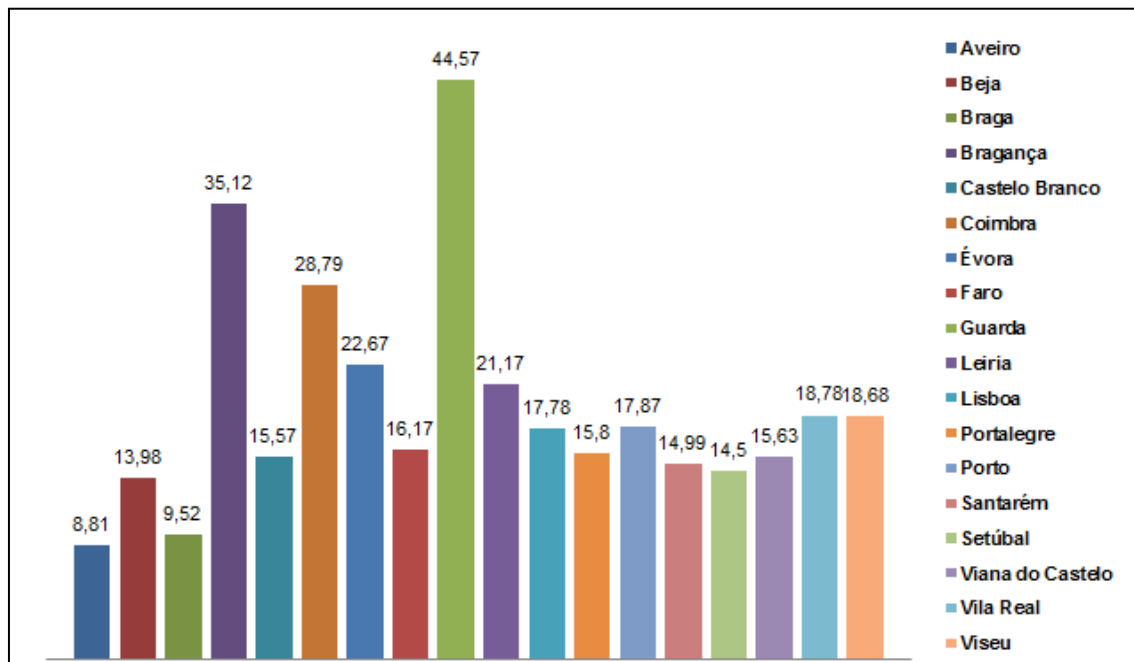


Gráfico 5: Taxa de camas de internamento, por local de residência (2013)

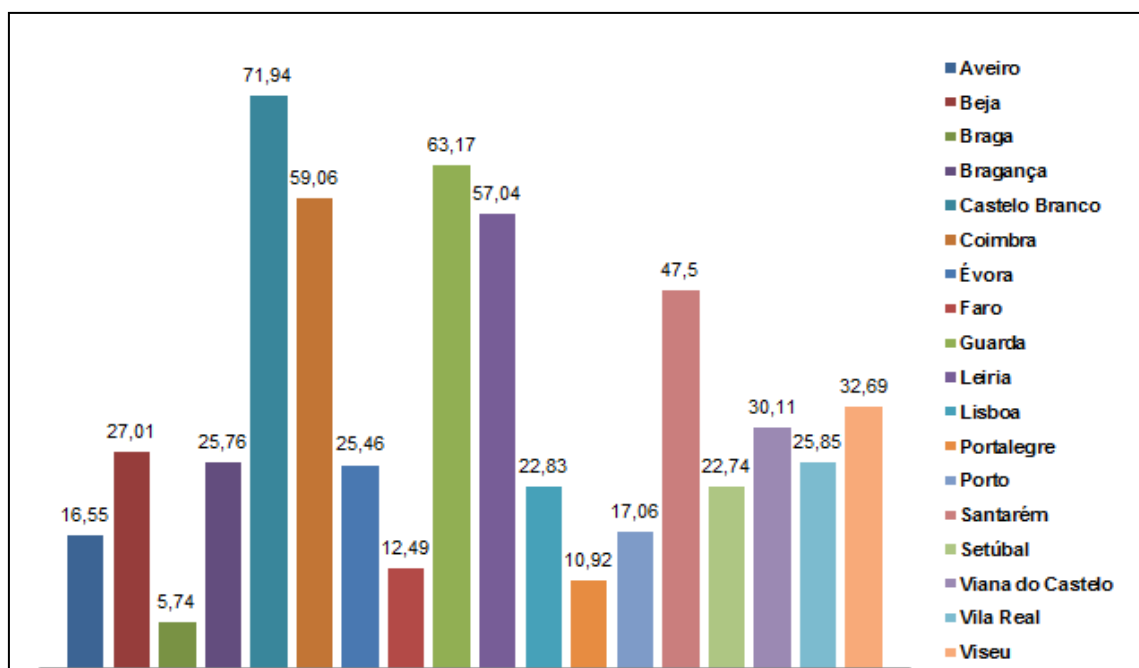


Gráfico 6: Taxa de internamentos por Depressão *Major*, por local de residência (2013)

A observação dos gráficos 5 e 6 sugere uma associação positiva entre a taxa de camas de internamento e a taxa de internamento por Depressão *Major*, por local de residência. Contudo em alguns locais de residência verificam-se associações em sentido inverso, por exemplo em Castelo Branco, onde a taxa de internamentos por Depressão *Major* é a mais elevada observa-se uma taxa de camas de internamento relativamente baixa.

5.4.3. Matriz de correlação das variáveis em estudo

As correlações entre a taxa de camas de internamento disponíveis, a taxa de internamentos por Depressão *Major* e as frequências relativas por faixa etária e por sexo, da população em idade ativa, no ano de 2013, foram obtidas através do coeficiente de Pearson e são apresentadas no quadro 21.

QUADRO 21: MATRIZ DE CORRELAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO NA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA (2013)

		[15-24] anos (%)	[25-34] anos (%)	[35-44] anos (%)	[45-54] anos (%)	[55-64] anos (%)	Sexo masculino (%)	a) Camas de Internamento
Sexo masculino	Pearson	-0,128	-0,398	-0,558	0,488	0,453	1	
	Valor-p	0,612	0,102	0,016	0,040	0,059		
a) Camas de Internamento	Pearson	-0,348	-0,601	-0,563	0,414	0,704	0,131	1
	Valor-p	0,157	0,008	0,015	0,088	0,001	0,606	
b) Internamentos por Depressão	Pearson	-0,422	-0,501	-0,404	0,376	0,576	0,293	0,546
	Valor-p	0,081	0,034	0,096	0,124	0,012	0,239	0,019

a) **Camas de Internamento:** Taxa de camas de internamento para o tratamento da Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

b) **Internamentos por Depressão:** Taxa de internamentos por Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

Da análise da matriz de correlação das variáveis em estudo (Quadro 21), observa-se que a relação entre a frequência relativa de população dos [15-24] anos de idade e a taxa de internamentos por Depressão *Major* apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa ($r=-0,422$; $p=0,081$).

A frequência relativa de população dos [25-34] anos de idade apresenta uma correlação negativa forte e estatisticamente significativa com a taxa de camas de internamento ($r=-0,601$; $p=0,008$) e uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa com a taxa de internamentos por Depressão *Major* ($r=-0,501$; $p=0,034$).

Relativamente à frequência relativa de população dos [35-44] anos de idade verificam-se correlações negativas, moderadas e estatisticamente significativas com a taxa de camas de internamento ($r=-0,563$; $p=0,015$) e com a taxa de internamentos por Depressão *Major* ($r=-0,404$; $p=0,096$).

A frequência relativa de população dos [45-54] anos de idade apresenta uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa com a taxa de camas de internamento ($r=0,414$; $p=0,088$).

Quanto à relação entre a frequência relativa de população dos [55-64] anos de idade e a taxa de camas de internamento ($r=0,704$; $p=0,001$) e a taxa de internamentos por Depressão *Major* ($r=0,576$; $p=0,012$) verificam-se correlações positivas estatisticamente significativas, forte e moderada, respetivamente.

A taxa de internamentos por Depressão *Major* apresenta ainda uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a taxa de camas de internamento ($r=0,546$; $p=0,019$).

5.4.4. Modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão *Major*

No quadro 22, apresenta-se o modelo de regressão linear múltipla com seleção de variáveis *stepwise*. O modelo foi validado (Durbin-Watson=1,987) e, para $\alpha=0,10$, pode concluir-se que o modelo é estatisticamente significativo ($R_a^2=0,332$; $p=0,012$), com uma fraca/moderada capacidade de explicação.

QUADRO 22: MODELO DE REGRESSÃO LINEAR (2013)

	B	Std. Error	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
				Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	-125,195	57,127	0,044	-246,299	-4,091
[55-64] anos	7,812	2,771	0,012	1,937	13,686

[55-64] anos: Frequência relativa de população em idade ativa na faixa etária dos 55-64 anos de idade

A frequência relativa de população na faixa etária dos [55-64] anos influencia a frequência relativa de internamentos por Depressão *Major*, sendo que por cada aumento de 1% na frequência relativa de população nesta faixa etária se verifica um aumento de cerca de 8 (B=7,812) internamentos por Depressão *Major* por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

5.4.5. Modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão *Major* com base nas camas de internamento

No quadro 23, apresenta-se o modelo de regressão linear com seleção da variável independente *camas de internamento*. O modelo foi validado (Durbin-Watson=2,624) e, para $\alpha=0,10$, pode concluir-se que o modelo é estatisticamente significativo ($R_a^2=0,254$; $p=0,019$), com uma fraca/moderada capacidade de explicação.

QUADRO 23: MODELO DE REGRESSÃO LINEAR (VARIÁVEL INDEPENDENTE: CAMAS DE INTERNAMENTO), NO ANO 2013

	B	Std. Error	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
				Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	10,903	10,286	0,305	-10,902	32,707
Camas Internamento	1,260	0,484	0,019	0,235	2,285

Camas de Internamento: Taxa de camas de internamento para o tratamento da Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

A taxa de camas de internamento influencia a taxa de internamentos por Depressão *Major*, sendo que por cada cama de internamento adicional ocorre um aumento de

cerca de 1 (B=1,260) internamento por Depressão *Major* por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

5.5. ANÁLISE COMPARATIVA DE RESULTADOS

Pela natureza deste subcapítulo - análise comparativa, e procurando contribuir para a sua clareza, os resultados aqui apresentados são, na sua maioria, uma reorganização dos resultados apresentados anteriormente.

5.5.1. Análise comparativa de resultados da componente individual

O quadro 24 descreve a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, segundo a variável **Sexo**, nos dois períodos em análise.

QUADRO 24: ANÁLISE COMPARATIVA DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR SEXO

	2008 ^{a)}			2013 ^{a)}		
	Total Internamento n (%)	Internamentos por Depressão		Total Internamento n (%)	Internamentos por Depressão	
		Sim n (%)	Não n (%)		Sim n (%)	Não n (%)
Sexo Masculino	162 558 (38,1)	503 (0,3)	162 055 (99,7)	153 679 (40,1)	545 (0,4)	153 134 (99,6)
Sexo Feminino	264 436 (61,9)	1 208 (0,5)	263 228 (99,5)	229 426 (59,9)	1 151 (0,5)	228 275 (99,5)
Total n (%)	426 994 (100)	1 711 (0,4)	425 283 (99,6)	383 105 (100)	1 696 (0,4)	381 409 (99,6)

^{a)} $p < 0,001$

Analisando o quadro 24, verifica-se que ocorreu uma redução significativa no número de internamentos total no ano de 2013, contudo verificam-se proporções idênticas de internamentos por Depressão *Major* (0,4%), sendo que ocorreram 1711 e 1696 internamentos por Depressão *Major*, em 2008 e 2013, respetivamente.

A frequência relativa de internamentos é superior no sexo feminino, em ambos os anos, 61,9% e, 2008 e 59,9% em 2013; enquanto a frequência relativa de internamentos no sexo masculino aumentou de 38,1% em 2008, para 40,1% em 2013.

Observa-se ainda que a frequência relativa de internamento por Depressão *Major* é superior no sexo feminino em ambos os anos, 0,5% em 2008 e 0,5% em 2013. Destacando-se que a frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* no sexo masculino aumentou de 0,3% em 2008, para 0,4% em 2013.

O quadro 25 descreve a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, segundo a variável **Faixa etária**, nos dois períodos em análise.

QUADRO 25: ANÁLISE COMPARATIVA DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR FAIXA ETÁRIA

	2008 ^{a)}			2013 ^{a)}		
	Total Internamento n (%)	Internamentos por Depressão		Total Internamento n (%)	Internamentos por Depressão	
		Sim n (%)	Não n (%)		Sim n (%)	Não n (%)
[15-24]	48 638 (11,4)	93 (0,2)	48 545 (99,8)	38 332 (10,0)	84 (0,2)	38 248 (99,8)
[25-34]	103 453 (24,2)	251 (0,2)	103 202 (99,8)	77 778 (20,3)	209 (0,3)	77 569 (99,7)
[35-44]	82 341 (19,3)	441 (0,5)	81 900 (99,5)	75 859 (19,8)	398 (0,5)	75 461 (99,5)
[45-54]	87 735 (20,5)	484 (0,6)	87 251 (99,4)	83 670 (21,8)	523 (0,6)	83 147 (99,4)
[55-64]	104 827 (24,5)	442 (0,4)	104 385 (99,6)	107 467 (28,1)	482 (0,4)	106 985 (99,6)
Total n (%)	426 994 (100)	1 711 (0,4)	425 283 (99,6)	383 105 (100)	1 696 (0,4)	381 409 (99,6)

^{a)} $p < 0,001$

Quanto às frequências relativas de internamentos por Depressão *Major* observam-se valores similares em ambos os anos, sendo a faixa etária com maior frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* a dos [45-54] anos de idade, seguida pela faixa etária dos [35-44] e dos [55-64] anos de idade, em ambos os períodos. As faixas etárias com menor frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* foram a dos [25-34] e dos [15-24] anos de idade, em ambos os anos.

O quadro 26 descreve a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, segundo a variável **Presença de comorbilidades**, nos dois períodos em análise.

QUADRO 26: ANÁLISE COMPARATIVA DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR PRESENÇA DE COMORBILIDADES

		PRESENÇA DE COMORBILIDADES		Total n (%)	
		SIM n (%)	NÃO n (%)		
2008 ^{a)}	Total Internamentos	230 188 (53,9)	196 806 (46,1)	426 994 (100)	
	Internamentos por Depressão	Sim	676 (0,3)	1 035 (0,5)	1 711 (0,4)
		Não	229 512 (99,7)	195 771 (99,5)	425 283 (99,6)
2013 ^{b)}	Total Internamentos	129 006 (33,7)	254 099 (66,3)	383 105 (100)	
	Internamentos por Depressão	Sim	569 (0,4)	1 127 (0,4)	1 696 (0,4)
		Não	128 437 (99,6)	252 972 (99,6)	381 409 (99,6)

^{a)} $p < 0,001$

^{b)} $p = 0,937$

Relativamente à distribuição da população em estudo segundo os valores da variável: presença de comorbilidades (Quadro 26), observa-se que a frequência relativa de internamentos com presença de comorbilidades é superior em 2008 (53,9%) relativamente a 2013 (33,7%). Quanto à frequência relativa de internamentos por

Depressão *Major* com presença de comorbilidades verifica-se que aumentou de 0,3% para 0,4%, entre 2008 e 2013.

O quadro 27 descreve a distribuição das frequências populacionais, absolutas e relativas, segundo a variável **Local de residência**, nos dois períodos em análise.

