



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Filipa Maria de Almeida Ribeiro Vaz Serra

Efeitos da crise económica na saúde mental: Portugal na União Europeia (2004-2012)

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde apresentada à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra

Orientador: Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, Setembro de 2014

Dedicatória

Aos meus queridos Pais.

Agradecimentos

Ao meu Pai, pelos seus preciosos ensinamentos e apoio constante. À minha Mãe pelo incentivo permanente e ânimo que sempre me transmitiu.

Agradeço ao Sr. Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, a orientação, sugestões e correções em relação ao presente trabalho.

Nas horas do seu maior apogeu, a Europa parece ter-se tornado vazia por dentro, paralisada por uma crise que ameaça a sua saúde e a faz depender de transplantes.

Joseph Ratzinger

Resumo

Portugal é um país onde a prevalência de doenças mentais é muito elevada, quando comparado com outros países da União Europeia. De acordo com o relatório do *European Brain Council*, 16% dos portugueses, entre os 18 e os 65 anos, tem um problema mental. Em 2008 a crise económica atingiu intensamente os países da Europa e afetou, com maior intensidade, os países que já se encontravam socialmente mais fragilizados. Em Portugal, através do programa estabelecido com a *troika*, o país entrou num período de grande austeridade que teve sérias repercussões na vida dos portugueses. Em 2012, os resultados do presente estudo revelam que os portugueses se sentem ansiosos (60%), deprimidos (43%), tristes (53%) e com a sensação que a vida se está, progressivamente, a agravar (95%). Relativamente aos países da UE15, Portugal posiciona-se em 4º lugar, entre os países onde se sente maior ansiedade e sentimentos de tristeza, em 3º lugar entre os países onde os cidadãos sentem maior depressão e em primeiro lugar relativamente à sensação de agravamento da vida. Este agravamento do estado de saúde mental na UE15 está diretamente relacionado com a crise económica e a implementação de políticas de austeridade. Os dados revelam que quando a satisfação com a economia diminui, aumenta a sensação de depressão, tristeza, ansiedade e agravamento da vida e diminui a sensação de calma e paz e felicidade. Também se verifica uma relação entre a duração do desemprego e a saúde mental e risco de pobreza e exclusão social. Acresce ainda que a pobreza e exclusão social estão relacionadas com o aumento de sentimentos de tristeza e agravamento da vida. Mas os efeitos negativos na saúde dos cidadãos não são inevitáveis. As opções políticas são determinantes sobre a forma como a recessão económica afeta a saúde mental das pessoas.

Abstract

The prevalence of mental illness in Portugal is very high when compared to other European countries. According to a report of the European Brain Council, 16% of the Portuguese, aged 18 to 65, have a mental problem. In 2008 the economic crisis heavily hit Europe and led affected with greater intensity countries socially weaker. The severe austerity program established between Portugal and *troika* has had serious repercussions on the life of the Portuguese people. In 2012, the results of this study revealed that Portuguese feel anxiety (60%), depression (43%), sadness (53%) and that quality of life is decreasing (95%). Regarding the EU15, Portugal stands in 4th place among the countries where feelings of anxiety and sadness increased, in 3th among countries which registered major depression and first in regard to the feeling of life worsening. The data show that when satisfaction with the economy decreases, feelings of depression, sadness, anxiety and aggravation of life increases and the feeling of calm and peace and happiness decreases. Also there is a relationship between duration of unemployment and mental health and risk of poverty and social exclusion. Poverty and social exclusion increases the feeling of grief and decrease the quality of life. Although the mental health decay in the EU15 is directly related to the economic crisis and the implementation of austerity policies, the negative effects on citizens' health are not inevitable. The policy options are determinant on how the economic downturn will affect the results in people's mental health.

Lista de Siglas

DGS – Direção Geral de Saúde

ESS – European Social Survey

FMI – Fundo Monetário Internacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE – Organização para a cooperação e desenvolvimento económico

OECD – Organization for economic co-operation and development

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

SEDES – Associação para o desenvolvimento económico e social

SPPSM – Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

UE – União Europeia

OMS – Organização Mundial de Saúde

Lista de gráficos, quadros e tabelas

Gráfico 1 – Taxa de crescimento do PIB em Portugal	34
Gráfico 2 – Evolução da taxa de crescimento PIB	35
Gráfico 3 – Evolução da taxa de desemprego	37
Gráfico 4 – Taxa de crescimento do PIB e do desemprego em Portugal	38
Gráfico 5 – Despesas em saúde, em Portugal, em percentagem do PIB	42
Gráfico 6 – Despesas totais em saúde, em percentagem do PIB	43
Quadro 1 – Variáveis de contexto	73
Quadro 2 – Variáveis de contexto agregadas – 2004 a 2012	75
Quadro 3 – Variáveis de causa - ESS	76
Quadro 4 – Variáveis de causa agregadas – 2004 a 2012	77
Quadro 5 – Abreviatura de variáveis de causa	78
Quadro 6 – Variáveis de consequência	79
Gráfico 7 – Ansiedade – 2012	81
Gráfico 8 – Depressão – 2012	82
Gráfico 9 – Sensação de Calma e Paz – 2012	82
Gráfico 10 – Tristeza - 2012	83
Gráfico 11 – Agravamento da Vida – 2012	84
Gráfico 12 – Satisfação com a Vida – 2012	84
Gráfico 13 – Evolução da satisfação com a Vida	85
Gráfico 14 – Felicidade – 2012	86
Gráfico 15 – Evolução do nível de Felicidade	86
Gráfico 16 – Socialização em Portugal – 2012	87
Gráfico 17 – Evolução do nível de Socialização	88
Gráfico 18 – Perceção do Estado de Saúde – 2012	88

Gráfico 19 – Evolução da boa perceção do estado de saúde.....	89
Gráfico 20 – Taxa de crescimento do PIB	90
Gráfico 21 – Variação média da taxa de Desemprego (2004-2012).....	91
Gráfico 22 – Evolução da Taxa de Desemprego	91
Gráfico 23 – Variação média da TDLP (2004-2012).....	92
Gráfico 24 – Evolução da taxa de desemprego de longo prazo	93
Gráfico 25 – Insatisfação com a Economia – 2012	93
Gráfico 26 – Evolução do nível de insatisfação com a economia.....	94
Gráfico 27 – Insatisfação com o governo – 2012	95
Gráfico 28 – Evolução da insatisfação com o governo	95
Gráfico 29 – Insatisfação com a democracia – 2012	96
Gráfico 30 – Evolução da insatisfação com a democracia.....	97
Gráfico 31 – Mau estado dos serviços de saúde – 2012	97
Gráfico 32 – Evolução do mau estado dos serviços de saúde	98
Gráfico 33 – Esperança de Vida – 2012	99
Gráfico 34 – Evolução da Esperança de Vida.....	100
Gráfico 35 – Variação média das despesas totais em saúde (2008-2012).....	101
Gráfico 36 – Variação média das despesas públicas em saúde (2008-2012).....	101
Gráfico 37 – Variação média dos benefícios sociais (2008-2012)	102
Gráfico 38 – Evolução dos benefícios sociais.....	103
Gráfico 39 – Variação média das DPMS (2008-2012).....	104
Gráfico 40 – Evolução das Despesas Públicas com medidas sociais	104
Gráfico 41 – Evolução da taxa de suicídio	106
Gráfico 42 – Variação da taxa de suicídio (2004-2010).....	106
Gráfico 43 – Evolução da taxa de mortalidade devido a DSN	107

Gráfico 44 – Variação média da taxa de mortalidade por AA (2008-2010)	108
Gráfico 45 – Evolução da taxa de mortalidade devido ao consumo de álcool	109
Gráfico 46 – Pessoas em risco de pobreza e exclusão social – 2012.....	109
Gráfico 47 – Evolução de pessoas em risco de pobreza e exclusão social	110
Tabela 1 – Correlação de <i>Spearman</i> entre variáveis de contexto – 2012.....	111
Tabela 2 – Análise Fatorial entre variáveis de contexto – 2012.....	112
Tabela 3 – Correlação de <i>Pearson</i> entre variáveis de contexto	112
Tabela 4 – Correlação de <i>Spearman</i> entre variáveis de causa – 2012	113
Tabela 5 – Análise Fatorial entre variáveis de causa – 2012	113
Tabela 6 – Correlação de <i>Pearson</i> - PIB	114
Tabela 7 – Correlação de <i>Pearson</i> - taxa de desemprego	114
Tabela 8 - Correlação de <i>Pearson</i> - taxa de desemprego de longo prazo.....	115
Tabela 9 – Correlação de <i>Pearson</i> entre variáveis de despesas em saúde	115
Tabela 10 – Correlação de <i>Pearson</i> entre as variáveis de consequência.....	116
Tabela 11 – Correlação de <i>Pearson</i> - Risco de pobreza e exclusão social.....	116
Tabela 12 – Teste de independência - depressão	118
Tabela 13 – Teste de independência - ansiedade	118
Tabela 14 – Teste de independência - sensação de calma e paz	118
Tabela 15 – Teste de independência - sensação de tristeza	119
Tabela 16 – Teste de independência - sensação de agravamento da vida	119
Tabela 17 – Teste de independência - sensação de felicidade	120
Tabela 18 – Teste de independência - satisfação com a vida.....	120
Tabela 19 – Regressão Linear TDLP e AVS	121
Tabela 20 – Regressão Linear entre TDLP e SVS.....	121
Tabela 21 – Regressão Linear entre TDLP e Felicidade	122

Tabela 22 – Regressão Linear entre TDLP e PRPES.....	122
Tabela 23 – Regressão Linear entre PRPES e TS	123
Tabela 24 – Regressão Linear entre PRPES e AVS	123

Índice

Introdução	21
Capítulo 1 – A Saúde Mental	25
1.1 – Conceito	25
1.2 – Estado da Saúde Mental	27
1.3 – Custos da Doença Mental	30
1.4 – Investimento em Saúde Mental	31
Capítulo 2 – A Crise.....	33
2.1 - Conceito.....	33
2.2 – Origem	45
2.3 – Efeitos da Crise na Saúde Mental	47
2.4 – Respostas à crise.....	59
2.5 – Crise e Saúde Mental em Portugal	67
Capítulo 3 – Análise empírica	71
3.1 - Objetivo	71
3.2 - Métodos	72
3.3 – Resultados e análise	81
Conclusão.....	133
Referências Bibliográficas.....	139
Anexos	145

Introdução

Em 2008 a crise económica, originária no sistema financeiro americano, atingiu intensamente os países da Europa. Esta crise trouxe sérias implicações económicas e sociais a todos os países europeus mas afetou com maior intensidade os que se encontravam socialmente mais fragilizados. A crise económica deu igualmente origem ao aumento do desemprego e do endividamento, à diminuição das receitas dos impostos e a um aumento do *deficit*. Para fazer face a essa situação, alguns países optaram por implementar medidas de combate à crise que acabaram por ter sérias repercussões na vida dos cidadãos. Em alguns países da Europa, os setores da educação, saúde e proteção social sofreram cortes significativos devido às opções políticas dos governos nacionais. Em certos casos estas medidas, bastante controversas, foram impostas pela *troika* (Banco Central Europeu, Fundo Monetário Internacional e Comissão Europeia), como contrapartida de resgates financeiros.

Mas a evidência empírica tem demonstrado que a política de austeridade e os cortes implementados provocam um efeito adverso sobre a saúde das pessoas e afetam especialmente a saúde mental. Na Grécia, Portugal e Espanha, países onde foi adotada uma política de austeridade imposta pela *troika*, verificou-se uma retração da economia e uma elevada pressão sobre os respetivos sistemas de saúde. Constata-se que os períodos de recessão económica e as medidas adotadas para a combater podem exercer uma enorme pressão sobre os cidadãos. Esta pressão tem uma relação comprovada com o estado de saúde, designadamente com o aumento do número de suicídios, depressões, doenças infecciosas, *stress*, ansiedade e restrições no acesso a cuidados de saúde. Por outro lado, a diminuição de rendimentos, uma educação mais deficitária, a clivagem social, as dificuldades por que as famílias passam em tempo de crise são também responsáveis por um aumento de problemas de saúde mental.

A saúde mental e o bem-estar são fundamentais para a comunidade e para cada indivíduo enquanto ser humano que pensa, sente, interage, vive e aprecia a vida. A promoção, proteção e restauração da saúde mental deve ser considerada como uma preocupação vital dos indivíduos, comunidades e sociedades em todo o mundo (OMS,

2013). A saúde mental é, assim, uma parte fundamental da saúde e o seu evidente agravamento desencadeado pelos períodos de recessão económica, que se fizeram sentir por toda a Europa, veio acender o debate sobre a implementação das políticas de austeridade como medidas de combate à crise. Em 2013, o Fundo Monetário Internacional demonstrou, através do relatório *World Economic Outlook*, que a austeridade afetou o crescimento económico, com efeitos adversos muito superiores aos que inicialmente se previam, e pediu um abrandamento dessas mesmas políticas. Observou-se igualmente que os países que optaram por estímulos fiscais, como a Alemanha, recuperaram mais rapidamente (Karanikolos et al., 2013).

Constata-se que as escolhas políticas influenciam, determinantemente, o impacto da recessão económica na saúde mental das pessoas. Vários estudos demonstram que nos países onde foram implementadas fortes medidas de proteção social, os resultados em saúde se mantêm inalterados ou até melhoram em período de recessão. Estes resultados estão diretamente relacionados com a forma como a resposta à crise é implementada. As medidas que providenciam uma rede segura de apoio social aumentam a resistência a choques económicos e mitigam os efeitos na saúde mental, nomeadamente o aumento de suicídios. Veja-se o exemplo da Islândia onde a política de austeridade foi rejeitada através de voto popular e a crise pouco ou nenhum impacto teve na saúde das pessoas (Karanikolos et al., 2013). Acresce ainda que o efeito da crise na saúde mental das pessoas dificulta também o processo de recuperação económica dos países porque o desenvolvimento económico e social de uma sociedade está diretamente relacionado com o nível de saúde e bem-estar dos cidadãos. Um emprego estável, rendimentos seguros e relações sociais de qualidade, promovem uma boa saúde mental e, conseqüentemente, favorecem o crescimento económico.

A dissertação que se apresenta divide-se, essencialmente em três capítulos. No primeiro pretende fazer-se uma abordagem a respeito da Saúde Mental, nomeadamente sobre o seu conceito, o estado em que se encontra a saúde mental não apenas pela Europa mas também por outros países fora desta. Faz-se ainda um breve esclarecimento

a respeito dos custos associados à doença mental e sobre a importância de investir em saúde mental. O capítulo 2 debruça-se especificamente sobre a crise. Começa por analisar-se o seu conceito e origem e posteriormente descrevem-se os efeitos da crise. Neste subcapítulo assinalam-se os efeitos da crise sobre o desemprego e endividamento, despesas em saúde e também sobre a saúde mental, onde é especificado o caso da Grécia por ser considerado o país que mais sofreu os efeitos da crise na saúde mental. São ainda abordadas, neste capítulo, as respostas à crise, onde é exemplificado o caso da Islândia por se ter distinguido substancialmente dos restantes países da Europa. Foca-se ainda, a importância das medidas de proteção social como forma de minimizar os efeitos da crise na saúde mental. Por último apresenta-se uma síntese da crise e saúde mental em Portugal. No capítulo 3 é apresentado um estudo empírico baseado em dados retirados de várias fontes, tais como, o *European Social Survey* (ESS), Eurostat e OCDE. Através destes dados analisa-se o impacto da crise, na saúde mental, ao nível da depressão, ansiedade, satisfação com a vida, agravamento da vida, perceção do estado de saúde, entre outras variáveis. Através desta análise será efetuada uma comparação da situação de Portugal com 15 países da União Europeia (Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Luxemburgo, Países Baixos, Portugal, Reino Unido, Suécia, Itália). São ainda aprofundadas algumas hipóteses que permitem estabelecer a relação entre crise e saúde mental. Este trabalho termina com a conclusão, onde são abordados os principais aspetos a destacar sobre o impacto da crise económica na saúde mental e onde é efetuado um conjunto de recomendações sobre esta temática.

Capítulo 1 – A Saúde Mental

1.1 – Conceito

A saúde mental é uma parte indispensável da saúde e tem sido definida como um estado de bem-estar individual em que cada pessoa realiza o seu próprio potencial, consegue lidar com o *stress* da vida quotidiana, ser produtivo no trabalho e contribuir para a comunidade onde está inserido. Ter saúde corresponde a um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1948).

Os transtornos mentais constituem um fardo muito pesado não só para os doentes como igualmente para as suas famílias e produzem uma perda marcada de qualidade de vida do indivíduo e acentuadas dificuldades de natureza económica e social (Saraiva & Cerejeira, 2014). A doença mental é, na nossa sociedade, a fonte mais importante de incapacidade humana. Os transtornos psicológicos estão associados a um grau elevado de incapacidade, tanto maior quanto mais grave é o respetivo quadro clínico. Os problemas de saúde mental sendo dos mais importantes na saúde pública, tornam fundamental a deteção precoce dos diferentes quadros clínicos e imprescindível que exista uma resposta às necessidades de assistência clínica e de reabilitação (Vaz Serra, 2007a).

Nesse sentido, a saúde mental é um fator importante a ter em consideração quando se analisa o crescimento económico de uma sociedade. Uma saúde mental saudável constitui a base de funcionamento da sociedade e é um recurso que deve ser utilizado para aumentar a produtividade e riqueza de um país. Segundo o relatório da OMS, a saúde mental é importante para o crescimento e desenvolvimento económico de uma sociedade e deve ser considerada uma parte invisível da saúde pública, uma vez que afeta significativamente o capital humano, social e económico dos países. Uma população com uma saúde mental saudável contribui para uma economia produtiva e próspera e potencia o crescimento económico. Além disso, uma boa saúde mental das pessoas

também permite uma recuperação económica mais rápida e bem-sucedida em países que atravessaram períodos de crise (OMS, 2011).

As doenças mentais são diversas. De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde - 10ª revisão (CID-10), as perturbações mentais e comportamentais incluem doenças como a depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtornos de ansiedade, demência, abuso de substâncias, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento e comportamentais (OMS, 2013). A depressão pode ser definida como um estado mental que se caracteriza por sentimentos de tristeza, isolamento, desespero, auto-depreciação e auto-estima deficitária. Os sinais que acompanham estes sintomas incluem inibição motora ou, por vezes, agitação, afastamento do contacto interpessoal e alterações vegetativas tais como insónia ou modificações do apetite e do peso. O termo depressão refere-se a um estado de humor e, por conseguinte, este quadro clínico deve ser considerado um transtorno de humor (Sadock, 2005). A ansiedade, por outro lado, não é uma emoção simples. É sim, um complexo de emoções, em que a emoção central é o medo que pode ter associado outras emoções, entre as quais a culpabilidade, a cólera, a amargura, a vergonha, o interesse e a excitação. O *stress* é outra patologia que ocupa uma elevada predominância no estado atual das doenças mentais e que tem um papel fundamental no equilíbrio mental das pessoas. O *stress* representa a relação que se estabelece entre a carga sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que, perante aquela, o indivíduo desencadeia. Se o indivíduo tiver apoios, a carga sentida torna-se menor. O *stress* afeta todo o organismo, induz emoções, altera o comportamento observável e interfere com mecanismos biológicos e cognitivos. As suas implicações são tanto mais observáveis quanto mais intenso e prolongado for o *stress*. Por exemplo, os erros e distrações que uma pessoa comete quando se encontra sob *stress* propiciam a ocorrência de acidentes na estrada, no trabalho e noutras circunstâncias. Em casos extremos, quando uma pessoa não consegue adaptar-se à situação que induz o *stress* entra numa fase de exaustão que provoca efeitos negativos no organismo, tais como a diminuição à resistência a infeções e que pode mesmo conduzir à morte (Vaz Serra, 2007b).

