



Psicologia, Saúde e Doenças

ISSN: 1645-0086

spps@clix.pt

Sociedade Portuguesa de Psicologia da  
Saúde  
Portugal

Pereira de Jesus Antunes, José António  
CRISE ECONÓMICA, SAÚDE E DOENÇA  
Psicologia, Saúde e Doenças, vol. 16, núm. 2, 2015, pp. 274-284  
Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde  
Lisboa, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36242128011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## CRISE ECONÓMICA, SAÚDE E DOENÇA

José António Pereira de Jesus Antunes<sup>1</sup>✉

<sup>1</sup>Equipe de Tratamento de Toxicodependentes do Eixo Oeiras-Cascais; <sup>2</sup> Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

---

**RESUMO-** As crises económicas produzem impactos na saúde das populações. Os fatores de risco para a saúde aumentam enquanto os fatores protetores diminuem. Os efeitos manifestam-se em diferentes fases ao longo do tempo e podem ser prevenidos e mitigados. No sentido de estudar os efeitos negativos das crises económicas na saúde das populações e as formas de os prevenir procurámos na MEDLINE e em outros *sites* de Medicina baseada na evidência artigos publicados entre Janeiro de 2000 e Junho de 2013 usando os termos Mesh: Crise económica, Crise financeira, Saúde e Saúde Mental. A produção científica publicada mostra os efeitos das crises económicas na saúde. A mortalidade infantil e a mortalidade relacionada com homicídios e suicídios aumentam enquanto a mortalidade por acidentes rodoviários diminui. O aumento do desemprego está associado a um aumento das taxas de suicídio. Os grupos mais vulneráveis são particularmente afetados em épocas de crise económica. Os efeitos das crises económicas podem ser mitigados. Investimentos em políticas activas de emprego diminuem o impacto da recessão na saúde mental das populações amortecendo as suas consequências negativas e diminuindo o suicídio. Sistemas de proteção social fortes tornam as sociedades mais aptas a resistir às adversidades. Programas de apoio às famílias de baixos rendimentos, a instituições capazes de criar e promover redes sociais, medidas para combater o sobre-endividamento, diminuir a acessibilidade ao álcool e centros de saúde mental de proximidade podem fazer a diferença. Os efeitos adversos das crises económicas nas populações são previsíveis e podem ser mitigados com medidas apropriadas.

*Palavras-chave-* Crise Económica, Crise Financeira, Saúde, Saúde Mental

---

## ECONOMIC CRISIS, HEALTH AND DISEASE

**ABSTRACT-** Economic crises produce impacts on the health of the populations. Health risk factors increase while protection decreases. The effects manifest themselves differently in time but can be prevented or mitigated. To understand the negative effects of economic downturns on population health and ways to prevent them we search in MEDLINE, and other sites of evidence-based medicine, articles published from January 2000 until June 2013, using the MeSH terms: Economic crisis, Financial crisis, Health, Mental Health. The scientific production in recent years has shown the effects of

---

✉ Rua Professor Vitorino Nemésio, nº 135 -7º Dto., 2765-362 Estoril. Telef.: 214671560 / 963652023.  
E-mail: [setuan59@hotmail.com](mailto:setuan59@hotmail.com).

economic crises on health. Infant mortality, mortality related to homicides and suicides increases whereas mortality from road accidents decreases. The rise in unemployment is associated with higher suicide rates. The most vulnerable groups are particularly affected. The effects of economic crises can be mitigated. Investment in active labor market policies reduces the impact of the recession on the population's mental health and decreases suicide rates. Strong social protection systems make societies more able to face adversity. Support programs for low-income families, institutions that create social networks, measures to combat over-indebtedness, decreased accessibility to alcohol and the proximity of mental health services to the people can make a difference. The adverse effects of economic crises on populations are predictable and can be mitigated with appropriate measures.

*Key-words-* Economic Crisis, Financial Crisis, Health, Mental Health

---

Recebido em 12 de Dezembro de 2014/ Aceite em 13 de Junho de 2015

As mudanças de ciclo económico têm sido associadas a modificações nos níveis de saúde das comunidades (Edwards, 2008). As crises económicas produzem impactos particularmente gravosos na saúde física e mental das populações. Na realidade o declínio da atividade económica associa-se habitualmente a uma sequência de fenómenos como o aumento do desemprego, da exclusão social e da pobreza assim como à diminuição do investimento em serviços públicos de saúde e de proteção social por parte dos estados, que acabam por se constituir em fatores de risco de adoecer. As crises económicas estão associadas a uma diminuição dos fatores protetores e a um aumento dos fatores de risco para a saúde. Quer as circunstâncias da vida diária - as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham, quer os fatores estruturais dessas condições (distribuição de poder, dinheiro e recursos) conhecidas por determinantes sociais da saúde são influenciadas pelas crises financeiras (WHO, 2011). A descrição e análise do estado de saúde das populações faz-se recorrendo aos chamados indicadores de saúde, que são medidas de características que permitem quantificar e avaliar o estado de saúde dessas mesmas populações, conhecer os grupos de risco, fazer comparações entre países e ao longo do tempo, bem como detetar tendências evolutivas.