QUADRO 27: ANÁLISE COMPARATIVA DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA

	2008 ^{a)}			2013 ^{a)}		
	Total Internamento n (%)	Internamentos por Depressão		Total Internamento n (%)	Internamentos por Depressão	
		Sim n (%)	Não n (%)		Sim n (%)	Não n (%)
Aveiro	33 233 (7,9)	81 (0,2)	33 152 (99,8)	26 380 (6,9)	65 (0,2)	26 315 (99,8)
Beja	1 547 (0,4)	26 (1,7)	1 521 (98,3)	4 611 (1,2)	19 (0,4)	4 592 (99,6)
Braga	33 462 (7,9)	34 (0,1)	33 428 (99,9)	32 270 (8,5)	43 (0,1)	32 227 (99,9)
Bragança	6 953 (1,6)	22 (0,3)	6 931 (99,7)	5 546 (1,5)	39 (0,7)	5 507 (99,3)
Castelo Branco	10 292 (2,4)	88 (0,9)	10 204 (99,1)	8 893 (2,3)	79 (0,9)	8 814 (99,1)
Coimbra	21 089 (5,0)	167 (0,8)	20 922 (99,2)	17 375 (4,6)	120 (0,7)	17 255 (99,3)
Évora	6 448 (1,5)	27 (0,4)	6 421 (99,6)	5 604 (1,5)	68 (1,2)	5 536 (98,8)
Faro	12 259 (2,9)	36 (0,3)	12 223 (99,7)	15 274 (4,0)	42 (0,3)	15 232 (99,7)
Guarda	7 462 (1,8)	64 (0,9)	7 398 (99,1)	5 517 (1,4)	58 (1,1)	5 459 (98,9)
Leiria	20 870 (4,9)	176 (0,8)	20 694 (99,2)	18 128 (4,7)	165 (0,9)	17 963 (99,1)
Lisboa	92 885 (22,0)	338 (0,4)	92 547 (99,6)	86 523 (22,7)	324 (0,4)	86 199 (99,6)
Portalegre	3 479 (0,8)	8 (0,2)	3 471 (99,8)	3 822 (1,0)	35 (0,9)	3 787 (99,1)
Porto	81 659 (19,3)	216 (0,3)	81 443 (99,7)	77 410 (20,3)	239 (0,3)	77 171 (99,7)
Santarém	19 783 (4,7)	137 (0,7)	19 646 (99,3)	17 716 (4,6)	137 (0,2)	17 579 (99,2)
Setúbal	33 317 (7,9)	128 (0,4)	33 189 (99,6)	27 921 (7,3)	120 (0,4)	27 801 (99,6)
Viana do Castelo	10 077 (2,4)	48 (0,5)	10 029 (99,5)	9 281 (2,4)	44 (0,5)	9 174 (99,5)
Vila Real	10 143 (2,4)	35 (0,3)	10 108 (99,7)	5 982 (1,6)	12 (0,2)	5 970 (99,8)
Viseu	17 128 (4,0)	80 (0,5)	17 048 (99,5)	12 818 (3,4)	83 (0,6)	12 735 (99,4)
Outros	871 (0,2)	0 (0,0)	871 (100)	730 (0,2)	0 (0,0)	730 (0,2)
Total n (%)	422 957 (100)	1 711 (0,4)	421 246 (99,6)	381 738 (100)	1 692 (0,4)	380 046 (99,6)

^{a)} $p < 0,001$

Relativamente à distribuição da população em estudo segundo os valores da variável: local de residência (Quadro 27), verifica-se quanto às frequências relativas de internamentos por Depressão *Major* que, no ano de 2008, o distrito de Beja é o que apresenta a frequência mais elevada (1,7%). Sendo que Castelo Branco (0,9%, n=88), Guarda (0,9%, n=64), Leiria (0,8%, n=176), Coimbra (0,8%, n=167), Santarém (0,7%, n=137), Viseu (0,5%, n=80) e Viana do Castelo (0,5%, n=48) apresentam frequências relativas de internamento por Depressão *Major* superiores a 0,5%. Comparativamente, no ano de 2013, o distrito de Évora é o que apresenta a frequência mais elevada (1,2%).

Sendo que Leiria (0,9%, n=165), Castelo Branco (0,9%, n=79), Portalegre (0,9%, n=35), Coimbra (0,7%, n=120), Bragança (0,7%, n=39), Viseu (0,6%, n=83) e Viana do Castelo (0,5%, n=44) apresentam frequências superiores a 0,5%.

No quadro 28 apresenta-se a análise dos OR brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão *Major*, nos dois períodos em análise.

QUADRO 28: ANÁLISE COMPARATIVA DOS ODDS RATIO BRUTOS E AJUSTADOS RELATIVOS AO INTERNAMENTO POR DEPRESSÃO

	2008		2013	
	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado** (IC 95%)	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado** (IC 95%)
Sexo				
Masculino*				
Feminino	1,613 (1,449; 1,795)	---	1,602 (1,442; 1,779)	---
Faixa Etária				
55-64*				
15-24	0,360 (0,287; 0,452)	---	0,448 (0,354; 0,566)	---
25-34	0,433 (0,369; 0,508)	---	0,508 (0,429; 0,600)	---
35-44	1,094 (0,957; 1,251)	---	1,074 (0,938; 1,230)	---
45-54	1,235 (1,085; 1,406)	---	1,373 (1,212; 1,555)	---
Presença de Comorbilidades				
Não*				
Sim	0,516 (0,467; 0,570)	0,505 (0,458; 0,558)	0,896 (0,808; 0,994)	0,931 (0,840; 1,032)
Local de Residência				
Lisboa*				
Aveiro	0,642 (0,503; 0,818)	0,650 (0,510; 0,829)	0,640 (0,490; 0,836)	0,641 (0,491; 0,837)
Beja	4,398 (2,939; 6,583)	4,611 (3,082; 6,897)	1,098 (0,691; 1,747)	1,098 (0,690; 1,746)
Braga	0,276 (0,194; 0,393)	0,277 (0,195; 0,394)	0,347 (0,252; 0,477)	0,348 (0,253; 0,478)
Bragança	0,759 (0,493; 1,170)	0,851 (0,553; 1,312)	1,827 (1,309; 2,551)	1,829 (1,310; 2,553)
Castelo Branco	2,194 (1,733; 2,778)	2,303 (1,820; 2,916)	2,309 (1,803; 2,956)	2,309 (1,803; 2,956)
Coimbra	2,148 (1,783; 2,588)	2,133 (1,771; 2,570)	1,809 (1,466; 2,232)	1,808 (1,465; 2,231)
Évora	1,030 (0,695; 1,527)	1,140 (0,769; 1,688)	3,259 (2,505; 4,240)	3,252 (2,500; 4,231)
Faro	0,780 (0,552; 1,100)	0,836 (0,592; 1,179)	0,741 (0,537; 1,023)	0,742 (0,537; 1,023)
Guarda	2,050 (1,567; 2,683)	2,241 (1,714; 2,932)	2,766 (2,088; 3,663)	2,756 (2,080; 3,650)
Leiria	2,246 (1,870; 2,697)	2,282 (1,901; 2,740)	2,381 (1,973; 2,875)	2,378 (1,970; 2,871)
Portalegre	0,597 (0,296; 1,204)	0,619 (0,307; 1,248)	2,405 (1,694; 3,414)	2,403 (1,693; 3,412)
Porto	0,717 (0,604; 0,850)	0,706 (0,595; 0,838)	0,786 (0,665; 0,930)	0,793 (0,671; 0,938)
Santarém	1,805 (1,479; 2,204)	1,875 (1,536; 2,288)	2,034 (1,665; 2,486)	2,030 (1,661; 2,480)
Setúbal	0,990 (0,807; 1,214)	1,068 (0,871; 1,310)	1,150 (0,933; 1,419)	1,152 (0,934; 1,422)
Viana do Castelo	1,173 (0,866; 1,589)	1,276 (0,942; 1,728)	1,239 (0,904; 1,700)	1,238 (0,903; 1,697)
Vila Real	0,826 (0,583; 1,172)	0,917 (0,647; 1,300)	0,517 (0,291; 0,921)	0,519 (0,291; 0,924)
Viseu	1,242 (0,973; 1,586)	1,256 (0,983; 1,603)	1,715 (1,346; 2,184)	1,723 (1,352; 2,194)
Outros	0,000 (0,000; 0,000)	0,000 (0,000; 0,000)	0,000 (0,000; 0,000)	0,000 (0,000; 0,000)

* Classe de referência

** Ajustado ao Sexo e à Faixa etária

Relativamente à análise da OR brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão *Major* (Quadro 28) segundo os valores da variável: sexo, observa-se que o risco de internamento por Depressão *Major* é maior no sexo feminino, em ambos os períodos.

Observa-se que o risco de internamento por Depressão *Major* é maior na faixa etária dos [45-54] e dos [35-44] anos de idade, relativamente à classe de referência: faixa etária dos [55-64] anos de idade. Sendo que os indivíduos mais jovens apresentam um menor risco de internamento por Depressão *Major*: faixa etária [15-24] e [25-34] anos, em ambos os períodos.

Da análise dos OR (ajustados ao sexo e à faixa etária), segundo os valores da variável: presença de comorbilidades, no ano de 2008, observa-se que os indivíduos que apresentam comorbilidades têm um menor risco de internamento por Depressão *Major*. Esta associação mantém a mesma tendência, no ano de 2013, não sendo estatisticamente significativa.

Da análise dos OR (ajustados ao sexo e à faixa etária), segundo os valores da variável: local de residência, no ano de 2008, observa-se que os indivíduos que residem em Beja apresentam um risco de internamento por Depressão *Major* significativamente superior, relativamente à classe de referência: Lisboa. Sendo que aos locais de residência: Castelo Branco, Leiria, Guarda, Coimbra e Santarém estão associados riscos de internamento por Depressão *Major* superiores ao da classe de referência. Enquanto os indivíduos residentes em Braga, Aveiro e Porto apresentam um risco significativamente menor de internamento por Depressão *Major*.

Comparativamente, no ano de 2013, observa-se que os indivíduos que residem em Évora apresentam o risco mais elevado de internamento por Depressão *Major*, relativamente à classe de referência: Lisboa. Sendo que aos locais de residência: Guarda, Portalegre, Leiria, Castelo Branco, Santarém, Bragança, Coimbra e Viseu estão associados riscos de internamento por Depressão *Major* superiores ao da classe de referência. Enquanto os indivíduos residentes em Braga e Aveiro apresentam um risco significativamente menor de internamento por Depressão *Major*.

5.5.1. Análise comparativa de resultados da componente ecológica

O quadro 29 descreve a distribuição das frequências, absolutas e relativas, e algumas estatísticas descritivas, da população em idade ativa, segundo a variável

sociodemográfica: sexo, por local de residência (ao nível de distritos), nos dois períodos em análise.

QUADRO 29: ANÁLISE COMPARATIVA DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA, POR SEXO. LOCAL DE RESIDÊNCIA.

	2008			2013		
	Sexo masculino N (%)	Sexo feminino N (%)	Total N (%) (% do total)	Sexo masculino N (%)	Sexo feminino N (%)	Total N (%) (% do total)
Total N (%)	3268889 (48,91)	3414527 (51,09)	6683416 (100)	3146648 (48,55)	3334815 (51,45)	6481463 (100)
Média	49,37	50,63		49,09	50,91	
Mediana	49,29	50,71		48,98	51,02	
Desvio-padrão	0,77	0,77		0,83	0,83	
Mín	48,23	48,44		47,91	48,54	
Máx	51,56	51,77		51,46	52,09	

Da análise do quadro 29, verifica-se que a população em idade ativa residente em Portugal Continental diminuiu entre o ano de 2008 (n=6 683 416) e o ano de 2013 (n=6 481 463).

Relativamente aos valores da variável sexo, por local de residência, verifica-se que a frequência relativa do sexo feminino é ligeiramente superior à do sexo masculino, em todos os locais de residência, à exceção do distrito de Beja, onde a frequência relativa do sexo masculino é superior à do sexo feminino, em ambos os períodos (Quadro 12 e Quadro 18).

O quadro 30 descreve a distribuição das frequências, absolutas e relativas, e algumas estatísticas descritivas, da população em idade ativa, segundo a variável sociodemográfica: faixa etária, por local de residência, nos períodos em análise.

QUADRO 30: ANÁLISE COMPARATIVA DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA, POR FAIXA ETÁRIA. LOCAL DE RESIDÊNCIA.

	2008						2013					
	[15-24] N (%)	[25-34] N (%)	[35-44] N (%)	[45-54] N (%)	[55-64] N (%)	Total N (% do total)	[15-24] N (%)	[25-34] N (%)	[35-44] N (%)	[45-54] N (%)	[55-64] N (%)	Total N (% do total)
Total N (%)	1116151 (16,70)	1459321 (21,84)	1499386 (22,43)	1396902 (20,90)	1211656 (18,13)	6683416 (100)	1043094 (16,09)	1203993 (18,58)	1518680 (23,43)	1439238 (22,21)	1276458 (19,69)	6481463 (100)
Média	16,78	21,14	21,95	21,55	18,59		16,06	18,08	22,63	22,67	20,56	
Mediana	16,77	21,17	21,82	21,52	18,76		15,92	18,05	22,93	22,83	20,38	
DP^{a)}	0,69	1,19	0,85	0,93	1,35		0,70	0,76	1,27	0,86	1,50	
Mín	15,77	18,75	20,10	19,79	14,99		14,96	16,53	20,31	20,65	17,68	
Máx	18,57	23,08	23,47	23,37	20,84		17,62	19,52	24,69	24,21	23,61	

^{a)} Desvio-padrão

No ano de 2008, verifica-se da análise da distribuição da população em idade ativa (Quadro 30) que a faixa etária dos [35-44] anos de idade é a que apresenta a média mais elevada, seguida pelas faixas etárias dos [45-54] e dos [25-34] anos de idade. As faixas etárias dos [55-64] e dos [15-24] anos de idade apresentam frequência relativas inferiores. Da análise da distribuição da população em idade ativa importa ainda analisar quais os locais de residência onde esta tendência não se observa. Em alguns locais de residência, a faixa etária com frequência relativa mais elevada é a dos [45-54] anos de idade, nomeadamente em Guarda, Bragança, Castelo Branco, Beja, Portalegre e Vila Real. Além disso, verifica-se que noutros locais de residência a faixa etária com frequência relativa mais elevada é a dos [25-34] anos de idade: Faro, Setúbal e Lisboa (Quadro 13).

No ano de 2013, observa-se que a faixa etária dos [45-54] anos de idade é a que apresenta a média mais elevada, sendo seguida pelas faixas etárias dos [35-44] e dos [55-64] anos de idade. As faixas etárias dos [25-34] e dos [15-24] anos de idade apresentam frequência relativas inferiores. Em alguns locais de residência, a faixa etária com frequência relativa mais elevada é a dos [35-44] anos de idade, nomeadamente em Setúbal, Lisboa, Faro, Braga, Porto, Leiria, Santarém e Évora. Além disso, no distrito de Bragança a faixa etária com frequência relativa mais elevada é a dos [55-64] anos de idade (Quadro 19).

O quadro 31 descreve a distribuição das taxas de camas de internamento e de internamentos por Depressão *Major* na população em idade ativa, por local de residência, nos períodos em análise.

QUADRO 31: ANÁLISE COMPARATIVA DA DISTRIBUIÇÃO DOS INDICADORES RELACIONADOS COM O INTERNAMENTO POR DEPRESSÃO DA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA. LOCAL DE RESIDÊNCIA.

	2008		2013	
	Camas de Internamento ^{a)} (N)	Internamentos por Depressão ^{b)} (N)	Camas de Internamento ^{a)} (N)	Internamentos por Depressão ^{b)} (N)
Aveiro	9,60	16,55	8,81	13,64
Beja	17,66	27,01	13,98	20,43
Braga	7,26	5,74	9,52	7,31
Bragança	32,79	25,76	35,12	48,91
Castelo Branco	12,26	71,94	15,57	68,35
Coimbra	37,84	59,06	28,79	44,87
Évora	21,69	25,46	22,67	67,01
Faro	15,26	12,49	16,17	14,76
Guarda	41,46	63,17	44,57	61,56
Leiria	21,39	57,04	21,17	54,57
Lisboa	18,44	22,83	17,78	22,68
Portalegre	20,47	10,92	15,80	50,29
Porto	19,74	17,06	17,87	19,41
Santarém	18,03	47,50	14,99	48,90
Setúbal	16,17	22,74	14,50	21,75
Viana do Castelo	15,06	30,11	15,63	28,65
Vila Real	17,73	25,85	18,78	9,39
Viseu	20,43	32,69	18,68	35,24
Média	20,18	31,89	19,47	35,43
Mediana	18,24	25,81	16,97	31,95
Desvio-padrão^{c)}	8,93	19,50	8,82	20,37
Mín	7,26	5,74	8,81	7,31
Máx	41,46	71,94	44,57	68,35

^{a)} **Camas de Internamento:** Taxa de camas de internamento para o tratamento da Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

^{b)} **Internamentos por Depressão:** Taxa de internamentos por Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

Da análise da distribuição da **taxa de camas de internamento**, por local de residência, no ano de 2008, verifica-se que a média de camas de internamento disponíveis é de 20,18 com um desvio-padrão de 8,93 e uma mediana de 18,24 camas por 100 000 habitantes da população em idade ativa. Sendo importante destacar a assimetria entre o valor mínimo (7,26), observado no distrito de Braga, e máximo (41,46), observado no distrito da Guarda, da taxa de camas de internamento.

