

Futuros do Brasil
textos para debate

**Políticas de Austeridade e seus
Impactos na Saúde**

Joyce Mendes de Andrade Schramm
Rômulo Paes-Sousa
Luiz Villarinho Pereira Mendes

Futuros do Brasil textos para debate

Políticas de Austeridade e seus Impactos na Saúde*

Joyce Mendes de Andrade Schramm^{1,2}

Rômulo Paes-Sousa³

Luiz Villarinho Pereira Mendes^{2,4}

(1) Pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

(2) Pesquisador do Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz

(3) Pesquisador Sênior do Instituto de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz

(4) Doutorando em Sociologia da Saúde no Centre de Recherche medicine, Science, Santé e Societé- École des Hautes Études em Sciences Sociales, França

Ministério da Saúde – MS

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Nísia Trindade Lima – Presidente

Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – CEE/Fiocruz

Antônio Ivo de Carvalho – Coordenador

Coordenação editorial

Carlos dos Santos Silva

Editores assistentes

Eliane Bardana Chvili

Luciana Conti

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica

Tatiana Lassance Proença

Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz

Fundação Oswaldo Cruz

Avenida Brasil 4036 – 10º Andar – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Brasil

Tel.: 55 21 3882-9133

cee@fiocruz.br

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

S377p

Schramm, Joyce Mendes de Andrade.

Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise / Joyce Mendes de Andrade Schramm, Rômulo Paes-Sousa e Luiz Villarinho Pereira Mendes. — Rio de Janeiro, RJ : Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz / Fiocruz, 2018.

40 p. (Textos para Debate, 1)

Bibliografia.

ISBN: 978-85-8110-038-8

1. Controle de Custos. 2. Impactos na Saúde. 3. Políticas Públicas de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde -economia. 5. Recessão Econômica. 6. Fatores de Risco. 7. Serviços de Saúde. 8. Transtornos Mentais. 9. Vulnerabilidade em Saúde. 10. Doenças Profissionais. I. Paes-Sousa, Rômulo. II. Mendes, Luiz Villarinho Pereira. III. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1068

“medicine is a social science, and politics is nothing else but medicine on a large scale. Medicine...has the obligation to point out problems and to attempt their theoretical solution...The physicians are the natural attorneys of the poor, and social problems fall to a large extent within their jurisdiction.”¹

Rudolf Virchow

¹ Citado em: REILLY, R. Gregory; MCKEE, Martin. Decipio': Examining Virchow in the context of modern 'democracy. Public health, v. 126, n. 4, p. 303-307, 2012.

| Índice |

1- Introdução	11
2- Metodologia	13
3- Resultados	14
3.1- Austeridade e seus impactos nos indicadores epidemiológicos	14
3.2- Austeridade e seus impactos nos fatores de risco	15
3.2.1- Tabagismo	15
3.2.2- Consumo de álcool	16
3.3- Austeridade e seus impactos nos serviços de saúde	16
3.4- Austeridade e seus impactos em grandes grupos de agravos	19
3.4.1- Transtornos mentais	19
3.4.2- Doenças infecciosas	21
3.4.3- Doenças crônicas não transmissíveis	22
3.4.4- Doenças da infância	23
3.4.5- Violência interpessoal e doenças ocupacionais	24
4- Discussão	24
5- Conclusão: Construindo hipóteses sobre os impactos da crise/austeridade sobre a saúde no Brasil	26
6- Referências bibliográficas	28
7- Anexo: caracterização dos estudos utilizados na revisão	31

| I- Introdução |

(1) Pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

(2) Pesquisador do Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz

(3) Pesquisador Sênior do Instituto de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz

(4) Doutorando em Sociologia da Saúde no Centre de Recherche medicine, Science, Santé e Societé- École des Hautes Études em Sciences Sociales, França

Desde as primeiras décadas do século XX, a escolha da estratégia de enfrentamento a crises econômicas tem colocado em lados opostos os partidários da austeridade *versus* os que defendem o estímulo da economia. Em seu formato mais clássico, contrapõem-se políticas com ênfase na redução do gasto público para produzir equilíbrio fiscal ou, na outra ponta, produzir crescimento econômico justamente através do aumento do gasto público. Tais escolhas impactariam a economia em tempos distintos e teriam consequências diversas sobre emprego e oferta de bens e serviços públicos. Há ainda que se levar em conta que o equilíbrio fiscal é parte integrante das agendas econômicas tanto dos que pugnam pela austeridade como dos que se classificam vinculados às políticas de estímulo.

Um capítulo à parte é o lugar na tributação nos modelos de austeridade ou estímulo. Numa abordagem clássica, a contração do gasto público deveria vir acompanhada do aumento da carga tributária para produzir o equilíbrio fiscal mais rapidamente. Contudo, o aumento dos tributos tem sido de uso mais escasso no receituário liberal da América Latina, permitindo que o esforço da sustentabilidade fiscal recaia com mais peso na redução do gasto público.

Em todas as grandes crises dos séculos XX e XXI, o confronto entre as duas estratégias permeou o debate na produção da política de seu enfrentamento. Por exemplo, tanto na crise de 1929 nos EUA como na do pós-socialismo do Leste Europeu e Ásia a implementação de políticas de estímulo (*New Deal*) e as políticas de austeridade aplicadas na transição para o capitalismo das repúblicas socialistas de outrora não foram executadas de forma homogênea nem nos EUA nem nos recém convertidos países capitalistas. Assim, como alguns estados americanos adotaram medidas de austeridade em desacordo com as políticas implementadas por Roosevelt após 1932, também algumas repúblicas do leste Europeu adotaram um ritmo mais lento na transição de um Estado com grande presença em todas as esferas da vida de seus cidadãos para um formato menos intrusivo (liberal).

Ao confrontar esses dois contextos, STUCKLER e BASU (2013) observam que não existe um cenário em que uma das alternativas se imponha de forma homogênea, pois as escolhas variam com o perfil ideológico dos governos. A definição pelo modelo de austeridade tem grande impacto sobre o bem-estar imediato da população e nem sempre as escolhas por um modelo alcançam os resultados desejados, ou seja, a austeridade não necessariamente levou os países e regiões que a adotaram a um contexto de maior equilíbrio fiscal. Por outro lado, nem sempre medidas de estímulo à economia produziram crescimento com bem-estar social. As circunstâncias políticas e econômicas em que as medidas são implantadas condicionam as chances de sucesso do modelo escolhido.

Como resposta ao desequilíbrio nas contas públicas, modelos econômicos de austeridade praticados em muitos países europeus chegaram mais recentemente à América Latina. Embora variem quanto ao conteúdo, intensidade e cronograma de implementação das medidas, tais modelos preconizam a redução do gasto público,

promovendo também a diminuição do investimento social, a retração da máquina pública e a substituição do Estado pelo setor privado na provisão de determinados serviços vinculados às políticas sociais. Obviamente, a dinâmica política de cada país determina a profundidade em que se realizam cada um dos componentes citados.

No que se refere ao Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como cláusula pétrea assegurar a universalidade e integralidade do acesso à saúde. Contudo, o processo de implementação do SUS encontra-se, já há alguns anos, em um impasse quanto à sua real capacidade em prover adequadamente bens e serviços de saúde de forma integral e universal. Embora haja um consenso sobre o déficit de qualidade de grande parte dos serviços prestados, acadêmicos, técnicos e gestores vinculados à saúde pública e a outras áreas de atuação exercitam um debate polarizado quanto aos determinantes da crise da saúde. A polêmica não se restringe à dicotomia entre insuficiência de recursos e má gestão. O debate inclui a extensão e profundidade em que se deu a reforma do sistema de saúde no Brasil, a sustentabilidade financeira de um sistema público com as características do SUS, e, obviamente, o que cabe aos setores públicos e privados na provisão de bens e serviços de saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

O setor privado enfrenta também a crise à sua maneira. A partir dos anos 1990, esse setor expandiu-se rapidamente favorecido pelo aumento da intermediação do estado na aquisição de serviços de maior complexidade, seguido do crescimento do mercado interno devido ao aumento da renda da população brasileira nas décadas seguintes (BAHIA; M SCHEFFER, 2012). O crescimento, contudo, apoiou-se em um modelo de baixa racionalidade quanto à escala dos serviços hospitalares, baixa profissionalização da gestão, distribuição geográfica pouco adequada, modelo de remuneração pouco eficiente – com intermediação do estado ou de forma direta (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013). Ambos os setores passaram a viver os efeitos da recente crise econômica, agravando os problemas já existentes. O setor público vinha sofrendo, há mais tempo, com a estagnação do financiamento público, e o setor privado passou a sofrer com o aumento do desemprego e a conseqüente retração do financiamento corporativo do seguro saúde, que é a sua principal fonte de financiamento.

As medidas aprovadas pelo Congresso até dezembro de 2016 sugerem a redução do investimento em saúde, o que poderá implicar na redução do acesso a bens e serviços de saúde por parte de populações mais empobrecidas. Há que se considerar ainda a possível redução da qualidade dos serviços públicos de saúde. Tal quadro coaduna-se com a redução do investimento em políticas de proteção e promoção social que estão vinculadas aos determinantes sociais da saúde ou ainda a interrupção e/ou o redirecionamento de várias dessas políticas que haviam sido formuladas pensando-se na integração com as políticas de saúde. Desta forma, podemos estar vivenciando o início de um processo de transição regressiva da saúde no Brasil. O sucesso das medidas de austeridade é bastante incerto devido ao conturbado processo político, no entanto, pode-se esperar que os impactos deletérios sobre a saúde certamente se farão presentes.

Em relação às transformações estruturais das sociedades contemporâneas, como mostra Beck (2010), aprofundaram-se os desequilíbrios entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento reproduzindo-se uma ordem mundial policêntrica e multidimensional. A reconfiguração do capitalismo nas últimas décadas e a globalização dos processos produtivos e financeiros generalizou os riscos políticos e sociais, incluindo aqueles relacionados à saúde. Conquistas sociais adquiridas nas últimas décadas vêm sendo ameaçadas e diferentes grupos sociais são expostos de maneira assimétrica aos riscos em saúde, sendo mais intensamente atingidos os grupos mais vulneráveis. A extensão do desemprego e a fragmentação do trabalho fizeram emergir novas categorias (trabalhadores informais, migrantes) desamparadas frente aos riscos resultantes das práticas de exploração laboral das grandes corporações capitalistas.

Nesse sentido, na presente revisão, buscamos identificar os estudos sobre os impactos da crise econômica

e das políticas de austeridade sobre a saúde das populações. As dimensões consideradas foram: impactos quantos aos riscos à saúde, impactos quanto ao perfil epidemiológico das populações, e impactos quanto à implementação das políticas de saúde. O período de análise considerado foi de 2006 a 2017. A maioria da literatura pesquisada cobre os processos ocorridos na Europa, EUA, Japão, Austrália e Nova Zelândia. Raros textos tratam de países emergentes, mesmo entre aqueles vinculados à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Este exercício é um primeiro esforço de um projeto mais ambicioso do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz que pretende analisar os impactos da crise econômica recente e também das respostas em termos de política econômica no Brasil. O foco é, justamente, observar os efeitos desses fenômenos sobre a saúde das populações mais vulneráveis. Nesse sentido, interessa apreender e sistematizar o conhecimento adquirido sobre a crise econômica recente nos países citados, visto que os achados podem indicar, em termos de cenários, o que poderá ser vivenciado no Brasil, obviamente, levando-se em conta as distinções e singularidades do referido país frente aos países considerados nesta revisão.

| 2- Metodologia |

Com o intuito de identificar o estado da arte da literatura científica sobre os efeitos da crise econômica e das políticas de austeridade sobre a saúde, foi realizada uma revisão de artigos. As seguintes etapas foram percorridas: busca nas bases de dados eletrônicas, seleção dos artigos que atendiam aos critérios definidos, e, por último, a análise das narrativas.