As consequências das doenças mentais são diversas e podem atingir vários graus de gravidade sendo, obviamente, a perda de vida induzida – suicídio e homicídio - a mais grave de todas. Muitas vezes, as doenças mentais não atingem este grau de gravidade mas provocam um nível de violência elevado, no próprio e em terceiros. É o que acontece, por exemplo, com as vítimas de violência doméstica ou com as crianças que são vítimas de maus tratos por parte dos pais com problemas mentais. Para além destas consequências, também se constata que as perturbações mentais podem diminuir os anos de vida das pessoas e comprometer seriamente a sua qualidade de vida. Por exemplo, o *stress* afeta o coração e aumenta o consumo de tabaco ou álcool (Vaz Serra, 2007b). Por último, há ainda a considerar outros fatores que são muitas vezes induzidos por perturbações mentais – tais como o consumo de tabaco, álcool e drogas – e que podem também, em casos extremos, conduzir à perda de vida. É o caso, por exemplo, dos acidentes de automóvel que ocorrem por consumo excessivo de álcool.

1.2 – Estado da Saúde Mental

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 25% das pessoas, em qualquer altura das suas vidas é afetada por um transtorno psíquico e calcula-se que 1 em cada 4 famílias tenham, pelo menos, um membro com um problema mental. A OMS refere que 154 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão, 91 milhões encontram-se afetadas por problemas de alcoolismo, 25 milhões sofrem de esquizofrenia, e 15 milhões de abuso de drogas e outras demências (Saraiva & Cerejeira, 2014). Também se verifica que cerca de 20% das crianças e adolescentes de todo o mundo são afetadas por uma doença mental e metade das doenças mentais surge antes dos 14 anos de idade (Vaz Serra, 2007a). Estimativas do Conselho Europeu do Cérebro indicam que 27,4% da população da União Europeia, com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos sofre, em cada ano, de um qualquer tipo de problema de saúde mental, número que foi atualizado recentemente para 38,2%, após a introdução de novos dados de avaliação da infância e adolescência e com a entrada de novos membros na União Europeia (DGS, 2013).

Uma investigação epidemiológica recente mostra que os distúrbios psiquiátricos e problemas relacionados com a saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morte prematura a nível mundial. Os problemas mentais correspondem, atualmente, a 26,6% do total de doenças, em todo o mundo (Xavier et al., 2013). Um estudo designado *Global Burden of Disease* constatou que as perturbações psiquiátricas eram responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade e que as principais causas de incapacidade eram a depressão, alcoolismo, esquizofrenia e doença bipolar (OPSS, 2012).

A depressão é a terceira causa de doença a nível global e a primeira nos países desenvolvidos e está previsto que, em 2030, passe a ser a primeira causa de doença no mundo (OPSS, 2012). Esta doença afeta, particularmente, as mulheres e corresponde a 4,3% da carga global de doenças. Estudos indicam que as pessoas que sofrem de doenças como a depressão e esquizofrenia têm entre 40% a 60% maior hipótese de morrer prematuramente quando comparadas com os cidadãos, em geral (OMS, 2013). Além disso, a depressão ocupa o segundo lugar no *ranking* dos anos vividos com doença. Paralelamente, a ansiedade, abuso de drogas, abuso de álcool, esquizofrenia, doença bipolar e distímia estão entre as 20 primeiras doenças que proporcionam um maior número de anos de vida com a doença (Becker & Kleinman, 2013).

O *stress* tem repercussões particularmente significativas no mundo do trabalho (Vaz Serra, 2007b). A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, em Julho de 2002, menciona que 28% dos trabalhadores da União Europeia referem estar afetados pelo *stress* relacionado com o trabalho e que as mulheres apresentam taxas ligeiramente mais elevadas do que os homens. O *stress* afeta mais de 40 milhões de trabalhadores dos 15 estados membros iniciais da União Europeia. Pensa-se que este tipo de problemas traz para a União Europeia pelo menos 20 biliões de euros por ano de custos, em termos de trabalho perdido e despesas relacionadas com problemas de saúde. Nos EUA, os problemas relacionados com o *stress*, custam mais de 220 biliões de dólares anuais à economia americana (McEwen & Lasley, 2004).

O suicídio é outra realidade preocupante do nosso tempo. Todos os anos cerca de 800.000 pessoas se suicidam e 86%, das quais, nos países de recursos mais pobres ou medianos. A maior parte das pessoas que se suicida encontra-se na faixa etária entre os 15 e os 44 anos. A taxa mais elevada de suicídio encontra-se nos homens residentes nos países do leste europeu (Vaz Serra, 2007a). O suicídio é a segunda causa de morte mais comum entre os jovens, em todo o mundo (OMS, 2013) e na Europa é um dos principais problemas que provoca morte prematura (Xavier et al., 2013). Em 2011, de acordo com um relatório publicado pela OCDE, contabilizaram-se cerca de 150.000 casos de suicídio nos países da OCDE. Cerca de 90% das pessoas que se tentaram suicidar, ou chegaram a fazê-lo, tinham sido diagnosticadas com problemas mentais como depressão, doença bipolar e esquizofrenia. O mesmo relatório salienta a importância do contexto social em que a pessoa se encontra. Baixos rendimentos, consumo abusivo de álcool e droga, desemprego estão associados a taxas de suicídio mais elevadas (OCDE, 2013).

A saúde mental está também muito dependente do acesso a tratamentos adequados, mas estes nem sempre estão acessíveis à maioria dos cidadãos. Mais de 75% das pessoas com problemas mentais graves, a viver em países pouco desenvolvidos, não recebem qualquer tipo de tratamento. Mesmo nos países em que os serviços de saúde mental estão amplamente disponíveis, uma proporção considerável de pessoas com problemas mentais, não recebe atendimento específico para a doença (Becker & Kleinman, 2013). Além disso, enquanto algumas pessoas têm um distúrbio mental diagnosticável, outras têm problemas de saúde mental que não cumprem os critérios de diagnóstico de distúrbios mentais mas também estão em sofrimento e devem, por isso, beneficiar de intervenção (DGS, 2013). A importância do tratamento adequado é reforçada pelo facto de se comprovar, empiricamente, que as doenças mentais podem afetar outro tipo de doenças. Por exemplo, a depressão predispõe as pessoas a enfartes do miocárdio e diabetes (OMS, 2013). O *stress* pode provocar lesões gástricas, úlceras e cólon irritável, aumento da glicémia e do colesterol (Vaz Serra, 2007b). Além disso, as pessoas com problemas de saúde mental são mais propensas a ter problemas de saúde físicos (Xavier et al., 2013).

1.3 – Custos da Doença Mental

As doenças mentais afetam o nível de produtividade, de desemprego, absentismo, baixas por doença e têm um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos de saúde (OPSS, 2012).

Em 30 países europeus, o custo total dos distúrbios mentais foi estimado em 798 mil milhões de euros, em 2010 (OPSS, 2014). Os custos diretos e indiretos associados às perturbações psiquiátricas e mentais, decorrentes das despesas assistenciais e da diminuição da produtividade devido, por exemplo, ao desemprego, absentismo, baixas por doença e apoio a familiar doente, têm um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde (OMS, 2013). Um estudo recente estimou que o impacto mundial dos transtornos mentais, em termos de produção económica perdida, será de 16,3 milhões de dólares entre 2011 e 2030 (OMS, 2013). E uma análise recente do Fórum Mundial de Economia estimou que o impacto global de perturbações mentais, em termos de perdas económicas, resultará em cerca de 16 triliões de dólares nos próximos 20 anos. Esta estimativa marca a saúde mental como uma preocupação a ter em consideração não só para a saúde pública mas também para o desenvolvimento económico e bem-estar social (OMS, 2013). Os encargos económicos associados aos transtornos mentais têm um peso superior às 4 grandes categorias de doenças não transmissíveis: diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crónicas e cancro (Becker & Kleinman, 2013).

No Reino Unido, o custo das doenças mentais foi estimado em 77 bilhões de libras por ano (Xavier et al., 2013). Na Irlanda, estima-se que o custo total do suicídio foi de cerca de 1% do PIB, em 2002 (Barr et al., 2012). Estima-se que a perda de produtividade de um país, resultante de problemas de saúde mental, ronde os 3% a 4% do produto nacional bruto, nos países membros da União Europeia (Wahlbeck & McDaid, 2012).

1.4 – Investimento em Saúde Mental

A saúde mental deve ser considerada um fator económico importante. Uma população com uma boa saúde mental contribui para a produtividade e prosperidade económica e torna-se crucial para o crescimento económico. O investimento em saúde mental é uma forma de combater os efeitos da crise económica e contribui para evitar o aumento da taxa de suicídio, o número de mortes devido ao consumo de álcool e o aumento de outros distúrbios mentais. Para além de trazer benefícios económicos, o investimento em saúde mental reduz o risco de exclusão social e promove a integração social (Wahlbeck & McDaid, 2012). Estudos indicam que o investimento em saúde pública também pode ajudar a impulsionar a recuperação económica. Estima-se que o investimento de 1 dólar em programas de saúde pública pode levar a um crescimento económico até 3 dólares (Stuckler & Basu, 2013). Mas o investimento em saúde mental não tem sido uma prioridade para os governos e uma das razões apontadas diz respeito ao estigma que ainda existe relativamente às doenças mentais. Na maioria dos países europeus, só uma pequena parte dos orçamentos para a saúde mental é investida na sua prevenção e promoção (OPSS, 2014), porque as doenças mentais não estão em igualdade com as doenças físicas, relativamente à importância socialmente reconhecida. O estigma em relação às pessoas portadoras de doença mental, leva a que estas vejam, frequentemente, os seus direitos violados e sintam restrições no acesso a trabalho e educação. Estas pessoas vivem frequentemente em situações vulneráveis, excluídas e marginalizadas da sociedade, muitas vezes em condições de pobreza, o que constitui um entrave significativo para atingir objetivos de desenvolvimento global (OMS, 2013).

Cabe aos governos a responsabilidade de assegurar a promoção de uma boa saúde mental, bem como corrigir as falhas de mercado relacionadas com a informação incompleta sobre as necessidades de saúde, a incerteza relacionada com necessidades imprevisíveis e o transbordar dos efeitos na saúde mental de outras pessoas. Os governos devem assegurar que as necessidades legais, institucionais, financeiras e de serviços estão disponíveis para dar resposta às necessidades mentais dos cidadãos (OMS, 2013) e devem considerar que o investimento em saúde mental contribui para o crescimento económico do próprio país na medida em que promove a proteção e tratamento das perturbações

mentais e pode trazer poupanças noutros sectores (OMS, 2011). A consciencialização da necessidade de investimento em saúde mental tem, assim, de ser aperfeiçoada, até porque a distribuição dos orçamentos mundiais para a saúde mental é geralmente baixa. Os países de baixo e médio rendimento distribuem menos de 2% do orçamento de saúde para tratamento e prevenção da saúde mental. Nestes países apenas existe um psiquiatra por cada 2 milhões de habitantes. Por outro lado os países de alto rendimento atribuem mais de 5% ao orçamento para tratamento e prevenção da saúde mental e verifica-se a existência de 1 psiquiatra por cada 12.000 habitantes. Em média, quase metade das pessoas vive em países onde apenas existe 1 psiquiatra para 200.000, ou mais, habitantes (OMS, 2013, Wahlbeck & McDaid, 2012). Nos países de baixo e médio rendimento, entre 76% a 85% das pessoas com doenças mentais graves não recebe nenhum tratamento. Por outro lado, nos países de alto rendimento a percentagem de pessoas que não recebe tratamento é também elevada (entre 35% a 50%). Apenas cerca de 36% das pessoas que vivem em países de baixo rendimento são cobertas por legislação de saúde mental em comparação com 92% das pessoas que vivem em países de alto rendimento (OMS, 2013). Em 2009, a comissão regional para a Europa, da Organização Mundial de Saúde, adotou uma resolução (EUR/RC59/R3) a sensibilizar os países membros para, em períodos de crise, assegurarem que os seus sistemas de saúde continuem a proteger e a promover o acesso universal a serviços de saúde. Esta resolução defendia ainda que o investimento em saúde é um investimento no desenvolvimento humano futuro e que é necessário um bom funcionamento dos sistemas de saúde para qualquer sociedade que pretenda atingir um bom nível de saúde e de equidade. Mais recentemente, em 2011, a OMS acrescentou o desafio de garantir a equidade, solidariedade e ganhos em saúde no contexto de crise financeira (Mladovsky et al., 2012).

Apesar de tudo, nos últimos anos, nota-se uma certa evolução na medida em que as políticas europeias e mundiais têm-se centrado na saúde mental. Em 2005 foi aprovado o *Mental health declaration and action plan for Europe*, pela Organização Mundial de Saúde, Comissão Europeia e Conselho Europeu. Conjuntamente com o *Mental Health Action Plan 2013-2020* foi reforçada a importância de se atribuir um financiamento justo e adequado para a saúde mental (OPSS, 2014).

Capítulo 2 – A Crise

2.1 - Conceito

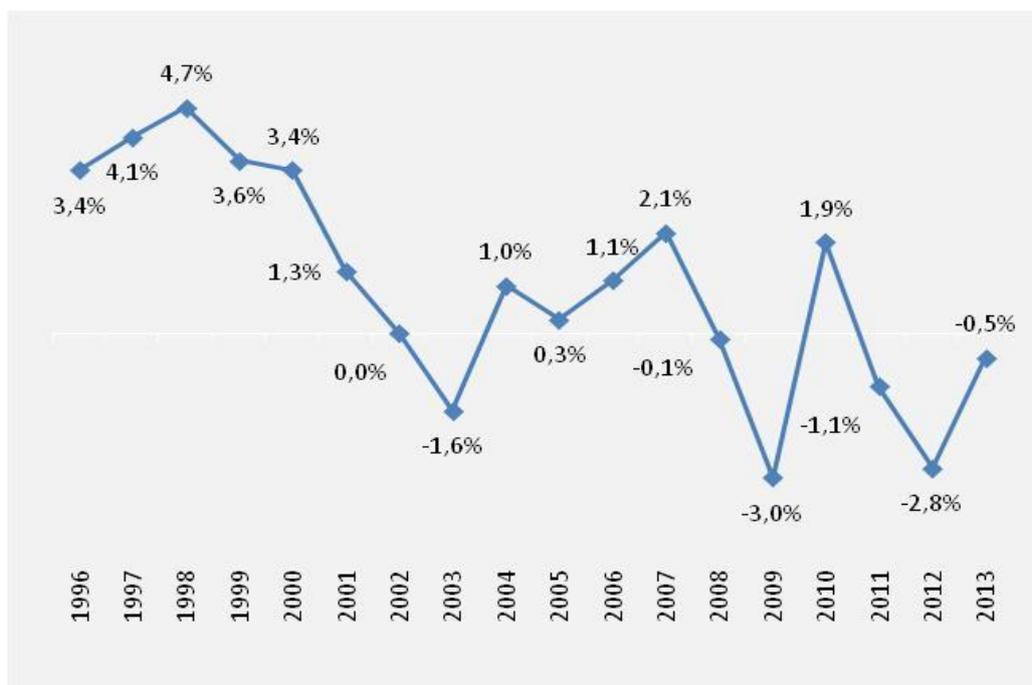
O conceito de “crise” está habitualmente associado a um período de recessão económica, escassez e estagnação do crescimento da riqueza. É sempre uma fase difícil para as pessoas, porque é um período associado ao aumento do desemprego, do endividamento das famílias e de outras dificuldades.

Produto Interno Bruto

Durante alguns anos considerou-se que um período de recessão corresponderia a um período em que o PIB baixa durante, pelo menos, dois trimestres consecutivos (Henderson & Neves, 2001). Esta definição foi ultrapassada e, atualmente, utiliza-se a definição usada pela *National Bureau for Economic Research* (NBER) onde “crise” corresponde a um declínio da atividade económica normalmente visível no crescimento real do PIB, no rendimento pessoal real, emprego, produção industrial e vendas (Cylus, Mladovsky & Mckee, 2012). Assim, o PIB é o indicador habitualmente utilizado para analisar o crescimento ou recessão económica de um país. Este traduz “o valor agregado de todos os bens e serviços finais produzidos dentro do território económico de um país” (Sandroni, 1999).

Nos anos 80 e 90, do século XX, Portugal atravessou um período de prosperidade económica, com um forte crescimento da atividade e melhoria das condições de vida dos portugueses para níveis próximos da média da União Europeia. As elevadas taxas de crescimento neste período resultaram numa convergência real com a média das economias da União Europeia. A partir do ano 1999 a economia portuguesa começou a estagnar. No início do ano 2000, Portugal entrou num período de fraco desempenho económico e de interrupção do processo de convergência (Almeida, Castro & Félix). Este período de estagnação da atividade económica coincidiu com a adesão de Portugal à moeda única e foi um período a partir do qual o nosso país começou a afastar-se do padrão de crescimento do PIB na União Europeia.

Gráfico 1 – Taxa de crescimento do PIB em Portugal

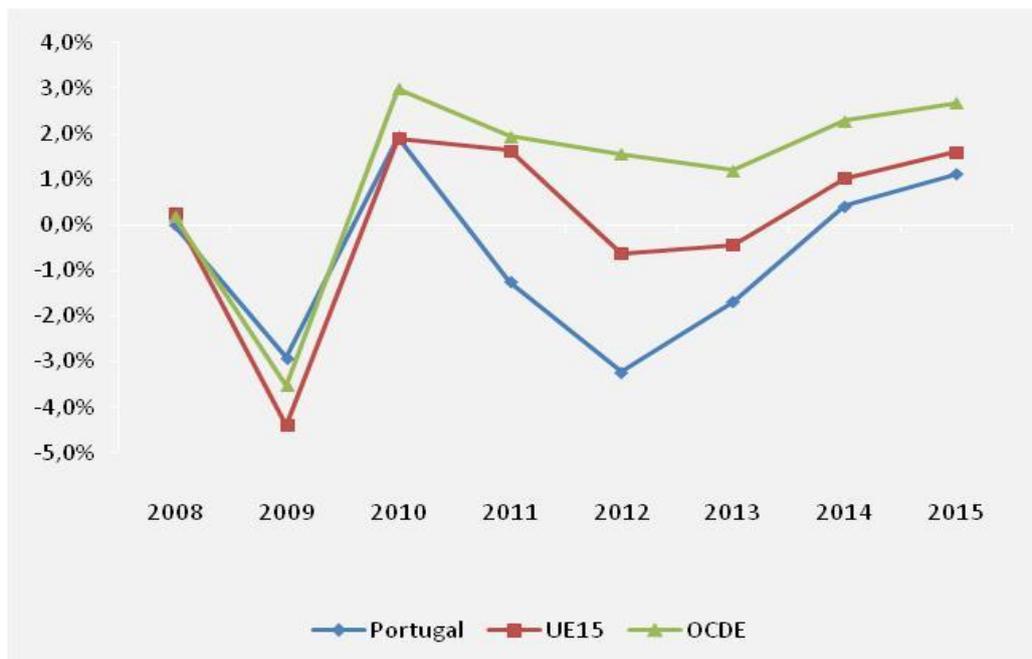


Fonte: PORDATA, 2014

Vários estudos têm aprofundado as razões pelas quais a adesão à moeda única coincidiu com um período de fraco crescimento económico e de divergência em relação à média da União Europeia. Algumas dessas explicações estão relacionadas com o aumento da concorrência internacional promovida pelos países do centro e leste da Europa. Outras destacam as fragilidades estruturais ao nível do capital humano e a rigidez dos mercados de trabalho e de bens e serviços e ainda outras defendem que foram adotadas políticas económicas inadequadas à realidade portuguesa. No entanto, todos os estudos efetuados são unânimes em considerar que a adesão ao Euro serve de proteção à economia portuguesa durante o período de recessão provocado pela crise económica internacional (Aguar-Conraria, Alexandre & Pinho, 2012).