Os efeitos das crises económicas manifestam-se de forma diversa. Alguns revelam-se a curto prazo enquanto outros só se tornam manifestos a longo prazo, podem ser diretos ou indiretos e de natureza reversível ou irreversível. As crises ao fazerem variar a distribuição de rendimentos fazem variar da mesma forma a saúde das populações. O rendimento *per capita* dos países e a sua distribuição determina o nível de saúde dos mesmos (Babones, 2008). Existe atualmente suficiente evidência acumulada sobre as consequências das crises económicas, obtida a partir de estudos sobre crises anteriores e da forma como afetaram os países e o povos. São também conhecidas as formas de atenuar e minorar os impactes negativos.

Sobre a crise atual que se iniciou em 2008, nos países europeus com dados publicados, nota-se que as taxas de suicídio que declinavam até 2008 sofreram uma inversão da tendência e estão em aumento (McKee, Karanikolos, Belcher, & Stuckler, 2012). Na Inglaterra a associação do suicídio com o desemprego entre 2008 e 2010 foi documentada por Barr, Taylor-Robinson, Scott-Samuel, McKee e Stuckler (2012). A Grécia parece ser o país mais fortemente afetado. Devido à crise económica e à austeridade imposta, o orçamento dos hospitais públicos foi cortado em cerca de 40% (Kentikelenis, et.al. 2011) e começam a aparecer sinais preocupantes em termos do aumento de doenças infecciosas incluindo a malária (Danis, et al., 2011). O aumento das infeções pelo HIV

(Vírus da Imunodeficiência Humana) entre toxicodependentes subiu acentuadamente (Kentikelenis, et al., 2011). Os estudos publicados sobre a situação grega mostram uma associação entre a baixa de rendimentos e as taxas de homicídio, de divórcio e de mortalidade (Giotakos, Karabelas, & Kafkas, 2011) e os suicídios entre 2007 e 2009 aumentaram 17%. A principal explicação para esta evolução terá a ver com a dificuldade em suportar altos níveis de endividamento pessoal e familiar (Kentikelenis, et al., 2011). Em Espanha um estudo mostrou um aumento do atendimento em Cuidados de Saúde Primários de doentes com problemas de saúde mental especialmente com depressão (Gilli, Roca, Basu, McKee, & Stuckler, 2012).

Existe pouca evidência publicada sobre o impacto da crise económica em Portugal no campo da saúde. Mas alguns indicadores e os poucos estudos realizados esboçam um panorama preocupante. Um dos estudos realizados em Portugal, tentando quantificar os impactos da crise na saúde da população numa região do Alto Minho, aponta para um aumento das tentativas de suicídio de 47% no sexo feminino e de 35% no sexo masculino entre 2011 e 2012 e estima que, os casos de depressão tenham aumentado em 30% nesta região, durante o mesmo intervalo de tempo, enquanto os internamentos compulsivos subiram 76% o que poderá ser atribuível ao agravamento das situações clínicas de doença mental, devido à desadequada adesão à terapêutica (Barbosa, 2013 como citado em OPSS, 2013). Entre 2011 e 2012 o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) verificou um aumento de 7,6% na aquisição de antidepressivos e estabilizadores de humor. Os ansiolítico e hipnóticos tiveram um ligeiro aumento de 1,5% no mercado ambulatorio.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2010 os valores do suicídio ultrapassaram pela primeira vez as mortes por acidentes rodoviários. Em 2011 houve um aumento da mortalidade infantil, devido ao incremento da mortalidade neonatal, conforme assinalou a Direção Geral de Saúde (DGS) em relatório publicado em Janeiro de 2013. A violência doméstica apresentou, segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), um acréscimo de 8,8% de 2010 para 2011 e de 10% de 2011 para 2012.

No que respeita ao movimento assistencial, a comparação entre o primeiro trimestre de 2012 após o aumento das taxas moderadoras e a modificação do sistema de isenções, com igual período do ano anterior mostra uma redução do número de utilizadores e da taxa global de utilização em todas as Administrações Regionais de Saúde (OPSS, 2012). Johnson, Goss, Berckman e Arachu (2012) chamaram a atenção para o facto de a introdução de taxas moderadoras poder provocar uma diminuição da utilização dos serviços de saúde bem como um atraso na procura de cuidados e/ou prestação incompleta e inadequada de cuidados de saúde. As taxas de utilização ou de moderação poderão constituir uma importante barreira no acesso aos serviços de saúde, especialmente das pessoas com rendimentos mais baixos que não estejam isentas (James, et al., 2006).