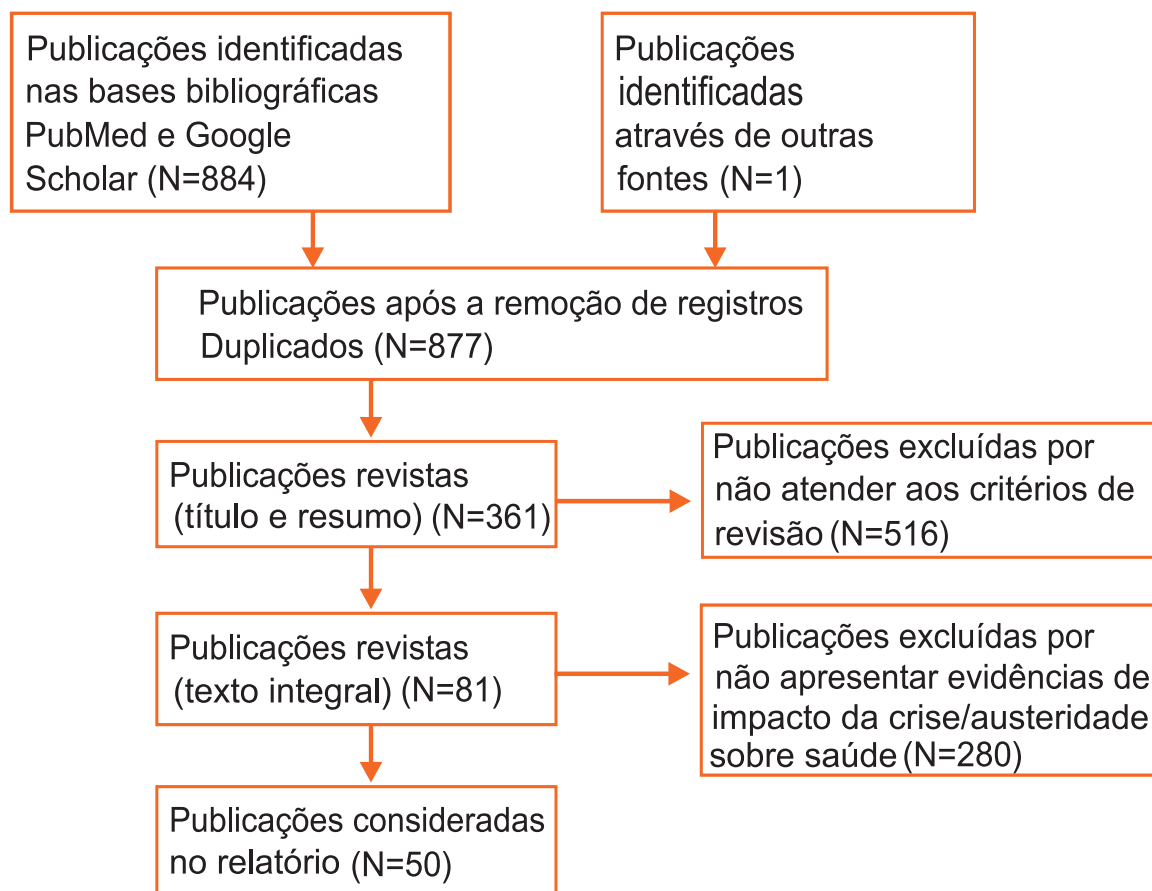
A busca de textos foi realizada pela Internet, por meio das plataformas eletrônicas *PubMed* e *Google Scholar*. A pesquisa realizou-se sobre os títulos e resumos das publicações. Para tanto, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “*economic recession*”, “*fiscal austerity*”, “*global financial crises*”, “*fiscal governance*”, “*austerity*” e “*austerity policies*”. Tais expressões foram combinadas com os seguintes termos, escolhidos como eixos temáticos norteadores da análise: “*epidemiology*” (Epidemiologia), “*health services*” (Serviços de saúde) e “*health risks*” (Riscos em saúde). A busca inicial resultou em um total de 884 artigos. Os critérios de seleção privilegiaram estudos de abrangência nacional ou regional. Fizeram parte da busca textos nos idiomas inglês, português e espanhol. O período de 2006 a 2017 foi eleito para a análise na medida em que este abrange desde a fase que antecede imediatamente a crise iniciada em 2008, chegando ao período concorrente, quando os efeitos da crise - que se iniciou no hemisfério Norte - foram mais sentidos na América Latina, incluindo o Brasil.

Na primeira etapa de buscas, foram consideradas apenas revistas científicas (*peer reviewed*). Não houve restrição ao tipo de publicação, ou seja, artigos originais, artigos de revisão, editoriais e cartas foram considerados. Apenas textos oriundos de anais de congressos não fizeram parte da busca. Posteriormente, livros e literatura cinza identificados nos textos ou indicados por outros pesquisadores foram considerados. Publicações, cujos textos integrais não estavam disponíveis para o revisor, não foram considerados. Embora editoriais e cartas em revistas científicas não sejam usualmente consideradas nas revisões, optamos por considerá-las desde que as mesmas se referissem a evidências do impacto das crises e políticas de austeridade sobre a saúde.

A literatura selecionada foi categorizada de acordo com os eixos já acima citados: epidemiologia, riscos à saúde e serviços de saúde.

A Figura 1 indica o processo de busca, seleção dos textos e a frequência considerada em cada etapa.

FIGURA 1. Gráfico de fluxo do processo de seleção das publicações



3- Resultados

Inicialmente, são apresentadas considerações gerais sobre os eixos analisados separadamente: epidemiologia, fatores de risco e serviços de saúde. Em seguida, optou-se por uma análise integrada desses mesmos três aspectos perpassando os seis grandes grupos de agravos à saúde encontrados mais frequentemente nesta revisão: transtornos mentais, doenças infecciosas, doenças crônicas não transmissíveis, doenças infantis, violência interpessoal e doenças ocupacionais.

3.1- Austeridade e seus impactos nos indicadores epidemiológicos

Em relação ao tema epidemiologia, foram selecionados artigos que apresentam análises da crise em países europeus (sobretudo Grécia e Espanha) e Estados Unidos. A literatura sobre a austeridade e os impactos na saúde em países da América Latina é restrita e não foram encontrados estudos que apresentassem tais efeitos nos indicadores epidemiológicos e de serviços de saúde. Os principais temas trabalhados no material bibliográfico foram análises relacionadas à crise no comportamento dos transtornos mentais (cerca de 50% dos artigos selecionados): mortalidade por suicídios, tentativas de suicídios, transtornos de ansiedade e depressão,

e uso e abuso de álcool e drogas ilícitas. Outros temas foram também abordados: doença cardíacas/crônicas, causas externas, problemas odontológicos, doenças ocupacionais, doenças infantis e doenças infecciosas com destaque para tuberculose.

Estudos de mortalidade relacionados com a recessão econômica evidenciaram que as causas de mortalidade decrescem mais rapidamente em períodos de recessão, assim como encolhem menos, ficam estagnadas ou mesmo aumentam durante expansões econômicas. Períodos de crise econômica se refletem de forma mais expressiva nos grupos de maior vulnerabilidade. A tendência da mortalidade considerando as diferenças socioeconômicas entre os grupos populacionais mostraram que há uma diferença na velocidade de decréscimo entre esses grupos (REGIDOR et al., 2016).

Uma ampla revisão realizada por KARANIKOLOS (2016) apontou que a mortalidade geral manteve a tendência ao decréscimo nos países europeus, mesmo na Grécia que foi o país mais afetado. A exceção se deu nos óbitos infantis. Segundo os dados levantados pelo autor, uma das hipóteses explicativas refere-se à redução de mortes por acidentes de trânsito, compensando o aumento das taxas de suicídio.

Estudos que descrevem a flutuação em diferentes grupos socioeconômicos são essenciais para caracterizar os impactos das turbulências econômicas da mortalidade na população. Um outro elemento essencial nesses estudos é o tempo. As análises realizadas por períodos suficientemente longos e por causas específicas são bastante relevantes tendo em vista a importância de captar possíveis mudanças bruscas na tendência, que poderiam apontar as diferenças nas medidas de austeridade implementadas e seus impactos na tendência de mortalidade (REGIDOR et al., 2016).

3.2- Austeridade e seus impactos nos fatores de risco

O agravamento dos fatores de risco como decorrência de políticas de austeridade é bem documentado na literatura. Esses fatores são, por definição, relacionados ao surgimento e agravamento das doenças e interação entre si em uma cadeia complexa de causalidade. Nela interferem fatores sociais, ambientais, comunitários e individuais.

Assim, são muitas as possibilidades de (não) intervenção em contextos de crise. Por exemplo, para o caso de doença cardíaca isquêmica, alguns fatores de risco interagem mais diretamente, como pressão alta ou índices elevados de colesterol. Outros atuam de maneira indireta, como sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e má alimentação. Há ainda elementos mais distais na cadeia de causalidade, como os fatores socioeconômicos. Esses últimos, apesar de representarem um maior desafio metodológico para o estabelecimento da causa no sentido epidemiológico, são alvos de intervenção que sabidamente produzem impactos mais sustentáveis e estruturais na saúde (WORLD ECONOMIC FORUM, 2017).

No contexto deste trabalho, optou-se por explorar separadamente dois fatores de risco clássicos que atuam de maneira bastante direta no processo de adoecimento: tabagismo e consumo de álcool. Os demais fatores de risco, como desemprego, perda de renda e de moradia serão analisados logo em seguida conjuntamente com os grandes grupos de agravos.

3.2.1- Tabagismo

Quanto ao tabagismo, JACKSON *et al* (2013) analisaram duas amostras transversais com representatividade nacional de adultos nos EUA provenientes do “*Repeated Behavioural Risk Factor Surveillance System*” (BRFSS). Os autores apontam que, corrigidos os fatores sociodemográficos, o desemprego não era um fator de risco significativo para o tabagismo em 2008, mas passou a ser em 2010 quando o país atravessou severa recessão.

Utilizando esse mesmo sistema de informação nos EUA, outros autores (GALLUS; GHISLANDI; MUTTARAK, 2015) analisaram diferenças na prevalência de fumantes entre os períodos pré (2005-2007) e pós-crise (2009-2010). Depois da correção por diversos fatores (crescimento demográfico, flutuações históricas nos padrões de tabagismo, entre outros), os autores identificaram que a crise foi responsável por um leve aumento na prevalência de fumo na população (0,6 milhões). Tal aumento apenas não foi mais expressivo por conta da redução identificada na prevalência de fumo entre indivíduos com emprego (-1,7 milhões). Já entre os desempregados, o aumento da prevalência foi significativo (+2,4 milhões), confirmando a maior vulnerabilidade desse último grupo para o tabagismo em contextos de crise.

Um estudo realizado na Itália (GALLUS et al., 2016) utilizou dados de três inquéritos com representatividade nacional realizados entre 2012 e 2014 entre maiores de 15 anos. Os indivíduos tabagistas foram diretamente indagados sobre a influência da crise econômica de 2008 em seus hábitos de consumo: a maioria (77,4%) não reportou mudanças em seu padrão de consumo, 19,1% relataram diminuição e apenas 3,5% referiram aumento. Entretanto, apesar desse aumento autorreferido de consumo de tabaco ter sido globalmente baixo, a análise multivariada indicou uma tendência maior para essa elevação em grupos cuja idade, escolaridade e renda familiar eram menores.

3.2.2- Consumo de álcool

Um estudo utilizou dados de 2008 a 2009 do sistema *National Alcohol Survey* com representatividade nacional para os EUA (N=5.382). Foi utilizada regressão multivariada controlada por fatores demográficos e co-variantes históricas de consumo de álcool. As perdas econômicas severas (desemprego ou perda de moradia) foram associadas ao aumento geral do consumo do álcool, episódios mensais de embriaguez, consequências negativas do consumo de álcool e dependência. Já as perdas econômicas mais moderadas (atrasos em aluguel, redução nas horas de trabalho) não estiveram associadas ao consumo de álcool. Os diferentes desfechos analisados apresentaram variações entre os distintos sexos em adultos. Por outro lado, o consumo abusivo de álcool entre jovens não se mostrou associado aos efeitos da recessão econômica (MULIA et al., 2014).

Um outro estudo que utilizou dados de duas ondas (2006 e 2012) de uma coorte realizada em 11 países europeus avaliou o desenvolvimento de alcoolismo entre pessoas de 50 a 64 anos em média durante a recessão econômica. Partiu-se de um *baseline* de 7.615 indivíduos não consumidores obstinados de bebidas alcoólicas em 2006. Os autores identificaram que no período estudado de seis anos 505 indivíduos passaram a consumir álcool abusivamente. Portanto, concluíram que a perda de emprego durante a recessão foi um importante fator de risco para o aumento da incidência de bebedores obstinados (BOSQUE-PROUS et al., 2015).

3.3- Austeridade e seus impactos nos serviços de saúde

De uma maneira geral, a redução do gasto público em saúde tende a comprometer o acesso aos bens e serviços de saúde e mesmo impactar a qualidade na provisão destes bens e serviços. Contudo, os efeitos sobre os sistemas menos maduros podem ser mais intensos, exacerbando seus déficits históricos. Modelos híbridos, que combinam a presença dos setores públicos e privados, também viram-se atingidos pelos dois lados, tendo o setor público retraído sua oferta, enquanto o setor privado e caritativo reduzia sua carteira de clientes em função do aumento do desemprego e das doações.

Os efeitos sobre o gasto público em saúde são, obviamente, o componente mais visível das políticas de austeridade. REEVES et al. (2014) em uma análise de 27 países europeus e não-europeus da OCDE, no período de 1995 a 2011, observaram:

O orçamento da saúde não foi preservado nas crises. Em alguns casos, receberam os maiores cortes, especialmente nos quais ocorreram acordos de empréstimo com o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Os cortes com os gastos em saúde não são inevitável consequência de: recessões, mudança anual do PIB per capita, perdas cumulativas no PIB.

A ideologia dos partidos governantes não está associada aos cortes na saúde.

Entre os países observados, o aumento da dívida pública, independentemente de seu volume, está associado ao aumento dos cortes em saúde.

A tomada de empréstimo junto ao FMI está fortemente associada à decisão de promover os gastos na saúde.

Países adeptos do sistema de seguro social foram menos suscetíveis às políticas de austeridade, no entanto, foram mais suscetíveis ao declínio do PIB per capita.

Em uma revisão sistemática sobre a crise na Grécia no período de 2009 a 2013, SIMOU e KOUTSOGEORGOU (2014) observaram os seguintes impactos sobre o sistema de saúde do país:

Redução do gasto público em saúde tanto na provisão de serviços como em gestão.

Redução da força de trabalho em saúde, redução da carga horária, e perdas salariais e previdenciárias.

Redução na oferta de serviços de saúde com redução de equipamentos de saúde, incluindo os serviços providos por hospitais universitários.

Flutuação no mercado de fármacos, com aumento do consumo no início do período observado – sobretudo de medicamentos para o tratamento de doenças psíquicas – seguido por declínio do consumo, o que levou ao fechamento de fábricas de medicamentos no país.

Redução no financiamento de pesquisa biomédica.

Desta forma, a qualidade dos serviços de saúde na Grécia foi afetada tanto pela restrição da oferta como pela disposição dos profissionais de saúde, que tem o seu desempenho comprometido pelo estresse vivenciado nas dimensões privada e profissional.

GRIGORAKIS et al. (2016) destacam ainda o crescimento das despesas privadas (*out-of-pocket*) da população grega decorrente das dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde. Fenômeno agravado pela redução de renda nos domicílios como consequência do desemprego, redução salarial e redução de transferências de renda de assistência social, e do reembolso de despesas médicas por parte dos seguros saúde.