A partir de 2008, com o início da crise internacional, a situação económica portuguesa agravou-se e, desde essa data, a taxa de crescimento real do PIB tem sido tendencialmente negativa. Para o corrente ano está prevista a recuperação económica, uma vez que de acordo com os dados da Comissão Europeia, a economia crescerá 0,8% em 2014 e 1,5% em 2015 (AICEP, 2014).

Gráfico 2 – Evolução da taxa de crescimento PIB



Fonte: OCDE, 2013

Relativamente à evolução do PIB de alguns países, nos últimos anos, verifica-se que, entre 2001 e 2008, a Grécia e a República Checa cresceram cerca de 4% ao ano e a Eslováquia 6% ao ano. No mesmo período, Portugal cresceu pouco mais de 1% ao ano (Miranda, 2008). Em 2009 o PIB caiu, em média, 4,3%, em termos reais, em todos os países da Europa exceto na Polónia (Karanikolos et al., 2013).

Desemprego

A crise económica que está a ocorrer na Europa levou a um significativo decréscimo da atividade económica, aumento do desemprego e aumento do número de pessoas a viver em situação de pobreza.

O aumento do desemprego é muito preocupante, não só pelas consequências que tem na saúde mental das pessoas afetadas como também pelos efeitos que produz na economia. Em termos económicos, o aumento do desemprego promove uma contração do consumo e redução das receitas fiscais e coloca uma forte pressão sobre os orçamentos na medida em que as necessidades de benefícios fiscais para a saúde e segurança social aumentam (Mladovsky et al., 2012).

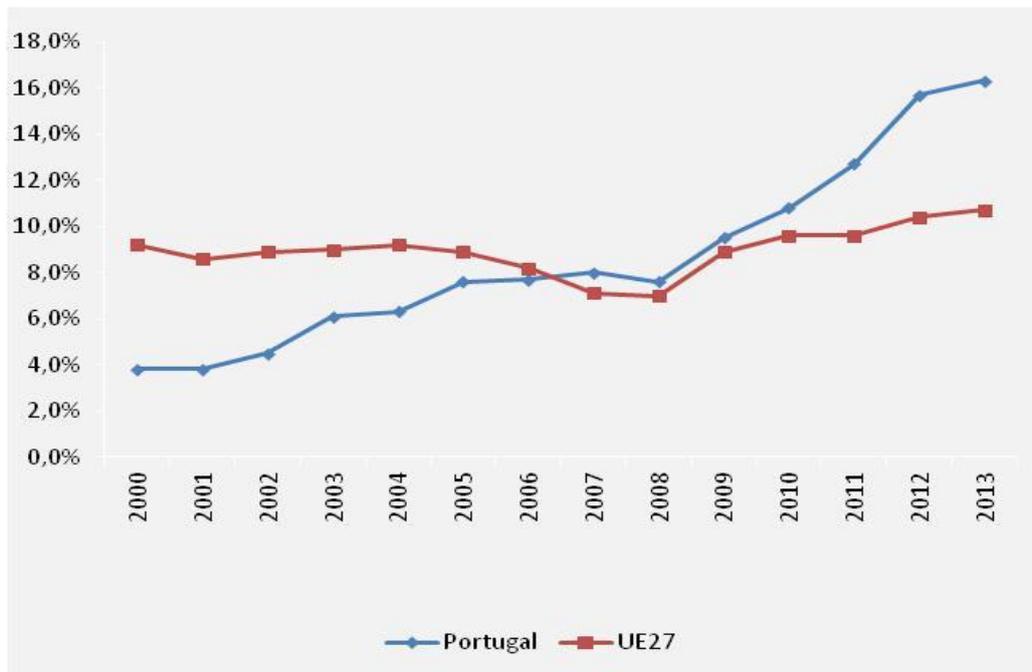
O desemprego é um motivo de preocupação para a maioria dos cidadãos europeus. Num estudo efetuado a nível europeu, cerca de 18% dos inquiridos não estava muito confiante, ou não estava de todo, com a sua capacidade para manter o seu emprego e cerca de 49% considera muito pouco provável conseguir encontrar um novo emprego nos 6 meses seguintes, caso perdessem o atual (UE, 2010).

Na generalidade dos países europeus, o desemprego aumentou consideravelmente, nos últimos anos. Entre 2008 e 2009 o desemprego cresceu, em média, de 7,4% para 8,6%, na Europa (OMS, 2012). Na Eslováquia e Bulgária, entre 2007 e 2010, este aumento foi de 3%. Na Dinamarca, Hungria e Grécia 4%, na Islândia 5%, na Irlanda 9%, na Estónia 12%, em Letónia 13% e na Lituânia 14% (Karanikolos et al., 2013). Na Grécia, entre 2008 e 2011, a taxa de desemprego aumentou 151,51% e passou de 6,6% para 16,6%. (Kentikelenis et al., 2011). Em Espanha, a crise económica teve um efeito devastador no endividamento e desemprego. Entre 2007 e 2010 a taxa de desemprego cresceu 152%. O ano em que a taxa de desemprego cresceu mais rapidamente foi 2009 (18%) e afetou, principalmente, os jovens até 25 anos e com menores qualificações (Cruz, 2011). No início de 2010 a taxa de desemprego situava-se nos 20% (Gili et al., 2012), em 2013 atingiu 26,4% e foi a mais elevada da União Europeia (Borrell et al., 2014). O desemprego jovem situa-se nos 51% e atinge particularmente aqueles que não terminaram os seus estudos. O desemprego, em Espanha, levou a uma perda de cerca de 3 milhões de contribuintes, o que causou, em 2012, um *deficit* de 6,5 bilhões de euros no sistema de pensões (Salvador-Carulla & Roca, 2013).

Em Portugal, a reduzida taxa de desemprego alcançada na década de 80 e 90 alterou-se drasticamente e, nos últimos anos, atingiu valores muito preocupantes. A partir de 2000, a taxa de desemprego apresenta uma tendência crescente tendo este aumento sido agravado a partir de 2008, altura em que começou a crise económica internacional. Entre 2008 e 2013, a taxa de desemprego em Portugal cresceu 114,5%. Em 2013, a taxa de desemprego foi a mais elevada da última década e situou-se nos 16,3% (Pordata, 2014).

No 1º trimestre de 2014, a taxa de desemprego baixou para 15,1%, o que corresponde a cerca de 788,1 mil desempregados (OPSS, 2014).

Gráfico 3 – Evolução da taxa de desemprego

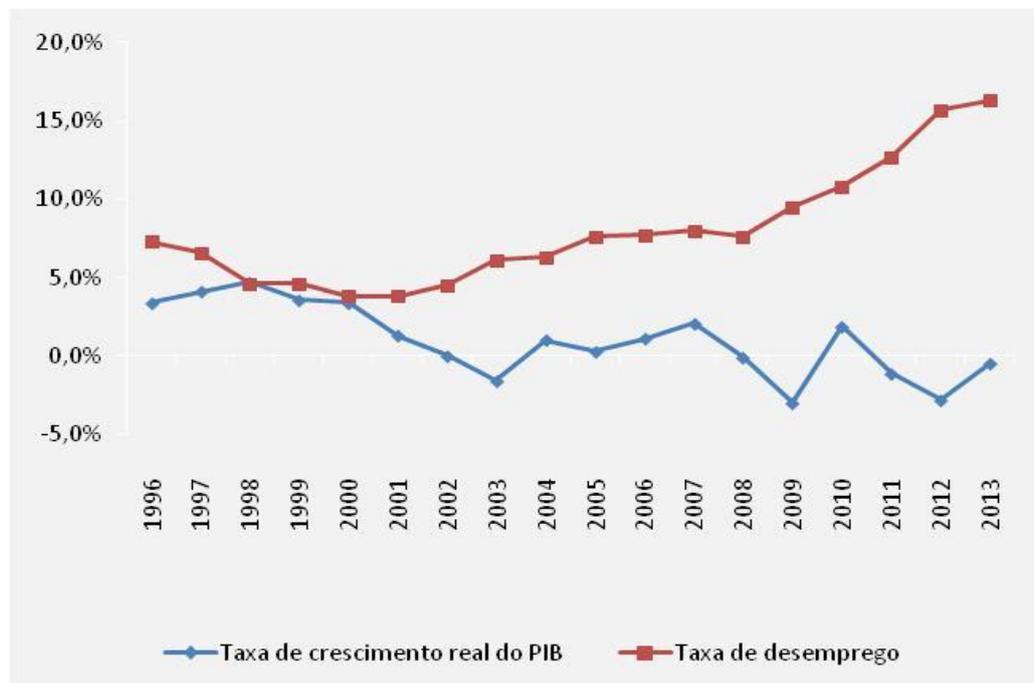


Fonte: PORDATA, 2014

Portugal registava, em 2012, a terceira taxa de desemprego mais elevada da zona euro, sendo apenas ultrapassado pela Grécia e pela Espanha. Os países que apresentaram taxas de desemprego mais baixas, nesta data, foram a Áustria, Alemanha e Luxemburgo (Faria, 2014).

O comportamento crescente da taxa de desemprego, em Portugal, está diretamente relacionado com o período de fraco crescimento económico.

Gráfico 4 – Taxa de crescimento do PIB e do desemprego em Portugal



Fonte: PORDATA, 2014

Até 2000 o ritmo de crescimento do PIB permitiu a redução da taxa de desemprego para o nível de pleno emprego. A partir dessa data com a desaceleração do PIB, que em 2003 apresenta valores negativos, verifica-se um aumento do desemprego. Apesar da recuperação económica ocorrida entre 2004 e 2008, o nível de desemprego continuou a subir, principalmente devido ao aumento de desemprego na faixa etária mais jovem. A partir de 2008, a tendência decrescente do crescimento do PIB é acompanhada por um aumento do desemprego. Desde 2011 que a taxa de desemprego regista, assim, um aumento significativo. Caso se concretizem as previsões de recuperação económica previstas para os próximos anos, o nível de desemprego terá tendência a diminuir.

Pobreza e endividamento

O desemprego é um drama na vida das pessoas porque, para além de afetar a sua própria dignidade, provoca a perda de rendimentos e pode conduzir a situações de pobreza e de endividamento.

Num estudo realizado pela Comissão Europeia para analisar o impacto da crise nos países europeus, constatou-se que a maioria dos cidadãos europeus considera que a pobreza está muito difundida nos seus países. Cerca de 60% considera que a pobreza cresceu na sua área de residência. Cerca de 75% dos inquiridos consideraram que a pobreza tinha aumentado no seu país. Este ponto de vista foi partilhado por 61% dos portugueses e 60% dos espanhóis (UE, 2010). Em Espanha, em 2010, a proporção de pessoas a viver em extrema pobreza era 5,3% e em 2012 a percentagem de pessoas que tinham sido alvo de uma ação de despejo das suas casas aumentou 134%. O número de sem-abrigo que tinham recorrido a serviços de ação social duplicou entre 2008 e 2012. Cerca de metade das pessoas com idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos vivem com as suas famílias (Salvador-Carulla & Roca, 2013). No mesmo estudo, cerca de 17% dos cidadãos europeus afirmou que nas suas casas não houve dinheiro suficiente para pagar as despesas habituais, como alimentação e outros bens de consumo diário, em pelo menos uma ocasião. Cerca de 15% considera que vive numa pressão contante para fazer face ao pagamento das contas e em cerca de 2% dos inquiridos, as dificuldades financeiras eram de tal forma graves que deixaram de pagar algumas dessas despesas (UE, 2010).

Os cidadãos europeus também sentem pressão para fazer face aos seus compromissos financeiros. A maioria dos cidadãos gregos (58%) afirmaram que, nas suas casas, a pressão para pagar despesas e compromissos financeiros era constante e que tiveram de deixar de pagar algumas dessas despesas. Resposta semelhante foi dada pelos cidadãos da Letónia (48%), Portugal (46%), Bulgária (44%) e Malta (41%). Cerca de 30% dos cidadãos europeus relatou que se tornou mais difícil suportar os custos com saúde para os próprios e para os seus familiares e cerca de 28% afirmou que esperava a deterioração da sua situação financeira. Neste caso a Grécia e a Roménia excederam a percentagem, com cerca de 70% dos inquiridos a responder que esperavam um agravamento da sua situação financeira. Esta percentagem é muito distinta da que se verificou nos países nórdicos, nomeadamente na Dinamarca, Finlândia e Suécia, onde apenas entre 9% a 14% afirmaram esperar esse agravamento. Em Portugal esta percentagem foi de 42% e no Chipre foi de 45% (UE, 2010).

O endividamento é outra realidade preocupante que advém da falta de rendimentos. Grande parte dos cidadãos europeus considera estar em risco de não conseguir proceder, a tempo, ao pagamento da prestação do empréstimo da casa (43%) e quase metade (48%) expressa a mesma preocupação em relação a outros empréstimos. Cerca de 16% dos cidadãos gregos e 14% dos letónios afirmaram que seria muito provável que, nos 12 meses seguintes ao período em que foi efetuado o questionário, tivessem de deixar as suas casas por motivos financeiros (UE, 2010).

Despesas em saúde

Nos períodos de crise, em que os recursos são escassos, a contenção de despesa é importante e necessária. Mas quando se trata de efetuar cortes na despesa em saúde, estes devem ser ponderados.

Perante um cenário de crise económica, os decisores políticos podem sentir pressão para cortar, restringir, manter ou aumentar as despesas em saúde. O aumento de despesas é uma medida habitualmente utilizada com o objetivo de estimular a economia e combater os efeitos nefastos do desemprego. Nestas circunstâncias, os decisores políticos poderão optar por aumentar a parcela de despesas em saúde pública e reduzir os pagamentos *Out of pocket* para proteger os mais afetados com a crise (Cylus, Mladovsky & Mckee, 2012). A opção política de restringir o crescimento das despesas de saúde, normalmente acarreta o encerramento de serviços de saúde, cortes no número de profissionais de saúde ou diminuição do investimento. Os governos podem abrandar mais rapidamente as despesas através da redução salarial dos profissionais de saúde, ou através da transferência de custos para os utentes, quer diretamente através do pagamento de taxas, quer indiretamente através de políticas que encorajem os utentes a recorrer ao privado (Cylus, Mladovsky & Mckee, 2012).

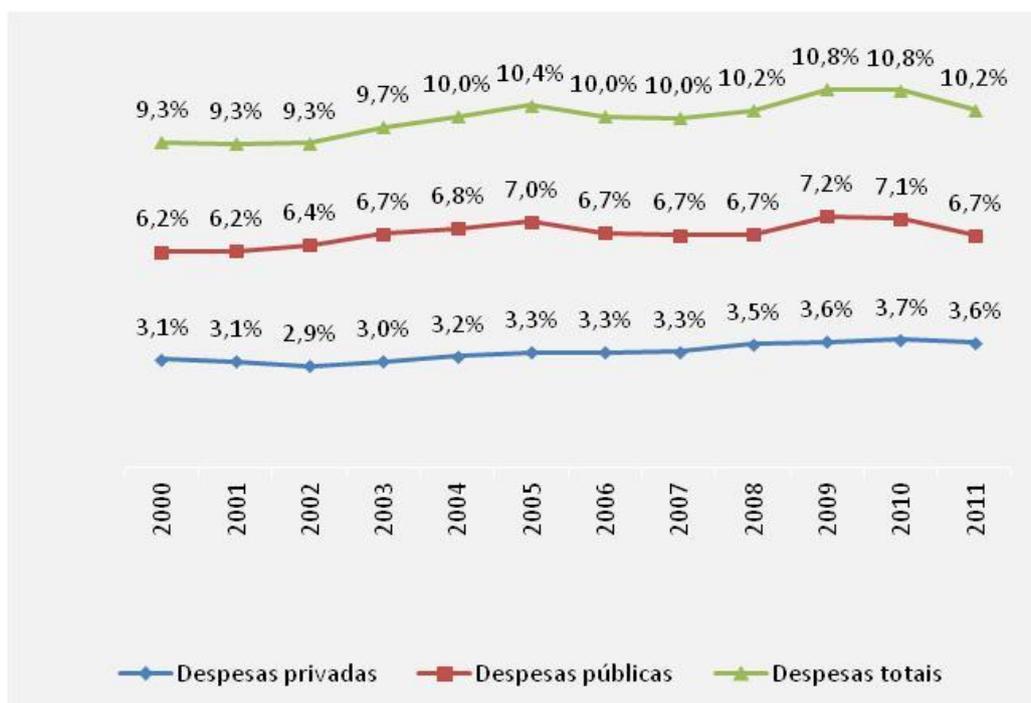
Os países da Europa responderam de forma diversa à crise relativamente aos cortes de despesa. Na Bélgica, Dinamarca e Reino Unido, os orçamentos para a saúde foram protegidos, ou congelados, e optaram por cortar despesas noutros sectores. Países como a Áustria, Letónia, Polónia e Eslovénia decidiram cortar nas despesas em saúde, particularmente nos sectores farmacêutico e hospitalar. Em Portugal, Dinamarca, Grécia,

Eslovénia e Letónia acelerou-se a reestruturação hospitalar. Alguns países, como Chipre, Grécia, Irlanda, Portugal e Lituânia reduziram os salários dos profissionais de saúde. Outros, como o Reino Unido e Eslovénia, optaram por congelar os salários e outros, como a Dinamarca, reduziram a taxa de aumento salarial. A Itália, República Checa, Estónia, Lituânia e Eslováquia estavam mais bem preparados para enfrentar a crise devido às medidas fiscais adotadas antes da crise (Karanikolos et al., 2013). O aumento das taxas moderadoras para alguns serviços de saúde, como resposta à crise, foi adotado na República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Itália, Letónia, Holanda, Roménia, Eslovénia e Portugal. Esta medida é especialmente preocupante porque compromete o acesso à saúde, aumenta os custos para as famílias e reduz a equidade em saúde, porque afeta principalmente as famílias de baixos rendimentos. A introdução de taxas moderadoras em cuidados primários e de ambulatório pode agravar os resultados em saúde e aumentar a utilização dos serviços de urgência. Nestes casos, a poupança que se adquire e os ganhos de eficiência são escassos (Karanikolos et al., 2013).

Os dados da OMS indicam que, entre 1998 e 2008, os gastos do governo em despesas em saúde, em percentagem do PIB, aumentaram na maioria dos países europeus. Entre 2008 e 2009, as despesas públicas em saúde, *per capita*, aumentaram em cerca de 9 países. Em Portugal, a despesa pública em saúde em percentagem do PIB foi subindo gradualmente entre 1995 e 2005. Este aumento coincidiu com a melhoria de indicadores em saúde, nomeadamente a taxa de mortalidade infantil que diminuiu de 7,4 para 2,5 por mil tornando-se a segunda mais baixa no conjunto de países da zona euro. Também a esperança média de vida à nascença convergiu para a média da zona euro e aumentou de 75,4 para 79,8 anos. A despesa privada manteve-se relativamente estável desde 2000, em torno dos 3% (Cunha & Braz, 2012). A partir de 2009 o peso da despesa corrente pública, face à privada, começou a ser menor e em 2011 e 2012 a despesa pública diminuiu. Entre 2007 e 2012 a despesa corrente privada apresentou uma taxa de crescimento médio anual de 2,7%, enquanto a despesa corrente pública decresceu em média 1,6% (INE, 2013).