Além do distrito da Guarda (41,46), os locais de residência que apresentam uma taxa de camas de internamento superior à média são Coimbra (37,84), Bragança (32,79), Évora (21,69), Leiria (21,39), Portalegre (20,47) e Viseu (20,43).

Os restantes locais de residência apresentam uma taxa de camas de internamento inferior à média. Destacando-se, além do distrito de Braga (7,26), o distrito de Aveiro

com uma taxa de camas de internamento de apenas 9,60 camas por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

Relativamente à taxa de camas de internamento disponíveis, no ano de 2013, verifica-se que a média de camas de internamento disponíveis é de 19,47 com um desvio-padrão de 8,82 e uma mediana de 16,97 camas por 100 000 habitantes da população em idade ativa. Destaca-se ainda a assimetria observada entre o valor mínimo (8,81), no distrito de Aveiro, e o valor máximo (44,57), no distrito da Guarda, da taxa de camas de internamento.

Além do distrito da Guarda (44,57), os locais de residência que apresentam uma taxa de camas de internamento superior à média são Bragança (35,12), Coimbra (28,79), Évora (22,67) e Leiria (21,17).

Os restantes locais de residência apresentam uma taxa de camas de internamento inferior à média. Destacando-se, além do distrito de Aveiro (8,81), o distrito de Braga com uma taxa de camas de internamento de apenas 7,26 camas por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

Da análise da distribuição da **taxa de internamentos por Depressão Major**, por local de residência, no ano de 2008, verifica-se que a média de internamentos por Depressão Major é de 31,89 com um desvio-padrão de 19,50 e uma mediana de 25,81 internamentos por 100 000 habitantes da população em idade ativa, observando-se uma assimetria entre o valor mínimo (5,74), relativo a Braga, e máximo (71,94), relativa a Castelo Branco, bastante significativa.

Os distritos de Castelo Branco (71,94), como referido anteriormente, Guarda (63,17), Coimbra (59,06), Leiria (57,04), Santarém (47,50) e Viseu (32,69) constituem os locais de residência que apresentam taxas de internamentos por Depressão Major superiores à média.

Os restantes locais de residência apresentam uma taxa de internamento por Depressão Major inferior à média. Destacando-se, além do distrito de Braga (5,74), o distrito de Faro com uma taxa de internamentos por Depressão Major de apenas 12,49 internamentos por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

Quanto à taxa de internamentos por Depressão Major, no ano de 2013, verificamos a média de internamentos por Depressão Major é de 35,43 com um desvio-padrão de 20,37 e uma mediana de 31,95 internamentos por 100 000 habitantes da população em

idade ativa, observando-se uma assimetria entre o valor mínimo (7,31), relativo a Braga, e máximo (68,35), relativo a Castelo Branco, bastante significativa.

Os distritos de Castelo Branco (68,35), como referido anteriormente, Évora (67,01), Guarda (61,56), Leiria (54,57), Portalegre (50,29), Bragança (48,91), Santarém (48,90) e Coimbra (44,87) constituem os locais de residência que apresentam taxas de internamentos por Depressão *Major* superiores à média.

Os restantes locais de residência apresentam uma taxa de internamento por Depressão *Major* inferior à média. Destacando-se, além do distrito de Braga (7,31), o distrito de Vila Real com uma taxa de internamentos por Depressão *Major* de apenas 9,39 internamentos por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

No quadro 32 são apresentadas as correlações entre a taxa de camas de internamento disponíveis, a taxa de internamentos por Depressão *Major* e as frequências relativas por faixa etária e por sexo, da população em idade ativa, nos períodos em análise.

QUADRO 32: ANÁLISE COMPARATIVA DA MATRIZ DE CORRELAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO NA POPULAÇÃO EM IDADE ATIVA.

		[15-24] anos (%)	[25-34] anos (%)	[35-44] anos (%)	[45-54] anos (%)	[55-64] anos (%)	Sexo masculino (%)	a) Camas de Internamento
2008								
Sexo masculino	Pearson	0,070	-0,424	-0,354	0,491	0,223	1	
	Valor-p	0,783	0,079	0,150	0,038	0,373		
a) Camas de Internamento	Pearson	-0,331	-0,488	-0,526	0,469	0,610	0,020	1
	Valor-p	0,180	0,040	0,025	0,050	0,007	0,936	
b) Internamentos por Depressão	Pearson	-0,388	-0,514	-0,325	0,485	0,524	0,035	0,481
	Valor-p	0,112	0,029	0,189	0,041	0,026	0,891	0,043
2013								
Sexo masculino	Pearson	-0,128	-0,398	-0,558	0,488	0,453	1	
	Valor-p	0,612	0,102	0,016	0,040	0,059		
a) Camas de Internamento	Pearson	-0,348	-0,601	-0,563	0,414	0,704	0,131	1
	Valor-p	0,157	0,008	0,015	0,088	0,001	0,606	
b) Internamentos por Depressão	Pearson	-0,422	-0,501	-0,404	0,376	0,576	0,293	0,546
	Valor-p	0,081	0,034	0,096	0,124	0,012	0,239	0,019

a) **Camas de Internamento:** Taxa de camas de internamento para o tratamento da Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

b) **Internamentos por Depressão:** Taxa de internamentos por Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

Da análise comparativa da matriz de correlação das variáveis em estudo, na componente ecológica, destacam-se seguidamente as correlações significativas mais relevantes.

No ano de 2008, a frequência relativa de população dos [45-54] anos de idade apresenta correlações positivas moderadas e estatisticamente significativas com a taxa de camas de internamento e de internamentos por *Depressão Major*. Quanto à relação entre a frequência relativa de população dos [55-64] anos de idade e a taxa de camas de internamento verifica-se uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa; enquanto com a taxa de internamentos por *Depressão Major* a correlação é positiva e significativa mas moderada. Finalmente, a taxa de internamentos por *Depressão Major* apresenta ainda uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a taxa de camas de internamento.

Comparativamente, a análise da matriz de correlação das variáveis em estudo, no ano de 2013 verifica-se que a frequência relativa de população dos [45-54] anos de idade apresenta uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa com a taxa de camas de internamento. Quanto à relação entre a frequência relativa de população dos [55-64] anos de idade e a taxa de camas de internamento e a taxa de internamentos por *Depressão Major* verificam-se correlações positivas estatisticamente significativas, forte e moderada, respetivamente. Finalmente, a taxa de internamentos por *Depressão Major* apresenta ainda uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a taxa de camas de internamento ($r=0,546$; $p=0,019$).

No quadro 33, apresenta-se o modelo de regressão linear múltipla relativo ao internamento por *Depressão Major*, com seleção de variáveis *stepwise*, dos períodos em análise.

QUADRO 33: ANÁLISE COMPARATIVA DO MODELO DE REGRESSÃO LINEAR

	B	Std. Error	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
				Lower Bound	Upper Bound
2008					
[55-64] anos	7,592	3,085	0,026	1,051	14,132
2013					
[55-64] anos	7,812	2,771	0,012	1,937	13,686

[55-64] anos: Frequência relativa de população em idade ativa na faixa etária dos 55-64 anos de idade

Da análise do modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão *Major*, verifica-se que, no ano de 2008, a frequência relativa de população na faixa etária dos [55-64] anos influencia a taxa de internamentos por Depressão *Major*, sendo que por cada aumento de 1% na frequência relativa de população nesta faixa etária se verifica um aumento de cerca de 7,5 internamentos por Depressão *Major* por 100 000 habitantes da população em idade ativa. Relação que se mantém no ano de 2013, sendo que por cada aumento de 1% na frequência relativa de população nesta faixa etária se verifica um aumento de cerca de 8 internamentos por Depressão *Major* por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

No quadro 34, apresenta-se o modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão *Major*, com seleção da variável independente: camas de internamento, dos períodos em análise.

QUADRO 34: ANÁLISE COMPARATIVA DO MODELO DE REGRESSÃO LINEAR (VARIÁVEL INDEPENDENTE: CAMAS DE INTERNAMENTO)

	B	Std. Error	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
				Lower Bound	Upper Bound
2008					
Camas Internamento	1,050	0,479	0,043	0,035	2,064
2013					
Camas Internamento	1,260	0,484	0,019	0,235	2,285

Camas de Internamento: Taxa de camas de internamento para o tratamento da Depressão *Major* (1/100 000 habitantes), na população em idade ativa.

Da análise do modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão *Major* com seleção da variável independente: camas de internamento, verifica-se que, no ano de 2008, a taxa de camas de internamento influencia a taxa de internamentos por Depressão *Major*, sendo que por cada cama de internamento adicional ocorre um aumento de cerca de 1 (B=1,050) internamento por Depressão *Major* por 100 000 habitantes da população em idade ativa. Relação que mantém no ano de 2013, sendo que por cada cama adicional ocorre um aumento de cerca de 1 (B=1,260) internamento por Depressão *Major* por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

As crises económicas provocam empobrecimento, insegurança e desemprego, tendo repercussões na saúde das pessoas, especificamente na saúde mental. A saúde mental tem sido a área mais sensível às mudanças económicas ocorridas, e a análise da literatura permitiu concluir que em períodos de crise económica ocorre um aumento do número de casos de Depressão *Major* e do número de recidivas. Como referem Xavier [et al.], (2013), ultrapassamos um período de elevada prevalência de doença mental, com determinantes sociais de saúde extremamente desfavoráveis e inúmeras necessidades não satisfeitas em termos de serviços de saúde, de prestação de cuidados e de investigação epidemiológica no setor da saúde mental (Xavier [et al.], 2013).

A seleção da população em estudo neste trabalho - a população em idade ativa, teve o propósito de contribuir para o conhecimento do impacto da crise económica num dos subgrupos de pessoas mais vulnerável a estes fenómenos pela exposição ao desemprego, ao medo do desemprego e à perda de rendimentos, como sugere a literatura. A observação da distribuição dos episódios de internamento através da base de dados dos GDH permite analisar toda a população em estudo e reforçar a credibilidade dos resultados que se discutem seguidamente, de uma forma estruturada, e de acordo com os objetivos e hipóteses do estudo.

Objetivo 1: Identificar e caracterizar o perfil de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa nos hospitais do SNS em Portugal Continental, por área geográfica, nos anos 2008 e 2013, respetivamente;

Da análise do perfil de internamentos na população em idade ativa verificou-se uma redução significativa do número total de episódios, entre 2008 e 2013, tendência que se verificou também no internamento por Depressão *Major*, sendo que ocorreram 1711 e 1696 internamentos por Depressão *Major*, respetivamente. A proporção de episódios de internamento por Depressão *Major* apresenta valores similares (0,4%), em ambos os anos.

Esta redução do número de internamentos pode, entre outros motivos potenciais, justificar-se pela diminuição da população em idade ativa residente em Portugal

Continental, de 6 683 416 habitantes, em 2008, para 6 481 463 habitantes, em 2013. No entanto, não podemos excluir o impacto de outros fatores como a redução do número de camas disponíveis (OECD, 2013; Quaglio [et al.], 2013), a aplicação de critérios de internamento mais rígidos, o incremento da eficácia das respostas em ambulatório, a transferência de cuidados para os CSP evidenciada pelo aumento da proporção de utentes inscritos com perturbações depressivas (Caldas-de-Almeida, José M; Xavier, 2013) ou a transferência de procura para o setor privado, ainda que a literatura demonstre que em período de crise económica ocorre menor procura do setor privado e consequente transferência de procura para o setor público (WHO, 2009).

Quanto à análise da distribuição da população em idade ativa por sexo é importante assinalar que, em ambos os períodos em análise, a percentagem de população em idade ativa do sexo feminino é ligeiramente superior à do sexo masculino (com um valor médio de 50,63%, em 2008, e de 50,91%, em 2013) (INE, 2013).

Quanto ao perfil de internamentos, verificou-se que a frequência relativa de internamentos é significativamente superior no sexo feminino, em ambos os anos, 61,9% em 2008 e 59,9% em 2013; constatando-se, no entanto, o aumento da frequência relativa de internamentos no sexo masculino, no ano de 2013.

Esta assimetria não pode ser analisada sem ter-se em conta o número de internamentos relacionados com a gravidez, o parto ou o puerpério e, que constituem a grande categoria de diagnóstico (GCD) 14 da base de dados dos GDH (ACSS, 2013), 101 861 e 78 847 episódios de internamento, no ano de 2008 e de 2013, respetivamente. Se a exclusão da GCD 14 da base de dados dos GDH, neste estudo, fosse concretizada poderia ter ocorrido uma diminuição significativa da frequência relativa de internamentos do sexo feminino no perfil de internamentos total que, por outro lado, seria acompanhada por um aumento significativo da frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* do sexo feminino.

A frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* é, também, superior no sexo feminino (0,5% em ambos os anos), tendo, no entanto, a frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* no sexo masculino aumentado de 0,3% em 2008, para 0,4% em 2013. Da análise dos OR brutos da regressão logística relativa ao internamento por Depressão *Major* observa-se que o risco de internamento por Depressão *Major* é cerca de 1,6 vezes superior no sexo feminino, nos dois períodos em análise.

Estes resultados vão de encontro ao descrito na literatura. Existe um forte consenso de que as mulheres apresentam um risco significativamente mais elevado do que os

homens de desenvolverem Depressão *Major* em determinado momento da vida (Alonso [et al.], 2004; Bebbington [et al.], 2003; Bebbington, 1996; Briscoe, 1982; Fryers [et al.], 2005; Jenkins, 1985; Munce & Stewart, 2007; Nolen-Hoeksema, 1987; Weissman & Klerman, 1977).

Além disso, em Portugal, segundo o EENSM (2013), as mulheres têm mais risco (OR=2,30) de sofrerem de perturbações depressivas do que os homens e a percentagem de utilização dos serviços de saúde devido a perturbações psiquiátricas é muito superior nas mulheres (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Da análise do perfil de internamentos na população em idade ativa por faixa etária, verifica-se que a faixa etária que apresenta maior frequência relativa de internamento é a dos [55-64] anos de idade sendo seguida pela faixa etária dos [25-34] anos de idade, em 2008, e dos [45-54] anos de idade, em 2013.

Quanto à faixa etária dos indivíduos internados por Depressão *Major* não se verificam diferenças significativas entre os dois anos. Destacando-se que a faixa etária com maior frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* é a dos [45-54] anos de idade (0,6%), seguida pelas faixas etárias dos [35-44] (0,5%) e dos [55-64] anos de idade (0,4%), em ambos os anos. As pessoas mais jovens, dos [15-24] e [25-34] anos de idade, são as que apresentam menores frequências relativas de internamentos por Depressão *Major*.

É importante destacar que, de acordo com os dados do INE, no ano de 2008, a população em idade ativa era constituída maioritariamente por indivíduos pertencentes às faixas etárias dos [25-34], [35-44] e [45-54] anos de idade. No ano de 2013, observaram-se algumas alterações que traduzem o envelhecimento populacional, sendo que a população em idade ativa era constituída maioritariamente por indivíduos pertencentes às faixas etárias dos [35-44], [45-54] e [54-64] anos de idade (INE, 2013).

Da análise dos OR brutos relativos ao internamento por Depressão *Major* observa-se que o risco de internamento por Depressão *Major* é cerca de 1,2 vezes superior, no ano de 2008, e de 1,4 vezes superior, no ano de 2013, nos indivíduos pertencentes à faixa etária dos [45-54] anos de idade, relativamente à classe de referência: faixa etária dos [55-64] anos de idade.