Os resultados de um estudo sobre o bem-estar das famílias portuguesas publicado em 2012 mostram que 22,2% dos inquiridos referiram redução de despesas com a saúde. Mas nas famílias com um ou mais elementos desempregados (20% das famílias inquiridas), esta redução deu-se em 39,9% dos casos (SEDES, 2012). Existem fortes indícios de que o acesso aos cuidados de saúde em Portugal diminuiu por uma conjugação de diversos fatores como sejam o empobrecimento, o aumento das taxas moderadoras, dos tempos de espera, as dificuldades nos transportes de doentes e o encurtamento de horários e encerramento de serviços (OPSS, 2012).

Até recentemente, o custo humano das políticas de austeridade foi em grande parte invisível. Uma razão importante foi a falta de dados relevantes. Em marcado contraste com os dados financeiros, alguns dos quais estão disponíveis instantaneamente e outros, tais como os do crescimento económico, em poucas semanas, os dados sobre a mortalidade em muitos países, têm um atraso de vários anos. Assim, é só agora, que a tragédia que aflige parte da Europa se está tornando aparente (McKee, et al., 2012).

### **O que nos mostra a evidência sobre a mortalidade e a morbidade**

Segundo o Fundo Monetário Internacional (Leaven & Valencia, 2012) desde 1970 até finais de 2008 aconteceram no mundo 447 crises financeiras nacionais (124 crises bancárias, 208 de desvalorização da moeda, 63 de dívida externa dos países, 42 duplas e 10 triplas). O que diferencia a atual crise das precedentes foi a sua extensão rápida à economia real por contágio entre países numa economia global. A produção científica estudou exaustivamente em termos de impactos na saúde crises como as que surgiram após a desintegração da União Soviética, a Crise da Argentina na viragem do século, a Crise nos Países do Sudoeste Asiático e a Crise na Finlândia nos anos noventa. Particularmente bem estudado está também o impacto do desemprego na saúde física e mental das populações.

Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts e McKee (2009) num trabalho onde analisam a influência das condições económicas, medidas através do desemprego e os efeitos dos gastos em proteção social sobre as taxas de mortalidade em 26 países da União Europeia entre 1970 e 2008 concluíram que o aumento da taxa de desemprego está associado a um aumento no número de suicídios e que o investimento em políticas ativas de emprego pode minorar esse impacto. Observaram também uma diminuição da mortalidade por acidentes rodoviários nos períodos de recessão económica, mas não encontraram influências sobre as outras causas de mortalidade.

Em 2009 Falagas, Vouloumanou, Mavros e Karageorgopoulos, fazem uma revisão sistemática dos artigos científicos publicados até 2008 analisando a mortalidade geral e a mortalidade por causas específicas, comparando os períodos de crise com a situação antes e depois desses períodos. Nesta revisão entraram em linha de conta com cinco estudos referentes à Rússia, dois estudos sobre a Coreia do Sul, outros dois relativos a países da América Latina (Perú e México) um à Bulgária e outro a Madagáscar. A principal conclusão desta revisão sistemática foi que nos períodos de crise económica, nos países menos desenvolvidos, há um aumento da mortalidade por todas as causas na população em geral. Isto deve-se ao aumento das taxas de mortalidade na maioria das principais causas de morte, tais como doenças cardiovasculares, infeções respiratórias e doenças do fígado. A mortalidade infantil, bem como a mortalidade relacionada com suicídios e homicídios também aumenta, enquanto a mortalidade por acidentes rodoviários diminui. Outra crise particularmente bem estudada foi a que resultou do desmantelamento da União Soviética. Entre 1990 e 1994 a taxa de mortalidade estandardizada por idade aumentou na Rússia cerca de 30% e a esperança de vida nos homens caiu dos 68 para os 58 anos de idade. A causa principal foi o aumento da mortalidade dos homens em idade ativa por causas externas e doença cardiovascular (Walberg, McKee, Shkolnikov, Chenet, & Leon, 1998 como citado em Falagas, et al., 2009).