Em Portugal, a partir de 2011, através do programa estabelecido com a *troika*, o país entrou num período de severa austeridade. O programa de austeridade impôs algumas medidas de contenção de custos que afetaram o sector da saúde. Foram estabelecidas restrições às políticas de saúde ao nível da regulação da prescrição, mobilidade de recursos humanos e controlo de horas extraordinárias dos profissionais de saúde. Foram igualmente estabelecidas algumas medidas de incremento de receitas, tais como, o pagamento no ato de prestação de cuidados de saúde (OPSS, 2012). De uma forma geral, em Portugal, entre 2000 e 2012, a taxa de crescimento das despesas em saúde em percentagem do PIB foi cerca de 10%. Mas em 2011 esta percentagem desceu para valores semelhantes aos verificados em 2008, altura em que se iniciou a crise internacional, o que indicia que não houve um corte imediato nas despesas em saúde devido à crise.

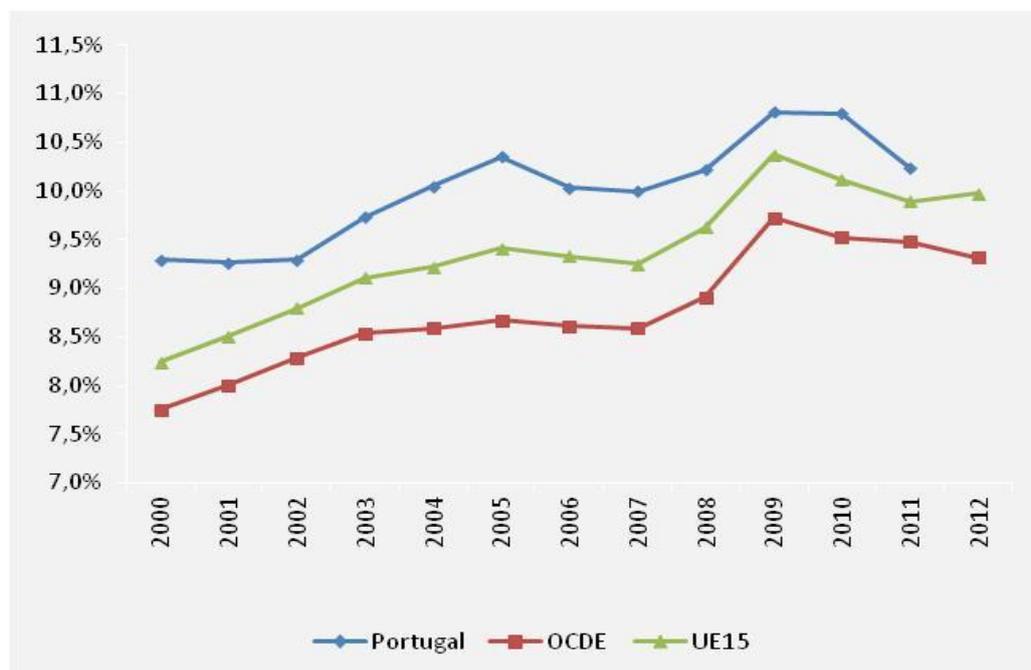
Gráfico 5 – Despesas em saúde, em Portugal, em percentagem do PIB



Fonte: OCDE, 2014

Relativamente à média da UE15, entre 2000 e 2012, Portugal apresenta um peso superior de despesas em saúde em percentagem do PIB.

Gráfico 6 – Despesas totais em saúde, em percentagem do PIB



Fonte: OCDE, 2013

Se entre 1998 e 2008, o total de despesas públicas em saúde na Europa, aumentou, em média, de 11,6% para 12,8%, após o início da crise, entre 2008 e 2009 apenas 14 países aumentaram as despesas públicas em saúde. Entre estes 14 países, a maioria não tinha sido afetada pela crise financeira (Mladovsky et al., 2012). Entre 2007 e 2010 todos os estados membros apresentaram um aumento da despesa em saúde em percentagem do PIB. Os países onde os aumentos foram mais significativos foram a Estónia, Espanha e Holanda, Eslovénia, Eslováquia, Dinamarca e Lituânia (INE, 2013). Na Grécia, os gastos em saúde diminuíram cerca de 11% entre 2010 e 2011, após uma taxa de crescimento anual de 5% entre 2000 e 2009. O mesmo ocorreu na Irlanda e Estónia que sofreram quedas significativas nos gastos em saúde *per capita*, após um período de forte crescimento (OCDE, 2013).

Embora a evidência empírica não seja conclusiva no que diz respeito à relação entre despesas e resultados em saúde, estes não podem ficar comprometidos devido ao período de contenção de despesas que a recessão impõe. Um estudo recente sugere que existe uma correlação entre despesas e resultados em saúde. Este estudo indica que o

aumento de despesa pública torna as pessoas mais saudáveis, especialmente as comunidades com pouco recursos. Os investigadores analisaram a relação entre despesa e resultados em saúde para a mortalidade infantil, doenças cardiovasculares, diabetes e cancro. O estudo constatou que por cada 10% de aumento em despesa pública, a taxa de mortalidade relacionada com estas variáveis diminuía de 7% para 1%. Segundo os autores, é importante que os recursos sejam dirigidos com sucesso para grupos de risco e garantir que as despesas sejam utilizadas em resultados positivos (Kentucky, 2011).

Por outro lado, ao analisar as despesas em saúde nos EUA, seria de esperar que os cidadãos americanos fossem mais saudáveis que noutros países cujas despesas são menores, uma vez que os EUA são o país que apresenta níveis de despesa mais elevados. Mas tal não corresponde à verdade. Em 2011, os EUA foram o país da OCDE que mais gastou em despesas em saúde (cerca de \$8.508 por pessoa). Este nível de despesa é duas vezes e meio superior à média de despesa dos países da OCDE e 50% superior à Noruega e Suíça que são os países a OCDE com maiores despesas em saúde, a seguir aos EUA. Comparando com a França e Alemanha, os EUA gastam cerca do dobro em despesas em saúde por pessoa (OCDE, 2013). Nesta mesma data, as despesas em saúde em percentagem do PIB, nos EUA, eram 17,7% e apresentavam um valor substancialmente superior aos restantes países da OCDE. No entanto, em 2011 a esperança média de vida foi 78,7 anos, valor muito inferior a países como Austrália, Áustria, Bélgica, Japão, Portugal, Grécia, Alemanha, entre outros (OCDE, 2013). Conclui-se, portanto, que apesar dos elevados custos com saúde, nos EUA, não se vive mais tempo ou melhor que noutros países que aplicam um valor menor de despesas em saúde. Alguns especialistas defendem que cerca de 30% dos custos em saúde nos EUA não traz, ou traz escassos, benefícios para a saúde das pessoas (Chien & Rosenthal, 2013).

De uma forma geral, os estudos revelam que as despesas em saúde são mais elevadas nos países mais ricos mas não proporcionam, necessariamente, melhores resultados em saúde.

2.2 – Origem

A crise europeia atual, originária na crise financeira americana, resultou de uma enorme ganância de dinheiro e poder. A História continua a mostrar que este não é o caminho mas parece que os dirigentes e os cidadãos em geral, continuam sem querer aprender com a experiência e quem não aprende com os erros do passado está condenado a repeti-los.

Desde o início do século XXI que comprar casa, nos EUA, era considerado um investimento lucrativo e seguro. Foi precisamente no mercado imobiliário que a crise teve a sua génese. As famílias com baixos rendimentos e situação económica instável eram persuadidas a adquirir casa através de contratos de *sub-prime* com as entidades bancárias que apenas solicitavam o valor do imóvel como garantia. O mercado *sub-prime* de investimento imobiliário é caracterizado por um risco, à partida, muito acima da média, com graus de cobertura de ativos face aos financiamentos bastante desfasados dos critérios normais e, regra geral, com proprietários que, historicamente, revelam maiores dificuldades em cumprir o serviço da dívida inerente aos créditos solicitados para a aquisição dos seus imóveis. Ou seja, estamos perante um segmento de mercado de risco elevado e que, ainda assim, mereceu das instituições financeiras um tratamento, sistemático e contínuo, idêntico ao praticado para as operações de bom-risco. Este tipo de empréstimos levou a que o número de contratos concedidos a pessoas sem rendimentos, sem trabalho e sem património – NINJA (*No income, no job and no asset*) - fosse muito elevado. Para diminuir o número de contratos em carteira, os bancos começaram a vendê-los a agências hipotecárias que, ou mantinham, ou revendiam, os pacotes de empréstimos a investidores de todo o mundo. Estes pacotes eram vistos como um bom negócio até porque estavam avaliados, pelas agências de *rating*, com níveis elevados. O sector imobiliário absorveu, assim, todo o dinheiro gerado pelo Banco Central Americano e multiplicado pelos bancos (Roque, 2013).

É evidente que, durante vários anos, a capacidade de endividamento de um cidadão americano esteve perigosamente facilitada. Se um americano queria adquirir casa, bastava deslocar-se a um banco que lhe concedia um empréstimo. O aumento da

procura de imóveis, estimulado pelo acesso artificialmente facilitado ao financiamento, gerou um inevitável aumento do preço dos imóveis e atraiu especuladores ao mercado imobiliário (Roque, 2013). Mas mesmo que a aquisição do imóvel não fosse usada para especulação, a dívida aumentava, pois os seus compradores utilizavam a valorização do mercado, para recorrer ao banco e aumentar o valor do empréstimo. Este empréstimo era usado para adquirir bens de consumo, como carros e televisões (Roque, 2013). Contrariamente ao que imaginavam, o poder de compra dos cidadãos americanos não estava a aumentar. Estavam apenas a antecipar a sua capacidade de aquisição de bens através de um aumento do nível de endividamento (Dowbor, 2009).

Enquanto o valor dos imóveis esteve elevado o sistema funcionou, mas o problema foi quando as pessoas deixaram de ter recursos para pagar os compromissos assumidos. As questões vividas no mercado de créditos imobiliários de pior risco - *sub-prime* - desencadearam a correção no mercado de crédito que originou avultadas perdas para as instituições financiadoras desses créditos (agências hipotecárias, bancos e *hedge funds*). A falência de agências hipotecárias (mais de 70, nos EUA) e de *hedge funds* conduziu a que as principais agências de *rating* considerassem a revisão em baixa na notação de risco de muitas estruturas de crédito alavancadas. O aumento da aversão ao risco por parte dos investidores traduziu-se na venda destas estruturas e no alargamento dos *spreads* de crédito, o que originou a incapacidade de financiar algumas destas operações. Ao mesmo tempo, a aversão ao risco implicou uma forte queda dos mercados acionistas e um refúgio dos investidores em obrigações de taxa fixa emitidas por Estados Soberanos. A correção dos mercados acionistas começou por ser mais pronunciada nos EUA, onde a queda do mercado imobiliário e os efeitos associados na carteira dos bancos com as perdas no mercado de *sub-prime* foram mais relevantes. Não obstante ter sido inferior à correção verificada no mercado norte-americano, também os mercados europeus corrigiram, liderados pelo mercado alemão.

No final de 2006, após a diminuição da procura de imóveis, desencadeada pelo aumento das taxas de juro, os preços dos imóveis começaram a cair. Entre 2005 e 2008, o nível de incumprimento no pagamento de empréstimos aumentou 750%. Em 2008 esta

situação tornou-se catastrófica e criou a bolha imobiliária: o aumento das dívidas fez com que os bancos de investimento, incluindo os europeus, não usufríssem mais dessa receita. O valor dos ativos caiu, sem a correspondente diminuição do passivo, o que fez com que os bancos deixassem de conceder novos empréstimos, nomeadamente no mercado interbancário e comesçassem a sentir graves problemas de liquidez (Roque, 2013). Institui-se assim uma crise financeira que rapidamente se transformou numa crise económica que se alastrou por toda a Europa. Esta crise económica teve um impacto profundo na vida das pessoas e, ainda hoje, estas crises coexistem sem que alguma delas tenha ficado resolvida ao longo destes últimos anos.

2.3 – Efeitos da Crise na Saúde Mental

A atual crise económica é um fator que propicia o aparecimento de novos grupos vulneráveis, provoca o aumento de problemas mentais e de suicídios, empobrecimento, marginalização, violência doméstica, ou seja, afeta substancialmente a saúde mental (OMS, 2013).

De uma forma geral os períodos de recessão económica são responsáveis pelo aparecimento de diversas doenças mentais. Os constrangimentos associados aos períodos de crise, tais como, a perda de emprego, incapacidade para atingir objetivos profissionais, o endividamento, a necessidade de conter despesas e as privações económicas estão associados à violência familiar ou social, a elevados níveis de *stress*, à diminuição da autoestima, ao aumento da ansiedade, depressão e suicídio e ao aumento de comportamentos de risco, como o consumo de álcool e drogas.

O desemprego é um fator determinante e propiciador do aparecimento de problemas mentais. De facto, a perda de autoestima causada pelo desemprego, bem como a incerteza em relação ao futuro, aumentam o clima de ansiedade e *stress* e podem tornar-se um elemento precipitante de episódios de doença mental (Amaro, 2011). Um estudo realizado em 2010 por Uutela comprova que 34% dos desempregados têm problemas mentais enquanto esta percentagem diminui para 16% no caso de pessoas empregadas. Ainda de acordo com o mesmo estudo, o agravamento da saúde mental das

peças aumenta com o período de duração do desemprego. Outro fator importante a considerar é o “efeito cadeia” que tem numa família a existência de problemas mentais num dos seus membros. Este efeito consiste num aumento do *stress* dos restantes elementos da família, para além de todas as implicações que estas questões têm ao nível de gastos com a saúde (OPSS, 2012). Constata-se ainda que o desemprego mais que duplica a probabilidade de aparecimento de depressão, ansiedade e distúrbios obsessivo-compulsivos (Murali & Oyebode, 2013). Os desempregados têm maior probabilidade de recorrer a médicos, tomar medicação e serem admitidos em hospitais (Jin, Shan & Svoboda, 1995).

Verifica-se que os homens têm um risco acrescido, em relação às mulheres, de sofrer de problemas mentais, em períodos de crise (Karanikolos et al., 2013). Os homens são, habitualmente, quem garante a maior parte do rendimento para a família e, portanto, são os mais afetados pela recessão. Estes podem experimentar um maior aumento da vergonha face ao desemprego e têm menos capacidade para pedir ajuda (Chang et al., 2013). Também se constata que os homens têm um risco acrescido, em relação às mulheres, de sofrer de problemas mentais e morte devido a suicídio (OMS, 2011). Um relatório publicado pela OCDE confirma o acréscimo da taxa de suicídio nos homens em relação às mulheres. Segundo este relatório, nos países da OCDE, a taxa de suicídio é 4 vezes superior nos homens em relação às mulheres (OCDE, 2013). Acresce ainda que os mais jovens têm um risco acrescido de ser atingidos por um problema mental quando estão desempregados do que quando estão empregados (OMS, 2011). De acordo com um estudo efetuado, a crise atual tende a afetar os homens europeus mais novos relativamente ao ocorrido em crises anteriores (Chang et al., 2013).

O desemprego está também associado a um aumento de distúrbios psicológicos e de comportamento, bem como ao aumento de doenças psicossomáticas (Karanikolos et al., 2013). De facto constata-se que o desemprego aumenta a probabilidade de aparecimento de fobias e de psicoses (Murali & Oyebode, 2013).

Uma investigação efetuada aos efeitos das crises nos últimos 30 anos constata a relação existente entre crise económica e saúde mental e associa a perda de emprego ao

aumento da taxa de suicídio e homicídios. Segundo o mesmo estudo, o aumento do desemprego está associado a um aumento, no curto prazo, de mortes prematuras por violência intencional (Stuckler et al., 2009). Num estudo efetuado a 26 países da União Europeia, entre 1970 e 2007, constatou-se que um aumento de 1% na taxa de desemprego implicava um aumento de 0,79% na taxa de suicídios em idades inferiores a 65 anos e a um aumento de 0,79% em homicídios (Stuckler et al., 2009). Também Karanikolos et al. (2013) confirmam que o aumento de 1% na taxa de desemprego está associado ao aumento da taxa de suicídios e homicídios. Estudos demonstram que os desempregados têm 2/3 de maior risco de suicídio. Dados revelam uma forte associação entre o aumento nos níveis de suicídio e as taxas de desemprego em países onde estas taxas são habitualmente baixas, quando comparados com o verificado em países onde as taxas são habitualmente altas (Chang et al., 2013). Além disso, aumentos rápidos de desemprego provocam aumentos igualmente rápidos no número de suicídios e homicídios.

Também relativamente ao suicídio se verifica que afeta mais os homens que as mulheres e que varia consoante a faixa etária. Estudos indicam que na Grécia e na Polónia, os homens são, pelo menos, 7 vezes mais propensos a suicidarem-se do que as mulheres e a diferença entre os géneros tem vindo a agravar-se. No Luxemburgo e Holanda, a diferença entre os géneros é menor, mas a taxa de suicídio nos homens é duas vezes superior à das mulheres (OCDE, 2013). Outro estudo realizado constata que a taxa de suicídio é superior na faixa etária entre os 35 e os 54 anos relativamente à faixa etária entre os 15 e 24 anos e acima dos 75 anos (Luo et al., 2011). Outro estudo corrobora estes dados e constata que as pessoas acima dos 60 anos são menos sensíveis aos efeitos negativos do aumento do desemprego do que as mais novas (Stuckler et al., 2009).

O endividamento está também relacionado com o aparecimento de doenças mentais. As dívidas, as dificuldades financeiras, os problemas de pagamento das prestações de empréstimo bancário, são responsáveis pelo aparecimento de problemas de saúde mental. Quanto maior o nível de endividamento de uma família, maior a probabilidade de surgir uma doença mental (Wahlbeck & McDaid, 2012). O

endividamento pode conduzir a situações de pobreza que embora não resultem, necessariamente, na prevalência de doenças mentais, podem ser um determinante que provoca uma doença mental.

A situação de pobreza, os problemas financeiros e as privações sociais, são os fatores que proporcionam o maior risco de aparecimento de problemas e distúrbios mentais. A diminuição de rendimentos, o aumento dos custos com saúde e a redução de oferta de serviços, colocam barreiras ao acesso a cuidados de saúde (Karanikolos et al., 2013). Quanto menores são os rendimentos, mais se agravam os problemas de saúde mental, uma vez que as classes mais desfavorecidas são as que menos recursos têm para fazer face à crise (Amaro, 2011). Num estudo realizado por August Hollingshead e Frederick Redlich, constatou-se que, nas classes sociais mais desfavorecidas, as doenças mentais têm tendência a ser mais severas, persistentes e debilitantes e a natureza e o tratamento prestado de pior qualidade. Em diversos estudos consistentemente se demonstrou que os problemas psiquiátricos eram agravados quando existiam situações de pobreza. Para além disso, um nível socioeconómico baixo está também associado a alterações de humor (Murali & Oyebode, 2013).