Estes resultados parecem refletir as conclusões do EENSM (2013), onde se verificou que os grupos das faixas etárias mais avançadas (>65 anos de idade) apresentam menor probabilidade de sofrerem de perturbações depressivas, observando-se que as faixas etárias dos [18-34] anos de idade (OR=2,18), [35-49] anos de idade (OR=2,11) e

[50-64] anos de idade (OR=1,82) apresentam um risco superior ao das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Existe evidência de que o risco de Depressão *Major* aumenta com a presença de comorbilidades e vice-versa (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007), e estima-se que a Depressão *Major* ocorre em cerca de 20 a 25% dos doentes afectados por neoplasias, diabetes, enfarte do miocárdio e AVC (APA, 2006), e em cerca de 10 a 30% dos doentes que apresentam dor crónica, síndrome do colón irritable, VIH, doença de Alzheimer, doença de Huntington e/ou doença de Parkinson (Goldman, Nielsen & Champion, 1999), além disso, a comorbilidade da Depressão *Major* com outras perturbações psiquiátricas é bastante frequente (Gusmão & Xavier, 2005).

Assim, era expectável que o número de internamentos por Depressão *Major* com presença de comorbilidades fosse superior relativamente ao número de internamentos por Depressão *Major* isento de comorbilidades, contudo observa-se que a frequência relativa de internamentos por Depressão *Major* com presença de comorbilidades é de apenas 0,3%, em 2008, e de 0,4%, em 2013 (39,5% e 33,5% do total de internamentos por Depressão *Major*, respetivamente). Adicionalmente, da análise dos OR brutos e ajustados (ao sexo e faixa etária) relativos ao internamento por Depressão *Major*, observa-se que os indivíduos que apresentam comorbilidades têm um risco de internamento por Depressão *Major* inferior, em ambos os anos.

Estes resultados apresentam uma tendência inversa à associação entre a Depressão *Major* e outras comorbilidades descrito na literatura, o que poderá explicar-se por questões metodológicas.

Para a realização deste trabalho foram considerados internamentos por Depressão *Major* apenas os episódios de internamento em que o diagnóstico principal ou, na ausência de diagnóstico principal, o primeiro diagnóstico secundário correspondiam a um diagnóstico de Depressão *Major*, tal como listado na operacionalização das variáveis e cujos valores de codificação dos GDH são apresentados em apêndice. Esta definição metodológica pode, por si só, ter excluído um número significativo de episódios de internamento em que a Depressão *Major* ocorre enquanto diagnóstico secundário.

A literatura sugere que o meio onde as pessoas residem pode influenciar a incidência e prevalência de Depressão *Major* (Kovess-Masféty [et al.], 2005; Sundquist, Frank & Sundquist, 2004; Wang, 2004), deste modo, é importante analisar as frequências relativas de internamento por local de residência (ao nível de distritos).

Quanto ao perfil de internamentos da população em idade ativa, verifica-se que os locais de residência que apresentam frequências relativas de internamentos superiores

são similares, em ambos os períodos em análise, e caracterizam-se por serem distritos que incluem grandes centros urbanos, com índices de urbanização e de densidade populacional elevados (Lisboa, Porto, Braga, Setúbal e Aveiro), refletindo diretamente o peso populacional destas áreas.

Por outro lado, quanto ao perfil de internamentos por Depressão *Major*, observamos a tendência inversa sendo predominantemente os distritos localizados no interior, com índices de urbanização e densidade populacional mais baixos, aqueles que apresentam valores de frequência relativa de internamento por Depressão *Major* mais elevados. Destacando-se o distrito de Beja, em 2008, e o distrito de Évora, em 2013.

Adicionalmente, da análise dos OR brutos e ajustados (ao sexo e faixa etária, ORa) relativos ao internamento por Depressão *Major* segundo o local de residência verifica-se que, no ano de 2008, os indivíduos residentes em Beja (ORa=4,611), Castelo Branco (ORa=2,303), Leiria (ORa=2,282), Guarda (ORa=2,241), Coimbra (ORa=2,133) e Santarém (ORa=1,875), apresentam um risco de internamento por Depressão *Major* significativamente superior ao dos indivíduos residentes em Lisboa (classe de referência). Relativamente ao ano de 2013, observam-se algumas diferenças significativas. Os indivíduos residentes em Évora (ORa=3,252), Guarda (ORa=2,756), Portalegre (ORa=2,403), Leiria (ORa=2,378), Castelo Branco (ORa=2,309), Santarém (ORa=2,030), Bragança (ORa=1,829), Coimbra (ORa=1,808) e Viseu (ORa=1,723), apresentam um risco de internamento por Depressão *Major* superior ao da classe de referência (Lisboa).

Da comparação entre os anos de 2008 e 2013, destacam-se dois fenómenos relevantes. A tendência de agravamento do perfil de risco nos indivíduos residentes em distritos predominantemente localizados no interior do país e a diminuição significativa do risco de internamento por Depressão *Major* verificada nos indivíduos residentes em Beja (ORa=4,611 e ORa=1,098, em 2008 e 2013, respetivamente).

A tendência de agravamento do perfil de risco nos indivíduos residentes em distritos predominantemente localizados no interior do país pode justificar-se pela ruralidade sendo que alguns estudos demonstram que os habitantes em meio rural apresentam uma prevalência de Depressão *Major* superior à apresentada pelos habitantes em meio urbano (Wang, 2004), no entanto, não pode excluir-se a influência de outros fatores como o isolamento social (Fryers [et al.], 2005; Laaksonen [et al.], 2007; WHO, 2011), o desemprego (Chen [et al.], 2012), e o número de camas disponíveis (Delamater [et al.], 2013; Fortney [et al.], 2007), que será analisado seguidamente.

A diminuição significativa do risco de internamento por Depressão *Major* verificada nos indivíduos residentes em Beja, entre 2008 e 2013, pode justificar-se pela redução do número de camas de internamento disponíveis verificada no CH Psiquiátrico de Lisboa, que provocou uma redução de 17,66 (2008) para 13,98 (2013) camas de internamento de psiquiatria por 100 000 habitantes, na população em idade ativa residente em Beja, segundo o algoritmo adotado e apresentado em apêndice neste trabalho.

Este fenómeno é particularmente relevante pela possibilidade de um número significativo de pessoas com Depressão *Major* não ter acedido a tratamento adequado por motivos de proximidade/acessibilidade aos serviços de saúde e carece de investigação mais detalhada. Saliente-se, no entanto, que a proporção de utentes com perturbações mentais inscritos nos CSP e o número de consultas de psiquiatria de adultos por 1 000 habitantes aumentaram significativamente, entre 2012 e 2013 (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Objetivo 2: Verificar se a taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa nos hospitais do SNS em Portugal Continental varia em período de crise económica (2013) relativamente ao período pré-crise económica (2008);

Hipótese 1: Em período de crise económica a taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa é superior em relação ao período pré-crise económica.

No ano de 2008, considerado neste estudo como período de pré-crise económica, verificou-se uma taxa média de internamentos por Depressão *Major* de 31,89 internamentos por 100 000 habitantes da população em idade ativa. Observando-se uma assimetria relevante entre o distrito com a taxa de internamentos por Depressão *Major* mais baixa (Braga: 5,74) e mais alta (Castelo Branco: 71,94). Neste ano, além de Castelo Branco, os distritos da Guarda (63,17), Coimbra (59,06), Leiria (57,04), Santarém (47,50) e Viseu (32,69) apresentaram taxas de internamentos por Depressão *Major* superiores à média.

No ano de 2013, período de crise económica, a taxa média de internamento por Depressão *Major* (35,43) observada foi superior à de 2008. Os locais de residência onde a se verifica a taxa de internamentos por Depressão *Major* mais baixa (7,31) e mais alta (68,35) são os mesmos que no ano de 2008, Braga e Castelo Branco, respetivamente. Neste ano, além de Castelo Branco, os distritos de Évora (67,01), Guarda (61,56), Leiria

(54,57), Portalegre (50,29), Bragança (48,91), Santarém (48,90) e Coimbra (44,87) apresentaram taxas de internamentos por Depressão *Major* superiores à média.

O aumento da taxa de internamentos por Depressão *Major* verificado em período de crise económica, ano de 2013, pode explicar-se pelo aumento da incidência e prevalência da Depressão *Major*.

De facto, existe ampla evidência de crises económicas anteriores que demonstra que as pessoas afetadas pelo desemprego, empobrecimento e problemas familiares têm um risco significativamente maior de problemas de saúde mental, como a Depressão *Major*, o suicídio e problemas relacionados com o consumo de álcool e substâncias psicoativas, do que pessoas não afetadas (Blakely, Collings & Atkinson, 2003; Chang [et al.], 2009; Dee, 2001; Dooley, Catalano & Wilson, 1994; Dorling, 2009; Fryers [et al.], 2005; Gunnell [et al.], 1999; Lewis & Sloggett, 1998; Mathers & Schofield, 1998; McKee-Ryan [et al.], 2005; Murphy & Athanasou, 1999).

Desta forma, a variação da taxa de internamentos por Depressão *Major* em período de crise económica é influenciada por vários fatores e os seus efeitos potenciais não podem ser analisados detalhadamente neste trabalho por limitações metodológicas e de disponibilidade de dados.

A inexistência de dados consistentes relativos à incidência e prevalência de Depressão *Major*, em Portugal Continental, no ano de 2008, impede a análise de correlação entre o aumento da incidência e prevalência da Depressão *Major* e o aumento da taxa de internamentos por Depressão *Major*, entre 2008 e 2013.

A análise da correlação entre a taxa de desemprego e a taxa de internamentos por Depressão *Major* seria, também, bastante pertinente tendo em conta que, em Portugal, a taxa de desemprego tem registado um aumento contínuo, entre 7,6%, em 2008, para 16,3% em 2013 (INE, 2014), contudo não pôde concretizar-se por questões metodológicas.

A acompanhar a evolução dos internamentos por Depressão *Major* ocorreu, segundo o EENSM (2013), um acréscimo do número de internamentos em unidades de psiquiatria relacionado com as perturbações mentais induzidas por drogas em Portugal Continental (2009-2013) (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Adicionalmente, o impacto do aumento do número de suicídios na evolução da taxa de internamentos por Depressão *Major* não pode ser menosprezado, de acordo com a literatura, uma parte significativa dos suicídios durante períodos de crise económica ocorre em pessoas com Depressão *Major* e a crise económica, especialmente o

desemprego, atuam como fatores precipitantes (Butterworth, Rodgers & Windsor, 2009; Chang [et al.], 2009; Reeves [et al.], 2012; Stuckler [et al.], 2011).

Tendo ocorrido um aumento da taxa de mortalidade por suicídio nos homens, entre 2008 e 2012, em todas as regiões de Portugal Continental, à exceção da região do Alentejo que, no entanto, permanece com a taxa mais alta de suicídio em Portugal, tanto nos homens como nas mulheres, com um valor de 44,1/100.000 nos homens, no ano de 2012 (DGS, 2014; INE, 2014). Apesar de se observar que a taxa de mortalidade por suicídio tem sofrido ligeiras variações, entre 2008 e 2012, situando-se em cerca de 10 suicídios por 100 000 habitantes (DGS, 2014; INE, 2014), o OPSS admite que haja uma forte subnotificação de suicídios, que poderá esclarecer-se nos próximos anos devido à implementação do SICO (OPSS, 2014).

O impacto do desemprego na evolução do número de suicídios pode ser reduzido através do reforço do sistema de proteção social, como ocorreu em alguns países (Park [et al.], 2009; Stuckler [et al.], 2009) e pelo incremento dos cuidados de saúde de proximidade (primários e de saúde mental), os apoios financeiros a famílias em maiores dificuldades e a promoção de programas ativos de incentivo ao emprego (OPSS, 2013), contudo a análise deste fenómeno e da sua relação com a incidência e prevalência da Depressão *Major* e com o internamento por Depressão *Major*, em investigações futuras, é pertinente.

Da análise da distribuição da taxa de internamentos por Depressão *Major*, por local de residência, verifica-se que os distritos com índices de urbanização e de densidade populacional reduzidos apresentam taxas de internamentos por Depressão *Major* mais elevadas.

Este facto vai de encontro à observação dos OR brutos e ajustados relativos ao internamento por Depressão *Major* evidenciada anteriormente, que demonstra uma tendência de agravamento do perfil de risco nos indivíduos residentes em distritos com essas características, que pode justificar-se pela ruralidade (Wang, 2004), o isolamento social (Fryers [et al.], 2005; Laaksonen [et al.], 2007; WHO, 2011), as taxas de desemprego (Chen [et al.], 2012), o número de camas disponíveis (Delamater [et al.], 2013; Fortney [et al.], 2007) e/ou a carga genética individual (APA, 2006).

Adicionalmente, da observação da matriz de correlação das variáveis incluída na análise ecológica, podem retirar-se algumas conclusões. Em ambos os anos, a frequência relativa de população nas faixas etárias mais jovens da população em idade ativa apresenta correlações moderadas negativas, estatisticamente significativas, com a taxa de internamentos por Depressão *Major*. Enquanto a frequência relativa de população

nas faixas etárias dos [45-54] e [55-64] anos de idade apresenta correlações positivas moderadas e fortes, respetivamente, e estatisticamente significativas, com a taxa de internamentos por Depressão *Major*, nos dois períodos.

Estas correlações são confirmadas através do modelo de regressão linear múltipla que, apesar da fraca/moderada capacidade de explicação, indica que a frequência relativa de população na faixa etária dos [55-64] anos influencia positivamente a taxa de internamentos por Depressão *Major*, nos dois períodos.

Para a compreensão destes resultados é importante observar, por um lado, que o risco de Depressão *Major* resulta da influência da carga genética (APA, 2006) e da sua interação com o ambiente (Lau & Eley, 2010) e vários outros fatores psicossociais como a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, o rendimento (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007), um acontecimento de vida marcante ou qualquer situação percebida como stressante (Bogdan & Pizzagalli, 2006). Por outro lado, a proporção de doentes com Depressão *Major* tratados em unidades de psiquiatria varia consideravelmente consoante os locais e, sendo muito baixa, persistem imensas lacunas e necessidades no tratamento das pessoas afetadas (Gusmão & Xavier, 2005).

Em Portugal, segundo o EENSM (2013), os grupos das faixas etárias mais avançadas apresentam menor probabilidade de sofrerem perturbações depressivas, observando-se que as faixas etárias dos [18-34] anos de idade (OR=2,18), [35-49] anos de idade (OR=2,11) e [50-64] anos de idade (OR=1,82) apresentam um risco superior ao das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Assim, da comparação dos resultados alcançados neste trabalho, que indicam que a frequência relativa de população na faixa etária dos [55-64] anos influencia positivamente a taxa de internamentos por Depressão *Major*, com a evidência demonstrada no EENSM (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013), pode suspeitar-se de que os indivíduos das faixas etárias mais avançadas da população em idade ativa, apesar da menor probabilidade de sofrerem perturbações depressivas, acedem com maior facilidade ao internamento por Depressão *Major* ou apresentam formas mais graves de Depressão *Major*, sendo a análise deste fenómeno relevante em investigações futuras.

Objetivo 3: Verificar se a taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa é influenciada pela taxa de camas de internamento disponíveis nos hospitais do SNS em Portugal Continental, nos anos de 2008 e 2013, respetivamente;

Hipótese 2: A taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa é influenciada positivamente pelo número de camas de internamento disponíveis.

A análise da matriz de correlação das variáveis incluídas na análise ecológica permite verificar que a taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa é influenciada positivamente pelo número de camas de internamento disponíveis. Em ambos os períodos em análise, a taxa de internamentos por Depressão *Major* apresenta uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a taxa de camas de internamento ($r=0,481$, em 2008; e $r=0,546$, em 2013).

Estes resultados podem explicar-se pela lei de Roemer, segundo a qual um serviço de saúde tem a capacidade de gerar sua própria procura, existindo evidência de que a variação nas taxas de internamento pode ser potenciada pela disponibilidade de camas de internamento e esta relação é observada a vários níveis geográficos (Delamater [et al.], 2013; Fortney [et al.], 2007).

É importante recordar que a crise económica tem atuado como catalisadora para reformas estruturais, como a implementação de medidas que promovam a transparência na contratualização (Freitas & Escoval, 2010), o encerramento ou a fusão de algumas unidades hospitalares e a aposta primordial no atendimento em ambulatório e nos cuidados de saúde primários (OECD, 2013; Quaglio [et al.], 2013).