A aparente discordância de resultados entre o estudo que analisou os países europeus e as conclusões a que chegaram os que se debruçaram sobre países menos desenvolvidos parece estar relacionada com os esquemas de proteção social existentes nos países europeus e inexistentes nos países menos desenvolvidos. Os efeitos sobre a saúde da crise económica dos anos noventa na Malásia, foram substancialmente reduzidos comparativamente com os dos países vizinhos, porque este país se recusou a seguir os conselhos da comunidade financeira internacional que aconselhavam a diminuição da proteção social. A lição que ficou para outros países com a economia desenvolvida é a importância da manutenção dos investimentos dos governos em políticas sociais (Hopkins, 2006).

Em tempos de crise económica os governos tendem a diminuir as despesas com os serviços de saúde devido à redução das receitas nos seus orçamentos e o acesso a estes serviços pode piorar significativamente. A influência duma crise financeira sobre os cuidados de saúde e os seus

resultados em doentes coronários hospitalizados foi documentada por Gurfinkel, Bozovich, Dabbus, Mautner e Andersen (2005) durante a Crise Argentina. Entre 1999 e 2002 a mortalidade intra-hospitalar por doença coronária subiu além do esperado, o que pode ter ficado a dever-se, segundo os autores, a uma menor qualidade de cuidados e a um menor acesso a tecnologias e a material médico importado. O número de doentes tratados com medicamentos mais caros baixou durante o período de crise económica e os procedimentos invasivos mais onerosos sofreram consideráveis atrasados. Willard, Shah, Leep e Ku (2012) que estudaram o impacto da crise económica entre 2008 e 2010 nos departamentos de saúde locais dos Estados Unidos da América concluíram que todas as áreas programáticas foram afetadas pelos cortes, demonstrando que a capacidade de prestação de cuidados de saúde pública tinha sido prejudicada pela recessão económica.

Vários fatores parecem mediar o aumento da mortalidade e da morbilidade observada em associação com crises económicas. Os fatores psicológicos, tais como aumento dos níveis de stresse ou depressão parecem ser importantes causas indiretas do excesso de mortalidade observada durante períodos de crise económica (Colledge, 1982 como citado em Falagas, et al., 2009). O stresse e a depressão, têm sido considerados como fatores que contribuem para a morbilidade e mortalidade cardiovascular (Greenwood, Muir, Packham, & Madeley, 1996 como citado em Falagas, et al., 2009). Acontecimentos de vida stressantes ou desagradáveis estão associados a um aumento do risco de morte cardiovascular (Gump, Matthews, Eberly, & Chang, 2005). Alterações nas respostas neuro-endócrinas e imunes relacionadas com o humor podem contribuir para a instabilidade das placas ateroscleróticas responsáveis pela trombogénese (Kop & Gottdiener, 2005).

A exposição ao stresse de longa duração está associada à diminuição de diversos parâmetros imunológicos (Segerstrom & Miller, 2004). Existem hoje suficientes evidências de que as desregulações da imunidade associadas ao stresse podem ter influências na saúde (Padgett & Glass, 2003). As alterações na função imunitária que são observados na resposta ao stresse e a outros parâmetros psicológicos podem também aumentar a suscetibilidade a vários tipos de doenças infecciosas, traduzindo-se num plausível aumento de mortalidade nestas condições (Steptoe, Hamer, & Chida, 2007).

Numa a revisão bibliográfica de 30 estudos Suhrcke et al. (2011) identificaram um agravamento das doenças transmissíveis em consequência de uma crise económica. As principais causas encontradas para esse agravamento foram o aumento da transmissibilidade resultante do empobrecimento das condições de vida, do pior acesso aos cuidados de saúde e da menor adesão à terapêutica. Em situações de crise económica verifica-se também uma diminuição das atividades assistenciais programadas, sobretudo das associadas à prevenção da doença e à promoção da saúde, em favor do atendimento de situações de doença aguda (Catalano, 2009).

A angústia psicossocial associada com eventos de vida desfavoráveis pode levar a mudanças nos estilos de vida, nos hábitos pessoais e comportamentais favorecendo comportamentos de risco como sejam o abuso do álcool ou drogas e o uso excessivo de tabaco (Cooper, Russell, Skinner, Frone, & Mudar, 1992 como citado em Falagas, et al., 2009) contribuindo por esta via também para um aumento da mortalidade e morbilidade. Existem pois uma série de mecanismos quer de índole psicológica, quer de índole comportamental e até de alteração na transmissibilidade das doenças que associados à diminuição da acessibilidade aos cuidados podem explicar de uma forma plausível o aumento da mortalidade e da morbilidade em tempos de crise económica.

### **A Saúde Mental em tempos de crise económica**

A Organização Mundial de Saúde definiu Saúde Mental como um estado de bem-estar no qual os indivíduos realizam as suas capacidades, conseguem lidar com as tensões normais da vida e trabalhar de forma produtiva e frutífera para a sua comunidade (WHO, 2011). Uma boa Saúde Mental permite a flexibilidade cognitiva e comportamental necessária para que as competências

sociais se manifestem assim como assegura a resiliência necessária para lidar com os acontecimentos stressantes que são condições fundamentais para o bom funcionamento das famílias, comunidades e da sociedade em geral.