Os baixos rendimentos de um agregado familiar têm, também, efeitos na saúde mental das crianças. Estudos comprovam que as crianças integradas em agregados familiares mais pobres têm três vezes mais hipóteses de ter uma doença mental que as crianças em agregados familiares mais ricos. A pobreza e a desvantagem social estão associadas a *deficit* cognitivos e educacionais nas crianças. Problemas mentais do foro comportamental, tais como, distúrbios de atenção e hiperatividade, estão também associados à pobreza e atingem mais as famílias que enfrentam problemas de *stress* por motivos económicos (Murali & Oyebode, 2013).

Também as situações de suicídio estão principalmente ligadas a situações de pobreza e de privação social. Estes dados foram comprovados por um estudo realizado por Crawford & Prince (1999) que constataram um aumento da taxa de suicídios em jovens do sexo masculino que viviam em condições de extrema privação social.

Por outro lado, a diminuição de rendimentos está também relacionada com o agravamento da percepção do estado de saúde em geral. As pessoas com baixo nível de rendimento tendem a exprimir um estado de saúde mais débil do que as pessoas com níveis de rendimento mais elevados (OCDE, 2013).

Em períodos de crise também se regista um aumento do consumo abusivo de álcool e drogas. A evidência empírica demonstra que as pessoas usam o álcool como forma de diminuir os sentimentos de sofrimento psíquico (Vijayasiri et al., 2012). O consumo abusivo de álcool pode ser um incentivo ao aparecimento de doenças mentais e também, neste caso, afeta mais os homens do que as mulheres (OMS, 2011). Verifica-se igualmente que, em períodos de crise, aumenta a mortalidade associada ao consumo de cocaína e opiáceos, principalmente em casos relacionados com pobreza (Murali & Oyebode, 2013).

Outro efeito frequentemente observado em períodos de crise é a adoção de um estilo de vida pouco saudável, tal como fumar em resposta ao *stress* ou aumento do consumo de comida com pouco valor nutricional, por ser mais barata. Nestes períodos, as pessoas têm também tendência a descuidarem a prevenção e tratamento da sua saúde, uma vez que a diminuição do nível de rendimentos e a sobrecarga dos serviços de saúde leva as pessoas a adiarem o tratamento necessário (Stuckler et al., 2009).

Outro aspeto importante a ter em consideração é que o efeito da crise na saúde mental afeta consideravelmente a vida familiar, social, profissional e pode levar as pessoas a sofrer de discriminação e exclusão social. A pressão sobre as famílias pode ser de tal forma que provoque um aumento da violência e de negligência de crianças e afete gravemente a sua saúde mental (Wahlbeck & McDaid, 2012). O efeito da crise nas crianças é muito preocupante. O período de gravidez, infância e adolescência é fundamental para assegurar uma boa saúde mental. Esta é promovida através de competências sociais adquiridas na escola e oportunidades de aprendizagem emocional ao longo da vida. Os cortes orçamentais na educação e saúde podem afetar seriamente o bem-estar psicológico das crianças (Wahlbeck & McDaid, 2012).

São diversos os países onde se comprovaram, empiricamente, os efeitos que a atual crise tem na saúde mental das pessoas. Na Europa, verifica-se um aumento da taxa de suicídios desde 2007. Nos países que aderiram à UE em 2004, a taxa de suicídios aumentou em 2009 e permaneceu alta em 2010 (Karanikolos et al., 2013). Outro fator constatado na Europa é o aumento da ansiedade devido a constrangimentos financeiros. Um estudo realizado pela Comissão Europeia comprovou que o pagamento das despesas do quotidiano causa ansiedade a cerca de 44% dos cidadãos europeus (UE, 2010). Na Grécia, Inglaterra, e Espanha, vários estudos mostram um aumento de prevalência da depressão e ansiedade após a crise económica atual. Esta deterioração no estado de saúde fez-se notar essencialmente em pessoas que experimentaram instabilidade laboral e problemas financeiros (Chang et al., 2013).

Na Grécia, a perceção do estado de saúde e o acesso a serviços de saúde piorou. Em Espanha, Grécia e Portugal, a perda de emprego e o receio de perder o emprego tiveram um efeito adverso na saúde mental (Karanikolos et al., 2013).

Em Espanha, entre 2006 e 2010, aumentou significativamente a prevalência de pessoas, com problemas mentais, que recorreram a cuidados primários, principalmente em casos de ansiedade, problemas com álcool, depressão. A maior parte destes problemas estava relacionado com desemprego e dificuldades no pagamento de dívidas (Karanikolos et al., 2013). O impacto na saúde mental dos espanhóis é também atribuído à precariedade dos empregos e à instabilidade de não se saber se o emprego se mantém. Estudos recentes comprovam também um aumento dos casos de distúrbios de pânico. Os estudos revelam que o agravamento da depressão resulta das dificuldades no pagamento de empréstimos à habitação ou devido à ocorrência de ações de despejo. Estas situações abrangem cerca de 1/3 de pessoas que foram atendidas devido a doenças mentais. A dificuldade de pagamento dos empréstimos à habitação foi responsável por um acréscimo de 11% no risco de situações de depressão, para os cidadãos, em geral (Salvador-Carulla & Roca, 2013).

Também no Reino Unido se verifica um agravamento geral do estado de saúde dos cidadãos, desde 2008, que afetou a perceção do estado de saúde tanto as pessoas

desempregadas, como as empregadas. Verifica-se ainda um aumento de casos de *stress* e da taxa de suicídios (Astell-Burt, Feng, 2013). Em Inglaterra, o aumento de suicídios, entre 2008 e 2010, resultou numa estimativa de mais de 1000 mortes e esteve associado a um aumento do desemprego (Karanikolos et al., 2013). Em 2008, a taxa de suicídios no Reino Unido começou a aumentar 7% nos homens e 8% nas mulheres, em relação ao ano anterior. Em 2010, o número de suicídios voltou novamente a descer, coincidindo com uma ligeira recuperação da taxa de desemprego nos homens. Estima-se que um aumento de 10% no número de desempregados do sexo masculino estivesse associado a um acréscimo de 1,4% na taxa de suicídio nos homens (Barr et al., 2012). Na Irlanda, o aumento do desemprego está também associado ao aumento da taxa de suicídio. Entre 2006 e 2011, a taxa de desemprego aumentou de 4% para 14%. Em 2001, a taxa de suicídio aumentou 7% relativamente a 2010 (Kelly & Doherty, 2013).

Nos EUA, com a atual crise, as elevadas taxas de desemprego, levaram a um aumento do consumo de álcool, principalmente entre os mais jovens, e a um aumento da prescrição de antidepressivos (Stuckler & Basu, 2013).

A História já tinha detetado, e revelado, os efeitos que as crises económicas têm na saúde mental, através das crises anteriormente ocorridas. Em 1981, no Reino Unido, o aumento de 3,6% da taxa de desemprego tinha estado associado a um aumento de 2,7% da taxa de suicídios. Este aumento do desemprego desencadeou igualmente um aumento do consumo abusivo de álcool (Stuckler et al., 2009). Um estudo efetuado, nos EUA, para analisar o impacto dos ciclos económicos na taxa de suicídio, entre 1928 e 2007, constatou que a taxa de suicídio aumentava, geralmente, durante o período de recessão económica e especialmente durante as recessões mais severas cuja duração se prolongava em período superior a um ano. A maior recessão, que provocou uma taxa de suicídio elevada, ocorreu durante a Grande Depressão, em que a taxa passou de 18% em 1928 para 22,1% em 1932. Também se comprovou que a taxa de suicídio aumentava em períodos de recessão económica e diminuía em períodos de expansão económica (Brenner, 2005, Luo et al., 2011). Estudos anteriormente efetuados para a Grande Depressão de 1930, ou a crise russa no início dos anos 90, ou a crise económica asiática

no final dos anos 90, mostram uma associação entre o aumento do desemprego e o aumento da taxa de suicídio nos homens. Estes valores que revelam um aumento da taxa de suicídio superior nos homens, em relação às mulheres, são consistentes com o aumento ocorrido durante a crise russa e a crise económica asiática (Chang et al., 2013). Na Rússia, a mudança na sociedade ocorrida após a dissolução da URSS, em 1991, e o colapso da moeda em 1998, foi seguida de um aumento de mortalidade associada ao consumo de álcool. O mesmo fenómeno se constatou na Europa, onde o aumento do desemprego implicou um aumento de 28% de mortalidade por abuso de álcool (Wahlbeck & McDaid, 2012). No Japão, a taxa de suicídio aumentou muito a partir de 1998, principalmente nos homens em idade ativa que se encontravam desempregados. A crise asiática levou a um aumento dramático de mortes por suicídio, principalmente entre homens com idade entre os 35 e os 64 anos e ampliou as desigualdades em saúde (Kondo, et al., 2008). Um estudo realizado na Finlândia sobre os efeitos da crise dos anos 90 na saúde mental, concluiu o aumento da violência em resultado da crise. Cerca de 1/4 dos cidadãos nascidos em 1984, quando atingiu a idade de 21 anos, já tinha cometido um crime e cerca de 1/5 dos cidadãos já tinham recebido tratamento psiquiátrico (Wahlbeck & McDaid, 2012).

Os efeitos da crise já tinham sido, portanto, sentidos em crises anteriores e mais uma vez foram ignorados. A austeridade implementada, em alguns países, agravou os efeitos da crise que já causariam danos suficientes sem o peso acrescido destas políticas. A Grécia foi o país da Europa mais afetado pela crise pelo que é analisado de forma autónoma.

O caso da Grécia

O sistema de saúde mental grego está organizado por serviços de saúde prestados pelo sector público, unidades sem fins lucrativos e pelo sector privado. Existem 9 centros de saúde mental para crianças e adolescentes (três unidades estão alojadas em hospitais pediátricos) e mais de 2000 psiquiatras (Christodoulou et al., 2010).

Nos últimos anos vários progressos tinham sido efetuados relativamente aos direitos humanos dos doentes mentais. Destacam-se a implementação, em 2000, do

programa anti-estigma e de promoção de saúde mental e ainda, o trabalho efetuado pela comissão especial, criada em 1999, para controlo e proteção dos direitos das pessoas com distúrbios mentais (Christodoulou et al., 2010).

Com a atual crise económica houve uma reversão total de mais de 15 anos consecutivos de crescimento económico, comprovada pelo aumento do desemprego e da dívida. Em 2013, a Grécia sofreu o sexto ano consecutivo de contração económica e o desemprego mais que triplicou. Este aumentou de 7,7%, em 2008 para 24,3%, em 2012 (Kentikelenis et al., 2014). O acesso à saúde está comprometido, verifica-se a falta de prevenção de doenças, o aumento do risco de doenças infecciosas e, mais preocupante, as pessoas estão a pagar com a própria vida (Kentikelenis et al., 2011). No espaço de dois anos, entre 2007 e 2009, a taxa de suicídio aumentou 17% (OPSS, 2012). Em 2011, comparativamente a 2009, a taxa de suicídio aumentou 37% (Chaffin, 2012). No total, entre 2007 e 2011, a taxa de suicídio aumentou 45% (Kentikelenis et al., 2014)!

Os problemas financeiros e o endividamento estão nas principais razões apontadas para o incremento substancial desta taxa (Kentikelenis et al., 2011). O nível de desemprego e de incerteza em relação ao futuro, os problemas financeiros e o nível de endividamento das famílias, contribuiu para o aumento do número de cidadãos gregos a sofrer de ansiedade, depressão, problemas de sono, ataques de pânico e para o crescimento do número de suicídios (Chaffin, 2012). Entre 2008 e 2011, o número de casos de depressão aumentou de 3,3% para 8,2% (Kentikelenis et al., 2011).

Existem ainda indicadores que conferem que o estado de saúde mental dos cidadãos gregos piorou, especialmente nos grupos mais vulneráveis. Apesar desse agravamento do estado de saúde, os serviços de saúde mental gregos, públicos e não lucrativos, foram reduzidos, encerrados ou houve uma redução de recursos humanos. Os planos para o desenvolvimento de clínicas psiquiátricas para crianças foram abandonados e o financiamento do estado para a saúde mental decresceu 20%, entre 2010 e 2011 e 55% entre 2011 e 2012. As medidas de austeridade contraíram a capacidade de resposta perante um aumento de 120% de utilizadores de serviços de saúde mental (Kentikelenis et al., 2014).

A austeridade, na Grécia, também está a afetar a saúde mental das crianças devido à redução dos rendimentos das famílias e do desemprego dos seus pais. A proporção de crianças em risco de pobreza aumentou de 28,2%, em 2007, para 30,4% em 2011 e um elevado número de crianças não tem acesso às necessidades nutricionais necessárias. O número de crianças com baixo peso à nascença aumentou 19% entre 2008 e 2010 e a taxa de mortalidade infantil aumentou 43%, entre 2008 e 2010 (Kentikelenis et al., 2014, Stuckler e Basu, 2013).

Um dos maiores obstáculos apontados para enfrentar a crise está relacionado com o seu período de duração, sem qualquer perspetiva de que venha a terminar. Esta incerteza torna-se, psicologicamente, um tormento para os gregos e é a causa do surgimento de *stress* crónico (Chaffin, 2012). Também a violência, na Grécia, aumentou substancialmente. Entre 2007 e 2009 os homicídios e roubos quase duplicaram (Kentikelenis et al., 2011).

Constata-se que algumas pessoas optam por adiar os seus tratamentos, na expectativa de virem a ficar melhor. Como os orçamentos dos hospitais foram cortados em cerca de 40%, nota-se a falta de fornecimento de produtos clínicos e verificam-se alguns casos de suborno atribuídos a equipas clínicas, para passar à frente nas listas de espera (Kentikelenis et al., 2011). No total, desde 2008, o orçamento nacional grego para a saúde foi reduzido em cerca de 40%. Cerca de 35000 médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde perderam os seus empregos (Stuckler & Basu, 2013).

De uma forma geral, os cidadãos gregos classificam o seu estado de saúde como “mau” ou “muito mau” nos últimos anos. As pessoas sentem necessidade de ter cuidados de saúde e não conseguem ter acesso aos mesmos, devido ao elevado tempo de espera e distâncias percorridas (Karanikolos et al., 2013).

Verificou-se ainda um aumento do consumo de heroína, mas apesar deste aumento foram efetuados elevados cortes nos programas de tratamento de toxicodependentes devido à escassez de financiamento. O número de novas infeções por vírus HIV entre os toxicodependentes aumentou de 15 para 484, entre 2009 e 2012 (Kentikelenis et al., 2014, Stuckler & Basu, 2013). Embora a maioria dos novos casos de

peessoas infetadas incida sobre os toxicodependentes, muitos estão também relacionados com prostituição. Outros casos referem-se a pessoas que se auto-injectam com o vírus para obter benefícios financeiros ou entrar em programas de substituição de drogas (Kentikelenis et al., 2011). Os dados preliminares sugerem que a incidência de tuberculose entre a comunidade de toxicodependentes mais que duplicou, entre 2012 e 2013 (Kentikelenis et al., 2014).

Outro indicador que demonstra os efeitos da crise no acesso aos cuidados de saúde é o aumento de pessoas a recorrer a clínicas de rua dirigidas por organizações não-governamentais. Estas estavam dirigidas essencialmente a emigrantes e a percentagem de cidadãos gregos que recorriam aos seus serviços rondava os 3% a 4% antes da crise. Esta percentagem aumentou para 30%, após a crise (Kentikelenis et al., 2011).

Mas apesar de tudo verificam-se alguns pontos positivos a destacar desta crise. A sociedade grega tradicionalmente depende de comunidades locais e o desenvolvimento dos serviços comunitários tem progredido. Este modelo apoiado nas comunidades tem muitas vantagens, pois permite uma maior proteção e redução do estigma relativo aos doentes mentais. Também se verificam melhorias na promoção da saúde mental, através de atitudes anti-estigma e de uma abordagem centrada na pessoa. A Igreja tem também tido um papel importante, uma vez que são, frequentemente, os primeiros a quem os doentes recorrem a pedir ajuda (Christodoulou & Anagnostopoulos, 2013).

Um relatório recentemente elaborado sobre a reforma psiquiátrica na Grécia permitiu constatar que a coordenação pelo governo central é deficiente e que a transmissão da gestão administrativa do governo central para as autoridades de saúde mental locais pode trazer vários benefícios incluindo a introdução de um quadro de responsabilização eficaz e garantia de qualidade e desenvolvimento dos serviços locais. Além disso o mesmo relatório concluiu que os profissionais de saúde gregos têm boas capacidades de liderança.

Não há dúvida que é necessário uma mudança na saúde mental na Grécia. Espera-se que este momento de crise seja aproveitado para que essa mudança seja concretizada.

Efeitos positivos da crise

Os períodos de recessão económica também podem trazer efeitos positivos no estado de saúde das pessoas. Vários estudos confirmam que alguns indicadores de saúde, tais como, a taxa de mortalidade, a médio prazo, melhoram em período de crise.

Em períodos de crise, devido à diminuição de rendimentos, as pessoas têm tendência a dormir mais horas, praticar mais exercício físico e conduzir menos. O facto de conduzirem menos leva a um menor número de mortes por acidentes de automóvel (Karanikolos et al., 2013). Desta forma, a taxa de mortalidade, a médio prazo, tem tendência a diminuir em períodos de recessão e aumentar em períodos de crescimento económico. Num estudo realizado por Stuckler et al., 2009, constatou-se que o aumento da taxa de desemprego de 1% provocava uma diminuição de 1,4% em acidentes rodoviários. Em Espanha e Irlanda, o número de mortes devido a acidentes rodoviários diminuiu mais de 25%, entre 2007 e 2009 (Stuckler et al., 2011). A redução da taxa de mortalidade em períodos de crise foi também constatada num estudo realizado durante a grande depressão ocorrida nos EUA. Neste período, os acidentes rodoviários e a taxa de doenças infecciosas diminuíram, o que permitiu uma diminuição da taxa de mortalidade, apesar de se constatar um aumento da taxa de suicídios (Mladovsky et al., 2012). Outro estudo comprova estes dados que indicam que apesar da taxa de suicídio, durante a Grande Depressão, ter aumentado, a taxa de mortalidade diminuiu. O aumento de suicídios foi compensado pela melhoria de condições de higiene que reduziu as mortes por doenças infecciosas, como a tuberculose, pneumonia e gripe, bem como por uma forte queda nos acidentes de automóvel (Stuckler & Basu, 2013).

Além da diminuição da taxa de mortalidade, outros efeitos positivos podem ser observados neste período. Catalano e Bellocos, constataram que, em períodos de recessão, as pessoas ocupam mais tempo com atividades que melhoram o seu estado de saúde, tais como, andar em vez de conduzir (Stuckler et al., 2009). No Reino Unido, desde 2008 que se assistiu a um incremento de comportamentos saudáveis, nomeadamente a um aumento da atividade física e uma diminuição de peso em pessoas que anteriormente eram sedentárias ou obesas (Astell-Burt & Feng, 2013).

Outro efeito positivo que esta crise acabou por trazer foi colocar os vários intervenientes a trabalhar em conjunto no sentido de obter resultados positivos. A Organização Mundial de Saúde, estabeleceu 6 nobres objetivos a atingir até 2020:

- 1 – Reduzir a mortalidade prematura;
- 2 – Aumentar a esperança de vida;
- 3 – Reduzir as iniquidades em saúde;
- 4 – Aumentar o bem-estar dos cidadãos europeus;
- 5 – Promover a cobertura universal de saúde, na Europa;
- 6 – Estabelecer metas nacionais pelos estados membros.