Países como Espanha e Portugal, que perseguiram políticas de austeridade, enfrentaram problemas semelhantes, enquanto a Islândia, cuja política de austeridade foi rechaçada por voto popular, ampliou o seu investimento em saúde, produzindo resultado diverso (KARANIKOLOS et al., 2013).

Segundo Vieira (2016), que realizou uma ampla revisão sobre os impactos da crise econômica e da austeridade fiscal, 1) as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades sociais; 2) as crises econômicas podem piorar a situação de saúde da população; 3) as medidas de austeridade fiscal que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral; e 4) a

preservação dos programas de proteção social é medida importante para proteção da saúde da população e para a retomada do crescimento econômico em prazo mais curto.

Nos EUA, observou-se o adiamento da busca de cuidado médico e a redução do engajamento em práticas preventivas por parte dos trabalhadores segurados como forma de proteger-se contra eventuais demissões dos indivíduos menos saudáveis (MAEDA et al., 2014). Tais comportamentos podem implicar na deterioração dos níveis de saúde, repercutindo no agravamento das condições de saúde dos indivíduos no momento de ingresso no sistema de saúde. O aumento do consumo de álcool para grupos específicos (STUCKLER; BASU, 2013) e a piora na dieta alimentar em domicílios mais pobres agravam o referido quadro (DE BELVIS et al., 2012), conforme indicado na seção sobre os riscos à saúde.

Um aspecto bastante destacado na literatura revista é o papel das políticas de proteção social como fator mitigador dos efeitos do desemprego e/ou redução da renda do trabalho. Países ou províncias que mantiveram ou reforçaram o seu acervo de políticas de assistência social, incluindo transferências monetárias para populações pobres e extremamente pobres, apresentaram níveis menores de doenças mentais e suicídio (FERNANDEZ et al., 2015; KARANIKOLOS et al., 2013; KENTIKELIS et al., 2014; LABONTÉ e STUCKLER, 2016). Na Itália, no período de 2000 a 2010, DE VOGLI (2014) observou que as políticas de proteção social funcionaram como fatores de proteção ao aumento do suicídio associado ao desemprego.

A escassez de recursos empurrou os países para um fenômeno descrito por O'DONNELL como “dessolidarização”². Mesmo em face da crise da migração na Europa, muito países promoveram a ampliação das barreiras de acesso aos bens e serviços. Em Barcelona, por exemplo, mudanças na legislação reduziram o acesso de imigrantes aos serviços públicos de saúde (CASTANO et al., 2016).

Alguns artigos apontam os reflexos da crise econômica em países europeus e nos Estados Unidos relacionados às necessidades não atendidas e acesso aos serviços de saúde. Os cortes ocorridos no setor saúde passaram a afetar a oferta de qualidade. O aumento da carga de trabalho dos profissionais de saúde, equipamentos inadequados e evasão de profissionais impactam negativamente o corpo de profissionais dos serviços de saúde na Islândia (GUNNLAUGSSON, 2016).

Outros achados merecem ser mencionados: As necessidades não atendidas aumentaram na Grécia, 63% dos pacientes portadores de doenças crônicas atendidos na atenção primária enfrentaram o aumento das barreiras no acesso; na Espanha, houve aumento das necessidades não atendidas com proporções diferenciadas entre os imigrantes e o restante da população; nos Estados Unidos, a proporção de necessidades não atendidas foi diferente entre os grupos de alta e baixa renda que perderam emprego, os níveis de consultas médicas, dentárias e psiquiátricas perdidas aumentou entre os pacientes portadores de doenças crônicas, dificuldades no pagamento de medicamentos; também são relatadas interrupções na tomada de medicamentos (KARANIKOLOS et al., 2016).

FERNANDEZ et al (2015) discutem em seu trabalho a importância do suporte social e as redes de proteção como fatores a serem implementados durante o período de recessão econômica. A identificação de fatores de proteção relacionados à perda de qualidade de vida é uma importante forma de minimizar o impacto da crise econômica. As ações precisam ser implementadas em diferentes níveis, com destaque para a atenção primária. Os profissionais da atenção primária por conhecerem o território, estão em uma posição privilegiada para

² Refletindo sobre as reações dos indivíduos e dos governos às crises dos anos 1980 na América Latina, O'Donnell (1993) observou: “*The dominant strategy is to do whatever is necessary to protect oneself against the losses threatened by high and erratic inflation... This is a world of mauve qui put, and playing this game reinforces the very conditions under which it is played. The first, more basic phenomenon is generalized desolidarization.*”

identificar os grupos mais vulneráveis e as necessidades de suporte social, propondo estratégias de utilização de recursos no nível comunitário. Dessa forma, a atenção primária assume um papel estratégico para a minimização dos efeitos negativos nesses períodos.

3.4- Austeridade e seus impactos em grandes grupos de agravos

Ao rever estudos sobre a Europa, QUAGLIO et al. (2013) observaram os efeitos da crise econômica e medidas de austeridade sobre os europeus encontrando aumento nas seguintes doenças, grupo de doenças ou percepções: ansiedade, depressão, alcoolismo e suicídio; doenças transmissíveis; percepção negativa do estado de saúde. Em revisão sobre o período de 2009-2013 para a Grécia, SIMOU e KOUTSOGEORGOU (2014) encontraram estudos indicando a correlação entre a crise econômica e o seguinte grupo de doenças: doenças mentais e suicídio, doenças infecciosas, desordens do aparelho auditivo; e ainda percepção negativa do estado de saúde. Os estudos convergem para a indicação de que o maior impacto se deveu aos transtornos mentais (com aumento da depressão e suicídios). Abaixo, explora-se de forma mais aprofundada os achados na revisão de literatura.

3.4.1- Transtornos mentais

A relação entre crise econômica e transtornos mentais está bem documentada na literatura. A perda de emprego, dívidas, moradia e problemas financeiros são situações de estresse que se agravam ainda mais quando associadas às medidas governamentais de redução dos orçamentos e gastos com saúde. A maior parte dos estudos que investigam o impacto da recessão econômica em saúde mental focaram em descrever as mudanças na incidência de suicídio, tentativas de suicídios e depressão. Os impactos na saúde mental estão relacionados a diversos fatores no nível individual afetando as pessoas pelo desemprego, perda de renda e retirando a rede de trabalho-social, causando o aumento do estresse. A relação entre recessão e saúde mental pode ser ainda mais complexa quando os reflexos transferem-se para os membros da família e cônjuges. Recessão, desemprego e dificuldades financeiras contribuem enormemente para os suicídios sendo que a fração mais expressiva está relacionada às consequências da recessão, uma fração menor à perda de emprego, e cerca de um quinto das ocorrências estão relacionadas a contato/tratamento com serviços psiquiátricos anteriores. Embora diferenças e semelhanças demográficas e culturais sejam importantes, análises mostram que cada país precisa ser estudado de forma a definir os fatores relacionados ao comportamento temporal desses eventos (GOLDMAN-MELLOR; SAXTON; CATALANO, 2010; KARANIKOLOS et al., 2016; MARTIN-CARRASCO et al., 2016; MERZAGORA et al., 2016).

Estudos epidemiológicos ecológicos ou analíticos medem processos diferentes. Tais análises servem para identificar os mecanismos aos quais a recessão afeta a saúde mental, identificando os riscos. Estudos ecológicos e analíticos são complementares, sobretudo quando os resultados encontrados corroboram para a evidência. Revisões recentes apontam que o desemprego está relacionado com o incremento de 15% a 30% em sintomas depressivos (GOLDMAN-MELLOR; SAXTON; CATALANO, 2010).

De fato, PHILLIPS e NUGENT (2014), utilizando dados de 50 estados norte-americanos para avaliar os efeitos dos fatores econômicos nos aumentos das taxas de suicídio, explicam que após décadas de declínio as taxas de suicídio começaram a aumentar a partir de 2005, sobretudo nas faixas etárias de 45 a 65 anos. Os autores identificaram forte associação entre as taxas de desemprego e de suicídio nos diversos estados. As associações foram mais fortes nos estados com maior participação de mão de obra feminina, sugerindo uma anomia causada pela recessão. Os efeitos do desemprego nas taxas de suicídio não apresentaram diferenças significativas para ambos os sexos.

Outro estudo (HAWTON et al., 2016) com representatividade nacional, dessa vez na Inglaterra, utilizou dados do “*Multicentre Study of Self-harm*” para os anos entre 2001 e 2010. Os autores encontraram maiores taxas de violência autoinfligida após a crise (para os autores, ocorrida em 2008) e em indivíduos desempregados. A estratificação por regiões mostrou que tais taxas também foram significativamente maiores naquelas localidades com mais elevadas taxas de desemprego.

Também buscando avaliar os efeitos na crise econômica nas taxas de suicídio, um estudo avaliou suicídios ocorridos em países do oeste europeu correlacionando-os com as taxas de desemprego. Entre 2000 e 2010, controlado por fatores sociodemográficos e de tendência histórica, foi identificado um excesso de suicídios atribuídos ao desemprego após a crise. Ainda que moderado, esse aumento foi estatisticamente significativo para a França, Reino Unido e Holanda (LAANANI et al., 2015).

Recortando especificamente a faixa etária de jovens, um estudo de representatividade nacional (GASSMAN-PINES; ANANAT; GIBSON-DAVIS, 2014) analisou o impacto do aumento das taxas estaduais de desemprego em comportamentos suicidas de jovens nos Estados Unidos. Os resultados apontaram que aumentos nas taxas de desemprego no ano anterior à pesquisa aumentaram a probabilidade de pensamentos, planos ou tentativas de suicídio entre jovens do sexo feminino, e adolescentes negros não hispânicos. O desemprego não esteve associado a comportamentos suicidas entre jovens do sexo masculino, brancos não-hispânicos, e hispânicos.

Outro estudo (REEVES et al., 2015a) utilizou modelos estatísticos multivariados para analisar mudanças nas taxas de suicídio em 20 países europeus entre 1981 e 2011. A recessão foi um determinante crítico nas variações de taxas de suicídios masculinos ocorridos em diferentes períodos na Europa. Essas variações não foram identificadas considerando-se ambos os sexos nem entre as diferentes regiões daquele continente. Ressalta-se que gastos com programas sociais dirigidos para a população desempregada e elevado capital cultural do trabalho pareceram mitigar o risco de suicídio, prevenindo, respectivamente, 540 e 210 suicídios masculinos no período investigado.

Um estudo *quasi-experimental* analisou aproximadamente 1 milhão de suicídios ocorridos nos EUA entre 1980 e 2010. Foram encontrados aumentos moderados no número de suicídios como decorrência das crises, após controlados pelas características sociodemográficas e tendências seculares. Entretanto, chama a atenção que o pouco aumento identificado apresenta significativa heterogeneidade pelo gênero, posição socioeconômica e período de tempo (HARPER et al., 2015).

Quanto à perda de moradia, FOWLER et al (2015), utilizando dados de 16 estados dos EUA, mostraram que esse foi um importante fator de risco para o suicídio. A análise de dois recortes temporais mostrou que o número desse tipo de suicídios dobrou após a crise, em 2010, comparativamente à 2005. Devido ao aumento das taxas de suicídios no Japão e na Coreia do Sul, quando comparadas com os outros países da OCDE, foram criadas políticas de prevenção em ambos os países. De forma a melhor compreender o comportamento dessa ação nos referidos países, foram analisadas taxas que mostraram que o efeito idade, período e coorte contribuíram de formas diferentes para as modificações das taxas de mortalidade por suicídio, apesar da proximidade geográfica e similaridades culturais (JEON; REITHER; MASTERS, 2016).

A tendência crescente na prevalência de transtornos de ansiedade e depressão após períodos econômicos de turbulência foi observada em adultos jovens, em particular um primeiro episódio depressivo enquanto os quadros de depressão recorrentes são observados nas pessoas mais velhas. O aumento das taxas de depressão em adultos jovens parece ser um fator importante no aumento das prescrições e consumo de medicamentos.

Nesse sentido, BARCELÓ et al. (2016) realizaram uma coorte retrospectiva (entre 2005 e 2012) analisando o consumo de psicotrópicos por indivíduos residentes em uma região no nordeste da Catalunha, na Espanha.

Os autores identificaram um aumento no consumo desses medicamentos no período subsequente à crise (após 2009), sobretudo entre indivíduos desempregados e entre aqueles que já utilizavam medicamentos para transtornos mentais anteriormente. Os maiores aumentos identificados foram no número de medicamentos ingeridos e, em menor grau, nas doses diárias administradas. Assim, os autores concluíram que a crise contribuiu mais expressivamente para um aumento da severidade do que da intensidade dos transtornos mentais nos indivíduos que já conviviam com esses distúrbios anteriormente à crise.

Na Inglaterra, os resultados do trabalho realizado por WISE (2014) mostraram que as prescrições de drogas antidepressivas dobraram no período 1998-2012. No entanto, não houve variações percentuais importantes no volume de prescrições quando comparados os períodos pré e pós-colapso bancário.

Esses resultados precisam ser tomados com certa cautela tendo em vista que pequenas variações nas taxas de prevalência podem não corresponder aos acréscimos expressivos no consumo de medicamentos antidepressivos, além de serem observadas variações entre os estudos (BRADFORD; LASTRAPES, 2014; KENDRICK et al., 2015).

De forma a melhor descrever a relação entre esses fatores de risco e a mortalidade por suicídio, a realização de estudos suplementares sobre as características daqueles que se suicidam devido ao desemprego, problemas financeiros e outras dificuldades causadas pela recessão ainda estão na agenda de pesquisa sobre o tema (BRADFORD; LASTRAPES, 2014; JEON; REITHER; MASTERS, 2016).