Os efeitos negativos da recessão económica sobre a Saúde Mental manifestam-se num curto prazo (Suhrccke & Suhrccke, 2012) ao contrário dos efeitos sobre a saúde física que tendem a ser mais demorados no tempo. O desemprego, a precariedade no trabalho e a falta de um salário mínimo influenciam negativamente a saúde (WHO, 2011). As alterações no mercado de trabalho e na regulação laboral que acompanham as situações de crise económica aumentam as exigências cognitivas e emocionais relacionadas com o trabalho. O absentismo e a saída do mercado de trabalho também aumentam devido a problemas relacionados com o stresse, ansiedade e situações relacionadas com a depressão (Järvisalo, Andersen, Boedeker, & Houtman, 2005).

Os mais pobres são os mais duramente afetados pela perda de rendimentos ou de casa (Edwards, 2008) fenómeno que não tem parado de aumentar em toda a Europa desde o início da crise. Quanto mais baixo é o nível socioeconómico menor é a saúde psicológica e emocional (Everson, Maty, & Lynch, 2002). As dívidas, as dificuldades financeiras e os problemas relacionados com o pagamento das prestações da casa aumentam também os riscos de sofrer de problemas de saúde mental (Taylor, Pevalin, & Todd, 2007). Quanto mais dívidas as pessoas acumulam, maior o risco de virem a sofrer de perturbações mentais (Brown, Taylor, & Price, 2005).

As pessoas afetadas pelo desemprego e pelo empobrecimento têm um risco aumentado de sofrer de problemas de saúde mental como depressão, problemas relacionados com o álcool e suicídio comparativamente com os seus congéneres não afetados (Mckee-Ryan, Song, Wanberg, & Kinicki, 2005). Este risco apresenta uma diferença de género aumentando significativamente no sexo masculino (Artazcoz, Benach, Borrell, & Còrtes, 2004). Os desempregados de longa duração do sexo masculino e com mais baixos níveis educacionais são os que apresentam maior risco (Edwards, 2008). O aumento das taxas de desemprego está associado nacional e regionalmente com o aumento do número de suicídios. Um estudo desenvolvido em Inglaterra entre 2008 e 2010 por Barr et al. (2012) demonstra a evidência da ligação entre o aumento de suicídios e a crise económica que se iniciou em 2008.

As regiões de Inglaterra com maiores aumentos do desemprego foram também as que tiveram maior aumento de suicídios particularmente entre os homens. As mulheres parecem ter menos propensão para este comportamento e maior resiliência, fenómeno que foi igualmente detetado em outros países da Europa. A associação entre suicídio e desemprego é mais importante do que quaisquer outras medidas de estatuto socioeconómico. O desemprego parece ser um fator de risco independente para o suicídio e a depressão. São as áreas geográficas caracterizadas pela alta fragmentação social que apresentam maiores taxas de suicídio e esta associação é independente de privação (Smith, Whitley, Dorling, & Gunnell, 2001).

Um estudo que analisou 26 países da União Europeia (UE), entre 1970 e 2007 concluiu que, nos indivíduos com idades inferiores a 65 anos, cada aumento de 1% na taxa de desemprego estava associada a uma subida de 0,79% na taxa de suicídio. Para aumentos superiores a 3%, na taxa de desemprego este impacte era ainda mais significativo, com uma subida de 4,45% na taxa de suicídios e de 28% nas mortes decorrentes do consumo excessivo de álcool (Stuckler, Basu et al., 2009). O desemprego é em termos de saúde, um flagelo tão grande quanto em termos sociais e está altamente correlacionado não apenas com o suicídio mas com os problemas relacionados com o álcool, cirrose hepática, úlcera péptica e problemas de saúde mental (Stuckler, King, & McKee, 2009). O consumo de álcool e as mortes relacionadas com o álcool tendem a aumentar nos períodos de recessão económica (Johansson, Böckerman, Prättälä, & Uutela, 2006). Na Federação Russa as

mudanças sociais depois da dissolução da União Soviética em 1991 e da crise do rublo em 1998 foram seguidas por um aumento das mortes relacionadas com o álcool (Zaridze, et al., 2009). Também na União Europeia grandes incrementos nas taxas de desemprego foram relacionados com o aumento do número de mortes relacionadas com o álcool (Stuckler, Basu, et al., 2009).