Estas metas foram publicadas no relatório “The european health report 2012: charting the way to well-being” e são objetivos importantes que devem servir de referência a todos os Estados, principalmente os mais afetados pela crise.

2.4 – Respostas à crise

Nos países afetados, a resposta à crise concretizou-se de várias formas.

Na generalidade dos países europeus

Em Portugal, Grécia, e Irlanda foram seguidas as medidas de austeridade impostas pelos credores e as reformas implementadas foram parte do processo de reestruturação da dívida. A Dinamarca, Islândia, Polónia optaram por não efetuar nenhuma, ou muito poucas, alterações às políticas instituídas. Noutros casos, as reformas planeadas foram abandonadas ou a sua execução foi abrandada. Por exemplo, na Roménia abandonou-se o plano de construção de 8 novos hospitais (Mladovsky et al., 2012).

Alguns países, como a Inglaterra e Finlândia, com o objetivo de promover a saúde e incrementar receitas, decidiram aumentar os impostos na aquisição de tabaco e álcool. Outros países decidiram reformar a receita fiscal para financiar o sistema de

saúde. Em Itália, aplicou-se um aumento de impostos em algumas regiões com o intuito de diminuir a dívida. Em França foi estabelecido um imposto de 2% sobre determinados rendimentos para financiar despesas de segurança social e saúde. Este imposto aumentou para 4% em 2010 e para 6% em 2011. A Hungria introduziu um imposto para produtos alimentares com elevado nível de açúcar. Alguns países, como Grécia, Irlanda, Itália, Portugal e Rússia, em resposta à crise, aumentaram ou introduziram taxas de utilização de serviços de saúde. Estas foram introduzidas no sector hospitalar (França, Irlanda, Rússia), nos produtos farmacêuticos (Irlanda, Portugal), nos cuidados ambulatoriais (Grécia, Itália) e na urgência (Irlanda). Em Portugal também foram aumentadas as taxas de utilização de algumas vacinas como a encefalite, febre tifoide, meningite e raiva. Outros países optaram por expandir benefícios principalmente para grupos de baixo rendimento em diversos sectores. Em Itália e na Irlanda, por exemplo, aboliram-se as taxas de utilização no sector farmacêutico e em Itália aboliram-se as taxas de alguns serviços. A introdução ou o aumento de taxas de utilização em cuidados primários ou ambulatorio pode agravar os resultados em saúde e levar a um aumento de gastos em outras áreas, como por exemplo, na urgência. Neste caso, a poupança ou a eficiência que se ganha através da introdução destas medidas é limitada (Mladovsky et al., 2012).

Na Irlanda, em 2011, foi feito um investimento de 1 milhão de euros, através do *National Office for Suicide Prevention*, a 22 novos projetos com vista a combater o aumento do suicídio. Mais de 3500 pessoas receberam formação aplicada a intervenções relacionadas com suicídio e cerca de 5000 foram submetidas a formação de vigilância de suicídio (Kelly & Doherty, 2013). Esta iniciativa revelou-se extremamente importante para combater o aumento de suicídio que resultou, essencialmente, da elevada taxa de desemprego.

O caso de Islândia

Os efeitos negativos na saúde dos cidadãos não são inevitáveis e o caso da Islândia vem comprovar precisamente isso. A Islândia foi um dos primeiros países europeus a ser atingido pela crise. Quando a economia americana colapsou, os bancos

Islandeses sofreram enormes perdas. Os três principais bancos comerciais faliram, o desemprego aumentou e o valor da moeda entrou em colapso (Stuckler & Basu, 2013). A dívida total, em percentagem do PIB, aumentou de 28% para 130%, entre 2007 e 2011. O FMI prescreveu um pacote de resgate, que o governo aprovou, onde assumia a responsabilidade pelas perdas da banca e que teria correspondido ao pagamento aos governos inglês e alemão de 50% do rendimento nacional entre 2016 e 2023. No entanto, o Presidente da Islândia recusou aprovar esta medida e levou a decisão a referendo onde foi rejeitada por 93% dos cidadãos. As retaliações desta corajosa decisão depressa se fizeram sentir. Os credores da banca revoltaram-se, o governo inglês invocou legislação antiterrorista para congelar os ativos Islandeses, o valor da moeda colapsou e o preço das importações reduziu de tal forma que muitos enfrentaram avultadas perdas nos seus rendimentos (Karanikolos et al., 2013).

No entanto, esta decisão permitiu salvar muitas vidas. A taxa de suicídios não aumentou e os níveis de felicidade mantiveram-se. O governo investiu em medidas de proteção social, nomeadamente medidas de recuperação de emprego. Devido ao aumento dos custos de importação de tomates e cebolas, a McDonald's saiu do país e os Islandeses começaram a cozinhar mais em casa, especialmente peixe e a ter uma alimentação mais equilibrada. A Islândia reteve ainda a sua política restritiva relativamente a bebidas alcoólicas o que permitiu controlar o habitual aumento de consumo de álcool neste período. Estas dificuldades tiveram ainda o efeito positivo de união de todos os cidadãos no combate à crise, promovendo um aumento da coesão social (Karanikolos et al., 2013).

A Islândia aproveitou esta crise para tornar a sociedade mais “democrática, humana e justa” (Wahlbeck & McDaid, 2012). Em 2012, o relatório da ONU classificou a Islândia como um dos países mais felizes do mundo (Stuckler & Basu, 2013).

Importância das medidas de proteção social

Está empiricamente comprovado que as crises económicas ocorridas em países com fortes medidas de proteção social têm um menor impacto na saúde mental dos cidadãos. Um apoio social de boa qualidade é considerado um fator que protege a pessoa

contra a deterioração da sua saúde e bem-estar. Hamor (1981) observou que há diferenças quantitativas elevadas nas estruturas das redes sociais dos cidadãos, em geral, em comparação com pessoas que sofrem de transtornos mentais. Os indivíduos socialmente isolados têm maior propensão para se suicidarem, atingem taxas de mortalidade mais elevadas para todas as causas de morte quando comparados com indivíduos da mesma idade e têm ainda maiores taxas de tuberculose, acidentes e transtornos psiquiátricos (Vaz Serra, 2007b).

Num estudo efetuado para analisar os efeitos da recessão económica de 1980-1982, nos países da OCDE, constatou-se que os países com pouco apoio social, a recessão agrava o estado mental das pessoas, enquanto nos países com forte apoio social apenas se verifica um aumento de ansiedade (Veenhoven & Hagenaars, 1989). Os efeitos da crise na saúde mental podem, assim, ser minimizados se forem compensados com medidas de proteção social. Estas medidas de proteção social devem ser concretas e basear-se em:

- Programas de inserção no mercado de trabalho, como forma de combater o desemprego e que melhorem as perspetivas de encontrar um emprego remunerado. Estes programas incluem serviços públicos de emprego, formação para o mercado de trabalho, programas especiais para jovens e programas para promover emprego em pessoas com deficiência (Wahlbeck & McDaid, 2012). Estas medidas são também uma forma de fazer frente ao aumento de suicídios uma vez que diversos estudos apontam que, em média, um aumento de 1% no desemprego, provoca um aumento de 0,8% na taxa de suicídios (OMS, 2011). Não pode considerar-se o trabalho como mero fator de produção, pois este muitas vezes é também uma forma de realização pessoal e de afirmação de identidade da pessoa. Ou seja, o trabalho adequado às competências e justamente remunerado é uma parte essencial da dignidade da pessoa humana. Neste sentido, estes programas de inserção no mercado de trabalho combatem o aumento de suicídios e criam uma oportunidade de estímulo para alinhar o investimento no mercado de trabalho à promoção da saúde;

- Programas de apoio familiar, tais como medidas de apoio financeiro à educação e apoio a despesas relacionadas com maternidade e licença parental (Wahlbeck

& McDaid, 2012). Estes programas também permitem diminuir a pressão sobre as famílias que por vezes está associada a um aumento da violência e negligência infantil. Através destes programas as famílias recebem apoio para fazer face às despesas com crianças e outros dependentes, bem como através da licença de maternidade e parentalidade (OMS, 2011).

- Restrições ao consumo de álcool: a prevenção do consumo abusivo deste tipo de bebidas, através do aumento dos preços de bebidas alcoólicas, reduz o consumo e os danos associados. Desta forma além de se evitar o aumento da mortalidade associada ao consumo de álcool, também se diminuem outros distúrbios associados;

- Programas de alívio de dívida, tais como, serviços e aconselhamento da dívida, apoio na gestão da dívida, acesso a microcrédito, entre outros. Estes programas funcionam como meio de prevenção do aumento da taxa de suicídio, cuja principal causa resulta precisamente no endividamento;

- Investimento em cuidados primários, na medida em que o investimento em cuidados primários aumenta o acesso a cuidados de saúde mental, aumenta a prevenção de problemas mentais e deteta esses problemas atempadamente. Desta forma as pessoas ficam protegidas de comportamentos suicidários e depressão. Também os dependentes de álcool beneficiam consideravelmente quando são intervencionados ao nível de cuidados primários;

- Reforço do capital social, uma vez que em período de crise as redes sociais, religiosas, clubes desportivos, entre outros, podem tornar-se um importante fator de proteção que funciona como uma rede segura contra os efeitos adversos da crise. A participação em atividades de grupo e a sensação de utilidade dentro de uma comunidade estão associados a melhores níveis de saúde mental (Wahlbeck & McDaid, 2012). Também é muito importante o indivíduo por si só ser capaz de cultivar uma atitude positiva perante a vida e ter capacidade para enfrentar os problemas e circunstâncias adversas com que se depara.

Mais uma vez pode olhar-se para o passado para analisar a importância das medidas de proteção social no combate aos efeitos da crise. Por exemplo, em Espanha, a crise financeira dos anos 70 e 80 conduziu a um aumento considerável do desemprego e

consequentemente a um aumento da taxa de suicídios (OMS, 2011). No início dos anos 90, a Finlândia e a Suécia, durante um período de profunda recessão económica e aumento de desemprego, conseguiram dissociar os efeitos negativos do desemprego da taxa de suicídios através de mecanismos de proteção social e, assim, manter inalteradas as iniquidades em saúde. As medidas de apoio familiar e de inserção no mercado de trabalho adotadas, tiveram um efeito protetor na saúde das famílias (Karanikolos et al., 2013, OMS, 2011). Embora haja muitas diferenças estruturais e conjunturais entre a Espanha e a Suécia, um dos fatores que se aponta como responsável por esta diferença de resultados em saúde nos dois países relaciona-se com a aplicação de recursos de proteção social na Suécia, tais como, apoio familiar, apoio a desempregados e prestação de serviços de saúde (OMS, 2011).

Na Suécia, as pessoas que aderiram a programas de alívio da dívida revelaram ter uma melhor saúde mental do que as que não aderiram. Um estudo relativo à análise do acesso a programas de gestão da dívida, em Inglaterra e País de Gales, relatou melhorias no estado de saúde, em geral, destas pessoas, bem como menor ansiedade e maior otimismo (Wahlbeck & McDaid, 2012)

Também outro estudo confirma que, entre 1990 e 1993, o desemprego na Finlândia aumentou de 3,2% para 16,6% e a taxa de suicídio caiu constantemente. Na Suécia, entre 1991 e 1992, a taxa de desemprego subiu de 2,1% para 5,7% e a taxa de suicídio também caiu. Em ambos os países, os dados não mostram relação entre o desemprego e a depreciação do estado de saúde, porque o apoio social está estabilizado. Embora, em média, a correlação entre desemprego e suicídio, na Europa, seja positiva (0,12), esta varia entre uma correlação negativa para a Suécia de -0,13 e positiva para a Espanha, de 0,59. O compromisso assumido pelos governos da Suécia e Finlândia durante o período de crise, através de programas ativos de procura de emprego, foi decisivo para a obtenção destes resultados. Países como a Finlândia e Suécia destacaram-se por terem implementado fortes medidas de proteção social, o que levou a uma diminuição da taxa de suicídio durante o período de crise (Mladovsky et al., 2012).

Nos anos 90, nos países emergentes do comunismo, verificou-se que as pessoas integradas em organizações sociais, grupos desportivos e grupos religiosos não sentiram tanto as consequências adversas das rápidas reformas económicas (Struckler et al., 2009).

Durante a crise económica de 1990, a Tailândia e a Indonésia, reduziram as despesas em proteção social e viram a sua taxa de mortalidade aumentada em pouco tempo. A Malásia preferiu garantir os seus programas de proteção social e, como consequência, viu a sua taxa de mortalidade manter-se nos mesmos níveis (Mladovsky et al., 2012). A consequência da submissão das duras políticas de austeridade do FMI por parte da Tailândia e Indonésia levou a um aumento de casos de fome e de doenças infecciosas enquanto a Malásia, que resistiu ao conselho do FMI, manteve os resultados em saúde dos seus cidadãos (Stuckler & Basu, 2013).

Atualmente, entre 2007 e 2009, na Áustria, verificou-se um decréscimo do número de suicídios apesar da crise e do consequente aumento de desemprego (Mladovsky et al., 2012). A Áustria, com um forte sistema de apoio social, teve uma diminuição na taxa de suicídio, apesar do aumento da taxa de desemprego, em 0,6%, entre 2007 e 2009 (Stuckler et al., 2011).

David Stuckler e Sanjay Basu, num artigo recentemente publicado, referem que nos países onde houve cortes nos orçamentos para a saúde e proteção social, como a Grécia, Itália e a Espanha, os resultados em saúde agravaram-se relativamente aos países onde houve um estímulo das redes de proteção social, como a Alemanha, Islândia e Suécia (Stuckler & Basu, 2013).

Estes resultados revelam, ainda, que as opções políticas são determinantes sobre a forma como a recessão económica irá afetar a saúde mental das pessoas. Os governos precisam de identificar as prioridades junto dos grupos mais vulneráveis e promover uma maior cobertura junto dos grupos de risco. As fracas medidas de proteção social implementadas nos países da Europa Central e Oriental colocaram os cidadãos muito expostos aos efeitos negativos do desemprego e do endividamento, no que diz respeito à saúde mental.

De uma forma geral, em todos os países afetados pela crise, muito pouco foi feito para aumentar a eficiência através de políticas de promoção de saúde pública (Mladovsky et al., 2012). Ainda assim, algumas medidas positivas foram tomadas em diversos países. Alguns aumentaram os impostos do álcool e tabaco (Bulgária, Ucrânia, Estónia), outros tomaram medidas para encorajar a alimentação saudável e exercício físico (Grécia e Bélgica). Estas políticas permitem reduzir as necessidades de cuidados de saúde e assim reduzir os gastos com saúde.

A ideia de que a prevenção em saúde traz elevados benefícios económicos cresceu nos últimos anos. Em diversos países introduziu-se uma ampla promoção de medidas preventivas e de saúde pública, tais como, controlo de tensão arterial, colesterol, cancro, conselhos de saúde alimentar, álcool e tabaco. Existem evidências que demonstram que a aplicação de impostos pode ser uma ferramenta útil para responder a preocupações de saúde pública e permite gerar receitas fiscais. Estas políticas podem aumentar a eficiência em saúde a médio e longo prazo. O aumento de taxas de consumo de álcool e tabaco é habitualmente motivado por um incentivo a hábitos de saúde mais saudáveis e aumento de receitas. Foi o que aconteceu, em 2012, na Finlândia e Reino Unido, onde o aumento de impostos sobre estes produtos provocou uma diminuição do seu consumo e ainda trouxe benefícios adicionais aos governos que o adotaram (Karanikolos et al., 2013).

Todos estes dados são significativos e demonstram que, em períodos de crise, os resultados em saúde podem ser muito diferentes consoante as decisões que se tomem para fazer face à crise. As iniquidades em saúde não têm necessariamente de aumentar em período de crise e não podem ser aceites como uma fatalidade sobre a qual nada pode ser feito. Os períodos de recessão económica poderão ser uma oportunidade para os governos fortalecerem as políticas que minimizam o impacto da recessão e contrariarem os danos que a crise provoca na saúde. As opções políticas determinam a forma como a recessão económica afeta a saúde mental das pessoas.

2.5 – Crise e Saúde Mental em Portugal

Portugal é um país onde a prevalência de doenças mentais é muito elevada, quando comparado com outros países da União Europeia. De acordo com o relatório do *European Brain Council*, 16,1% dos portugueses, entre os 18 e os 65 anos, tem um problema mental. Cerca de 5% dos portugueses, em idade adulta, sofre de distúrbios afetivos, 9,46% de perturbações de ansiedade e 0,52% de distúrbios psicóticos (Xavier et al., 2013). Entre os países da UE, Portugal apresenta a maior taxa de mortes de causa indeterminada (14%), apenas ultrapassado pela Estónia (OPSS, 2013). O acesso a tratamentos de saúde mental é também um problema, em Portugal. Um estudo efetuado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative* alerta que, em Portugal, uma percentagem elevada de pessoas com perturbações mentais graves não tem acesso a cuidados de saúde mental ou tem acesso mas não beneficia de modelos de intervenção adequados (OPSS, 2012).

Portugal foi um dos países mais afetados com a crise internacional de 2008. A justificação para este facto está habitualmente fundamentada na indisciplina orçamental e no endividamento das famílias que, segundo alguns analistas, terá empolado as repercussões que a crise financeira trouxe ao nosso país (Abreu et al., 2013). A partir de 2011, através do programa estabelecido com a *troika*, o país entrou num período de severa austeridade. As medidas preconizadas pela *troika*, em Portugal, assumem uma natureza diversa. Algumas visam produzir efeitos imediatos na redução das despesas orçamentais através, por exemplo, do congelamento das pensões, outras visam produzir efeitos imediatos no aumento das receitas, por exemplo através do aumento dos impostos. Ao nível de despesas com saúde, o programa de austeridade impôs algumas medidas de contenção de custos que afetaram o setor, tais como a regulação da prescrição, a mobilidade de recursos humanos e o controlo de horas extraordinárias dos profissionais de saúde. Mas o corte nas despesas em saúde não foi imediato. Entre 2000 e 2012, a taxa de crescimento das despesas em saúde em percentagem do PIB foi cerca de 10%. Só em 2011 é que esta percentagem desceu para valores semelhantes aos verificados em 2008. Paralelamente foram estabelecidas medidas de incremento de receitas, tais como, o pagamento no ato de prestação de cuidados de saúde (OPSS, 2012).

A verdade é que esta política de austeridade, introduzida em Portugal, veio agravar ainda mais a saúde mental dos portugueses. Em 2010, cerca de 22,9% dos portugueses apresentava problemas psiquiátricos. Cerca de 16,5% destes problemas estavam relacionados com depressão e 7,9% foram identificados como problemas de ansiedade. Os níveis de *stress* e ansiedade, em Portugal, aumentaram consideravelmente, principalmente nos homens e nas classes média e média baixa. O aumento do desemprego, que entre 2008 e 2013 foi de 114,5% (Pordata, 2014), provocou um agravamento do nível de insatisfação com a vida (SEDES, 2012).

As perturbações de ansiedade e de humor são as que apresentam maior prevalência sendo esta a terceira mais elevada da Europa em conjunto com a Irlanda do Norte. A taxa de depressão aumentou 12,5%, entre 2004 e 2012, no sexo feminino e 19,9% no sexo masculino e o início do tratamento médico é, em média, de 4 anos, ou seja, bastante distante do início dos sintomas. O consumo de bebidas alcoólicas aumentou e mais preocupante é o aumento do consumo de drogas pelos estudantes do secundário devido aos efeitos psicóticos desse consumo. O número de suicídios nos últimos anos situa-se nos 10 por 100.000 habitantes, sendo superior nos homens relativamente às mulheres (OPSS, 2014).