Em Portugal, o número de camas de internamento disponíveis para doentes agudos nos serviços de saúde mental do sector público corresponde, segundo Caldas de Almeida e Xavier (2013), ao definido pelo rácio da DGS, de acordo com as recomendações da OMS, em 1995 - 10 camas por 100.000 habitantes (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Segundo dados da ACSS (ACSS, 2014), disponibilizados pela DGS, o número de camas de internamento de agudos de psiquiatria diminuiu entre 2008 ($n=1182$) e 2013 ($n=1079$), e esta redução explica redução do número médio de camas de internamento disponíveis observada neste trabalho, de 20,18 (2008) para 19,47 (2013) camas de internamento de psiquiatria por 100 000 habitantes, na população em idade ativa, segundo o algoritmo adotado e apresentado em apêndice.

Caldas de Almeida e Xavier (2013) afirmam que, não obstante a recente abertura de dois novos serviços de saúde mental com internamento de agudos (Hospital de Vila Franca de Xira e Hospital Beatriz Ângelo), persistem lacunas em alguns hospitais para assegurar o internamento previsto em grupos populacionais significativos, destacando-se a inatividade da unidade de internamento da Unidade Local de Saúde (ULS) do Baixo

Alentejo, em Beja, e a ausência de concretização das unidades de internamento do Centro Hospitalar (CH) de Póvoa do Varzim/Vila do Conde, CH do Porto e da ULS de Matosinhos, na região Norte (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

De acordo com estes dados, e tendo em conta que a taxa de internamentos por Depressão *Major* apresenta uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a taxa de camas de internamento ($r=0,481$, em 2008; e $r=0,546$, em 2013) seria expectável que a taxa de internamentos diminuísse entre os dois anos acompanhando a redução do número de camas de internamento, contudo a taxa de internamentos apresentou uma evolução em sentido inverso, sendo superior em 2013, o que reforça a evidência do impacto da crise económica no perfil de internamentos por Depressão *Major*, e sugere que a redução do número de camas de internamento disponíveis por ter influenciado negativamente a variação da taxa de internamentos por Depressão *Major* observada, entre 2008 e 2013, na população em idade ativa.

A necessidade de serviços de internamento pode, no entanto, ter sido compensada pelo incremento das estruturas ambulatoriais existentes, por um critério de internamento mais rígido e/ou por uma resposta em ambulatório mais eficaz (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Segundo o EENSM (2013), existem outros fatores importantes a ter em conta na análise da variação do perfil de internamentos em período de crise económica, como o aumento verificado no registo de utentes com perturbações mentais nos CSP que, por um lado pode significar um aumento da acessibilidade a serviços não-especializados e, por outro pode estar associado a uma maior necessidade de procura de ajuda nos últimos anos para problemas de saúde relacionados com as perturbações depressivas; ou o aumento do número de consultas de psiquiatria de adultos por 1.000 habitantes, entre 2012 e 2013 (Caldas-de-Almeida & Xavier, 2013).

Alem disso, de acordo com um estudo desenvolvido pelo INFARMED (2014), entre 2000 e 2012, verificou-se um aumento claro do consumo de antidepressivos (+240%) e de antipsicóticos (+171%), sendo que se verificou um aumento acentuado a partir de 2010 dos gastos dos utentes com medicamentos antidepressivos e psicotrópicos (INFARMED, 2014).

Objetivo 4: Comparar a associação entre a taxa de camas de internamento disponíveis e a taxa de internamentos por Depressão *Major*, nos anos de 2008 e 2013, respetivamente.

Hipótese 3: A associação entre a taxa de camas de internamento disponíveis e a taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa é influenciada pelo período de crise económica.

Sendo a taxa de internamentos por Depressão *Major* influenciada pelo número de camas de internamento disponíveis, como evidenciado anteriormente, utilizou-se o modelo de regressão linear relativo ao internamento por Depressão *Major* com a seleção da variável independente: camas de internamento, para uma análise mais detalhada da associação entre a taxa de camas de internamento disponíveis e a taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa.

Da análise do modelo de regressão linear, relativo ao ano de 2008, apesar da fraca/moderada capacidade de explicação, verifica-se que a taxa de camas de internamento influencia a taxa de internamentos por Depressão *Major*, sendo que por cada cama de internamento adicional ocorre um aumento de cerca de 1 (B=1,050) internamento por Depressão *Major* por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

Enquanto, no ano de 2013, da análise do modelo de regressão linear, verifica-se que por cada cama adicional ocorre um aumento de cerca de 1 (B=1,260) internamento por Depressão *Major* por 100 000 habitantes da população em idade ativa.

A análise destes resultados reforça a hipótese de que a redução do número de camas de internamento disponíveis pode ter influenciado negativamente a variação da taxa de internamentos por Depressão *Major* observada, entre 2008 e 2013, na população em idade ativa. Sendo que, no ano de 2013, se observa um aumento da pressão sobre os serviços de saúde traduzido no aumento do número de internamentos por cama de internamento disponível.

Na realização deste trabalho verificaram-se algumas limitações relativas a aspetos relacionados com a colheita de dados e a questões metodológicas que influenciaram os resultados obtidos. Recorde-se que a finalidade deste estudo é incrementar a informação disponível quanto aos efeitos da crise económica no internamento por Depressão *Major* da população em idade ativa, fomentando o conhecimento acerca da influência da crise económica na ocorrência de internamento por Depressão *Major* e das respostas do sistema de saúde às repercussões da crise económica. Assim seria pertinente incluir na análise deste fenómeno dados relativos à taxa de desemprego, o que não foi concretizado pela ausência de dados ao nível de distrito, e relativos à taxa

de mortalidade por suicídio, o que não foi concretizado pela ausência de dados consistentes e pela suspeita de forte subnotificação dos casos de suicídio, em Portugal.

Relativamente a questões metodológicas, o estudo ecológico, condicionado pela disponibilidade geográfica da informação necessária, foi elaborado ao nível de distrito, este facto implica a existência de apenas 18 observações o que condiciona fortemente a escolha dos métodos estatísticos a utilizar e a validade dos resultados obtidos. Não foram utilizadas técnicas específicas de análise espacial ou outros métodos estatísticos mais complexos tendo em conta esta limitação. Optou-se, ainda, por considerar neste caso específico um nível de significância de 10%. Neste contexto, os resultados devem ser vistos como indicativos, analisados de uma forma cautelosa e, se possível, verificados em estudos com maior representatividade geográfica.

7. CONCLUSÕES

A variação no perfil de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa nos hospitais do SNS em Portugal Continental, por área geográfica, nos anos 2008 e 2013, períodos assumidos neste trabalho como de pré-crise e de crise económica, foi identificada e caracterizada neste trabalho procurando contribuir para o conhecimento sobre o impacto da crise económica de acordo com o objetivo principal deste trabalho.

O número de internamentos por Depressão *Major*, na população em idade ativa, foi ligeiramente inferior em período de crise económica, potencialmente resultado da diminuição da população em idade ativa residente e do envelhecimento populacional em Portugal Continental, entre os dois períodos em análise. Adicionalmente a taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa foi superior, em 2013. Este trabalho também observou que a frequência relativa e o risco de internamento por Depressão *Major* no sexo masculino aumentaram em período de crise económica, apesar de permanecerem superiores no sexo feminino; e, de uma forma geral, o risco de internamento aumentou, na maioria dos distritos em análise, em período de crise económica.

Da análise da distribuição da taxa de internamentos por Depressão *Major*, por local de residência, verificou-se que os distritos com índices de urbanização e de densidade populacional reduzidos apresentaram taxas de internamento mais elevadas, e os residentes em distritos com essas características apresentaram um risco de internamento por Depressão *Major* superior, em ambos os períodos. Adicionalmente, observou-se um aumento da taxa de internamentos e do risco de internamento por Depressão *Major*, na maioria dos distritos em análise, em período de crise económica.

A taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa foi influenciada positivamente pela frequência relativa de população na faixa etária dos [55-64] anos de idade, nos dois períodos.

A taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa foi influenciada positivamente pelo número de camas de internamento disponíveis. Com a redução do número de camas disponíveis, observada no período de crise económica, seria expectável que a taxa de internamentos diminuísse, o que não se verificou. A taxa de internamentos aumentou sugerindo que a variação observada em período de crise económica poderia ser maior se o número de camas de internamento disponíveis não tivesse sido reduzido.

A associação entre a taxa de camas de internamento disponíveis e a taxa de internamentos por Depressão *Major* da população em idade ativa foi influenciada positivamente pelo período de crise económica reforçando a hipótese de que a redução do número de camas de internamento disponíveis pode ter influenciado negativamente a variação da taxa de internamentos por Depressão *Major*. No período de crise económica, observou-se um aumento da pressão sobre os serviços de internamento de agudos de psiquiatria traduzido no aumento do número de internamentos por Depressão *Major* por cama de internamento disponível.

Os resultados deste estudo apresentam algumas limitações, pelo que o mesmo pode ser assumido apenas com um carácter exploratório. A análise da variação do perfil de internamentos por Depressão *Major*, na população em idade ativa, foi condicionada pela ausência de dados relativos à taxa de desemprego, à produção hospitalar em ambulatório e à taxa de mortalidade por suicídio, entre outros, o que pode originar um enviesamento dos resultados. Relativamente a questões metodológicas, o estudo ecológico, condicionado pela disponibilidade geográfica da informação necessária, foi elaborado ao nível de distrito, o que implicou a existência de apenas 18 observações o que condiciona fortemente a escolha dos métodos estatísticos a utilizar e a validade dos resultados obtidos.

Neste contexto, com o objetivo de aumentar o conhecimento acerca do impacto da crise económica no internamento por Depressão *Major* em Portugal, importaria aprofundar as seguintes áreas:

- A análise de correlação entre o aumento da incidência e prevalência da Depressão *Major* e o aumento da taxa de internamentos por Depressão *Major*, em período de crise económica;
- Influência da taxa de desemprego na taxa de internamentos por Depressão *Major*, em período de crise económica;
- O impacto dos serviços de saúde mental de proximidade, do aumento da produção hospitalar em ambulatório e das equipas de cuidados na comunidade na taxa de internamentos por Depressão *Major*, em período de crise económica;
- A relação entre o aumento do consumo de psicofármacos, particularmente antidepressivos, e a taxa de internamentos por Depressão *Major*, em período de crise económica.

O impacto da crise económica nos serviços de saúde e, especificamente, na saúde mental das pessoas, desafia os sistemas de saúde e expõe as suas fragilidades. A

elevada prevalência de doença mental num contexto em que os determinantes de saúde são extremamente desfavoráveis, a proteção da saúde mental é uma prioridade. A adoção de estratégias que promovam a vigilância dos problemas de saúde, a reavaliação das prioridades em Saúde Pública e a avaliação das políticas de saúde com reforço do investimento para a prevenção e tratamento das doenças mentais são fundamentais.

8. BIBLIOGRAFIA

AKHTAR-DANESH, Noori; LANDEEN, Janet - Relation between depression and sociodemographic factors. **International Journal Of Mental Health Systems**. [Em linha]. Vol. 1 n.º1 (2007), p. 2-4. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2241832/>>. ISSN 1752-4458.

ALMEDON, Astier - Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. **Social Science & Medicine**. [Em linha]. Vol. 61 n.º5 (2005), p. 943-964. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953605000249>>. ISSN 0277-9536.

ALONSO, J. [et al]. - Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. [Em linha]. Vol. 420 (2004), p. 21-27. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128384>>. ISSN 0065-1591.

ALTAR, C. Anthony. - Neurotrophins and depression. **Trends In Pharmacological Sciences**. [Em linha]. Vol. 20 (1999), p. 59-61. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10101965>>. ISSN 0165-6147.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) - **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 4.^a ed. Washington D. C.: Climepsi Editores, 2006. p. 369–382. ISBN 972-796-020-2.

ANDERSEN, Ronald. - Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of health and social behavior**. [Em linha]. Vol. 36 n.º1 (1995), p. 1-10. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://mph.ufl.edu/files/2012/01/session6april2RevisitingBehavioralModel.pdf>>. ISSN 0022-1465.

ANDERSEN, Ronald; NEWMAN, Jonh. - Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**. [Em linha]. Vol. 51 n.º1 (1973), p. 95-124. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690261/>>. ISSN 0160-1997.

ANISMAN, Hymie.; MERALI, Zul. - Understanding stress: characteristics and caveats. **Alcohol Research & Health**. [Em linha]. Vol. 23 n.º4 (1999), p. 241-249. [Consult. 28

Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-4/241-249.pdf/>>. ISSN 1535-7414.

ANISMAN, Hymie.; ZACHARKO, Robert. - Stimulus change influences escape performance: deficits induced by uncontrollable stress and by haloperidol. **Pharmacology, Biochemistry, And Behavior**. [Em linha]. Vol. 17 n.º2 (1982), p. 263-269. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6890209>>. ISSN 0091-3057.

ANISMAN, Hymie - Cascading effects of stressors and inflammatory immune system activation: implications for major depressive disorder. **Journal Of Psychiatry & Neuroscience**. [Em linha]. Vol. 34 n.º1 (2009), p. 4-20. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19125209>>. ISSN 1488-2434.

ARFKEN, Cynthia. [et al.] - Case-control study of frequent visitors to an urban psychiatric emergency service. **Psychiatric Services**. [Em linha]. Vol. 55 n.º3 (2004), p. 295-301. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15001731>>. ISSN 1075-2730.

ARTAZCOZ, Lucía. [et al.] - Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. **American Journal of Public Health**. [Em linha]. Vol. 94 n.º1 (2004), p. 82-88. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449831>>. ISSN 0090-0036.

BARR, Ben [et al.] - Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. **BMJ (Clinical research ed.)**. [Em linha]. Vol. 345 (2012). [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5142>>. ISSN 1756-1833.

BARROS, Pedro Pita - Health policy reform in tough times: The case of Portugal. **Health Policy**. [Em linha]. Vol. 106 n.º1 (2012), p. 17-22. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22572196>>. ISSN 0168-8510.

BEBBINGTON, Paul [et al.] - Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. **International Review of Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 15 n.º1 (2003), p. 115-22. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11097076>>. ISSN 0954-0261.

BEBBINGTON, Paul [et al.] - The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity.

International Review of Psychiatry. [Em linha]. Vol. 28 n.º1 (1998), p. 9-19. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9483679>>. ISSN 0954-0261.

BEBBINGTON, Paul - The origins of sex differences in depressive disorder: Bridging the gap. **International Review of Psychiatry.** [Em linha]. Vol. 8 n.º4 (1996), p. 295. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09540269609051547>>. ISSN 0954-0261.

BERK, Michael.; DODD, Seetal.; HENRY, Margaret. - The effect of macroeconomic variables on suicide. **Psychological Medicine.** [Em linha]. Vol. 36 (2006), p. 181-189. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30035537/dodd-itstheconomy-2005.pdf>>. ISSN 0033-2917.

BLAKELY, Tony.; COLLINGS, Sunny.; ATKINSON, June. - Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? **Journal Of Epidemiology And Community Health.** [Em linha]. Vol. 57 n.º8 (2003), p. 594-600. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732539/>>. ISSN 0143-005X.

BOER, Angela.; WIJKER, Wouter.; HAES, Hanneke. - Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. **Health Policy.** [Em linha]. Vol. 42 n.º2 (1997), p. 101-115. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(97\)00062-6/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(97)00062-6/pdf)>. ISSN 0168-8510.

BOGDAN, Ryan; PIZZAGALLI, Diego A. - Acute stress reduces reward responsiveness: implications for depression. **Biological Psychiatry.** [Em linha]. Vol. 60 n.º10 (2006), p. 1147-1154. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2288705/>>. ISSN 0006-3223.

BONOVAS, Stefanos.; NIKOLOPOULOS, Georgios. - High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. **Journal Of Preventive Medicine And Hygiene.** [Em linha]. Vol. 53 n.º3 (2012), p. 169-171. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.jpnh.org/issues/201253308.pdf>>. ISSN 1121-2233.

BOR, Jacob [et al.] - Alcohol use during the great recession of 2008-2009. **Alcohol and alcoholism.** [Em linha]. Vol. 48 n.º3 (2013), p. 343-8. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/48/3/343.long>>. ISSN 1464-3502.