A existência de redes sociais pode funcionar como fator de proteção em tempos de crise económica. O aumento das taxas de mortalidade na crise russa não atingiu a todos de igual forma. Grupos populacionais com maiores e melhores redes sociais sentiram menos este efeito. Em tempos de crise, é importante ter pessoas que possam emprestar dinheiro e fornecer comida ou abrigo ou que possam fornecer aconselhamento sobre onde encontrar ajuda. Os efeitos adversos para a saúde foram reduzidos substancialmente nas zonas onde muitas pessoas eram membros de organizações sociais, como sindicatos, associações ou grupos desportivos (Stuckler, King, & McKee, 2009).

As famílias são igualmente afetadas no seu conjunto pelas recessões económicas. Os mecanismos principais são o desemprego com a consequente queda dos rendimentos e a emigração, com as saídas de alguns dos seus elementos. O stresse provocado pelas dificuldades financeiras repercute-se na saúde mental dos pais em termos da conjugalidade e da parentalidade acabando por influenciar a saúde e bem-estar das crianças e adolescentes (Conger, Ge, & Elder, 1994 como citado em WHO, 2011). Também a extrema pobreza na infância está associada a *deficits* do desenvolvimento cognitivo, emocional e físico que se manifestam a longo prazo sobre a saúde e o bem-estar. Um estudo de seguimento e base populacional desenvolvido por Solantus, Leinonen e Punamäki (2004) que acompanhou as crianças nascidas na Finlândia durante a crise económica do início dos anos noventa mostrou que ao atingirem a idade adulta uma em cada quatro tinha problemas com a justiça e uma em cada cinco havia recebido tratamento psiquiátrico. Os grupos mais vulneráveis da população estão particularmente expostos aos efeitos das crises económicas. Aqueles que vivem na pobreza ou no limiar da pobreza, as crianças e adolescentes, idosos, famílias monoparentais, emigrantes e minorias étnicas são os mais expostos ao risco de exclusão (WHO, 2011).

### **Que fazer para minorar os efeitos adversos na saúde das crises económicas?**

Muitos dos efeitos adversos das crises económicas sobre a saúde das populações podem ser prevenidos ou mitigados. Como atrás se discutiu a existência de fortes sistemas de proteção social tornam as sociedades mais capazes de enfrentar as circunstâncias adversas relacionadas com os períodos de crise económica. O investimento em políticas ativas de emprego pode reduzir o impacto da recessão económica na saúde mental das populações e reduzir o aumento da taxa de mortalidade por suicídio.

Nos países da União Europeia demonstrou-se que a cada aumento adicional de 100 dólares *per capita* gastos ao ano em programas de política ativa de emprego se consegue uma redução de cerca de 0,4 % do número de suicídios associados à subida de 1% nas taxas de desemprego e um aumento igualmente de 100 dólares em políticas de apoio às famílias permite reduzir em cerca de 0,2 % o efeito do desemprego sobre o suicídio (Stuckler, Basu, et al., 2009). Os programas mais prioritários são os destinados aos desempregados de longa duração e com baixa escolaridade sobretudo do sexo masculino que são os que apresentam maior risco. As áreas com elevados níveis de fragmentação social devem ser consideradas territórios de intervenção prioritária.

A cobertura jornalística dos suicídios deve ser feita cautelosamente. Em tempos de crise económica o aumento de notícias sensacionalistas sobre suicídios, na comunicação social, pode produzir um efeito de «bola de neve» enquanto reportagens responsáveis e bem elaboradas ajudam a diminuir este comportamento sobretudo em adolescentes (Hawton & Williams, 2001). A colaboração entre jornalistas e técnicos de saúde sobre a melhor forma de comunicar notícias relativas a suicídios deve ser incentivada.



As redes sociais funcionam como fatores de proteção da saúde. Aqueles que participam em atividades de grupo e que se sentem mais apoiados pelas suas comunidades apresentam maiores níveis de saúde mental do que aqueles que se encontram isolados e ficam mais propensos à depressão. As políticas públicas devem apoiar ativamente associações, clubes desportivos e congregações religiosas que funcionam como promotoras de redes sociais.

O consumo de álcool costuma aumentar em tempos de crise económica com consequências danosas para a saúde. As políticas que permitam diminuir a acessibilidade às bebidas alcoólicas nomeadamente através do aumento dos preços levam à diminuição do consumo de álcool e dos danos associados (Anderson, Chisholm, & Fuhr, 2009). O aumento do preço das bebidas alcoólicas permite reduzir o número de mortes relacionadas com o álcool. A disponibilização de programas de tratamento breve nomeadamente em Cuidados de Saúde Primários para os bebedores excessivos tem demonstrado também produzir bons resultados (Anderson, et al., 2009).