Verifica-se também que o acesso aos cuidados de saúde, em Portugal, diminuiu ainda mais. As listas de espera aumentaram, o tempo de resposta dos serviços de saúde aumentou, o número de consultas médicas, de cirurgias, de sessões de hospital de dia e de urgências, diminuiu. O número de pessoas com o plano nacional de vacinação atualizado diminuiu e verifica-se que alguns doentes não adquirem a totalidade dos medicamentos prescritos pelo médico por falta de capacidade financeira (OPSS, 2012).

Os portugueses têm perfeita consciência, sofrem e sentem, concretamente, os efeitos da crise. Num estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 96% das pessoas inquiridas consideravam que a crise fazia aumentar os casos de depressão, em Portugal. Embora a perda de um familiar seja o principal motivo apontado para o aparecimento de depressão (55%), as dificuldades económicas são apontadas logo a seguir por 21% dos portugueses, bem como o desemprego, por 18% (SPPSM, 2012). As

enormes dificuldades sentidas pelos portugueses, decorrentes da crise, levaram a que as famílias sentissem necessidade de cortar despesas em saúde. A seguir aos cortes em atividades de lazer e bens essenciais (como alimentação, água, luz e gás), a saúde é a terceira rubrica onde os portugueses optam por efetuar cortes (SEDES, 2012).

Em Maio de 2014 a *troika* terminou o seu período de intervenção em Portugal pelo que espera-se um alívio nas políticas de austeridade implementadas. Espera-se também a diminuição da taxa de desemprego já registada no 1º trimestre do corrente ano e a melhoria dos indicadores de saúde mental.

Mais uma vez se verifica que as opções políticas são determinantes para minimizar os efeitos da crise mas em Portugal, a saúde mental é considerada a vertente à qual se atribui menos importância nas políticas de saúde em geral. Embora exista legislação (Lei de Saúde Mental, aprovada pela Lei nº 36/98 de 24 de Julho) que define os princípios gerais da política de saúde mental e até estabelece, especificamente, a “proteção e promoção da saúde mental” com medidas que contribuem para assegurar ou reestabelecer o equilíbrio psíquico das pessoas, parece que estas foram esquecidas pela *troika* e pelos políticos em geral.

A tentativa de introduzir melhorias no sistema de saúde português pode ser consultada no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, atualizado a 30 de Março de 2012. O Plano Nacional de Saúde Mental destaca a importância da implementação de medidas que salvaguardem a saúde mental dos portugueses (DGS, 2012). As medidas previstas visam a:

- Criação de um novo modelo de financiamento dos serviços de saúde mental assente num reforço do papel dos cuidados primários;
- Criação de um novo modelo de gestão de serviços de saúde mental que aposte na qualidade dos serviços;
- Desenvolvimento de serviços de saúde mental na infância e adolescência;
- Investimento nos cuidados continuados integrados de saúde mental;

- Monitorização dos direitos humanos e promoção da qualidade de cuidados em colaboração com a OMS;
- Medidas de combate ao suicídio;
- Investimento em grupos mais vulneráveis, nomeadamente as pessoas idosas, onde as perturbações demenciais e depressivas são uma problemática relevante.

Em período de recessão estas medidas assumem especial importância, mas o que se verifica é que a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental tem sido alvo de críticas. Considera-se que, embora haja avanços significativos nesta área, nomeadamente ao nível da prevalência da doença mental, continua a haver algumas lacunas em termos organizacionais, ao nível da prestação de cuidados e investigação epidemiológica (OPSS, 2014).

Também a execução do Plano Nacional de Saúde tem sido alvo de críticas. Em 2010 foi efetuada, pela OMS, uma avaliação à execução do Plano Nacional de Saúde e apontadas algumas correções necessárias, nomeadamente ao nível do investimento em ações de promoção da saúde e em cuidados primários e saúde pública (OMS, 2010). Relativamente ao Plano Nacional de Saúde, atualmente em vigor, de uma forma geral, considera-se que este prevê um reforço da promoção da saúde e prevenção da doença, assim como um investimento na melhoria de cuidados para a doença crónica (OPSS, 2014) mas aguarda-se a análise da sua execução pela Organização Mundial de Saúde.

Mas apesar de todos os constrangimentos ao nível de saúde mental em Portugal há também aspetos positivos a destacar. Em 2010, foi aprovada a implementação da rede nacional de cuidados continuados na saúde mental. Mais recentemente foi elaborado o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017) e criado um Sistema de Informação de Certificados de Óbito que irá permitir averiguar a percentagem real de suicídios em Portugal. Na generalidade das situações tem-se verificado uma melhoria dos serviços de saúde mental, em Portugal. Existe ainda a expectativa de que a crise, em Portugal, contribua para diminuir o estigma associado à doença mental.

Capítulo 3 – Análise empírica

3.1 - Objetivo

Neste capítulo pretende-se comprovar empiricamente alguns aspetos constatados nos dois capítulos anteriores.

A análise empírica baseia-se, essencialmente, na resposta às seguintes hipóteses:

1. A satisfação com a economia está relacionada com a saúde mental (H1);
2. A duração do período de desemprego afeta a saúde mental (H2);
3. A duração do período de desemprego aumenta o risco de pobreza e exclusão social (H3);
4. O risco de pobreza e exclusão social agrava a saúde mental das pessoas (H4).

Esta análise tem como núcleo central os efeitos da crise económica sobre a saúde mental, em Portugal, e a comparação com os primeiros 15 países que integraram a atual União Europeia.

Foi utilizado o programa SPSS, versão 18, para testar a hipótese, através da comparação entre a probabilidade de significância (*p-value*) e o nível de significância (α) de 0,05. Se $p\text{-value} < \alpha$ a hipótese = 0 (nula) é rejeitada e não se rejeita a hipótese alternativa. Caso contrário não existe evidência estatística para rejeitar a hipótese nula.

Encontraram-se evidências estatisticamente significativas que permitem concluir que a atual crise económica afeta a saúde mental dos cidadãos europeus residentes na UE15.

A importância deste estudo advém do facto de confirmar que a crise económica tem impacto na saúde mental dos portugueses e de que forma este impacto afetou mais ou menos os portugueses em relação aos residentes na UE15.

3.2 - Métodos

Fontes de informação

Para analisar o impacto da crise na saúde mental dos cidadãos foi usada a base de dados ESS - *European Social Survey*, versões 2 a 6 que correspondem aos anos 2004, 2006, 2008, 2010 e 2012. A versão mais recente é precisamente a ESS6 - *round 6 - 2012/2013* que inclui dados recolhidos em 2012 e publicados a 13 de Janeiro de 2014 (ESS, 2013). Os dados recolhidos têm por base um questionário aplicado a mais de 30 países. Como a base de dados ESS foi concebida essencialmente para avaliar a mudança de atitudes e valores por toda a Europa, o questionário é composto por módulos que contêm itens que medem temas de especial interesse para as ciências sociais. A amostra deste estudo corresponde a indivíduos com mais de 15 anos de idade, residentes em domicílios particulares, independentemente das suas nacionalidades, cidadania, língua, ou situação legal.

Outra fonte de informação utilizada foi a base de dados *Eurostat* que consiste uma base de dados com informação oficial sobre a União Europeia. A sede desta empresa que fornece estes dados situa-se no Luxemburgo e tem como principal missão dotar a União Europeia de estatísticas a nível europeu que permitam comparações entre países e regiões (UE, 2014).

Foi ainda usada a base de dados da OCDE. A OCDE *iLibrary* contém 390 séries de dados, 5500 livros e 2700 documentos de trabalho da OCDE. A cobertura de dados varia entre os anos 1960 até ao presente e inclui todas as publicações de textos da OCDE desde 1998 a 2014. Os principais temas abrangidos são comércio internacional, educação, ciência e tecnologia e I&D, contas nacionais, saúde, impostos, despesas sociais, produtividade, agricultura, pensões, indicadores de globalização e telecomunicações (OCDE, 2014).

Recorreu-se ainda ao Instituto Nacional de Estatística onde se encontra informação estatística sobre Portugal recolhida através de recenseamentos e inquéritos de amostragem, bem como fontes administrativas. A informação estatística pode ser

consultada por temas divididos por território, género, indicadores estruturais, indicadores de desenvolvimento sustentável (INE, 2014).

Variáveis

Na elaboração desta análise foram selecionados os primeiros 15 países a integrar a União Europeia que são a Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Portugal, Reino Unido e Suécia.

As variáveis utilizadas enquadram-se em três grupos distintos:

1. Variáveis de contexto;
2. Variáveis de causa;
3. Variáveis de consequência.

Variáveis de contexto

Foram selecionadas 9 variáveis de contexto que permitem analisar o estado mental dos cidadãos residentes na UE15.

Quadro 1 – Variáveis de contexto

Designação	Mínimo	Máximo
Ansiedade (Ans) – frequência na última semana ¹	Nunca	Sempre
Depressão (Dep) - frequência na última semana ¹	Nunca	Sempre
Calma e Paz (CP) – frequência na última semana ¹	Nunca	Sempre
Tristeza (Tris) – frequência na última semana ¹	Nunca	Sempre
Agravamento da Vida (AV) – sensação que a vida está a piorar ¹	Concordo	Discordo
Satisfação com a Vida (SV) – nível de satisfação com a vida no seu todo ¹	Nunca	Sempre
Felicidade (Fel) – nível de felicidade ¹	Nunca	Sempre
Socialização (Soc) – frequência de convívio com amigos conhecidos ou colegas ¹	Nunca	Sempre
Perceção Estado Saúde (PES) – autoavaliação do estado de saúde ²	Má	Boa

¹Fonte: ESS, 2014

²Fonte: Eurostat, 2014

Relativamente ao ano 2012, uma parte da análise dos resultados, entre todos os países da UE15, é efetuada através de variáveis dicotómicas agregadas em “sim” e “não”. Para as variáveis “ansiedade”, “depressão”, “calma e paz” e “tristeza” o “sim” corresponde a “2+3+4” e “não” corresponde a 1. Para a variável “agravamento da vida” o “sim” corresponde a “1+2” e “não” engloba as respostas “4+5”. A variável felicidade é agregada em “sim” (6+7+8+9) e “não” (0+1+2+3+4). Os restantes valores são considerados *missing* (ESS, 2014).

Outra análise efetuada com as variáveis de contexto inclui todos os anos (2002, 2004, 2006, 2008, 2010 e 2012) para todos os países da UE15. Neste caso, as variáveis foram agregadas da seguinte forma: as pessoas que responderam “Nunca ou quase nunca” considera-se que não estão ansiosas, nem deprimidas, nem calmas e em paz, ou tristes. A variável que indica um “agravamento da vida” foi agrupada em três grupos: as que sentem que a vida está agravada (“concordo plenamente” e “concordo”), as que “não concordam nem discordam” com essa afirmação e as que discordam (“discordo” e “discordo plenamente”). As variáveis “felicidade” e “satisfação com a vida” foram agrupadas em três grupos. Para selecionar as pessoas que se sentem satisfeitas com a sua vida e felizes foram consideradas as respostas desde o número 6 até ao número 10. As que afirmam o contrário foram consideradas as respostas 1 a 4. A resposta número 5 corresponde ao grupo de pessoas que não se sentem nem felizes ou satisfeitas, nem infelizes ou insatisfeitas. Para analisar as pessoas que referem que convivem frequentemente com amigos, colegas ou conhecidos, foram agrupadas as respostas desde o número 2 ao número 6. Os resultados obtidos através da base de dados da ESS e que correspondem a “não aplicável”, “recusa a responder”, “não sabe”, “não responde” foram agrupados em *missing values*.

Relativamente à perceção do estado de saúde é retirada da base de dados Eurostat, em formato percentual, com a designação de “Perceção do estado de saúde por sexo, idade e estado profissional (%)”, cujo período temporal varia entre 2004 e 2012. Para tornar os resultados ajustados ao período temporal dos dados retirados da base de dados ESS foram eliminados os anos 2005, 2007 e 2009. Os resultados englobam a ambos

os sexos masculino e feminino e os níveis variam entre “muito bom”, “bom”, “razoável”, “mau” e “muito mau”. Esta variável foi agrupada em três níveis de respostas – mau, razoável e bom - em que “mau” corresponde aos resultados “muito mau” e “mau”, “razoável” corresponde exatamente aos valores que compõem as respostas com a mesma designação na versão original e “bom” engloba as respostas “bom” e “muito bom”.

Resumindo, as variáveis de contexto agregadas consideradas na análise, para todos os anos, são as seguintes:

Quadro 2 – Variáveis de contexto agregadas – 2004 a 2012

Designação	Respostas
AS – sente-se ansioso ¹	“algumas vezes”, “a maioria das vezes”, “sempre ou quase sempre”
DS – sente-se deprimido ¹	“algumas vezes”, “a maioria das vezes”, “sempre ou quase sempre”
CPS – sente-se calmo e em paz ¹	“algumas vezes”, “a maioria das vezes”, “sempre ou quase sempre”
TS – sente-se triste ¹	“algumas vezes”, “a maioria das vezes”, “sempre ou quase sempre”
AVS – sente um agravamento da vida ¹	“concordo” e “concordo plenamente”
SVS – sente satisfação com a vida ¹	6+7+8+9+10
FS – sente-se feliz ¹	6+7+8+9+10
NSF – nível de socialização frequente ¹	2+3+4+5+6
PES – percepção positiva do estado de saúde ²	“bom”, “muito bom”

¹Fonte: ESS, 2014

²Fonte: Eurostat, 2014

Variáveis de causa

As variáveis de causa pretendem essencialmente expor os dados relacionados com a conjuntura económica dos 15 países, em análise e foram retiradas de três bases de dados (ESS, OCDE e Eurostat):

Quadro 3 – Variáveis de causa - ESS

Designação	Mínimo	Máximo
Satisfação com a Economia (SE) - nível de satisfação com a economia do respetivo país	Plenamente insatisfeito	Plenamente satisfeito
Satisfação com o Governo (SG) - nível de satisfação com o governo de cada país	Plenamente insatisfeito	Plenamente satisfeito
Satisfação com a Democracia (SD) - nível de satisfação com o funcionamento da democracia de cada país	Plenamente insatisfeito	Plenamente satisfeito
Estado dos serviços de saúde (ESS) - estado dos serviços de saúde, atualmente, em cada país	Muito mau	Muito bom

Fonte: ESS, 2014

A variável “satisfação com a economia” foi utilizada na análise relativa ao ano 2012, anteriormente mencionada nas variáveis de contexto, para analisar a relação entre a satisfação com a economia e o estado de saúde mental. Para esta análise foi criada a variável dicotómica “insatisfeito” (0 = 0+1+2+3+4) e “satisfeito” (1 = 6+7+8+9+10). Os restantes valores são considerados *missing* (ESS, 2014).

As variáveis que indicam a satisfação com a economia, governo e democracia foram ainda agrupadas de forma a distinguir o grupo de pessoas que afirmam estar satisfeitas (o que corresponde às respostas de 6 ao 10), insatisfeitas (corresponde às respostas de 1 a 4) e nem satisfeitas, nem insatisfeitas (resposta 5). Para a análise foram consideradas as seguintes variáveis:

Quadro 4 – Variáveis de causa agregadas – 2004 a 2012

Designação
SEN – insatisfação com a economia (1+2+3+4)
SGN – insatisfação com o governo (1+2+3+4)
SDN – insatisfação com a democracia (1+2+3+4)
ESSM – insatisfação com o estado dos serviços de saúde (1+2+3+4)

Fonte: ESS, 2014

Foram retiradas da base de dados da OCDE as variáveis “PIB”, “despesas totais em saúde”, “despesas públicas com saúde” e “despesas públicas com medidas sociais”. Relativamente à variável “PIB” (PIB) consiste na taxa de crescimento do PIB em relação ao período anterior, medido em variação percentual e inclui dados previstos. Abrange os anos desde 2007 a 2015, para todos os países da OCDE (OCDE, 2014). As “despesas totais em saúde” (DTS) são designadas por “total de despesas em saúde em percentagem do produto interno bruto”. Os dados foram retirados da base de dados *OECD Health Data: Health expenditure and financing: OECD Health Statistics*. Esta variável compreende os anos que vão de 2006 a 2013 (OCDE, 2014). As “despesas públicas em saúde” (DPS) – “despesas públicas em saúde em percentagem das despesas totais em saúde” são também retiradas da base de dados *OECD Health Data: Health expenditure and financing: OECD Health Statistics*. O período compreendido abrange o ano 2005 até 2012 (OCDE, 2014). As “despesas públicas com medidas sociais” (DPMS) – “gastos sociais do governo” apresenta o total de gastos públicos com medidas sociais em percentagem do PIB. Os dados são retirados da *Social expenditure: Aggregated data, OECD Social Expenditure Statistics*. Abrange o período que vai desde 2006 a 2013.

Foram retiradas da base de dados Eurostat as variáveis taxa de desemprego, taxa de desemprego de longo prazo, esperança de vida e benefícios sociais. A variável “taxa de desemprego” (TD) apresenta a média anual das taxas de desemprego para diversos países da Europa durante o período compreendido entre 2004 e 2013. A variável taxa de desemprego de longo prazo (TDLP) designa a percentagem de pessoas com idade mínima

de 15 anos que não vivem em domicílios coletivos e que estão sem trabalho há pelo menos 12 meses. Esta variável abrange o período compreendido entre 1992 e 2013. A “esperança de vida” (EV) compreende o período abrangido entre 2003 e 2012 para todos os países da Europa. A variável “benefícios sociais” (BS) abrange os benefícios sociais pagos pelo governo, transferidos para as famílias em dinheiro ou em espécie. Não abrange as transferências sociais em espécie. Estas transferências têm como objetivo aliviar os encargos financeiros de um conjunto de necessidades tais como, doença, invalidez, incapacidade, acidente de trabalho ou doença, velhice, sobrevivência, maternidade, família, promoção de emprego, desemprego, habitação, educação, e carência geral. Os valores são apresentados em percentagem do PIB e abrangem o período compreendido entre 2002 e 2013.

As abreviaturas para estas variáveis estão expostas na tabela seguinte:

Quadro 5 – Abreviatura de variáveis de causa

Designação	Variável
DTS ¹	Despesas totais em saúde
DPS ¹	Despesas públicas em saúde
DPMS ¹	Despesas públicas com medidas sociais
TD ²	Taxa de Desemprego
TDLP ²	Taxa de desemprego de longo prazo
EV ²	Esperança de Vida
BS ²	Benefícios sociais

¹Fonte: OCDE, 2014

²Fonte: Eurostat, 2014

Variáveis de consequência

As variáveis de consequência englobam essencialmente um conjunto de atitudes, ou de circunstâncias, que de certa forma caracterizam o estado mental das pessoas e que poderão estar relacionadas com o impacto da crise económica.