BOWERS, Len.; FLOOD, Christopher. - Nurse staffing, bed numbers and the cost of acute psychiatric inpatient care in England. **Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing**. [Em linha]. Vol. 15 n.º8 (2008), p. 630–637. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18803736>. ISSN 1351-0126.

BREMNER, James Douglas [et al.] - Hippocampal volume reduction in major depression. **The American Journal Of Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 157 n.º1 (2000), p. 115-118. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10618023>. ISSN 0002-953X.

BRIONES-ARANDA, Alfredo; ROCHA, Luisa; PICAZO, Ofir - Influence of forced swimming stress on 5-HT1A receptors and serotonin levels in mouse brain. **Progress In Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 29 n.º2 (2005), p. 275-281. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584604002532>. ISSN 0278-5846.

BRISCOE, Monica. - Sex differences in psychological well-being. **Psychological Medicine. Monograph Supplement**. [Em linha]. Vol. 1 (1982), p. 1-46. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://dx.doi.org/10.1017/S0264180100001673>. ISSN 0264-1801.

BRITO, João Pedro Faia De - **A política do medicamento em Portugal durante o programa de ajustamento económico e financeiro**. [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2013. Tese de Mestrado. Disponível na internet:<URL:www.repository.utl.pt/handle/10400.5/6245>.

BROMET, Evelyn [et al.] - Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC medicine**. [Em linha]. Vol. 9, n.º1 (2011), p. 90 [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90>. ISSN 1741-7015.

BROWN, George. - Life events and affective disorder: replications and limitations. **Psychosomatic Medicine**. [Em linha]. Vol. 55, n.º3 (1993), p. 248-259 [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8346333>. ISSN 0033-3174.

BUTTERWORTH, Peter.; RODGERS, Bryan.; WINDSOR, Tim. - Financial hardship, socio-economic position and depression: results from the PATH Through Life Survey. **Social Science & Medicine**. [Em linha]. Vol. 69, n.º2 (2009), p. 229-237 [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.008>. ISSN 0277-9536.

CALDAS-DE-ALMEIDA, José Miguel; XAVIER, Miguel. - **Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1.º Relatório**. [Em linha] 1.ª ed. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: http://fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf>. ISBN 978-989-98576-0-5.

CARR, Vaughan J. [et al.] - Patterns of service use among persons with schizophrenia and other psychotic disorders. **Psychiatric Services**. [Em linha]. Vol. 54, n.º2 (2003), p. 226-235 [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12556605>>. ISSN 1075-2730.

CHANG, Shu-sen. [et al.] - Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. **Social Science & Medicine**. [Em linha]. Vol. 68, n.º7 (2009), p. 1322-1331 [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.010>>. ISSN 0277-9536.

CHEN, Li [et al.] - Mental health, duration of unemployment, and coping strategy: a cross-sectional study of unemployed migrant workers in eastern China during the economic crisis. **BMC public health**. [Em linha]. Vol. 12, n.º1 (2012), p. 597 [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL: [doi: 10.1186/1471-2458-12-597](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-597)>. ISSN 1471-2458.

CONGER, Rand [et al.] - Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. **Child Development**. [Em linha]. Vol. 65, n.º2 (1994), p. 541-561. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8013239>>. ISSN 0009-3920.

COSTA, Giuseppe; MARRA, Michele; SALMASO, Stefania - [Health indicators in the time of crisis in Italy]. **Epidemiologia e Prevenzione**. [Em linha]. Vol. 36, n.º6 (2012), p. 337-366. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23293258>>. ISSN 1120-9763.

CUI, Jing; VAILLANT, George - Antecedents and consequences of negative life events in adulthood: a longitudinal study. **The American Journal Of Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 153, n.º1 (1996), p. 21-26. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8540586>>. ISSN 0002-953X.

CUTLER, David [et al.] - Financial crisis, health outcomes and ageing: Mexico in the 1980's and 1990's. **Journal of Public Economics**. [Em linha]. Vol. 84, n.º2 (2002), p.

279-303. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://dash.harvard.edu/handle/1/2707939>.

DEE, Thomas - Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross-sections of individual-level data. **Health Economics**. [Em linha]. Vol. 10, n.º3 (2001), p. 257-270. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11288191>. ISSN 1057-9230.

DELAMATER, Paul [et al.] - Do more hospital beds lead to higher hospitalization rates? a spatial examination of Roemer's Law. **Plos One**. [Em linha]. Vol. 8, n.º2 (2013). [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://doi:10.1371/journal.pone.0054900>. ISSN 1932-6203.

PORTUGAL.DGS.Direção de Serviços de Informação e Análise - **Portugal - Saúde Mental em números - 2013** [Em linha], 1.ª ed. Lisboa: direção-Geral da Saúde, 2013. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>. ISSN 2183-0665.

PORTUGAL.DGS.Direção de Serviços de Informação e Análise - **Portugal - Saúde Mental em números - 2014** [Em linha], 1.ª ed. Lisboa: direção-Geral da Saúde, 2014. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx>. ISSN 2183-0665.

DHINGRA, S. [et al.] - Determining prevalence and correlates of psychiatric treatment with Andersen's behavioral model of health services use. **Psychiatric Services**. [Em linha]. Vol. 61, n.º5 (2010), p. 527-528. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439377>. ISSN 1075-2730.

DICKERSON, Sally; KEMENY, Margaret - Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. **Psychological Bulletin**. [Em linha]. Vol. 130, n.º3 (2004), p. 355-391. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15122924>. ISSN 0033-2909.

DLOUHY, Martin - Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. **BMC Health Services Research**. [Em linha]. Vol. 14 (2014), p.42. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://doi:10.1186/1472-6963-14-42>. ISSN 1472-6963.

DOOLEY, David; CATALANO, Ralph; WILSON, Georjeanna - Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. **American**

Journal Of Community Psychology. [Em linha]. Vol. 22, n.º6 (1994), p.745-765. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7639201>>. ISSN 0091-0562.

DORLING, Danny - Unemployment and health. **BMJ (Clinical Research Ed.)**. [Em linha]. Vol. 338 (2009). [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b829>>. ISSN 1756-1833.

DRIVAS, Spyros [et al.] - Company closure and mortality in a Greek bus company. **Occupational medicine.** [Em linha]. Vol. 63, n.º3 (2013). [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://occmed.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/06/occmed.kqs235.full.pdf>>. ISSN 1471-8405.

DURLAK, Joseph; WELLS, Anne - Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. **American Journal Of Community Psychology.** [Em linha]. Vol. 25, n.º2 (1997), p. 115-152. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:https://hmprg.org/assets/root/PDFs/2012/07/prevention_meta_analysis_durlak_wells_1997.pdf>. ISSN 0091-0562.

ECDC - **Risk assessment on HIV in Greece** [Em linha].1.ª ed. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2012. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20121130-Risk-Assessment-HIV-in-Greece.pdf>>. ISBN 978-92-9193-399-0.

ECONOMOU, Marina [et al.] - Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. **Journal of Affective Disorders.** [Em linha]. Vol. 145, n.º3 (2013), p. 308-314. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22939388>>. ISSN 1573-2517.

EDWARDS, Ryan - Who is hurt by procyclical mortality? **Social Science & Medicine.** [Em linha]. Vol. 67, n.º12 (2008), p. 2051-2058. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:www.demog.berkeley.edu/~redwards/Papers/edwards-nlmscyc.pdf>. ISSN 0277-9536.

FISHBACK, Price; HAINES, Michael; SHAWN, Kantor - Births, deaths and New Deal relief during the Great Depression. **Review of Economics and Statistics.** [Em linha]. Vol. 89, n.º1 (2007), p. 1-14. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL: https://www.princeton.edu/chw/events_archive/repository/02272006_haines/02-27-06.pdf>.

FORTNEY, John [et al.] - Community-level risk factors for depression hospitalizations. **Administration And Policy In Mental Health.** [Em linha]. Vol. 34, n.º4 (2007), p. 343-

352. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://wiche.edu/pub/11583>>. ISSN 0894-587X.

FREITAS, Paulo; ESCOVAL, Ana - A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. [Em linha]. Vol. 9 (2010), p. 129-140. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL: <https://ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-11-2009.pdf>>.

FRYERS, Tom [et al.] - The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. **Clinical Practice And Epidemiology In Mental Health**. [Em linha]. Vol. 1, n.º14 (2005). [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1242241>>. ISSN 1745-0179.

GARFIELD, Richard; SANTANA, Sarah - The impact of economic crisis and the US embargo on health in Cuba. **American Journal of Public Health**. [Em linha]. Vol. 87, n.º1 (1997), p. 15-20. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380757>>.

GATER, Richard [et al.] - The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. **Psychological Medicine**. [Em linha]. Vol. 21, n.º3 (1991), p. 761-774. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1946864>>. ISSN 0033-2917.

GILI, Margalida [et al.] - The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. **European journal of public health**. [Em linha]. Vol. 23, n.º1 (2013), p. 103-8. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://doi:10.1093/eurpub/cks035>>. ISSN 1464-360X..

GIOTAKOS, Orestis; KARABELAS, D.; KAFKAS, Alexandro - Financial crisis and mental health in Greece. **Psychiatrikē = Psychiatriki**. [Em linha]. Vol. 22, n.º2 (2011), p. 109-119. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21888184>>. ISSN 1105-2333.

HUXLEY, Peter - Mental illness in the community: The Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. **Nordic Journal of Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 50, n.º37 (1996), p. 47-53. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/08039489609099730>>.

GOLDMAN, Larry; NIELSEN, Nancy; CHAMPION, Hunter - Awareness, diagnosis, and treatment of depression. **Journal Of General Internal Medicine**. [Em linha]. Vol. 14,

n.º9 (1999), p. 569-580. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496741/>>. ISSN 0884-8734.

GOSTAUTAS, Antanas; PRANCKEVICIENE, Aiste; MATONIENE, Valdone - Changes in depression and quality of life during inpatient treatment of depression. **Medicina (Kaunas)**. [Em linha]. Vol. 42, n.º6 (2006), p. 472-478. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://medicina.lsmuni.lt/med/0606/0606-05e.pdf>>. ISSN 1648-9144.

GOTLIB, Ian; JOORMANN, Jutta - Cognition and depression: current status and future directions. **Annual Review of Clinical Psychology**. [Em linha]. Vol. 6 (2010), p. 285-312. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845726/>. ISSN 1548-5943.

GRØNLI, Janne [et al.] - Effects of chronic mild stress on sexual behavior, locomotor activity and consumption of sucrose and saccharine solutions. **Physiology & Behavior**. [Em linha]. Vol. 84, n.º4 (2005), p. 571-577. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2005.02.007>>. ISSN 0031-9384.

GUNNELL, David [et al.] - Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. **The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science**. [Em linha]. Vol. 175 (1999), p. 263-270. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: http://www.dannydorling.org/wp-content/files/dannydorling_publication_id0976.pdf>. ISSN 0007-1250.

GUSMÃO, Ricardo [et al.] - O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. **Acta Médica Portuguesa**. [Em linha]. Vol. 18 (2005), p. 129-146. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://baes.ua.pt/handle/10849/110>>.

HAMET, Pavel; TREMBLAY, Johanne - Genetics and genomics of depression. **Metabolism: Clinical And Experimental**. [Em linha]. Vol. 54, n.º5 Suppl 1 (2005), p. 10-15. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.metabol.2005.01.006>>. ISSN 0026-0495.

HAYLEY, Shawn [et al.] - The pathogenesis of clinical depression: stressor- and cytokine-induced alterations of neuroplasticity. **Neuroscience**. [Em linha]. Vol. 135, n.º3 (2005), p. 659-678. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2005.03.051>>. ISSN 0306-4522.

HONG, Phua Kai; HEOK, Kua Ee - Economic crisis and mental health services in Asia. **Asia-Pacific Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 1, n.º2 (2009), p. 55-57. [Consult. 28 Jan.

2015]. Disponível na internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1758-5872.2009.00016.x/pdf>>. ISSN 17585864.

JENKINS, Rachel - Sex differences in minor psychiatric morbidity. **Psychological Medicine. Monograph Supplement**. [Em linha]. Vol. 7 (1985), p. 1-53. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3874434>>. ISSN 0264-1801.

JENKINS, Rachel [et al.] - Debt, income and mental disorder in the general population. **Psychological Medicine**. [Em linha]. Vol. 38 (2008), p. 1485-1493. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18184442>>. ISSN 0033-2917.

KARANIKOLOS, Marina [et al.] - Financial crisis, austerity, and health in Europe. **Lancet**. [Em linha]. Vol. 381, n.º9874 (2013), p. 1323-31. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://images.derstandard.at/2013/03/27/lancetfinancialcriseurope.pdf>>. ISSN 1474-547X.

KAREGE, Félicien [et al.] - Decreased serum brain-derived neurotrophic factor levels in major depressed patients. **Psychiatry Research**. [Em linha]. Vol. 109, n.º 2 (2002), p. 143-148. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11927139>>. ISSN 0165-1781.

KATIKIREDDI, Srinivasa Vittal; NIEDZWIEDZ, Claire; POPHAM, Frank - Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England. **BMJ open**. [Em linha]. Vol. 2, n.º 5 (2012). [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001790.full>>. ISSN 2044-6055.

KEENEY, A. [et al.] - Differential effects of acute and chronic social defeat stress on hypothalamic-pituitary-adrenal axis function and hippocampal serotonin release in mice. **Journal Of Neuroendocrinology**. [Em linha]. Vol. 18, n.º5 (2006), p. 330-338. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:[doi:10.1111/j.1365-2826.2006.01422.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2006.01422.x)>. ISSN 0953-8194.

KENDLER, Kenneth [et al.] - The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. **The American Journal Of Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 150, n.º 8 (1993), p. 1139-1148. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://vipbg.vcu.edu/vipbg/Articles/amjpsychiatry-prediction-1993.pdf>>. ISSN 0002-953X.

KENDLER, Kenneth; GARDNER, Charles; PRESCOTT, Carol - Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. **The American**

journal of psychiatry. [Em linha]. Vol. 163, n.º1 (2006), p. 115-24. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:doi: 10.1176/appi.ajp.163.1.115.>. ISSN 0002-953X.

KENTIKELÉNIS, Alexander [et al.] - Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. **Lancet**. [Em linha]. Vol. 378, n.º9801 (2011), p. 1457-1458. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:doi:10.1016/S0140-6736(11)61556-0.>. ISSN 1474-547X.

KESSLER, Ronald; BROMET, Evelyn - The epidemiology of depression across cultures. **Annual Review of Public Health**. [Em linha]. Vol. 34 (2013), p. 119-138. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>. ISSN 0163-7525.

KESSLER, Ronald [et al.] - Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. **New England Journal of Medicine**. [Em linha]. Vol. 352, n.º24 (2005), p. 2515-2523. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa043266>. ISSN 0028-4793.

KESSLER, Ronald [et al.] - Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. **American Journal of Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 163, n.º9 (2006), p. 1561-1568. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1924724/>. ISSN 0002-953X.

KESSLER, Ronald [et al.] - Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. **Archives Of General Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 60, n.º11 (2003), p. 1117-1122. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:www.archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=208028>. ISSN 0003-990X.

KESSLER, Ronald [et al.] - Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives Of General Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 62, n.º6 (2005), p. 617-627. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2847357/>. ISSN 0003-990X.

KHANG, Young-Ho; LYNCH, John W.; KAPLAN, George - Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. **International Journal Of Epidemiology**. [Em linha]. Vol. 34, n.º6 (2005), p. 1291-1301. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://ije.oxfordjournals.org/content/34/6/1291.long>. ISSN 0300-5771.

KOVÉSS-MASFÉTY, Viviane [et al.] - A European approach to rural-urban differences in mental health: the ESEMeD 2000 comparative study. **Canadian Journal Of Psychiatry**.

[Em linha]. Vol. 50, n.º14 (205), p. 926-936. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16494262>>. ISSN 0706-7437.

KRISHNAN, Vaishnav; NESTLER, Eric - The molecular neurobiology of depression. **Nature**. [Em linha]. Vol. 455, n.º4687 (2008), p. 894-902. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:[doi: 10.1038/nature07455](https://doi.org/10.1038/nature07455)>. ISSN 1476-4687.d

LAAKSONEN, Elina [et al.] - Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. **International Journal Of Epidemiology**. [Em linha]. Vol. 36, n.º4 (2007), p. 776-786. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://ije.oxfordjournals.org/content/36/4/776.long>>. ISSN 0300-5771.