Uma das áreas chave em termos de políticas públicas para proteger a saúde mental passa por evitar o sobre-endividamento e assegurar aos afetados por este problema uma rápida ajuda que lhes permita regressar a uma vida digna. Um estudo controlado feito em Inglaterra e no País de Gales junto de serviços de apoio a pessoas endividadas mostrou uma melhoria significativa no estado de saúde nomeadamente em termos de depressão e ansiedade (Williams & Samson, 2007). A sensibilização dos trabalhadores destes serviços para aconselharem os clientes a recorrer aos serviços de saúde e dos profissionais de saúde para remeterem os seus pacientes a serviços de apoio à gestão de dívidas pode ajudar a minorar os efeitos negativos destas situações (Fitch, Hamilton, Bassett, & Ryan, 2009).

## DISCUSSÃO

Os efeitos das crises económicas sobre a saúde não são inevitáveis. Os estudos feitos sobre as crises anteriores ensinam onde e como atuar para mitigar os seus efeitos. O investimento em políticas ativas de emprego bem como medidas que reforcem a coesão social podem fazer a diferença. Uma atenção especial deve ser dada aos grupos mais vulneráveis da população.

## REFERÊNCIAS

Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373, 2234-2246. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60744-3.

APAV-Associação Portuguesa de Apoio à Vitima. (2012). *Estatísticas APAV: relatório anual*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vitima. Acedido Março 15, 2013 em [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Totais\\_Nacionais\\_2012.pdf](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Totais_Nacionais_2012.pdf)

Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Còrtes, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94, 82-88. doi: 10.2105/AJPH.94.1.82.

Babones, J. (2008). Income inequality and population health: correlation and causality. *Social Science & Medicine*, 66, 1614-1626. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.12.012.

Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *British Medical Journal*, 345, 5142-5149. doi: 10.1136/bmj.e5142.

Brown, S., Taylor, K., & Price, S. (2005). Debt and distress: evaluating the psychological cost of credit. *Journal of Economic Psychology*, 26, 642-663.

Catalano, R. (2009). Health, medical care, and economic crisis. *New England Journal of Medicine*, 360, 749-751. doi: 10.1056/NEJMp0809122.

Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

Danis, K., Baka, A., Lenglet, A., Van Bortel, W., Terzaki, I., Tseroni, M ... Kremastinou, J. (2011). Autochthonous Plasmodium vivax malaria in Greece. *Euro Surveillance*, 16, (42) 19993. Acedido Fevereiro 12, 2013 em <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V16N42/art19993.pdf>

Direção Geral de Saúde - Serviços de Informação e Análise. (2013). *Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2011)*. Acedido Março 15, 2013 em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/estudo-comparativo-do-numero-de-obitos-e-causas-de-morte-da-mortalidade-infantil-e-suas-componentes-2009-2011.aspx>

Edwards, R. (2008). Who is hurt by procyclical mortality? *Social Science & Medicine*, 67, 2051-2058. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.032.

Everson, A., Maty, S., & Lynch, J. (2002). Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (4), 891-895. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00303-3.

Falagas, M., Vouloumanou, E., Mavros, M., & Karageorgopoulos, D. (2009). Economic crises and mortality: a review of the literature. *International Journal of Clinical Practice*, 63, 1128-1135. doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02124.x.

Fitch, C., Hamilton, S., Bassett, P., & Ryan, D. (2009). *Debt and mental health: What do we know? What should we do?* London: Royal College of Psychiatrists and Rethink.

Gili, M., Roca, M., Basu, S., Mckee, M., & Stuckler, D. (2010). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23 (1), 103-108. doi: 10.1093/eurpub/cks035.

Giotakos, O., Karabelas, D., & Kafkas, A. (2011). Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatriki*, 22, 109-119.

Gump, B., Matthews, K., Eberly, L., & Chang, Y. (2005). Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Stroke*, 36, 98-102. doi: 10.1161/01.STR.0000149626.50127.d0.

Gurfinkel, E., Bozovich, G., Dabbus, O., Mautner, B., & Andersen, F. (2005) Socio economic crisis and mortality. Epidemiological testimony of the financial collapse of Argentina. *Thrombosis Journal*, 10, 3-22. doi: 10.1186/1477-9560-3-22.

Hawton, K., & Williams, K. (2001). The connection between media and suicidal behavior warrants serious attention. *Crisis*, 22, 137-140.

Hopkins, S. (2006). Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy*, 75, 347-357. doi:10.1016/j.healthpol.2005.04.002.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Estatísticas demográficas 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento. (2012). *Relatório "Análise do Mercado de Medicamentos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em Ambulatório"*. Lisboa: INFARMED.