3.4.2- Doenças infecciosas

Existe certo consenso na literatura de que as crises econômicas podem não somente agravar a transmissão de doenças infecciosas, mas também limitar a sua capacidade de controle. Essas doenças, particularmente em situações de pandemia, podem ser responsáveis por uma mortalidade em escala comparáveis às situações de guerra e podem aprofundar a crise econômica em períodos de recessão. As doenças infecciosas representam um dos maiores riscos para o crescimento econômico dos países, regiões e do mundo como um todo. Apesar dos impactos deletérios, análises econômicas quase nunca referenciam as doenças infecciosas, ao contrário, as doenças infecciosas são mencionadas após as epidemias, como aconteceu com o Ebola na África, o vírus Zika no Brasil ou o HIV/AIDS no continente africano (SANDS et al., 2016). O impacto da recessão econômica no controle das doenças infecciosas vai depender do contexto, mapeamentos das áreas e situações de vulnerabilidade, e decisão política do financiamento.

Na Europa, foram observados vários problemas ligados às doenças infecciosas: aumento na infecção por HIV, reaparecimento da malária pela primeira vez em 40 anos, a Febre do Nilo e o ressurgimento da tuberculose na Grécia. A mudança no cenário epidemiológico foi relacionada à deterioração da situação econômica em países da Europa (KARANIKOLOS et al., 2016).

KENTIKELLENIS et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática buscando identificar relações entre as mudanças econômicas, a saúde da população de migrantes e as doenças infecciosas. Foram encontrados 653 artigos relacionando a crise econômica e a saúde de migrantes, dos quais apenas sete atenderam aos critérios de inclusão definidos pelos autores. Quanto aos estudos relacionando crise econômica e doenças infecciosas de uma maneira geral, identificaram-se 483 artigos e selecionaram-se 19. Os autores concluíram que a população de migrantes é especialmente vulnerável às doenças infecciosas, sofrendo um maior risco diretamente relacionado aos maiores efeitos das crises econômicas aos quais estão sujeitos. O desemprego, empobrecimento e outros fatores de risco estão associados à transmissibilidade de doenças.

Outra revisão sistemática da literatura (SUHRCKE et al., 2011) buscou examinar mudanças na carga de doenças infecciosas subsequentemente aos períodos de crise. Ao todo, 230 artigos foram encontrados e 37

incluídos nos critérios de busca. Desses, 30 apontaram evidências de piora nos desfechos relacionados às doenças infecciosas durante os períodos de recessão frequentemente como resultado do maior contato entre pessoas convivendo em situações de vida precárias, menor acesso aos tratamentos e terapias existentes e dificuldades de adesão. Os grupos de maior risco foram idosos, crianças, migrantes, moradores de rua e as populações carcerárias.

Especificamente para o caso da tuberculose, doença tipicamente associada à pobreza, REEVES et al (2015b) analisaram dados de 21 países europeus buscando avaliar os impactos da recessão econômica no controle dessa enfermidade. Eles utilizaram modelos de regressão multivariada para quantificar a associação entre PIB, gastos com saúde pública e taxas de detecção de tuberculose. Os autores concluíram que cortes nos gastos em saúde pública implicaram na diminuição da detecção de novos casos de tuberculose, aumentando os riscos de agravamento da epidemia dessa doença a longo prazo. Sabe-se também que a queda na sua taxa de detecção retarda o tratamento. O Centro de Prevenção e Controle Europeu estimou que pessoas com tuberculose não tratadas infectam cerca de 10-15 pessoas por ano. A redução do orçamento dos programas de controle da tuberculose acarreta diminuição na detecção de casos e no aumento a longo prazo dos custos de tratamento. Isto aconteceu, por exemplo, nos Estados Unidos na década de 1970, quando uma aparente economia de 100 milhões de dólares levou à explosão de uma epidemia resistente aos tuberculostáticos, cujo custo foi de 1 bilhão de dólares para o seu controle. Embora tanto a Irlanda como Portugal tenham vivenciado profunda recessão, a taxa de detecção caiu na Irlanda e não em Portugal. Tais resultados estão relacionados à decisão de alocação dos recursos. A Irlanda optou por implementar medidas importantes de redução nos gastos com saúde pública enquanto Portugal decidiu pela garantia dos investimentos nas ações de saúde pública.

3.4.3- Doenças crônicas não transmissíveis

Quanto às doenças crônicas não transmissíveis, foram captados estudos referindo-se sobretudo ao comportamento das doenças cardíacas. São descritos aumentos de picos hipertensivos nas emergências, aumento da incidência de infarto agudo do miocárdio, diabetes, vertigens, todos relacionados ao aumento do estresse (KARANIKOLOS et al., 2016).

Segundo ANDRIKOPOULOS et al (2016), que estudou os desfechos das doenças cardiovasculares depois da alta hospitalar em 37 hospitais na Grécia, apesar do tratamento ser o mesmo nos grupos de alta e baixa renda, o grupo de baixa renda apresentou mais complicações quando comparado com o outro. Para o autor, em períodos de crise financeira, a baixa renda é um preditor para as complicações após a alta de internações por doenças cardiovasculares.

Uma coorte realizada com 13 mil funcionários de uma empresa produtora de alumínio localizados em diferentes regiões dos EUA avaliou os riscos de desenvolver doenças crônicas durante o período de recessão. Os autores concluíram que houve aumento do risco de desenvolver hipertensão entre todas os empregados e aumento do risco de desenvolver diabetes entre aqueles que trabalhavam em setores da empresa que havia sofrido com maiores cortes de pessoal (MODREK; CULLEN, 2013).

FILIPPIDIS et al. (2014) analisaram três ondas de um estudo longitudinal representativo da população adulta na Grécia, no período anterior (2006, N=1.005), durante (2008, N=1.490) e após (2011, N=1.008) a crise. Eles buscaram avaliar as mudanças nos padrões de cuidados de saúde relacionados aos riscos de doenças cardiovasculares. De uma maneira geral, durante a crise houve diminuição do consumo de cigarros e aumento na realização de atividades físicas. Já na direção contrária, houve redução no consumo de ao menos cinco porções diárias de frutas e verduras.

NOELKE e AVENDANO (2015) realizaram estudo longitudinal de representatividade nacional da população norte-americana acima de 50 anos. Foram acompanhados 8.837 indivíduos entre 1992 e 2010 obtendo-se informações sobre seu status de trabalho e a existência de AVC ou infarto do miocárdio. Os autores concluíram que durante períodos de recessão o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares é reduzido na população que se manteve empregada e aumentado no grupo que perdeu seu trabalho.

LOERBROKS et al. (2014) analisaram a associação entre a insegurança no trabalho e a asma na Alemanha durante o período de recessão (2009-2011) através de dados prospectivos do “*German Socio-economic Panel*”. A coorte contou com o acompanhamento de sete mil indivíduos. A insegurança no trabalho foi definida pelos respondentes como a probabilidade de perda de emprego nos próximos dois anos. A incidência de asma foi medida como diagnóstico médico autorreferido pelos respondentes. Os autores mostraram ainda que uma probabilidade de perda de trabalho acima de 50% (medidos em 2009) esteve associada a um risco de 60% de desenvolver asma (medidos em 2011).

Em relação aos cânceres, estudo realizado nos Estados Unidos utilizando os registros dessa doença, analisou as tendências de alguns tipos de câncer no período pré e pós-recessão. As investigações iniciais mostraram que houve um declínio nas taxas, achado inesperado tendo em vista o perfil demográfico. O comportamento de descenso para alguns tipos de câncer coincidiu com o período de recessão. Os resultados das análises mais aprofundadas que relacionaram as tendências com uma métrica para medir o impacto da recessão mostraram um decréscimo mais acentuado durante a recessão para os cânceres de próstata e fígado para os homens e para as mulheres mama, ovário e melanoma. Este comportamento se mostrou associado às taxas de desemprego independente do tempo e do efeito secular. Isso pode ocorrer naqueles cânceres que apresentam menos sintomas clínicos, que seriam mais difíceis de tratar posteriormente (GOMEZ et al., 2017).

Períodos de recessão afetam de forma negativa a utilização e a oferta de serviços preventivos. Nos estudos com esse enfoque, é fundamental avaliar a perda de cobertura médica e os cortes ocorridos nos programas. Estudos relacionados à avaliação da procura por serviços preventivos devem considerar elementos como cobertura por seguro saúde, estado civil, sexo, escolaridade, raça e percepção do estado de saúde, desemprego, área urbano/rural (KING et al., 2014).

3.4.4- Doenças da infância

Entre os principais efeitos da crise nas crianças podem ser citados: queda da natalidade na Grécia e na Itália; enquanto na Grécia houve o aumento dos óbitos infantis, na Espanha, apesar da redução do consumo de *junk food*, houve um incremento importante da obesidade; nos Estados Unidos, as crianças sem cobertura do seguro saúde durante a recessão tiveram o risco aumentado de crises de asma; estudo realizado em Seattle encontrou um aumento na taxa de traumatismos cranianos entre crianças menores de 5 anos durante o período, e recessão quando comparado com o período anterior (KARANIKOLOS et al., 2016). Trauma encefálico em crianças também foi relatado por dois estudos selecionados nessa revisão (HUANG et al., 2011; WOOD et al., 2016).

GUNNLAUGSSON (2016), estudando os impactos da crise na Islândia, descreve modificações no perfil epidemiológico do referido grupo etário, apesar da Islândia ter optado por políticas de proteção às mães e crianças provendo serviços para garantir o bem-estar das crianças. Nos estudos de impacto da recessão na saúde das crianças devem ser incluídas as tendências mais comuns das doenças no período neonatal e pós-neonatal, além das principais doenças e agravos que acometem as mulheres/mães.

A redução de investimentos em programas sociais que assegurem o suporte às famílias em situação de vulnerabilidade, a diminuição do financiamento para atenção infantil e de outros programas são elementos que aumentam o risco da ocorrência de tais eventos. Nesse sentido, é fundamental garantir ações de segurança e proteção das crianças durante os períodos de turbulência econômica.

3.4.5- Violência interpessoal e doenças ocupacionais

Em toda a revisão, apenas foi selecionado um único artigo abordando o tema da violência interpessoal em contextos de crise. Trata-se de RALLIS et al (2015) que realizou estudo retrospectivo em um hospital geral de Atenas investigando 1.646 fraturas bucomaxilofaciais em prontuários de 1.105 pacientes no período anterior (2006 a 2009) e posterior (2010 a 2013) à crise econômica. Ao analisarem as variações no perfil das causas relacionadas a esses traumatismos no período analisado, os autores observaram uma redução entre aquelas relacionadas aos acidentes de trânsito e um aumento entre aquelas relacionadas à violência interpessoal, concluindo, assim, que houve um impacto da crise econômica nesse último.

O artigo de KARANIKOLOS et al (2016) resume os principais achados na literatura relacionados às doenças ocupacionais: na Islândia, o absenteísmo por doença aumentou enquanto a proporção de trabalhadores doentes comparando aos trabalhos temporários aumentou; na Espanha, o número de acidentes de trabalho diminuiu principalmente na construção civil e na indústria de manufaturas como consequência das atividades econômicas desse setores; no Canadá, foi relatada a redução da incidência dos transtornos musculoesqueléticos não traumáticos.

| 4- Discussão |

Com este trabalho, buscou-se examinar as evidências dos efeitos resultantes da crise financeira global de 2008 na saúde relatados na literatura.

A literatura científica encontrada indica uma maior frequência dos estudos sobre países da Europa, e países não europeus da OCDE. Há um volume considerável de estudos sobre a Grécia, indicando que a relevância da crise econômica no referido país e seu potencial espalhamento sobre os demais países da União Europeia atraiu o interesse de pesquisadores de todo o mundo. Encontraram-se poucos estudos sobre as demais regiões do planeta. Em relação aos países da América Latina, os seis estudos encontrados são opinativos não se remetendo a evidências dos efeitos da crise econômica sobre os países da região.

As políticas econômicas em resposta à crise variaram nos países. Contudo, os que optaram pela estratégia de austeridade fiscal foram os que produziram maior impacto restritivo sobre os sistemas e serviços de saúde. Em outra via, a crise econômica, seja pelo desemprego, seja pela redução das transferências de renda (no caso das reduções de investimento público em políticas de proteção social), restringiu a renda das famílias aumentando as barreiras de acesso aos bens e serviços das mais pobres.

São justamente os efeitos combinados da crise econômica com as políticas de ajuste fiscal que mais interessam aos países da América Latina. Afinal, as maiores economias da região³ estão implementando políticas de austeridade fiscal. Dessa forma, contextos em que os desafios postos pela crise econômica global, quando respondidos por políticas de austeridade com grande restrição do gasto social, são considerados como o *composto crise/austeridade*, ou seja, seus efeitos são considerados no seu conjunto no propósito de se identificar os determinantes intermediários na variação dos riscos, nos sistemas e serviços de saúde, e na morbimortalidade da população. Achados de KARANIKOLOS et al. (2013) corroboram com nossa proposição:

³ Argentina, Brasil, Colômbia e México.

“although recessions pose risks to health, the interaction of fiscal austerity with economic shocks and weak social protection is what ultimately seems to escalate health and social crises in Europe. Policy decisions about how to respond to economic crises have pronounced and unintended effects on public health, yet public health voices have remained largely silent during the economic crisis”.