LAU, Jennifer; ELEY, Thalia - The genetics of mood disorders. **Annual Review of Clinical Psychology**. [Em linha]. Vol. 6 (2010), p. 313-337. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20001729>>. ISSN 1548-5943.

LEINONEN, Jenni; SOLANTAUS, Tytti; PUNAMÄKI, Raija-Leena - Social support and the quality of parenting under economic pressure and workload in Finland: the role of family structure and parental gender. **Journal Of Family Psychology**. [Em linha]. Vol. 17, n.º3 (2003), p. 409-418. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://psycnet.apa.org/journals/fam/17/3/409/>>. ISSN 0893-3200.

LEINSALU, Mall; VÄGERÖ, Denny; KUNST, Anton - Estonia 1989-2000: enormous increase in mortality differences by education. **International Journal Of Epidemiology**. [Em linha]. Vol. 32, n.º6 (2003), p. 1081-1087. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://ije.oxfordjournals.org/content/32/6/1081.full.pdf+html>>. ISSN 0300-5771.

LEVINSON, Douglas - The genetics of depression: a review. **Biological Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 60, n.º2 (2006), p. 84-92. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.08.024>>. ISSN 0006-3223.

LEVY, Barry; SIDEL, Victor - The Economic Crisis and Public Health. **Social Medicine**. [Em linha]. Vol. 4, n.º2 (2009), p. 82-87. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://www.medicinasocial.info/index.php/socialmedicine/article/viewArticle/327>>.

LEWIS, Glyn; SLOGGETT, Andy - Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. **Bmj**. [Em linha]. Vol. 317, n.º7168 (1998), p. 1283-1286. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.bmj.com/content/317/7168/1283?variant=full-text>>. ISSN 0959-8138.

LINDAMER, Laurie [et al.] - Predisposing, enabling, and need factors associated with high service use in a public mental health system. **Administration and policy in mental health**. [Em linha]. Vol. 39, n.º3 (2012), p. 200-9. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:doi:10.1007/s10488-011-0350-3>. ISSN 1573-3289.

MALETIC, Vladimir [et al.] - Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. **International Journal Of Clinical Practice**. [Em linha]. Vol. 61, n.º12 (2007), p. 2030-2040. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2228409/>. ISSN 1368-5031.

MANJI, Hussein; DREVETS, Wayne; CHARNEY, Dennis - The cellular neurobiology of depression. **Nature Medicine**. [Em linha]. Vol. 7, n.º5 (2001), p. 541-547. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:www.nature.com/nm/journal/v7/n5/full/nm0501_541.html>. ISSN 1078-8956.

MARMOT, Michael; BELL, Ruth - How will the financial crisis affect health? **BMJ**. [Em linha]. Vol. 338 (2009). [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b1314>. ISSN 1756-1833.

MARMOT, Michael - **Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report** [Em linha]. Copenhagen: World Health Organization, 2013. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf>. ISBN 978 92 890 0030 7.

MARÔCO, João - **Análise Estatística com o SPSS Statistics**. 5.ª ed. Pero Pinheiro: Report Number, 2011. p. 672–799. ISBN 978-989-96763-2-9.

MARQUES-TEIXEIRA, João - A depressão e a mulher na sociedade moderna. **Psiquiatria em Revista**. [Em linha]. Vol. 11, n.º3 (1998), p. 5-28. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:www.saude-mental.net/pdf/vol1_rev1_artigo.pdf>.

MATHERS, Colin; SCHOFIELD, Deborah - The health consequences of unemployment: the evidence. **The Medical Journal Of Australia**. [Em linha]. Vol. 168, n.º4 (1998), p. 178-182. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:https://www.mja.com.au/journal/1998/168/4/health-consequences-unemployment-evidence>. ISSN 0025-729X.

MCCALL, Vaughn; REBOUSSIN, Beth; RAPP, Stephen - Social support increases in the year after inpatient treatment of depression. **Journal Of Psychiatric Research**. [Em linha]. Vol. 35, n.º2 (2001), p. 105-110. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00009-7>. ISSN 0022-3956.

MCKEE-RYAN, Frances [et al.] - Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. **The Journal Of Applied Psychology**. [Em linha]. Vol. 90, n.º1 (2005), p. 53-76. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://psycnet.apa.org/journals/apl/90/1/53/>>. ISSN 0021-9010.

MELO, Elsa - Acessibilidade/Utilização do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. **Referência**. [Em linha]. Vol. 3 (1999), p. 59-62. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:www.esenfcp.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=92&id_revista=5&id_edicao=18>. ISSN

MEN, Tamara [et al.] - Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region. **BMJ**. [Em linha]. Vol. 327, n.º7421 (2003), p. 964. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://bmj.com/content/327/7421/964>>. ISSN 1756-1833.

MIDDLETON, Nicos [et al.] - Suicide risk in small areas in England and Wales, 1991-1993. **Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology**. [Em linha]. Vol. 39, n.º1 (2004), p. 45-52. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15022046>>. ISSN 0933-7954.

MIDDLETON, Nicos; STERNE, Jonathan; GUNNELL, David - The geography of despair among 15-44-year-old men in England and Wales: putting suicide on the map. **Journal Of Epidemiology And Community Health**. [Em linha]. Vol. 60, n.º12 (2006), p. 1040-1047. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465516/>>. ISSN 0143-005X.

MLADOVSKY, Philipa; SRIVASTAVA, Divya; CYLUS, Jonathan - **Health policy responses to the financial crisis in Europe**. [Em linha]. Copenhagen: World Health Organization, 2013. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf?ua=1>.

MUNCE, Sarah; STEWART, Donna - Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey. **Psychosomatics**. [Em linha]. Vol. 48, n.º5 (2007), p. 394-399. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.48.5.394>>. ISSN 0033-3182.

MURPHY, Gregory; ATHANASOU, James - The effect of unemployment on mental health. **Journal of Occupational & Organizational Psychology**. [Em linha]. Vol. 72, n.º1 (1999), p. 83-99. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/096317999166518/abstract>>. ISSN 0963-1798.

MURRAY, Cristopher; LOPEZ, Alan - Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. **Science**. [Em linha]. Vol. 274, n.º5288 (1996), p. 740-

743. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:www.eurohex.eu/bibliography/pdf/0619262817/Murray_1996_Science.pdf >. ISSN 0036-8075.

NARANJO, Claudio; TREMBLAY, Lescia; BUSTO, Usoa - The role of the brain reward system in depression. **Progress In Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 25, n.º4 (2001), p. 781-823. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584601001567>. ISSN 0278-5846.

NEMTSOV, Alexander - Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999. **Drug & Alcohol Dependence**. [Em linha]. Vol. 71, n.º2 (2003), p. 161-168. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716(03)00094-2>. ISSN 0376-8716.

NESTLER, Eric [et al.] - Neurobiology of depression. **Neuron**. [Em linha]. Vol. 34, n.º1 (2002), p. 13-25. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://sciencedirect.com/science/article/pii/S0896627302006530>. ISSN 0896-6273.

NIBUYA, Masashi; MORINOBU, Shigeru; DUMAN, Ronald - Regulation of BDNF and trkB mRNA in rat brain by chronic electroconvulsive seizure and antidepressant drug treatments. **The Journal Of Neuroscience**. [Em linha]. Vol. 15, n.º11 (1995), p. 7539-7547. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://www.jneurosci.org/content/15/11/7539.long>. ISSN 0270-6474.

NIKOLIĆ, Danko [et al.] - Scaled correlation analysis: a better way to compute a cross-correlogram. **The European Journal Of Neuroscience**. [Em linha]. Vol. 35, n.º5 (2012), p. 742-762. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:doi: 10.1111/j.1460-9568.2011.07987.x.>. ISSN 1460-9568. 35:5 (2012) 742–762.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan - Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. **Psychological Bulletin**. [Em linha]. Vol. 101, n.º2 (1987), p. 259-282. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.321.597&rep=rep1&type=pdf>. ISSN 0033-2909. 101:2 (1987) 259–282.

NORSTRÖM, Thor; RAMSTEDT, Mats - Mortality and population drinking: a review of the literature. **Drug And Alcohol Review**. [Em linha]. Vol. 24, n.º6 (2005), p. 537-547. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09595230500293845>. ISSN 0959-5236.

NOTARA, Venetia [et al.] - Economic crisis and health. The role of health care professionals. **Health Science Journal**. [Em linha]. Vol. 7 (2013), p. 149-154. [Consult.

28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://hsj.gr/download_file/Economic-crisis-and-health-the-role-of-health-care-professio_577.html>.

OECD - **Health at a Glance 2013: OECD Indicators**. [Em linha], 1.^a ed. OECD Publishing, 2013. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>>. ISBN 978-92-64-20502-4

PARK, Yoojin [et al.] - The association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries. **Journal of Preventive Medicine & Public Health**. [Em linha]. Vol. 42, n.º2 (2009), p. 123-129. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:[doi: 10.3961/jpmph.2009.42.2.123](https://doi.org/10.3961/jpmph.2009.42.2.123)>. ISSN 1975-8375.

PAYKEL, E. - Stress and affective disorders in humans. **Seminars In Clinical Neuropsychiatry**. [Em linha]. Vol. 6, n.º1 (2001), p. 4-11. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://europepmc.org/abstract/MED/11172528>>. ISSN 1084-3612.

PHELPS, Elizabeth; LEDOUX, Joseph - Contributions of the amygdala to emotion processing: from animal models to human behavior. **Neuron**. [Em linha]. Vol. 48, n.º2 (2005), p. 175-187. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:[http://cell.com/neuron/abstract/S0896-6273\(05\)00823-8](http://cell.com/neuron/abstract/S0896-6273(05)00823-8)>. ISSN 0896-6273.

PORTUGAL.ACSS - **Portal de Codificação Clínica**. [Em linha]. Lisboa: Administração Central dos Sistema de Saúde, 2013. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://portalcodgdh.min-saude.pt>>.

PORTUGAL.DGS.Direção dos Serviços de Informação e Análise - **Portugal - Infecção pelo VIH/SIDA e Tuberculose em Números 2013** [Em linha]. 1.^a ed. Lisboa: Direção-geral da Saúde, 2013. Disponível na internet:<URL:www.dgs.pt/.../portugal-infecao-vihsida-em-numeros-2013-pdf.aspx>.

PORTUGAL.INE - **População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário; Anual**. [Em linha], atual. 2014. Disponível na internet:<URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006132&contexto=bd&seITab=tab2>.

PORTUGAL.INE - **Estatísticas do Emprego: 1.º trimestre de 2014**. [Em linha], atual. 2014. Disponível na internet:<URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdestboui=211340596&DESTAQUESmodo=2>.

PORTUGAL.INE - **Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo e Grupo etário. Anual**. [Em linha], atual. 2014. Disponível na

internet:<URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ineindicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2>.

PORTUGAL.INFARMED - **Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000 – 2012)** [Em linha]. Lisboa: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., 2012. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/lang-en/ver-1/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/psicofarmacos_relatorio2013.pdf>.

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas - 2013.** [Em linha], 1.^a ed. Lisboa: Ministério da Saúde, 2014. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/D94D8F82-DC4E-4B7A-96BC-7E4FAE3077E8/0/20140724_RA_Acesso_2013V12.pdf>.

PORTUGAL.OPSS - **Crise & Saúde: Um país em sofrimento. Relatório de Primavera 2012.** [Em linha], 1.^a ed. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012.pdf>.

PORTUGAL.OPSS - **Duas Faces da Saude: Relatório de Primavera 2013.** [Em linha], 1.^a ed. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2013. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013_0.pdf>.

PORTUGAL.OPSS - **Saúde Síndrome de Negação: Relatório de Primavera 2014.** [Em linha], 1.^a ed. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2014. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>.

POSMONTIER, Bobbie - Sleep quality in women with and without postpartum depression. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.** [Em linha]. Vol. 37, n.º6 (2008), p. 722-737. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2597421/>. ISSN 0884-2175.

QUAGLIO, Gianluca [et al.] - Austerity and health in Europe. **Health policy.** [Em linha]. Vol. 113, n.º1 (2013), p. 13-19. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.005>. ISSN 1872-6054.

QUINTAL, Carlota; LOURENÇO, Óscar; FERREIRA, Pedro - Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes.

Revista Portuguesa de Saúde Pública. [Em linha]. Vol. 30, n.º1 (2012), p. 35-46. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902512000041>>. ISSN 08709025.

READING, Richard; REYNOLDS, Shirley - Debt, social disadvantage and maternal depression. **Social Science & Medicine.** [Em linha]. Vol. 53, n.º4 (2001), p. 441-453. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600003476>>. ISSN 0277-9536.

RECHEL, Boika [et al.] - Economic crisis and communicable disease control in Europe: A scoping study among national experts. **Health Policy.** [Em linha]. Vol. 103, n.º2 (2011), p. 168-175. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(11\)00133-3/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(11)00133-3/abstract)>. ISSN 0168-8510.

REEVES, Aaron [et al.] - Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. **Lancet.** . [Em linha]. Vol. 380, n.º9856 (2012), p. 1813-1814. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2961910-2/abstract>>. ISSN 0099-5355.

REHKOPF, David; BUKA, Stephen - The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. **Psychological Medicine.** [Em linha]. Vol. 36, n.º2 (2006), p. 145-157. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.1017/S003329170500588X>>. ISSN 0033-2917.

SAARENTO, Outi; KASTRUP, Marianne; HANSSON, Lars. - The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: characteristics of repeat users of emergency outpatient services in two Nordic psychiatric services. A 1-year follow-up study. **European Psychiatry.** [Em linha]. Vol. 13, n.º1 (1998), p. 35-40. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19698596>>. ISSN 0924-9338.

SANDERSON, Kristy; ANDREWS, Gavin - Common Mental Disorders in the Workforce: Recent Findings From Descriptive and Social Epidemiology. **The Canadian Journal of Psychiatry.** [Em linha]. Vol. 51, n.º2 (2006), p. 63-75. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16989105>>.

SAVEANU, Radu; NEMEROFF, Charles - Etiology of depression: genetic and environmental factors. **The Psychiatric clinics of North America.** [Em linha]. Vol. 35, n.º1 (2012), p. 51-71. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22370490>>. ISSN 1558-3147.

SHUMWAY, Martha [et al.] - Impact of capacity reductions in acute public-sector inpatient psychiatric services. **Psychiatric Services**. [Em linha]. Vol. 63, n.º2 (2012), p. 135-141. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201000145>>. ISSN 1075-2730.

SKAPINAKIS, Petros [et al.] - Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. **The British Journal Of Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 189 (2006), p. 109-117. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://bjp.rcpsych.org/content/189/2/109.long>>. ISSN 0007-1250.

SESPAS - **Comunicado de la sociedad española de salud pública y administración sanitaria (sespas): el impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla**. [Em linha]. 1.ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública Y Administración Sanitaria, 2011. Disponível na internet:<URL:http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/V09_Crisis_economica_y_salud_SESPAS%20_3_X.pdf>.

SOLANTAUS, Tytti; LEINONEN, Jenni; PUNAMAKI, Raija-Leena - Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. **Developmental Psychology**. [Em linha]. Vol. 40, n.º3 (2004), p. 412-429. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.40.3.412>>. ISSN 0012-1649.

SOUSA, Carla [et al.] - Ongoing outbreak of dengue type 1 in the Autonomous Region of Madeira, Portugal: preliminary report. **Euro Surveill**. [Em linha]. Vol. 17 (2012), p. 15-19. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/ee/v17n49/art20333.pdf>>.

STUCKLER, David [et al.] - The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. **Lancet**. [Em linha]. Vol. 374, n.º9686 (2009), p. 315-23. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7>. ISSN 1474-547X.

STUCKLER, David [et al.] - The health implications of financial crisis: a review of the evidence. **The Ulster medical journal**. [Em linha]. Vol. 78, n.º3 (2009), p. 142-5. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2773609/>>. ISSN 0041-6193.

STUCKLER, David [et al.] - Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. **Lancet**. [Em linha]. Vol. 378, n.º9786 (2011), p. 124-5. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:doi: 10.1016/S0140-6736(11)61079-9>.

ISSN 1474- 547X.

SUHRCKE, Marc [et al.] - The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. **Plos One**. [Em linha]. Vol. 6, n.º6 (2011). [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0020724>>. ISSN 1932-6203.