James, C., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I.,... Xu, K. (2006). To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income

countries. *Applied Health Economics Health Policy*, 5, 137-153. doi:10.2165/00148365-200605030-00001.

Järvisalo, J., Andersen, B., Boedeker, W., & Houtman, I. (eds.) (2005) *Mental disorder as a major challenge in prevention of work disability*. Helsinki: Social Security Institution.

Johansson, E., Böckerman, P., Prättälä, R., & Uutela, A. (2006). Alcohol-related mortality, drinking behavior, and business cycles: are slumps really dry seasons? *European Journal of Health Economics*, 7, 215-220. doi: 10.1007/s10198-006-0358-x.

Johnson, A., Goss, A., Berckman, J., & Arachu, C. (2012). Hidden costs: the direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali. *Social Science & Medicine*, 75, 1786-1792. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.015.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanikolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378, 1457-1458. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61556-0.

Kop, W., & Gottdiener, J. (2005). The role of immune system parameters in the relationship between depression and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, 37-41. doi: 10.1097/01.psy.0000162256.18710.4a.

Leaven, L., & Valencia, F. (2012). *Systemic Banking Crises Database: An Update*. Washington: International Monetary Fund. Acedido Março 10, 2013 em <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2012/wp12163.pdf>

McKee, M., Karanikolos, M., Belcher P., & Stuckler, D. (2012). Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine*, 4, 346-350. doi:10.7861/clinmedicine.12-4-346.

McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C., & Kinicki, A. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analysis study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76. doi: 10.1037/0021-9010.90.1.53.

OPSS - Observatório Português de Sistemas de Saúde. (2012). *Relatório da Primavera 2012*. Lisboa: Observatório Português de Sistemas de Saúde. Acedido Março 13, 2013 [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012\\_OPSS\\_3.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf)

OPSS - Observatório Português de Sistemas de Saúde. (2013). *Relatório da Primavera 2013*. Lisboa: Observatório Português de Sistemas de Saúde. Acedido em Junho, 15 de 2013 <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013.pdf>

Padgett, DA., & Glasser, R. (2003). How stress influence the immune response. *Trends in Immunology*, 8, 444-448. doi: 10.1016/S1471-4906(03)00173-X.

SEDES -Associação para o Desenvolvimento Económico e Social. (2012). O impacto da crise no bem-estar dos portugueses. Lisboa: Associação para o Desenvolvimento Económico e Social. Acedido em Março 20, 2013 em <http://www.sedes.pt/multimedia/File/SEDES-lcc-Estudo.pdf>

Seegerstrom, C., & Miller, E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630. doi: 10.1037/0033-2909.130.4.601.

Smith, G., Whitley, E., Dorling, D., & Gunnell, D. (2001). Area based measures of social and economic circumstances: cause specific mortality patterns depend on the choice of index. *Journal of Epidemiological Community Health*, 55, 149-150. doi:10.1136/jech.55.2.149.

Solantaus, T., Leinonen, J., & Punamäki, RL. (2004). Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Developmental Psychology*, 40, 412-429.

Steptoe, A., Hamer, M., & Chida, Y. (2007). The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis. *Brain Behavior Immunology*, 21, 901–912. doi: 10.1016/j.bbi.2007.03.011.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374, 315–323. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7.

Stuckler, D., King, L., & McKee, M. (2009). Mass privatization and the post-communist mortality crisis. *Lancet*, 373, 399–407. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60005-2.

Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J.E., Desai, M., Senek, M., McKee, M., ... Semenza, J. (2011). The Impact of Economic Crises on Communicable Disease Transmission and Control: A Systematic Review of the Evidence. *PLoSOne*, 6, e20724. Acedido Março 15, 2013 em <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0020724>

Suhrcke, M., & Suhrcke, D. (2012). Will the recession be bad for our health? It depends. *Social Science & Medicine*, 74, 647–653. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.011.

Taylor, M., Pevalin D., & Todd, J. (2007). The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychological Medicine*, 37, 1027–1036. doi:10.1017/S0033291706009767.

WHO Regional Office for Europe. (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Willard, R., Shah, G., Leep, C., & Ku, L. (2012). Impact of the 2008-2010 economic recession on local health departments. *Journal of public health management and practice*, 8 (2), 106-114. doi: 10.1097/PHH.0b013e3182461cf2.

Williams, K., & Sansom, A. (2007) *Twelve months later: does advice help? The impact of debt advice – advice agency client study*. London: Ministry of Justice.

Zaridze, D., Brennan, P., Boreham, J., Boroda, A., Karpov, R., Lazarev, A., ... Peto, R. (2009). Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48,557 adult deaths. *Lancet*, 373, 2201–2214. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61034-5.