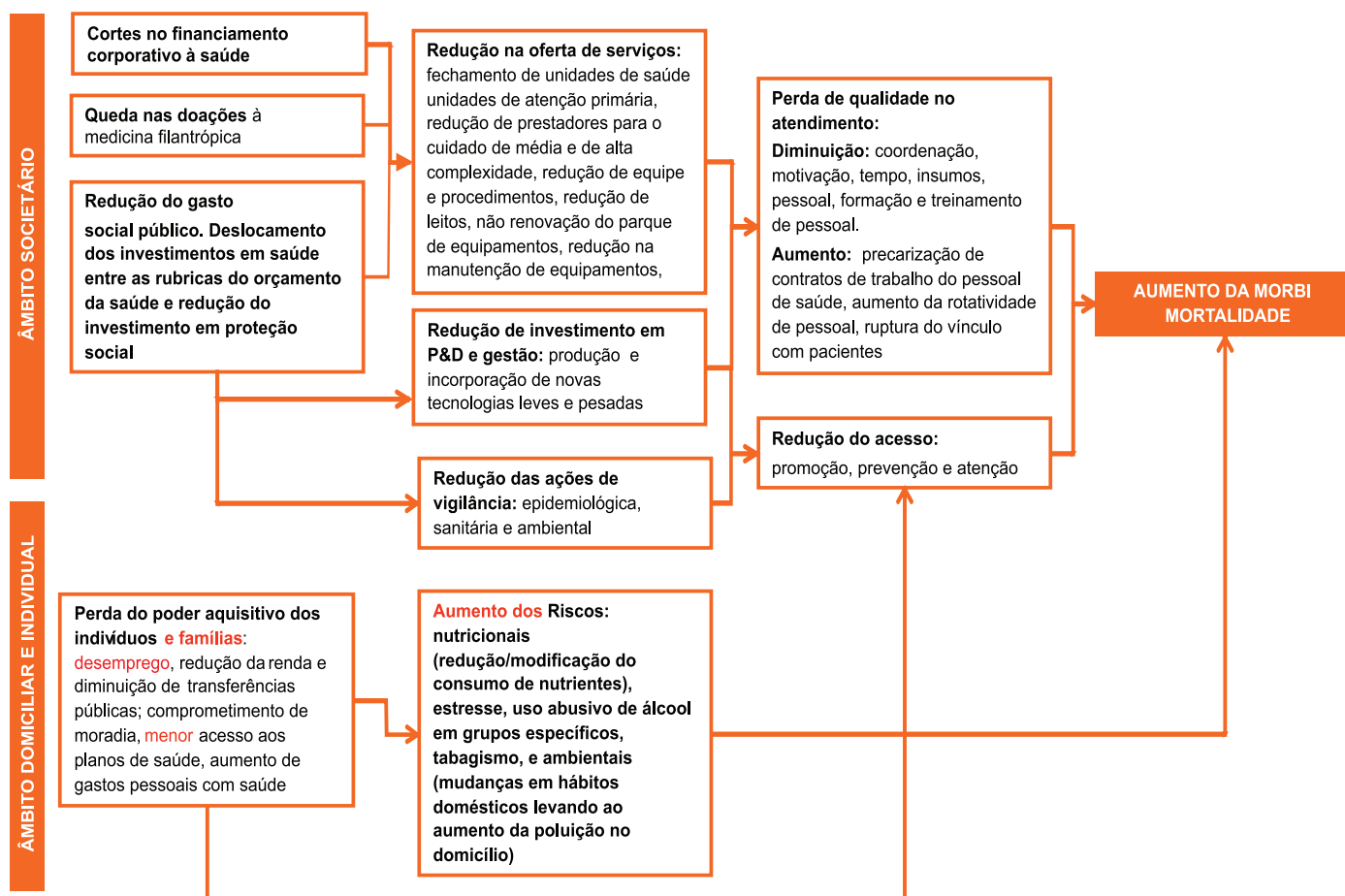
A Figura 2 apresenta um modelo esquemático das relações entre o composto crise/austeridade e os níveis de saúde da população. No âmbito societário, encontramos referências à redução do gasto em saúde referente a vários atores. O setor saúde foi afetado nos países que dispõem de: sistema nacional de saúde, como Reino Unido e Suécia; de seguro social, como Alemanha e Japão; e de seguro privado, como Estados Unidos e Austrália. Logo, diversas formas de financiamento e organização dos serviços de saúde apresentaram fortes reduções do gasto em saúde. Nos países em que a mediação do setor privado no acesso aos bens e serviços de saúde é muito grande, como nos Estados Unidos, houve uma grande redução do acesso por parte das famílias de desempregados. Também nos Estados Unidos encontramos a redução das doações aos serviços filantrópicos de saúde. Para um país que exercita um modelo híbrido de saúde como o Brasil, com forte presença dos setores públicos e privado e ainda com a presença residual porém importante da medicina filantrópica, a redução do acesso aos bens e serviços pode ocorrer em vários trajetos, fazendo com que o setor público venha a ser pressionado pelo aumento da demanda de populações que até o período pré-crise eram atendidas pelo setor privado ou não público, justamente quando o próprio setor público enfrenta uma grande retração de investimentos.

De uma maneira geral, a literatura revista indicou o impacto da redução de investimento sentido em todas as áreas do setor saúde: promoção, prevenção e atenção em saúde. Tanto os investimentos em ciência e tecnologia como os investimentos em gestão também foram afetados pela redução dos investimentos. Dessa forma, os estudos relatam a contração na rede de equipamentos em vários países, associados à redução dos recursos humanos e dos insumos. Os efeitos da escassez por seu turno tiveram repercussão sobre a qualidade dos serviços prestados, afetando a capacidade administrativa e gerencial e ainda a qualidade dos serviços prestados.

No âmbito domiciliar e individual, a combinação de desemprego com a redução das transferências públicas de proteção contra a pobreza afetaram de sobremaneira os hábitos e atitudes das populações mais pobres. As alterações quanto à dieta e aumento do estresse foram registradas em muitos países. Já o tabagismo e o uso abusivo de álcool foram afetados de forma diversa. Ora reduzidos devido à perda do poder aquisitivo, ora aumentados como resposta à expansão das tensões decorrentes do agravamento da pobreza familiar. A redução ou iminente redução do poder aquisitivo alterou a busca de serviços de saúde, sendo o adiamento ou a supressão da busca desses serviços pela redução dos gastos familiares ou como forma de evitar o estigma de portador de saúde débil e, portanto, vulnerável a ser incluído no grupo dos que devam ser prioritários em caso de demissão.

A crise econômica no Brasil combinada com a política de austeridade fiscal pode produzir um contexto mais grave que o vivenciado pelos países desenvolvidos. No país, sobrepõem-se historicamente altos níveis de desigualdade social, subfinanciamento do setor saúde e alta prevalência de doenças crônico-degenerativas com a persistência de doenças infecciosas evitáveis. O quadro mais recente aponta para o retorno de determinantes do aumento da morbimortalidade: para a redução do investimento em proteção social, o aumento da pobreza e a reemergência de doenças transmissíveis por vetores aéreos. Para o Brasil, os efeitos da crise e das políticas de austeridade sobre sistemas cronicamente deficitários é particularmente importante. Sistemas já deficitários em termos de financiamento passam a ter o seu quadro pelas medidas de austeridade, como apontaram LABONTÉ e STUCKLER (2016) no contexto europeu. Sistemas com fragmentação na governança observam o maior desequilíbrio na formação da equipe de profissionais de saúde tanto na composição das especialidades como na alocação territorial (GROENEWEGEN e JURGUTIS, 2013).

FIGURA 2. Impactos do composto crise/austeridade sobre a saúde



5- Conclusão: Construindo hipóteses sobre os impactos da crise/austeridade sobre a saúde no Brasil

Entre 2014 e 2016, MENEZES e JANNUZZI (2018) apontaram que a população vivendo em extrema pobreza (<1,25 dólares per capita ao dia) apresentou um crescimento de 93%, passando de 2,5% em 2014 para 4,9% em 2016, regredindo aos níveis experimentados pelo Brasil no ano de 2007. Na prática, o Brasil perdeu em dois anos o esforço de dez. Segundo o artigo, um levantamento realizado pela Oxfam Brasil revela uma queda de 83% em políticas voltadas à área social nos últimos três anos. A área de segurança alimentar teve investimentos reduzidos em 76% e a área de moradia em 62%. A queda também elevada na área de aquisição de alimentos (69% em três anos) aponta para uma ameaça do retorno da fome e da desnutrição no país, além de impactar diretamente os pequenos produtores.

O risco de epidemias é grande e o exemplo mais recente é a situação da febre amarela⁴. São Paulo apresenta a possibilidade de espalhamento da doença para o restante do Brasil e países vizinhos, com grandes prejuízos

financeiros. Impacto negativo seria esperado também em relação às demais doenças infecciosas, tendo em vista a interrupção de políticas relacionadas ao fornecimento de água potável e saneamento básico; melhorias no ambiente urbano, fortalecimento da atenção primária; e o desenvolvimento de inovações biotecnológicas.

Os efeitos negativos sobre as doenças crônico-degenerativas merecem ser especulados. Afinal, o estudo "*Carga de Doença no Brasil*" apontou elevada carga dos transtornos mentais, com destaque para depressão que apresentou maior magnitude nesse grupo (LEITE; VALENTE; SCHRAMM, 2013). A limitação do acesso aos serviços de saúde em um cenário de envelhecimento populacional com elevadas prevalências de doenças crônicas – cerca de 77% da carga de doença total no país (LEITE; VALENTE; SCHRAMM, 2013) – e por consequência, um aumento da população portadora de comorbidades, é um elemento a ser acompanhado tendo em vista os limites já impostos ao sistema de saúde universal em função do subfinanciamento.

O cuidado dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis é fundamentalmente longitudinal demandando, sobretudo, cuidados de média e alta complexidade muitas vezes não acessíveis para uma fração importante da população.

Um cenário de crise/austeridade sugere o aumento da carga de morbidade/aumento do número de complicações/sequelas, implicando em uma demanda crescente para procedimentos complexos e aumento da mortalidade prematura, um dos indicadores de monitoramento da *Agenda 2030*. Neste sentido, a ruptura na atenção desses pacientes é um elemento de sofrimento desnecessário. A redução das taxas de detecção como possível expressão do não acesso terá impacto em um conjunto de doenças, como no caso dos cânceres implicando em diagnósticos tardios e em muitas situações fora de possibilidade terapêutica; reduzindo ainda mais as taxas de sobrevivência que já são consideradas menores quando comparadas com outros países desenvolvidos.

A variação de outros indicadores de saúde relaciona-se às diferenças de contexto no que se refere ao aprofundamento da crise, respostas políticas em relação à implementação de medidas de proteção e as características da população, afetando os grupos populacionais mais vulneráveis.

MCKEE et al. (2012) apontaram que a adoção de medidas referentes à redução de gastos em alguns países da Europa teve impactos diferenciados dependendo do grau de robustez dos modelos de saúde e condição socioeconômica das populações. No entanto, em países com sistemas de saúde menos robustos e maior proporção de populações em situação de vulnerabilidade, essas estratégias tiveram efeitos desastrosos, levando o sistema de saúde perto do colapso, como aconteceu na Espanha.

O monitoramento e a realização de estudos na produção de evidências sobre os impactos das medidas adotadas no Brasil são de grande relevância tendo em vista a ausência de literatura sobre os efeitos das medidas de austeridade sobre os indicadores epidemiológicos, fatores de risco e de serviços de saúde.

As singularidades da América Latina e a relevância dos impactos observados nos países desenvolvidos impõem à comunidade científica do Brasil a responsabilidade de incorporar o tema em sua agenda de pesquisa. A alteração do investimento em saúde tem se realizado com baixa ou nenhuma participação da academia, usuários e mesmo governos subnacionais⁴. Dessa forma, ao observarmos a literatura científica sobre os países desenvolvidos, parece-nos imperativo que se produza evidências e se construam alternativas para se mitigar os efeitos da crise econômica levando-se em conta não apenas a sustentabilidade das finanças públicas, mas também o bem-estar da população.

⁴ <http://jornalggn.com.br/blog/ion-de-andrade/febre-amarela-e-ministro-candidato-pais-acefalo-por-ion-de-andrade#.WmKedrmhMXo.email>

6- Referências Bibliográficas

- ANDRIKOPOULOS, G. et al. Impact of income status on prognosis of acute coronary syndrome patients during Greek financial crisis. **Clinical Research in Cardiology: Official Journal of the German Cardiac Society**, v. 105, n. 6, p. 518–526, jun. 2016.
- BAHIA, L.; M SCHEFFER. Planos e seguros privados de saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 427–56.
- BARCELÓ, M. A. et al. Effects of the Financial Crisis on Psychotropic Drug Consumption in a Cohort from a Semi-Urban Region in Catalonia, Spain. **PloS One**, v. 11, n. 2, p. e0148594, 2016.
- BOSQUE-PROUS, M. et al. Job Loss, Unemployment and the Incidence of Hazardous Drinking during the Late 2000s Recession in Europe among Adults Aged 50–64 Years. **PloS One**, v. 10, n. 10, p. e0140017, 2015.
- BRADFORD, W. D.; LASTRAPES, W. D. A prescription for unemployment? Recessions and the demand for mental health drugs. **Health Economics**, v. 23, n. 11, p. 1301–1325, nov. 2014.
- CASTANO, J. et al. Restricting Access to Health Care to Immigrants in Barcelona: A Mixed-Methods Study With Immigrants Who Have Experienced an Infectious Disease. **International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation**, v. 46, n. 2, p. 241–261, 2016.
- DE BELVIS, A. G. et al. The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector. **Health Policy (Amsterdam, Netherlands)**, v. 106, n. 1, p. 10–16, jun. 2012.
- DE VOGLI, R. The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection. **International Journal for Equity in Health**, v. 13, p. 58, 25 jul. 2014.
- FERNANDEZ, A. et al. Effects of the economic crisis and social support on health-related quality of life: first wave of a longitudinal study in Spain. **The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 65, n. 632, p. e198–203, mar. 2015.
- FILIPPIDIS, F. T. et al. Trends in cardiovascular risk factors in Greece before and during the financial crisis: the impact of social disparities. **European Journal of Public Health**, v. 24, n. 6, p. 974–979, dez. 2014.
- FOWLER, K. A. et al. Increase in suicides associated with home eviction and foreclosure during the US housing crisis: findings from 16 National Violent Death Reporting System States, 2005–2010. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 2, p. 311–316, fev. 2015.
- GALLUS, S. et al. Which group of smokers is more vulnerable to the economic crisis? **Public Health**, v. 134, p. 34–38, maio 2016.
- GALLUS, S.; GHISLANDI, S.; MUTTARAK, R. Effects of the economic crisis on smoking prevalence and number of smokers in the USA. **Tobacco Control**, v. 24, n. 1, p. 82–88, jan. 2015.
- GASSMAN-PINES, A.; ANANAT, E. O.; GIBSON-DAVIS, C. M. Effects of statewide job losses on adolescent suicide-related behaviors. **American Journal of Public Health**, v. 104, n. 10, p. 1964–1970, out. 2014.
- GOLDMAN-MELLOR, S. J.; SAXTON, K. B.; CATALANO, R. C. Economic Contraction and Mental Health: A Review of the Evidence, 1990–2009. **International Journal of Mental Health**, v. 39, n. 2, p. 6–31, 1 jul. 2010.
- GOMEZ, S. L. et al. Recent declines in cancer incidence: related to the Great Recession? **Cancer causes & control: CCC**, v. 28, n. 2, p. 145–154, fev. 2017.
- GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. **Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde**. [s.l.] The World Bank, 2013.
- GRIGORAKIS, N. et al. Out of pocket payments and social health insurance for private hospital care: Evidence from Greece. **Health Policy (Amsterdam, Netherlands)**, v. 120, n. 8, p. 948–959, ago. 2016.
- GROENEWEGEN, P. P.; JURGUTIS, A. A future for primary care for the Greek population. **Quality in Primary Care**, v. 21, n. 6, p. 369–378, 2013.