SULLIVAN, Patrick; NEALE, Michael; KENDLER, Kenneth - Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. **American Journal of Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 157, n.º10 (2000), p. 1552-1562. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>>. ISSN 0002-953X.

SUNDQUIST, Kristina; FRANK, Gölin; SUNDQUIST, Jan - Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. **The British Journal Of Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 184 (2004), p. 293-298. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://bjp.rcpsych.org/content/184/4/293.short>>. ISSN 0007-1250.

TAYLOR, Mark; PEVALIN, David; TODD, Jennifer - The psychological costs of unsustainable housing commitments. **Psychological Medicine**. [Em linha]. Vol. 37, n.º7 (2007), p. 1027-1036. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706009767>>. ISSN 0033-2917.

THOUEZ, Jean-Pierre; BODSON, Paul; JOSEPH, Alun - Some methods for measuring the geographic accessibility of medical services in rural regions. **Medical Care**. [Em linha]. Vol. 26, n.º1 (1988), p. 34-44. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3336244>>. ISSN 0025-7079.

UUTELA, Antti - Economic crisis and mental health. **Current Opinion in Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 23, n.º2 (2010), p. 127-130. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL: http://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2010/03000/Economic_crisis_and_mental_health.9.aspx>. ISSN 0951-7367.

VLACHADIS, Nikolaos; KORNAROU, Eleni - Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis. **BMJ**. [Em linha]. Vol. 346 (2013). [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f1061>>. ISSN 0959-8138.

MACHENBACH, Johan [et al.] - Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. **New England Journal of Medicine**. [Em linha]. Vol. 358, n.º23 (2008), p. 2468-2481. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0707519>>.

VOGLI, R. DE; GIMENO, D. - Changes in income inequality and suicide rates after “shock therapy”: evidence from Eastern Europe. **Journal Of Epidemiology And Community Health**. [Em linha]. Vol. 63, n.º11 (2009), p. 956. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://jech.bmj.com/content/63/11/956.short>>. ISSN 1470-2738.

WADDELL, Gordon; BURTON, Kim - **Is work good for your health and well-being?** [Em linha] 1.ª ed. London: TSO. [Consult. 28 jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf>. ISBN 0 11 703694 3

WALKER, Kirsty - Historical Perspectives on Economic Crises and Health. **The Historical Journal**. [Em linha]. Vol. 53, n.º02 (2010), p. 477. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:http://www.histecon.magd.cam.ac.uk/crises-health/kw_2010.pdf>. ISSN 0018-246X.

WANG, Jian Li - Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. **Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology**. [Em linha]. Vol. 39, n.º1 (2004), p. 19-25. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15022042>>. ISSN 0933-7954.

WATERS, Hugh; SAADAH, Fadia; PRADHAN, Menno - The impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. **Health Policy and Planning**. [Em linha]. Vol. 18, n.º2 (2003), p. 172-181. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://heapol.oxfordjournals.org/content/18/2/172.short>>. ISSN 14602237.

WEISSMAN, Myrna; KLERMAN, Gerald - Sex differences and the epidemiology of depression. **Archives Of General Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 34, n.º1 (1977), p. 98-111. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=491658>>. ISSN 0003-990X.

WHO - **The Financial Crisis and Global Health**. [Em linha], 1.^a ed. Geneva: World Health Organization, 2009. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL: http://www.who.int/topics/financial_crisis/financialcrisis_report_200902.pdf>.

WHO - **Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region - Meeting report**. [Em linha], 1.^a ed. Copenhagen: World Health Organization, 2009. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/132958/Oslo_report.pdf?ua=1>.

WHO - **Impact of economic crises on mental health**. [Em linha], 1.^a ed. Copenhagen: World Health Organization, 2011. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf?ua=1>.

WHO - **The European Health Report 2012: Charting the Way to Well-being**. [Em linha], 1.^a ed. Copenhagen: World Health Organization, 2012. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/196982/EHR2012-EXECUTIVE-SUMMARY-ENG.pdf?ua=1>. ISBN 978 92 890 1429 8.

WHO - **Health, health systems and economic crisis in Europe - Impact and policy implications**. [Em linha], 1.^a ed. Copenhagen: World Health Organization, 2013. [Consult. 18 jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/186932/12-Summary-Economic-crisis,-health-systems-and-health-in-Europe.pdf?ua=1>. ISSN 2077-1584.

WHO - **Mental Health Action Plan 2013-2020**. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2013. [Consult. 18 jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1>. ISBN 978 92 4 150602 1.

WHO - **Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders**. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2008. [Consult. 18 jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596206_eng.pdf?ua=1>. ISBN 978 92 4 159620 6.

WHO - **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders**. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2010. [Consult. 18 jan. 2015]. Disponível na internet:<URL:http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1>. ISBN 978 92 4 154834 2.

WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM (WMHSC) - Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **JAMA: Journal of the American Medical Association**. [Em linha]. Vol. 291, n.º21 (2004), p. 2581-2590. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=198847>>. ISSN 0098-7484.

WILKINSON, Richard; PICKETT, Kate - **The Spirit Level. Why Equality is better for Everyone**. [Em linha]. United Kingdom: Richard Wilkinson. [Consult. 23 may. 2014]. Disponível na internet:<URL:<https://www.dur.ac.uk/resources/wolfson.institute/events/Wilkinson372010.pdf>>.

WILLIAMS, Jonh [et al.] - A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. **Annals Of Internal Medicine**[Em linha]. Vol. 132, n.º9 (2000), p. 743-756. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://annals.org/article.aspx?articleid=713442>>. ISSN 0003-4819.

WITTCHEN, Hans-Ulrich [et al.] - Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. **European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience**. [Em linha]. Vol. 241, n.º4 (1992), p. 247-258. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://link.springer.com/article/10.1007/BF02190261>>. ISSN 0940-1334.

XAVIER, Miguel [et al.] - Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. **International journal of mental health systems**. [Em linha]. Vol. 7, n.º1 (2013), p. 19. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ijmhs.com/content/7/1/19>>. ISSN 1752-4458.

ZUBENKO, George [et al.] - Impact of acute psychiatric inpatient treatment on major depression in late life and prediction of response. **The American Journal Of Psychiatry**. [Em linha]. Vol. 151, n.º7 (1994), p. 987-994. [Consult. 28 Jan. 2015]. Disponível na internet: <URL:<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-46666-001>>. ISSN 0002-953X.

9. APÊNDICES

Apêndice 1 - Metodologia utilizada para a operacionalização da variável *target* – Internamento por Depressão *Major*.

Para a realização deste trabalho foi criada a variável *target*: Internamento por Depressão *Major*, através da aglomeração de códigos de diagnóstico, na sua forma original “cod_diagnostico” referentes aos vários tipos de Perturbação Depressiva *Major*, considerando-se o diagnóstico principal (ddx1) e, quando não disponível, o primeiro diagnóstico secundário (ddx2) (ACSS, 2013).

APÊNDICE 1: CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO INCLUÍDOS NA VARIÁVEL: INTERNAMENTOS POR DEPRESSÃO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
2962	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio simples
29620	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio simples, não especificado
29621	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio simples, suave
29622	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio simples, moderado
29623	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio simples, severo sem menção de comportamento psicótico
29624	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio simples severo com menção de comportamento psicótico
29625	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio simples, em remissão parcial ou não especificada
29626	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio simples, em remissão total
2963	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio recorrente, não especificado
29630	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio recorrente, suave
29631	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio recorrente, moderado
29632	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio recorrente, severo sem menção de comportamento psicótico
29633	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio recorrente, severo com menção de comportamento psicótico
29634	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio recorrente, em remissão total
29635	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio recorrente, não especificado
29636	Perturbação depressiva <i>major</i> , episódio recorrente, em remissão total

Fonte: ACSS, GDH (2013)

Apêndice 2 – Distribuição do número de camas de internamento de agudos de psiquiatria no SNS, por hospital.

APÊNDICE 2: DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CAMAS DE INTERNAMENTO DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA NO SNS, POR HOSPITAL

	2008	2013
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	114	109
Centro Hospitalar de São João, EPE	54	41
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	6	12
Centro Hospitalar do Porto, EPE	10	10
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	44	44
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	24	24
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	28	28
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	24	24
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	28	28
Hospital de Braga, PPP	37	37
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	18	18
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	43	43
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	33	30
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	160	96
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	44	44
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	24	24
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	10	13
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	188	110
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	32	32
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	10	10
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	38	25
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	18	18
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	44	43
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	24	24
Hospital Distrital de Santarém, EPE	17	18
Hospital Garcia de Orta, EPE	28	27
Hospital de Cascais, PPP	---	18
Hospital de Loures, PPP	---	25
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	---	24
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	23	23
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE	15	11
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	44	46
Total	1182	1 079

Fonte: ACSS, DPS, Sica 04-06-2014

Apêndice 3 – Número estimado de camas de internamento atribuíveis ao tratamento da Depressão *Major*, nos anos de 2008 e 2013.

Para a realização da componente ecológica, ao nível de distritos, neste trabalho, foi necessário verificar qual o número de camas de internamento de agudos de psiquiatria atribuíveis ao tratamento da depressão por local de residência, ao nível de distritos. Para este efeito foi analisada a distribuição de internamentos por Depressão *Major* por hospital e por local de residência.

O número de camas atribuíveis por local de residência, ao nível de distritos, resulta da soma das proporções¹ de camas disponibilizadas por hospitais do local de residência, hospitais de 2.^a linha obtidos pela rede de referência e hospitais com pelo menos 5 internamentos² por Depressão *Major* de residentes nesse distrito.

De acordo com estes critérios, no ano de 2008, o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), com uma capacidade instalada de 160 camas de internamento de agudos de psiquiatria e responsável por 247 episódios de internamento por Depressão *Major*, disponibilizou camas a residentes nos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Leiria, Santarém e Viseu; o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), com uma capacidade instalada de 188 camas de internamento de agudos de psiquiatria e responsável por 250 internamentos por Depressão *Major*, disponibilizou camas a residentes nos distritos de Beja, Lisboa, Santarém e Setúbal; e o Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN), com uma capacidade instalada de 44 camas de internamento de agudos de psiquiatria e responsável por 87 internamentos por Depressão *Major*, disponibilizou camas a residentes nos distritos de Lisboa e Setúbal.

De acordo com estes critérios, no ano de 2013, o CHUC, com uma capacidade instalada de 96 camas de internamento de agudos de psiquiatria e responsável por 149 internamentos por Depressão *Major*, disponibilizou camas a residentes nos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra e Leiria; o CHPL, com uma capacidade instalada de 110 camas de internamento de agudos de psiquiatria e responsável por 121 internamentos por Depressão *Major*, disponibilizou camas a residentes nos distritos de Beja e Lisboa; o CHLN, com uma capacidade instalada de 43 camas de internamento de agudos de psiquiatria e responsável por 69 internamentos por Depressão *Major*, disponibilizou camas a residentes nos distritos de Lisboa, Leiria e Setúbal; e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Magalhães Lemos

¹ A proporção de camas atribuíveis a cada distrito por determinado hospital resulta do quociente entre o número de internamentos no hospital de residentes nesse distrito e o número total de internamentos no hospital multiplicado pelo número de camas de internamento total.

² Valor decidido com base na distribuição dos dados, que procura não considerar internamentos que decorreram de uma forma pontual num determinado hospital, eventualmente não baseados numa parceria ou planeamento entre hospitais.

(CHPML), com uma capacidade instalada de 109 camas de internamento de agudos de psiquiatria e responsável por 113 internamentos por Depressão *Major*, disponibilizou camas a residentes nos distritos de Aveiro, Braga e Porto.

APÊNDICE 3: NÚMERO ESTIMADO DE CAMAS DE INTERNAMENTO ATRIBUÍVEIS AO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO MAJOR (2008)

	Hospitais	Camas disponíveis	Camas atribuíveis	Total de camas
Aveiro	CHBV	33	33	47
	CHUC ^{a)}	160	14	
Beja	CHPL ^{a)}	188	17	17
Braga	Hospital de Braga	37	37	43
	CHAA	6	6	
	CHPML ^{a)}	114	0	
Bragança	ULS Nordeste	28	28	28
	CHPML ^{a)}	114	0	
Castelo Branco	ULS Castelo Branco	10	10	15
	CHUC ^{b)}	160	5	
Coimbra	CHUC	160	107	107
Évora	Hospital Espírito Santo	23	23	23
Faro	CH Algarve	44	44	44
	CHPL ^{a)}	188	0	
Guarda	CH Cova da Beira	18	18	42
	ULS Guarda	24	24	
Leiria	CH Leiria	43	43	66
	CHUC ^{a)}	160	23	
Lisboa	CHPL	188	156	273
	CHLC	10	10	
	CHLO	38	38	
	CHLN	44	40	
	Hospital de Cascais	0	0	
	HFF	29	29	
	HVFX	0	0	
	Hospital de Loures	0	0	
Portalegre	ULSNA	15	15	15
Porto	CH de São João	54	54	250
	CH do Porto	10	10	
	CH Tamega e Sousa	44	44	
	CH VNG/Espinho	28	28	
	CHPML	114	114	
Santarém	Hospital de Santarém	17	17	52
	CH Médio Tejo	24	24	
	CHPL ^{a)}	160	5	
	CHUC ^{b)}	188	6	
Setúbal	HGO	28	28	91
	CHBM Barreiro/Montijo	32	32	
	CH Setúbal	18	18	
	CHPL ^{a)}	44	4	
	CHLN ^{b)}	188	9	
Viana do Castelo	ULS Alto Minho	24	24	24
	CHPML ^{a)}	114	0	
Vila Real	CHTMAD	24	24	24
	CHPML ^{a)}	114	0	
Viseu	CH Tondela-Viseu	44	44	50
	CHUC ^{a)}	160	6	

^{a)} Hospital de 2.ª linha segundo a rede de referenciação

^{b)} Hospital com internamentos por Depressão *Major* de residentes neste distrito (> 5 internamentos)

APÊNDICE 3: NÚMERO ESTIMADO DE CAMAS DE INTERNAMENTO ATRIBUÍVEIS AO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO MAJOR (2013)

	Hospitais	Camas disponíveis	Camas atribuíveis	Total de camas
Aveiro	CHBV	30	30	42
	CHUC ^{a)}	96	7	
	CHPML ^{b)}	109	5	
Beja	CHPL ^{a)}	110	13	13
Braga	Hospital de Braga	37	37	56
	CHAA	12	12	
	CHPML ^{a)}	109	7	
Bragança	ULS Nordeste	28	28	28
	CHPML ^{a)}	109	0	
Castelo Branco	ULS Castelo Branco	13	13	18
	CHUC ^{b)}	96	5	
Coimbra	CHUC	96	77	77
Évora	Hospital Espírito Santo	23	23	23
Faro	CH Algarve	46	46	46
	CHPL ^{a)}	110	0	
Guarda	CH Cova da Beira	18	18	42
	ULS Guarda	24	24	
Leiria	CH Leiria	43	43	64
	CHUC ^{a)}	96	7	
	CHLN ^{b)}	43	14	
Lisboa	CHPL	110	97	254
	CHLC	10	10	
	CHLO	25	25	
	CHLN	43	26	
	Hospital de Cascais	18	18	
	HFF	29	29	
	HVFX	24	24	
	Hospital de Loures	25	25	
Portalegre	ULSNA	11	11	11
Porto	CH de São João	41	41	220
	CH do Porto	10	10	
	CH Tamega e Sousa	44	44	
	CH VNG/Espinho	28	28	
	CHPML	109	97	
Santarém	Hospital de Santarém	18	18	42
	CH Médio Tejo	24	24	
	CHPL ^{a)}	110	0	
Setúbal	HGO	27	27	80
	CHBM Barreiro/Montijo	32	32	
	CH Setúbal	18	18	
	CHPL ^{a)}	43	3	
	CHLN ^{b)}	110	0	
Viana do Castelo	ULS Alto Minho	24	24	24
	CHPML ^{a)}	109	0	
Vila Real	CHTMAD	24	24	24
	CHPML ^{a)}	109	0	
Viseu	CH Tondela-Viseu	44	44	44
	CHUC ^{a)}	96	0	

^{a)} Hospital de 2.ª linha segundo a rede de referênciação

^{b)} Hospital com internamentos por Depressão *Major* de residentes neste distrito (> 5 internamentos)