⁴ Em menor grau, esse fenômeno também foi observado na Europa, conforme indicado por REILLY e MCKEE (2012): “a implementação de medidas de austeridade tem sido limitada a Ministros da área Econômica e Ministros da Saúde não têm ocupado o lugar devido na discussão da agenda implementada. Como consequência, o impacto na saúde e no bem-estar das pessoas não foi considerado até que os votos fossem depositados nas urnas.”

- GUNNLAUGSSON, G. Child health in Iceland before and after the economic collapse in 2008. **Archives of Disease in Childhood**, v. 101, n. 5, p. 489–496, maio 2016.
- HARPER, S. et al. Economic downturns and suicide mortality in the USA, 1980-2010: observational study. **International Journal of Epidemiology**, v. 44, n. 3, p. 956–966, jun. 2015.
- HAWTON, K. et al. Impact of the recent recession on self-harm: Longitudinal ecological and patient-level investigation from the Multicentre Study of Self-harm in England. **Journal of Affective Disorders**, v. 191, p. 132–138, fev. 2016.
- HUANG, M. I. et al. Increased incidence of nonaccidental head trauma in infants associated with the economic recession. **Journal of Neurosurgery. Pediatrics**, v. 8, n. 2, p. 171–176, ago. 2011.
- JACKSON, T. L. et al. Correlates of smoking during an economic recession among parents of children with asthma. **The Journal of Asthma: Official Journal of the Association for the Care of Asthma**, v. 50, n. 5, p. 457–462, jun. 2013.
- JEON, S. Y.; REITHER, E. N.; MASTERS, R. K. A population-based analysis of increasing rates of suicide mortality in Japan and South Korea, 1985-2010. **BMC public health**, v. 16, p. 356, 23 abr. 2016.
- KARANIKOLOS, M. et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. **Lancet (London, England)**, v. 381, n. 9874, p. 1323–1331, 13 abr. 2013.
- KARANIKOLOS, M. et al. Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income Oecd Countries: A Narrative Review. **International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation**, v. 46, n. 2, p. 208–240, 2016.
- KENDRICK, T. et al. Changes in rates of recorded depression in English primary care 2003-2013: Time trend analyses of effects of the economic recession, and the GP contract quality outcomes framework (QOF). **Journal of Affective Disorders**, v. 180, p. 68–78, 15 jul. 2015.
- KENTIKELIS, A. et al. Greece's health crisis: from austerity to denialism. **Lancet (London, England)**, v. 383, n. 9918, p. 748–753, 22 fev. 2014.
- KENTIKELIS, A. et al. How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 6, p. 937–944, dez. 2015.
- KING, C. J. et al. Breast and cervical screening by race/ethnicity: comparative analyses before and during the Great Recession. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 46, n. 4, p. 359–367, abr. 2014.
- LAANANI, M. et al. Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 69, p. 103–109, fev. 2015.
- LABONTÉ, R.; STUCKLER, D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 70, n. 3, p. 312–318, mar. 2016.
- LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; SCHRAMM, J. M. A. **Relatório final do projeto Carga de Doença do Brasil, 2008** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, 2013.
- LOERBROKS, A. et al. Job insecurity is associated with adult asthma in Germany during Europe's recent economic crisis: a prospective cohort study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 68, n. 12, p. 1196–1199, dez. 2014.
- MAEDA, J. L. K. et al. Association between the unemployment rate and inpatient cost per discharge by payer in the United States, 2005-2010. **BMC health services research**, v. 14, p. 378, 13 out. 2014.
- MARTIN-CARRASCO, M. et al. EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 266, n. 2, p. 89–124, mar. 2016.
- MCKEE, M. et al. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. **Clinical Medicine (London, England)**, v. 12, n. 4, p. 346–350, ago. 2012.
- MENEZES, F.; JANNUZZI, P. M. Com o aumento da extrema pobreza, Brasil retrocede dez anos em dois. **Teoria e Debate**, p. 1–2, 2018.
- MERZAGORA, I. et al. Suicide Risk and the Economic Crisis: An Exploratory Analysis of the Case of Milan. **PLoS One**, v. 11, n. 12, p. e0166244, 2016.
- MODREK, S.; CULLEN, M. R. Health consequences of the “Great Recession” on the employed: evidence from an industrial cohort in aluminum manufacturing. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 92, p. 105–113, set. 2013.
- MULIA, N. et al. Economic loss and alcohol consumption and problems during the 2008 to 2009 U.S. recession. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 38, n. 4, p. 1026–1034, abr. 2014.
- NOELKE, C.; AVENDANO, M. Who suffers during recessions? Economic downturns, job loss, and cardiovascular disease in older Americans. **American Journal of Epidemiology**, v. 182, n. 10, p. 873–882, 15 nov. 2015.

- PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Reforma sanitária brasileira em perspectiva e o SUS. In: **Saúde Coletiva - Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 203–211.
- PHILLIPS, J. A.; NUGENT, C. N. Suicide and the Great Recession of 2007-2009: the role of economic factors in the 50 U.S. states. **Social Science & Medicine** (1982), v. 116, p. 22–31, set. 2014.
- QUAGLIO, G. et al. Austerity and health in Europe. **Health Policy (Amsterdam, Netherlands)**, v. 113, n. 1-2, p. 13–19, nov. 2013.
- RALLIS, G. et al. Impact of the economic recession on the etiology of maxillofacial fractures in Greece. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 119, n. 1, p. 32–34, jan. 2015.
- REEVES, A. et al. The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. **Health Policy (Amsterdam, Netherlands)**, v. 115, n. 1, p. 1–8, mar. 2014.
- REEVES, A. et al. Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 3, p. 404–409, jun. 2015a.
- REEVES, A. et al. Tuberculosis control and economic recession: longitudinal study of data from 21 European countries, 1991-2012. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 93, n. 6, p. 369–379, 1 jun. 2015b.
- REGIDOR, E. et al. Mortality decrease according to socioeconomic groups during the economic crisis in Spain: a cohort study of 36 million people. **Lancet (London, England)**, v. 388, n. 10060, p. 2642–2652, 26 2016.
- RÖHRIG, B. et al. Types of Study in Medical Research. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 106, n. 15, p. 262–8, 2009.
- SANDS, P. et al. Assessment of economic vulnerability to infectious disease crises. **Lancet (London, England)**, v. 388, n. 10058, p. 2443–2448, 12 2016.
- SIMOU, E.; KOUTSOGEORGOU, E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. **Health Policy (Amsterdam, Netherlands)**, v. 115, n. 2-3, p. 111–119, abr. 2014.
- STUCKLER, D.; BASU, S. **The Body Economic: Why Austerity Kills**. First Edition edition ed. New York: Basic Books, 2013.
- SUHRCKE, M. et al. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. **PloS One**, v. 6, n. 6, p. e20724, 2011.
- VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: Aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. [Providing quality pharmaceutical services in Brazil: items pending the unified health on the Unified Health System's agenda]. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 2, p. 91–100, 08PY - 2008 2008.
- VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?**. Brasília: Instituto de pesquisa econômica aplicada, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7266>>. Acesso em: 19 fev. 2018.
- WISE, J. GPs in England prescribed 2.7 million extra antidepressants during 2012 recession. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 348, p. g3607, 28 maio 2014.
- WOOD, J. N. et al. Association of Pediatric Abusive Head Trauma Rates With Macroeconomic Indicators. **Academic Pediatrics**, v. 16, n. 3, p. 224–232, abr. 2016.
- WORLD ECONOMIC FORUM. **The Global Risks Report 2017**. Genebra: World Economic Forum, 2017.

7- Anexo: caracterização dos estudos utilizados na revisão

Desenho*	Autores	Ano	Objetivos	Países estudados/Amostra	Principais achados	Tema
Estudo coorte prospectivo multicêntrico	ANDRIKOPOULOS, G. et al.	2016	Avaliar o impacto da renda de pacientes com síndrome coronariana aguda	37 hospitais da Grécia (foram seguidos 794 pacientes)	Nos período de crise econômica, baixa renda é um preditor importante para os piores desfechos após alta hospitalar	Epidemiologia
Estudo coorte histórico	BARCELÓ, M. A. et al.	2016	Determinar se houve aumento do consumo de psicotrópicos como decorrência da crise financeira (2005-2012)	Usuários do serviço de atenção primária na região nordeste da catalunha, Espanha (11,433 indivíduos)	Foram identificados maiores aumentos no número de medicamentos ingeridos do que nas doses diárias administradas. Assim, os autores concluíam que a crise contribuiu mais para um aumento da severidade do que da intensidade dos transtornos mentais, nos indivíduos que já conviviam com esses distúrbios anteriormente à crise	Riscos
Estudo coorte prospectivo multicêntrico	BOSQUE-PROUS, M. et al.	2015	Analisar o desenvolvimento de alcoolismo entre pessoas de 50 a 64 anos média durante a recessão econômica	Estudo envolvendo duas ondas (2006 e 2012) de uma coorte envolvendo 7.615 indivíduos de 50 a 64 anos provenientes de 11 países europeus inicialmente não consumidores obstinados de bebidas alcoólicas	Os autores identificaram que no período estudado de 6 anos, 505 indivíduos passaram a consumir álcool abusivamente. Os autores concluíam que a perda de emprego durante a recessão foi um importante fator de risco para aumento da incidência de bebedores obstinados	Riscos
Estudo transversal	BRADFORD, W. D.; LASTRAPES, W. D.	2014	Estimar o quanto a recessão induz a demanda de medicamentos para transtornos mentais sendo uma medida da perda de bem-estar	Estados Unidos. National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS), conducted annually by the U.S. Census Bureau	O número de prescrições para transtornos mentais cresceu 10% quando houve uma queda de 1% nas taxas de emprego	Epidemiologia
Estudo de caso	CASTANO et al.	2016	Estudar o efeito da implementação do Real Decreto Lei 16/2012 no acesso ao Cartão Individual de Saúde (CIS) por parte de estrangeiros portadores de doenças infecciosas em Barcelona	Barcelona	66% dos entrevistados correm o risco de perder o acesso ao CIS e por conseguinte aos serviços de saúde após a edição do decreto. Isto pode comprometer o combate às doenças infecciosas em toda a população do país	Serviços de saúde, epidemiologia
Estudo de caso	DE BELVIS	2012	Descrever o cenário de crise e as respostas em termos de política econômica, alertando para os riscos dos cortes lineares na alocação do orçamento público global para o setor saúde	Itália	A política de austeridade fiscal no país pode aumentar as desigualdades no acesso aos serviços, deteriorar a saúde e o bem-estar da população, e aprofundar as desigualdades interregionais da qualidade dos serviços de saúde. Evidências preliminares indicam que a crise está afetando a qualidade nutricional e a incidência de distúrbios psíquicos. Há o risco da redução de investimentos em medicina preventiva, infraestrutura para medicina baseada em evidências, sistemas de informação em saúde e renovação da infraestrutura. Estratégia baseada em cortes orçamentários pode ter consequências de longo prazo	Serviços de saúde, epidemiologia

Desenho*	Autores	Ano	Objetivos	Países estudados/Amostra	Principais achados	Tema
Estudo coorte prospectivo	FERNANDEZ et al.	2015	Estimar o impacto de ser pessoalmente afetado pela crise econômica na qualidade de vida relacionada à saúde levando em consideração os efeitos protetivos do suporte social percebido	Barcelona	Na coorte de 143 indivíduos observados de março a novembro de 2012, não foi encontrado associação estatística entre exposição à crise econômica e a dimensão física da qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL). Foi observada interação ente suporte social e crise econômica sobre a dimensão saúde mental do HRQoL. Indivíduos com baixo nível de suporte social expostos à crise apresentaram os menores níveis de HRQoL quanto à dimensão mental. Suporte social tem efeito protetor na saúde mental nas recessões econômicas	Serviços de saúde, epidemiologia
Estudo coorte prospectivo	FILIPPIDIS, F. T. et al.	2014	Analisar as mudanças nos padrões de cuidados de saúde relacionados aos riscos de doenças cardiovasculares como decorrência da crise de 2008	Três ondas de um estudo longitudinal representativo da população adulta na Grécia, no período anterior (2006, N=1.005), durante (2008, N=1.490) e após a crise (2011, N=1.008)	De uma maneira geral, durante a crise houve diminuição do consumo de cigarros, aumento na realização de atividades físicas e, na direção contrária, redução no consumo de ao menos 5 porções diárias de frutas e verduras	Riscos
Estudo ecológico	FOWLER, K. A. et al.	2015	Determinar a frequência, as características e as circunstâncias precipitadoras de suicídios relacionados a despejos durante a crise imobiliária nos EUA	Análise de suicídios ocorridos em 2005 e 2010 em 16 estados dos EUA a partir do "National Violent Death Reporting System"	A perda de moradia foi um importante fator de risco para suicídio. A análise de dois recortes temporais mostrou que o número desse tipo de suicídios dobrou após a crise, em 2010, comparativamente à 2005	Riscos
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	GALLUS, S. et al.	2016	Identificar mudanças nos hábitos de consumo de indivíduos tabagistas sob a influência da crise econômica de 2008	Dados de três inquéritos realizados na Itália com representatividade nacional entre 2012 e 2014 entre indivíduos tabagistas maiores de 15 anos	Houve aumento autorreferido no consumo de tabaco globalmente baixo. Entretanto, a análise multivariada indicou uma tendência maior para essa elevação em grupos cuja idade, escolaridade e renda familiar eram menores	Riscos
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	GALLUS, S.; GHISLANDI, S.; MUTTARAK, R.	2015	Analisar as diferenças na prevalência de fumantes entre os períodos pré (2005-2007) e pós-crise (2009-2010)	Dois amostras transversais com representatividade nacional de adultos nos EUA provenientes do "Repeated Behavioral Risk Factor Surveillance System" (BRFSS). Dados referentes aos períodos pré (2005-2007) e pós-crise (2009-2010)	Após correção por diversos fatores os autores identificaram que a crise foi responsável por um leve aumento na prevalência de fumo na população sendo esse aumento muito mais expressivo entre os indivíduos desempregados	Riscos
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	GASSMAN-PINES, A.; ANANAT, E. O.; GIBSON-DAVIS, C. M.	2014	Analisar o impacto do aumento das taxas estaduais de desemprego em comportamentos suicidas de jovens nos Estados Unidos	Dados do "Youth Risk Behavior Survey" e do "Bureau of Labor Statistics" com representatividade nacional para os EUA. Dados entre 1997 to 2009	Os resultados apontaram que aumentos nas taxas de desemprego no ano anterior à pesquisa aumentaram a probabilidade de pensamentos, planos ou tentativas de suicídio entre jovens do sexo feminino, e adolescentes negros não hispânicos. O desemprego não esteve associado a comportamentos suicidas entre jovens do sexo masculino, brancos não-hispânicos, e hispânicos	Riscos

Desenho*	Autores	Ano	Objetivos	Países estudados/Amostra	Principais achados	Tema
Estudo de revisão	GOLDMAN-MELLOR, S. J.; SEXTON, K. B.; CATALANO, R. C.	2010	A literatura aponta que em períodos de retração econômica há um aumento na incidência de transtornos mentais. No entanto, a extensão na qual há uma relação causal em relação à experiência econômica nos indivíduos ainda é incerta	A literatura revisada incluiu estudos com abordagens individual e ecológica para quatro tipos de transtorno: depressão, uso e abuso de drogas, comportamento social, suicídio. Foi observado que no nível individual são utilizadas as seguintes variáveis: perda de emprego, transição ou emprego inadequado, bem-estar	Entre os estudos que melhor estabelecem relação causal foi observada uma associação moderada entre perda de emprego e depressão, os estudos também apontaram um relação importante entre perda de emprego e aumento de "bebedores pesados" e sintomas de abuso de álcool. Nos estudos revisados foi constatado que os efeitos adversos da transição econômica em relação ao aumento dos transtornos mentais principalmente depressão, suicídio e abuso de substâncias	Epidemiologia
Estudo ecológico	GOMEZ, S.L. et al.	2017	Declínio das taxas de câncer em um momento no qual a população idosa aumentou nos Estados Unidos. Essa tendência coincidiu com o período da Grande Recessão. O estudo analisou as relações com as condições econômicas	EUA/ Califórnia/30 áreas geográficas. Foi utilizado um índice que mede o impacto da recessão. Foram analisados os dados do registro de câncer da Califórnia, considerando 30 áreas geográficas mais populosas. Foram realizadas análises de tendência da incidência para todos os cânceres durante o período pré-recessão (1996–2007) e recessão/recuperação (2008-2012)	O declínio de casos de câncer pode estar relacionado às taxas de desemprego nos períodos de recessão. Uma das razões pode ser pela retração dos cuidados preventivos particularmente nos casos clínicos menos urgentes. O monitoramento é fundamental para detectar as possíveis alterações de tendência na incidência	Epidemiologia
Estudo transversal	GRIGORAKIS et al.	2016	Estudo dos mecanismos de mutualização de riscos do seguro social de saúde e os impactos catastróficos que os pagamentos diretos podem ter sobre a renda e bem-estar dos segurados	Grécia	Pagamentos diretos para hospitalizações em hospitais privados está correlacionado com o financiamento disponível para o seguro social de saúde, e que este financiamento está em níveis inadequados para cobrir as hospitalizações	Serviços de saúde
Estudo de caso	GROENEWEGEN e JURGUTIS	2013	O Grupo de Trabalho para Grécia solicitou aos autores que avaliassem a situação da atenção primária na Grécia e fizessem recomendações para a reforma	Grécia	A governança da atenção primária (e da saúde em geral) é fragmentada. Não há política de regulação da admissão nos serviços. Pagamentos formais e informais são altos. Há muitos médicos, mas poucos generalistas e poucas enfermeiras. Os profissionais estão distribuídos de forma desigual no país. Como consequência, há dificuldades quanto ao acesso aos serviços, continuidade da atenção, coordenação e amplitude da atenção primária à saúde. Melhorar o modelo de referenciamento para o nível secundário. Reduzir as contribuições diretas ao menor nível. Separar os papéis dos compradores e provedores de serviços. Melhorar a qualidade dos serviços com o uso de protocolos clínicos e indicadores de qualidade. Enfatizar a atenção primária na educação médica e treinar os médicos especialistas que atuam na atenção primária para adquirir a competência necessária às suas atividades. Divulgar a importância da atenção primária aos pacientes e população em geral	Serviços de saúde

Desenho*	Autores	Ano	Objetivos	Países estudados/Amostra	Principais achados	Tema
Revisão de narrativa	GUNNLAUGSSON	2016	Estudar os efeitos do colapso econômico de 2008 sobre a saúde infantil na Islândia	Islândia	O colapso econômico de 2008 promoveu desemprego em grandes proporções e pobreza infantil. Políticas distributivas tiveram efeitos protetivos imediatos sobre a saúde materno-infantil. Contudo, em relação ao futuro, pode-se especular o crescimento de desigualdade e doenças mentais	Serviços de saúde, epidemiologia
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	GUNNLAUGSSON, G.	2017	Estudar o impacto da crise econômica na saúde e no bem-estar das crianças e suas famílias	Dados foram retirados de diferentes fontes de dados nacionais da Islândia e inquérito nacional sobre a situação da criança e adolescente; análises realizadas a partir de 2008	Apesar da piora de alguns indicadores como a proporção de nascimentos pequenos para idade gestacional, se demonstrou que a proteção aos grupos vulneráveis, acesso fácil e universal aos cuidados de saúde podem ser mantidos durante os períodos de crise	Epidemiologia
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	HARPER, S. et al.	2015	Analisar a relação entre suicídio e recessão econômica nos EUA	Dados do "US National Center for Health Statistics Detailed Mortality Files." entre 1980 e 2010	Não foram encontrados aumentos robustos no número de suicídios como decorrência das crises, após controle pelas características sociodemográficas e tendências seculares. O pouco aumento identificado apresenta significativa heterogeneidade pelo gênero, posição socioeconômica e período de tempo	Epidemiologia e riscos
Estudo ecológico	HAWTON, K. et al.	2016	Analisar a relação entre suicídio e recessão econômica na Inglaterra	Dados do "Multicentre Study of Self-harm" e do "local employment statistics for Oxford" para os anos de 2001 e 2010 em Oxford, Manchester e Derby na Inglaterra	Os autores encontraram maiores taxas de violência autoinfligida após a crise ocorrida em 2008 e em indivíduos desempregados. A estratificação por regiões mostrou que essas taxas também foram significativamente maiores naquelas localidades com maiores taxas de desemprego	Epidemiologia e riscos
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	HUANG, M. I. et al.	2011	Observar a associação entre recessão econômica e trauma de cabeça não acidental em crianças menores do que 2 anos	Estados Unidos. Foram utilizados os registros de trauma	Houve um aumento da incidência de trauma de cabeça não acidental no período de recessão econômica	Epidemiologia
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	JACKSON, T. L. et al.	2013	Analisar a relação entre tabagismo e desemprego como decorrência da recessão econômica nos EUA	Dois amostras transversais com representatividade nacional de adultos nos EUA provenientes do "Repeated Behavioural Risk Factor Surveillance System" (BRFSS). Dados de 2008 e 2010	Corrigidos os fatores sociodemográficos, o desemprego não era um fator de risco significativo para o tabagismo em 2008, mas passou a ser em 2010 quando o país passou por severa recessão	Riscos
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	JEON, S. Y.; REITHER, E. N.; MASTERS, R. K.	2016	Analisar a tendência das taxas de suicídios na Coreia do Sul e no Japão no período 1985-2010. Ao contrário de outros países, as taxas declinaram na maior parte dos países membro da OCDE, com exceção da Coreia do Sul e do Japão	Bases de dados de mortalidade da Coreia do Sul e Japão	No Japão, o aumento das taxas de suicídio estiveram relacionadas à crise financeira na Ásia dos anos 1990. Entretanto, na Coreia do Sul, vários fatores parecem estar relacionados ao aumento dos suicídios nas idades mais avançadas. O estudo apontou um efeito coorte importante no período da Grande Depressão após a Guerra da Coreia	Epidemiologia

Desenho*	Autores	Ano	Objetivos	Países estudados/Amostra	Principais achados	Tema
Estudo de tendência	KARANIKOLOS, M. et al.	2013	Descrever as origens da crise econômica na Europa e seus efeitos sobre os sistemas de saúde, e estimar os efeitos negativos sobre a saúde com base nas prévias situações econômicas adversas	Países europeus	Grécia, Espanha e Portugal que adotaram políticas de austeridade fiscal mais severas, enquanto suas economias continuam encolhendo, a pressão sobre seus sistemas de saúde está crescendo. Suicídios e surtos de doenças infecciosas estão crescendo no momento em que os cortes orçamentários têm restringido o acesso aos serviços de saúde. Em contraste, a Islândia que rejeitou a política de austeridade por voto popular não apresentou efeitos negativos da crise sobre a saúde da população. Apesar da recessão apresentar riscos à saúde pública, é a interação da austeridade fiscal com os choques econômicos somados à frágil proteção social é que tem potencializado as crises sociais e da saúde na Europa	Epidemiologia
Revisão narrativa	KARANIKOLOS, M. et al.	2016	Efeitos da Grande Recessão na saúde em países de alta renda	Artigos publicados entre 2009 e 2015. Foram selecionados 122 artigos de acordo com os critérios de inclusão	A crise financeira de 2008 produziu efeitos negativos na saúde mental com aumento das taxas de suicídio e alterações expressivas nas doenças transmissíveis e não transmissíveis e serviços de saúde. Estes efeitos se fizeram sentir de forma expressiva quando as medidas de austeridade se prolongam e em populações mais vulneráveis	Epidemiologia
Estudo de caso	KENTIKELIS et al.	2014	Rever os fundamentos da crise, identificando como as políticas de austeridade afetaram a saúde da população grega e seu acesso aos serviços de saúde, e examinar a resposta em termos de políticas públicas relacionadas à catástrofe da saúde pública no país	Grécia	Na comparação entre os anos 2007 e 2011, pacientes idosos, especialmente os mais pobres, informaram dificuldade de acesso aos serviços relacionados à distância das unidades de saúde, escassez e alto custo do transporte. Devido aos cortes, os serviços de saúde mental foram seriamente afetados (decréscimo de 20% de 2010 para 2011, e mais 55% no ano seguinte), com fechamento de unidades, redução de pessoal, interrupção de serviços de psiquiatria infantil. Entre 2008 a 2011, a demanda por serviços de psiquiatria cresceu 120%, a prevalência da depressão cresceu 2,5 vezes. Óbitos por suicídio cresceram 45% de 2007 a 2011, inicialmente com grande predomínio de homens	Serviços de saúde, epidemiologia
Revisão sistemática	KENTIKELIS, A. et al.	2015	Identificar relações entre as mudanças econômicas, a saúde da população de migrantes e as doenças infecciosas	Bases de dados PubMed/ Medline, Web of Science, Cochrane Library, Google Scholar, literatura cinza. Foram encontrados 653 artigos relacionando crise econômica e saúde de migrantes, dos quais apenas 7 atenderam aos critérios de inclusão definidos pelos autores. Quanto aos estudos relacionando crise econômica e doenças infecciosas de uma maneira geral, identificaram-se 483 e selecionaram-se 19	Os autores concluíram que a população de migrantes é especialmente vulnerável às doenças infecciosas, sofrendo um risco tanto maior quanto maiores são os efeitos das crises econômicas aos quais estão sujeitos. O desemprego, empobrecimento e outros fatores de risco estão associados à transmissibilidade de doenças. Soma-se a isso as medidas de austeridade em meio a crise que promovem cortes nas ações de prevenção e tratamento agravando o quadro de saúde dessa população	Epidemiologia e riscos

Desenho*	Autores	Ano	Objetivos	Países estudados/Amostra	Principais achados	Tema
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	KING, C. J. et al.	2015	Analisar a tendência de depressão a partir dos registros clínicos da atenção primária durante o período de recessão	Inglaterra. Análise de Série Temporal antes e depois da recessão. Foram utilizados os registros clínicos	Os registros de depressão apresentaram um decréscimo no período que precedeu a recessão. Um aumento foi registrado nos homens a partir do aumento do desemprego	Epidemiologia
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	LAANANI, M. et al.	2015	Analisar a tendência das taxas de suicídios em países da Europa Ocidental em relação às taxas de desemprego	Foram analisados: Áustria, Finlândia, França, Alemanha, Suécia, Holanda, Espanha e Reino Unido, base de dados Eurostat. Período 2000-2010	Taxa de suicídio e desemprego apresentaram associação em todos os países cujos dados foram analisados. No entanto, ao introduzir "efeito crise" no modelo, houve modificação na associação. A análise de sensibilidade realizada apresentou uma variação importante no "efeito crise" entre os países	Epidemiologia e riscos
Artigo de posicionamento	LABONTÉ e STUCKLER	2016	Descrever a crise econômica global e as políticas de austeridade subsequentes que produzem impactos negativos sobre saúde. Apresentar proposta de reformas que revertam as desigualdades crescentes e efeitos deletérios sobre a saúde	Todos os países	Propostas: reinstaurar a regulação das finanças globais. Rejeitar as políticas de austeridade em função das evidências empíricas e motivações éticas, considerada as já demonstradas consequências negativas sobre a saúde pública. Restituir modelos de tributação progressiva em escalas global e nacional. Substituir a economia baseada em combustíveis fósseis e políticas de crescimento econômico não sustentáveis. Isso implica um modelo redistributivo do trabalho e de pagamento justo	Serviços de saúde
Estudo coorte prospectivo	LOERBROKS, A. et al.	2014	Analisar a associação entre a insegurança no trabalho e asma na Alemanha durante o período de recessão	Dados do estudo coorte "German Socio-Economic Panel (GSOEP) study," com representatividade nacional na Alemanha para indivíduos maiores de 18 anos (N=7356). Foram utilizadas as ondas de 2009 e 2011	Os autores mostraram que uma probabilidade de perda de trabalho acima de 50% (medidos em 2009) esteve associada a um risco de 60% de desenvolver asma (medidos em 2011)	Riscos
Estudo ecológico	MAEDA et al.	2014	Estudar as associações entre a variação nas taxas de desemprego e os custos dos serviços médicos no momento da alta, tanto no Medicare, como no setor privado (2005-2010)	46 estados norte-americanos	O efeito marginal do desemprego está associado ao custo da hospitalização aferido no momento da alta, tanto para o Medicare como para o financiado pelo setor privado em geral. A cada aumento de 1% na taxa de desemprego encontrou-se o acréscimo de 37 dólares nos serviços privados e 49 dólares nas hospitalizações financiadas pelo Medicare	Serviços de saúde
Revisão narrativa	MARTIN-CARRASCO, M. et al.	2016	Revisar literatura sobre os efeitos da recessão na saúde mental	Foram revisados 350 artigos	Os principais efeitos encontrados foram: comprometimento, bem-estar psicológico, ansiedade, depressão, abuso de álcool, suicídio; como fatores de risco: desemprego, condições de trabalho precárias, falta de rede social, instabilidade de moradia	Epidemiologia

Desenho*	Autores	Ano	Objetivos	Países estudados/Amostra	Principais achados	Tema
Artigo de posicionamento	MCKEE et al.	2012	Contribuir com as discussões dos líderes da saúde no Fórum Europeu de Saúde de 2012	EUA e países europeus	Tomando como exemplo Reino Unido, Irlanda, Grécia, Portugal e Espanha, políticas de austeridade têm fracassado tanto na economia como na saúde. Nesses países têm crescido as taxas de suicídio - onde ocorreram cortes no orçamento da saúde - e os déficits de acesso à saúde. Existem alternativas às políticas de austeridade, mas elas não são consideradas devido às preferências ideológicas, que acabam triunfando sobre as evidências	Serviços de saúde
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	MERZAGORA, I. et al.	2016	Analisar o comportamento das taxas de suicídio na região da Lombardia/Itália	O estudo foi realizado na região da Lombardia, Itália. Análise do banco de dados do Instituto de Medicina Forense, Universidade de Milão. Período de 2002-2013	O estudo demonstrou que em momentos de crise econômica a chance de suicídio é três vezes maior no grupo de pessoas portadoras de doença grave, problemas físicos e psicológicos do que a população não acometida por esses problemas	Epidemiologia
Estudo coorte prospectivo	MODREK, S.; CULLEN, M. R.	2013	Analisar a associação entre a instabilidade no trabalho como consequência da recessão econômica e a saúde dos trabalhadores de uma empresa de alumínio na Alemanha	Coorte a partir de base de dados de uma empresa privada. A amostra foi de 22 mil empregados em 2006 e, esses, um subconjunto de 16 mil indivíduos que continuaram empregados em 2010	Os autores concluíram que houve aumento do risco de desenvolver hipertensão entre todas os empregados e aumento do risco de desenvolver diabetes entre aqueles que trabalhavam em setores da empresa que havia sofrido com maiores cortes de pessoal	Riscos
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	MULLA, N. et al.	2014	Analisar os efeitos da recessão econômica no consumo de álcool nos EUA	Dados de 2008 a 2009 do Sistema Nacional Alcohol Survey com representatividade nacional (N=5382) para os EUA	As perdas econômicas severas (desemprego ou perda de moradia) foram associadas ao aumento geral do consumo de álcool, episódios mensais de embriaguez, consequências negativas do consumo e álcool e dependência. Já as perdas econômicas mais moderadas (atrasos em aluguel, redução nas horas de trabalho) não estiveram associadas ao consumo de álcool	Riscos
Estudo coorte prospectivo	NOELKE, C.; AVENDANO, M.	2015	Analisar a associação entre desemprego e risco de mortalidade durante recessão econômica nos EUA.	Estudo longitudinal de representatividade nacional da população norte-americana acima de 50 anos. Acompanharam-se 8837 indivíduos entre 1992 e 2010 obtendo-se informações sobre seu status de trabalho e a existência de AVC ou infarto do miocárdio	Os autores concluíram que durante períodos de recessão, o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares é reduzido na população que se manteve empregada e aumentado no grupo que perdeu seu trabalho	Epidemiologia e riscos
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	PHILLIPS, J. A.; NUGENT, C. N.	2014	Analisar a associação entre recessão econômica e suicídio nos EUA.	Dados do "National Center for Health Statistics (NCHS) National Vital Statistics System" para 50 estados norte americanos entre os anos de 1997 e 2010	Os autores identificaram forte associação entre as taxas de desemprego e de suicídio nos diversos estados. As associações foram mais fortes nos estados com maior participação de mão de obra feminina, sugerindo uma anomia causada pela recessão. Os efeitos do desemprego nas taxas de suicídio não apresentaram diferenças significativas para ambos os sexos	Epidemiologia e riscos

Desenho*	Autores	Ano	Objetivos	Países estudados/Amostra	Principais achados	Tema
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	RALLIS, G. et al.	2015	Examinar o comportamento do registro de fraturas faciais em um hospital de Atenas. Foram analisados 2 períodos diferentes: 2006-2009 e 2010-2013	Grécia. Registros de trauma em um hospital	O estudo apontou uma redução dos traumas faciais devido a acidentes de trânsito. No entanto, houve um aumento deste tipo de lesão tendo como causa a violência interpessoal	Epidemiologia
Estudo transversal	REEVES et al.	2014	Estudar os determinantes da variação dos gastos com o cuidado em saúde durante recessões econômicas (2007-2011)	27 países europeus e não europeus da OCDE	Cada redução de USD 100 na receita tributária está associada à redução de USD 2.75 no gasto em saúde. O orçamento da saúde não foi preservado nas crises. Os cortes com os gastos em saúde não são inevitável consequência de: recessões, mudança anual do PIB per capita, perdas cumulativas no PIB. A ideologia dos partidos governantes não está associada aos cortes na saúde. O aumento da dívida pública, independentemente de seu volume, está associado ao aumento dos cortes em saúde. A tomada de empréstimo junto ao FMI está fortemente associada a decisão de promover os gastos na saúde. Países adeptos do sistema de seguro social foram menos suscetíveis às políticas de austeridade, mas foram mais suscetíveis ao declínio do PIB per capita	Serviços de saúde
Estudo ecológico	REEVES, A. et al.	2015b	Investigar se a recessão na Europa (21 países) afetou o controle da tuberculose	Países da União Européia. Realizada regressão multivariada para estudar a associação entre as taxas de detecção de tuberculose, PIB e despesas em saúde pública	Nos países da União Européia, a redução de gastos com ações de saúde pública parece ter reduzido as taxas de detecção de tuberculose e ter contribuído para o aumento do risco de ressurgimento da doença	Epidemiologia e riscos
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	REEVES, A. et al.	2015a	Analisar a associação entre recessão econômica e suicídio em 20 países europeus	Dados do "World Health Organization Mortality Database", entre os anos de 1981 e 2011	A recessão foi um determinante crítico nas variações de taxas de suicídios masculinos ocorridos em diferentes períodos na Europa. Essas variações não foram identificadas considerando-se ambos os sexos nem entre as diferentes regiões daquele continente. Ressalta-se que gastos com programas sociais dirigidos para a população desempregada e elevado capital cultural do trabalho parecerem mitigar o risco de suicídio, prevenindo respectivamente 540 e 210 suicídios masculinos no período investigado	Epidemiologia e riscos
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	REGIDOR, E. et al.	2016	Analisar tendência de mortalidade em diferentes grupos econômicos antes e durante a Grande Recessão quantificando as mudanças em cada grupo	Espanha. Foram analisados os dados do censo incluindo toda a população vivendo na Espanha no período de 2001-2011. Os dados foram agrupados em dois períodos: 2001-2007 e 2008-2011. Todas as causas de mortalidade foram analisadas	Devido a queda de exposição em relação a diferentes fatores de risco, todas as causas de mortalidade decreram durante a crise econômica, principalmente nos grupos socioeconômicos mais vulneráveis	Epidemiologia
Produção científica sobre o impacto econômico das doenças infecciosas	SANDS, P. et al.	2016	Analisar através das publicações como os aspectos econômicos têm sido considerados em situações de epidemias e pandemias	Estados Unidos	Análises econômicas incorporadas às análises de risco de epidemias e pandemias representam a possibilidade de prever situações de risco de epidemias e a oportunidade de mitigar os seus efeitos	Epidemiologia

Desenho*	Autores	Ano	Objetivos	Países estudados/Amostra	Principais achados	Tema
Revisão sistemática	SIMOU e KOUTSOGEORGOU	2014	Estudar as consequências da crise financeira sobre a saúde e serviços de saúde na Grécia (2009-2013)	Grécia	Redução do gasto público em saúde, tanto na provisão de serviços como em gestão. Redução da força de trabalho em saúde, redução da carga horária, e perdas salariais e previdenciárias. Redução na oferta de serviços de saúde com redução de equipamentos de saúde, incluindo os serviços providos por hospitais universitários. Flutuação no mercado de fármacos, com aumento do consumo no início do período observado – sobretudo de medicamentos para o tratamento de doenças psíquicas – seguido por declínio do consumo, que levou ao fechamento de fábricas de medicamentos no país. Redução no financiamento de pesquisa biomédica	Serviços de saúde
Revisão sistemática	SUHRCKE, M. et al.	2011	Examinar mudanças na carga de doenças infecciosas subsequentemente aos períodos de crise	Artigos publicados até 2010 nas seguintes bases de dados: <i>Medline, Biosis, Cinahl, EConlit, Embase, Global Health, Scopus and Web e Science</i> . Dos 230 artigos encontrados, 37 atenderam aos critérios de inclusão	Dos 37 artigos incluídos nos critérios de busca, 30 apontaram evidências de piora nos desfechos relacionados às doenças infecciosas durante períodos de recessão frequentemente como resultado de contato entre pessoas convivendo em situações de vida precárias, menor acesso aos tratamentos e terapias existentes e dificuldades de adesão. Os grupos de maior risco foram idosos, crianças, migrantes, moradores de rua e as populações carcerárias	Riscos
Revisão sistemática	VIEIRA	2016	Apresentar e discutir evidências sobre o impacto das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal sobre a situação de saúde das populações atingidas, assim como sobre as medidas que podem mitigar os possíveis efeitos negativos das crises para a saúde (2006-2016)	Todos os países	As crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades sociais. Elas podem piorar a situação de saúde da população. As medidas de austeridade fiscal que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral. A preservação dos programas de proteção social é medida importante para proteção da saúde da população e para a retomada do crescimento econômico em prazo mais curto. Recomendações para mitigar os efeitos da crise econômica/austeridade fiscal: i) uso de evidências no processo de tomada de decisão, sejam como experiências, dados e informações produzidos nos e por gestores dos sistemas de saúde, sejam aquelas oriundas de pesquisas científicas; ii) preservação do gasto com políticas sociais; e iii) aumento da efetividade e da eficiência do gasto com saúde	Serviços de saúde
Relatório da <i>Nuffield Trust and the Health Foundation</i>	WISE, J.	2014	Examinar o comportamento da incidência de trauma craniano em crianças antes, durante e depois da crise econômica no período de 2004-2012	Inglaterra	Pesquisa publicada como parte do programa <i>QualityWarch</i>	Epidemiologia
Estudo descritivo com uso de base de dados secundária	WOOD, J. N. et al.	2015	Examinar o comportamento da incidência de trauma craniano em crianças antes, durante e depois da crise econômica no período de 2004-2012	Estados Unidos. Foram utilizados os registros de trauma em crianças menores de 5 anos	As taxas de incidência de traumatismo craniano em crianças variou de acordo com os períodos estudados antes, durante e depois da recessão econômica. Sendo maiores durante e depois do período de turbulência econômica. Os resultados sugerem que durante esses períodos há uma tendência ao aumento do risco de maus-tratos	Epidemiologia

* As descrições do desenho do estudo seguiram sempre que possível o *framework* proposto por RÖHRIG et al. (2009)