Quadro 6 – Variáveis de consequência

Designação

TSP – taxa de suicídio em Portugal¹

Homens – taxa de suicídio nos homens¹

Mulheres – taxa de suicídio nas mulheres¹

TS – taxa de suicídio²

TSH – taxa de suicídio masculina²

TSM – taxa de suicídio feminina²

DSN – mortes devido a doenças do sistema nervoso²

AA – mortalidade devido a acidentes de automóvel²

Álcool – taxa de mortalidade devido ao consumo abusivo de álcool²

PRPES – pessoas em risco de pobreza e exclusão social²

¹Fonte: INE, 2014

² Fonte: Eurostat, 2014

³ Fonte: OCDE, 2014

A taxa de suicídio em Portugal (TSP), representa a taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente por 100 000 habitantes, por sexo e foi retirada do Instituto Nacional de Estatística, no capítulo que se refere a “óbitos por causas de morte”. Os dados variam entre 2002 e 2012, mas foram apenas considerados os anos 2004, 2006, 2008, 2010 e 2012, para ambos os sexos (INE, 2014). A “taxa de suicídio” (TS) – “mortes devido a suicídio” - designa a percentagem de pessoas que terminam com a própria vida. Este indicador abrange o período compreendido entre 1999 e 2010 e está disponível para ambos os sexos (Eurostat, 2014). As “mortes devido a doenças do sistema nervoso” designa a percentagem de mortes que resultam de doenças do sistema nervoso e é apresentada como uma “taxa de mortalidade de uma população ajustada para uma distribuição etária normal”. O período abrangido por este indicador compreende os anos desde 1998 a 2010 (Eurostat, 2014). A variável “mortalidade por acidentes de automóvel”

traduz o número de mortes devido a acidentes rodoviários 100 000 habitantes e compreende o período desde 1999 a 2010 (Eurostat, 2014). A taxa de mortalidade devido ao álcool designa o número de mortes devido ao abuso do consumo de álcool por 100 000 habitantes. O período abrange anos desde 1999 a 2010 (Eurostat, 2014). Todas estas variáveis determinam a taxa de mortalidade de uma população ajustada a uma distribuição etária padrão. Foi utilizada uma taxa de mortalidade padronizada porque melhora a comparabilidade ao longo do tempo e entre países, uma vez que a maioria das causas de morte variam significativamente com a idade e sexo, uma vez que visam medir as taxas de mortalidade independentemente das diferentes estruturas etárias das pessoas. As taxas de mortalidade padronizadas utilizadas são calculadas na base numa população padrão europeia (definida pela OMS). São detalhados dados para 65 causas de morte. A variável “pessoas em risco de pobreza e exclusão social” (PRPES) abrange o período compreendido entre 2004 e 2013 e os valores são apresentados em percentagem do total da população. Este indicador abrange as pessoas que estão em risco de pobreza ou gravemente privadas de bens materiais. Considera-se que as pessoas estão em risco de pobreza quando o seu rendimento monetário equivale a 60% do rendimento disponível, após as transferências sociais. Consideram-se pessoas gravemente privadas de bens materiais as que não conseguem fazer face a 4 das seguintes privações por falta de recursos: não têm capacidade para proceder a pagamentos de arrendamento ou contas de serviços públicos, manter a casa adequadamente aquecida, enfrentam despesas inesperadas, não conseguem comer carne, peixe ou o equivalente em proteína a cada segundo dia, não conseguem fazer uma semana de férias fora de casa, ter carro, uma máquina de lavar, uma televisão a cores ou um telefone. Considera-se ainda que vivem em extrema pobreza as pessoas com idades compreendidas entre os 0-59 anos e que vivem em agregados familiares onde os adultos (18-59 anos) trabalham menos 20% do seu potencial total de trabalho durante o ano anterior.

Em todas as variáveis de contexto, causa e consequência foram considerados apenas os dados relativos aos 15 países da União Europeia, para o período em análise.

A elaboração e apresentação gráfica são de autoria própria.

3.3 – Resultados e análise

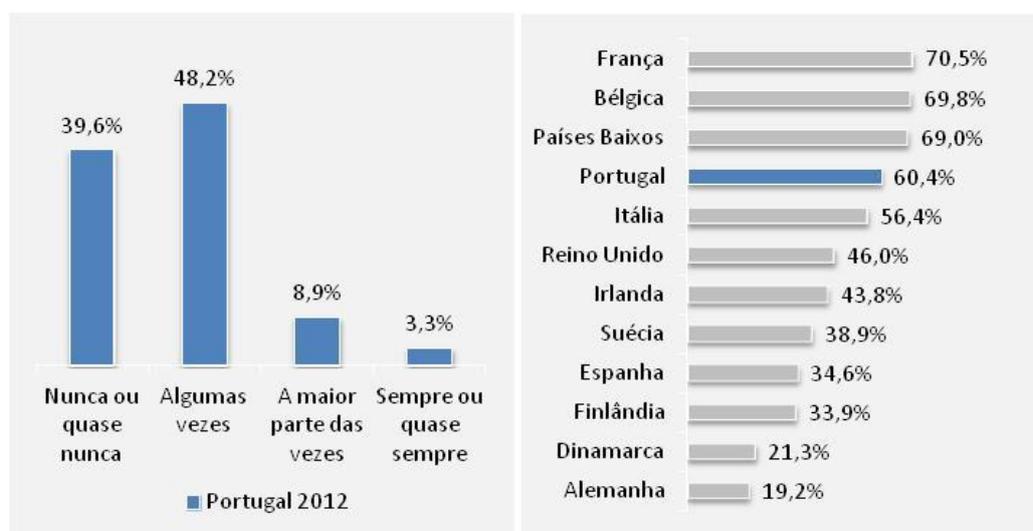
3.3.1 - Análise descritiva para Portugal

A análise descritiva incide sobre o ano 2012, mas é efetuada uma análise de evolução temporal sempre que os dados estejam disponíveis. Não constam, na representação gráfica, os países cujos dados não estão disponíveis, bem como os dados relativos às respostas “não sabe” ou “não responde”.

Variáveis de contexto

Ansiedade. Em 2012, a maioria dos portugueses sentia-se ansiosa. Relativamente à média da UE15, Portugal está entre os países com maior percentagem de pessoas ansiosas e a França é o país onde o nível de ansiedade é superior (gráfico 7).

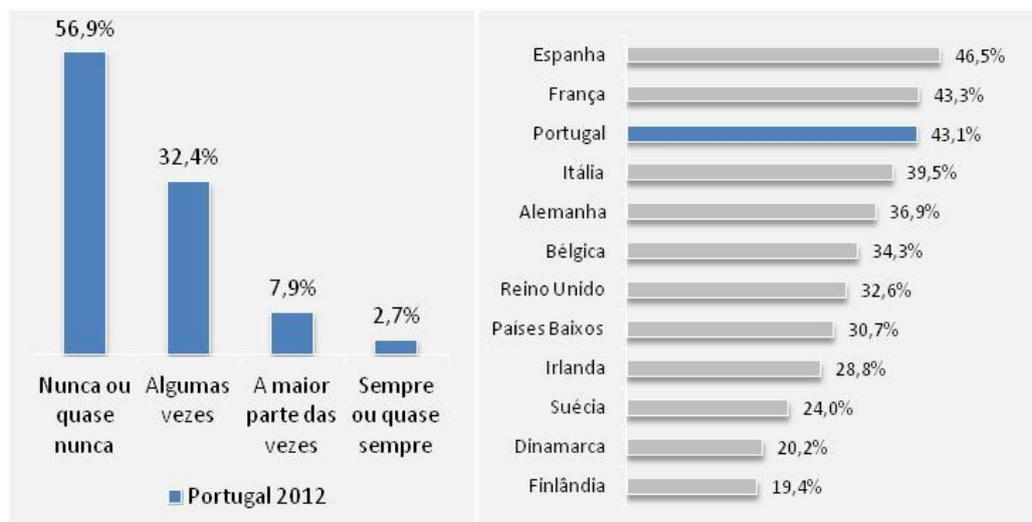
Gráfico 7 – Ansiedade – 2012



Fonte: ESS, 2014

Depressão. Cerca de 43% dos portugueses, em 2012, afirmou que se sente deprimido, pelo menos, algumas vezes. A Espanha e a França estão entre os países da UE15 onde, em 2012, era superior a percentagem de pessoas que se sentia deprimida e logo a seguir encontra-se Portugal (gráfico 8).

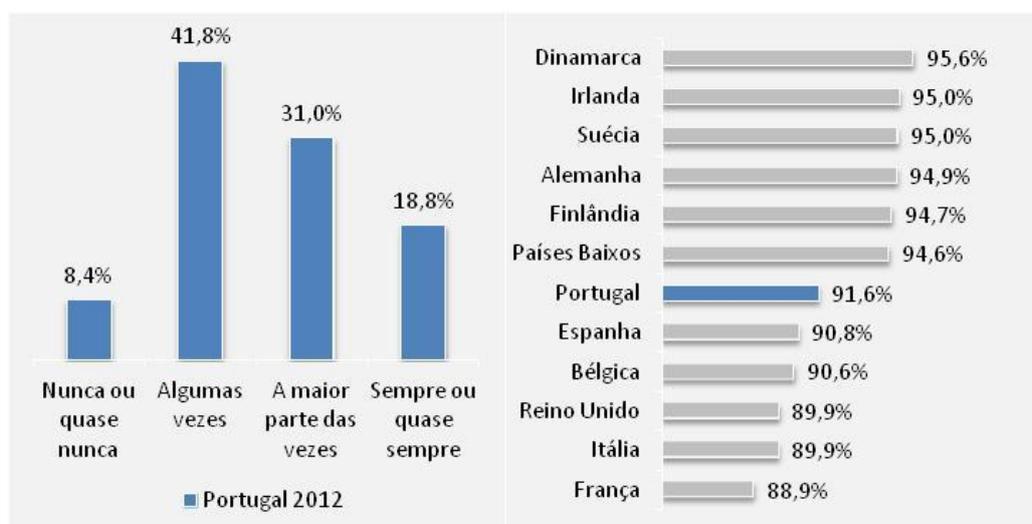
Gráfico 8 – Depressão – 2012



Fonte: ESS, 2014

Calma e Paz. A maioria dos portugueses afirma, em 2012, que se sente calmo e em paz, embora esta percentagem esteja abaixo da média da UE15. A Dinamarca e a Irlanda são os países da UE15 que apresentam a percentagem mais elevada de pessoas que se sentem em calma e em paz. Por outro lado, a França, Itália e Reino Unido estão entre os países onde a percentagem de pessoas que se sentem em calma e em paz é menor (gráfico 9).

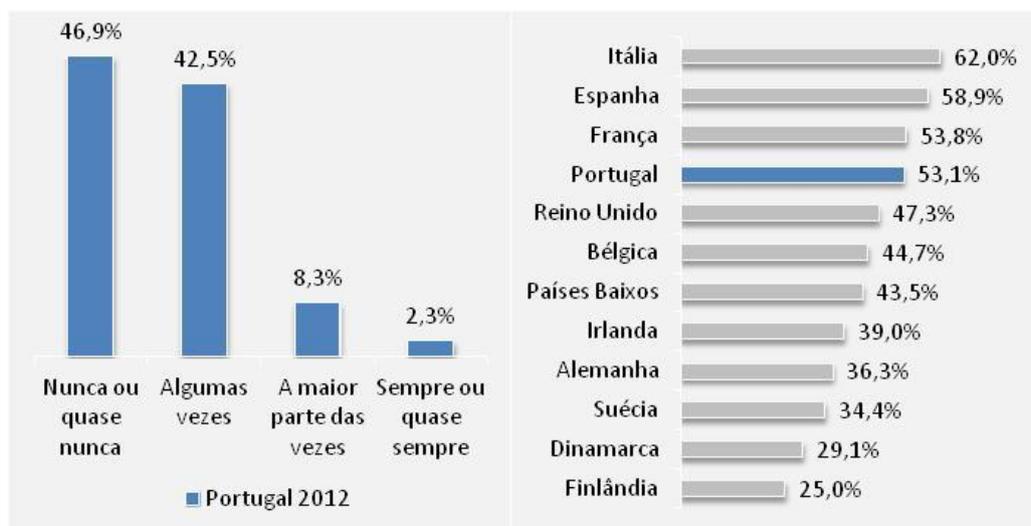
Gráfico 9 – Sensação de Calma e Paz – 2012



Fonte: ESS, 2014

Tristeza. Paralelamente, em 2012, a maioria dos portugueses (53,9%) afirmou que se sentiu triste, pelo menos algumas vezes, na semana anterior à realização do inquérito. Este nível de tristeza é partilhado pelos restantes países da UE15. A Itália, Espanha e França, em 2012, apresentam percentagens superiores a Portugal (gráfico 10).

Gráfico 10 – Tristeza - 2012



Fonte: ESS, 2014

Agravamento da vida. A maioria dos portugueses, em 2012, sente que o nível de vida se está a agravar. Relativamente aos restantes países da UE15, Portugal apresenta a maior percentagem de pessoas que, em 2012, consideram que a vida se agravou. Itália, Espanha e França também apresentam uma percentagem elevada de pessoas que sentem um agravamento da vida, em 2012. A Suécia, Dinamarca e Finlândia são os países onde não se sentiu tanto o agravamento da vida (gráfico 11).

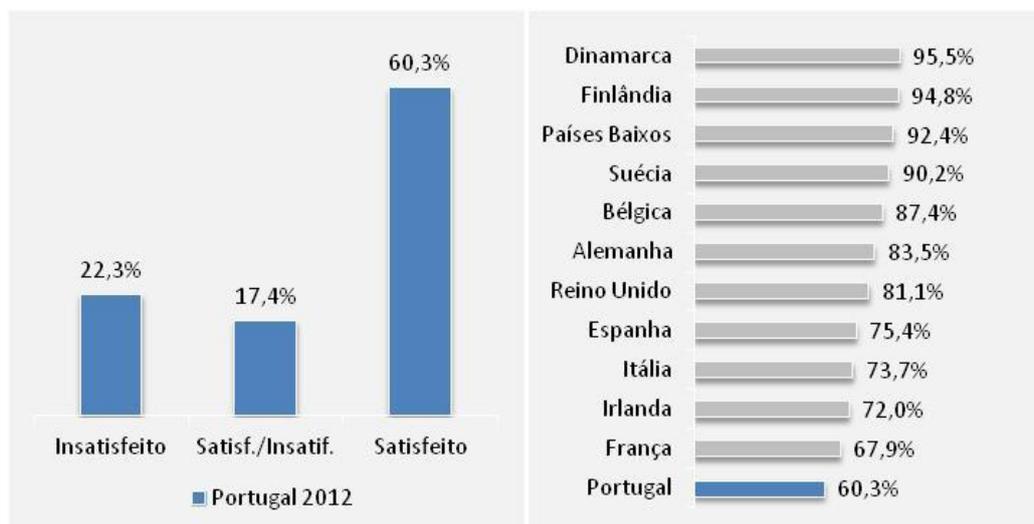
Gráfico 11 – Agravamento da Vida – 2012



Fonte: ESS, 2014

Satisfação com a vida. Apesar destes resultados, cerca de 60% dos portugueses afirmou sentir-se satisfeito com a sua vida, embora esta percentagem seja inferior aos restantes países da UE15 (gráfico 12).

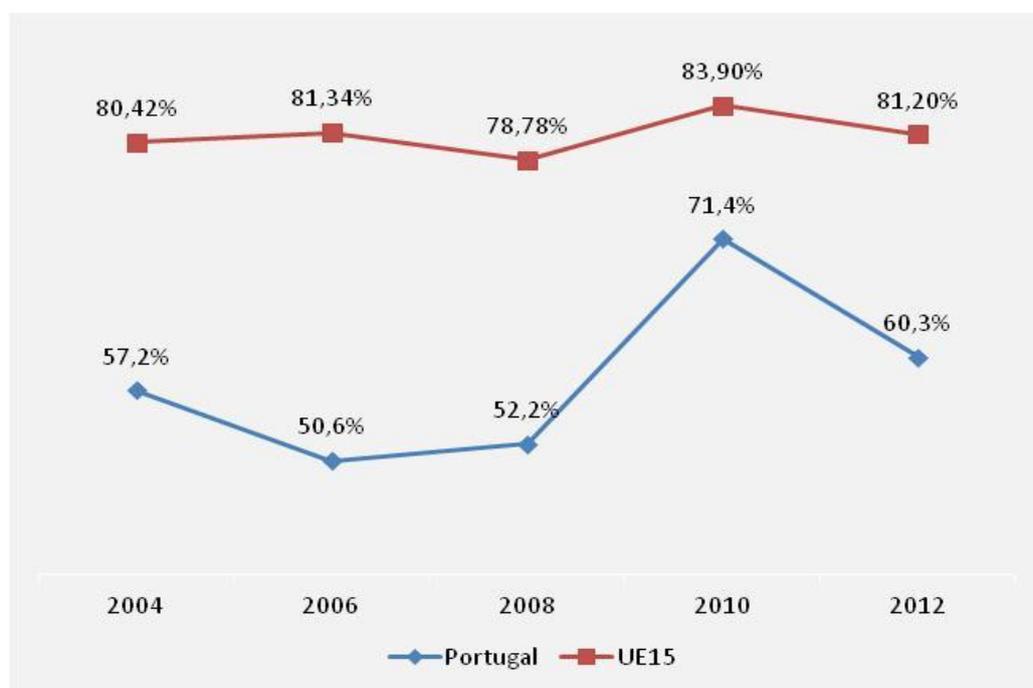
Gráfico 12 – Satisfação com a Vida – 2012



Fonte: ESS, 2014

Entre 2008 e 2010 aumentou o nível de pessoas satisfeitas com a vida, tanto em Portugal como na média dos países da UE15, mas, entre 2010 e 2012, esta percentagem voltou a decrescer (gráfico 13).

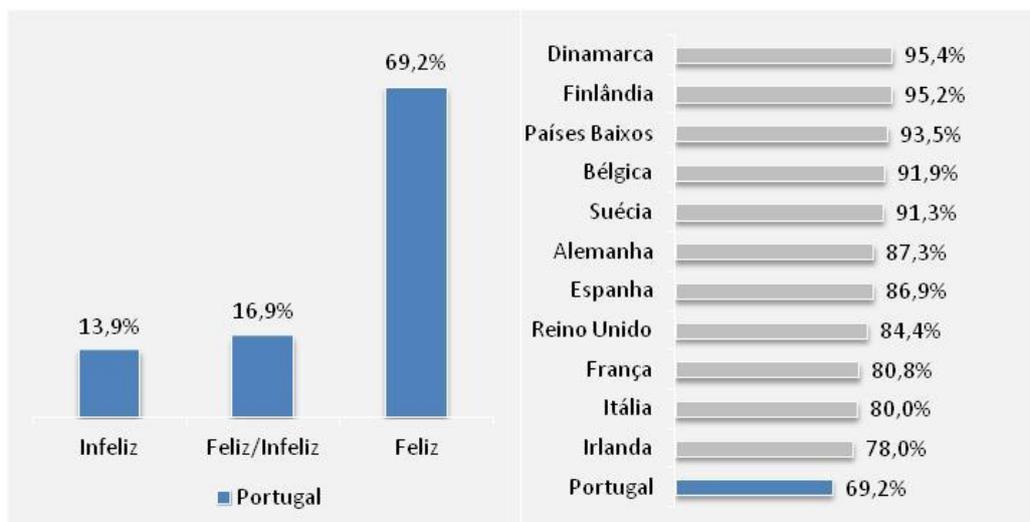
Gráfico 13 – Evolução da satisfação com a Vida



Fonte: ESS, 2014

Felicidade. Em 2012, em Portugal, a maioria das pessoas afirmou que se sentia feliz, embora seja o país da UE15 onde a percentagem de pessoas que se sentem felizes é menor. A Dinamarca e a Finlândia são os países da UE15 onde a percentagem de pessoas que se sentem felizes é superior (gráfico 14).

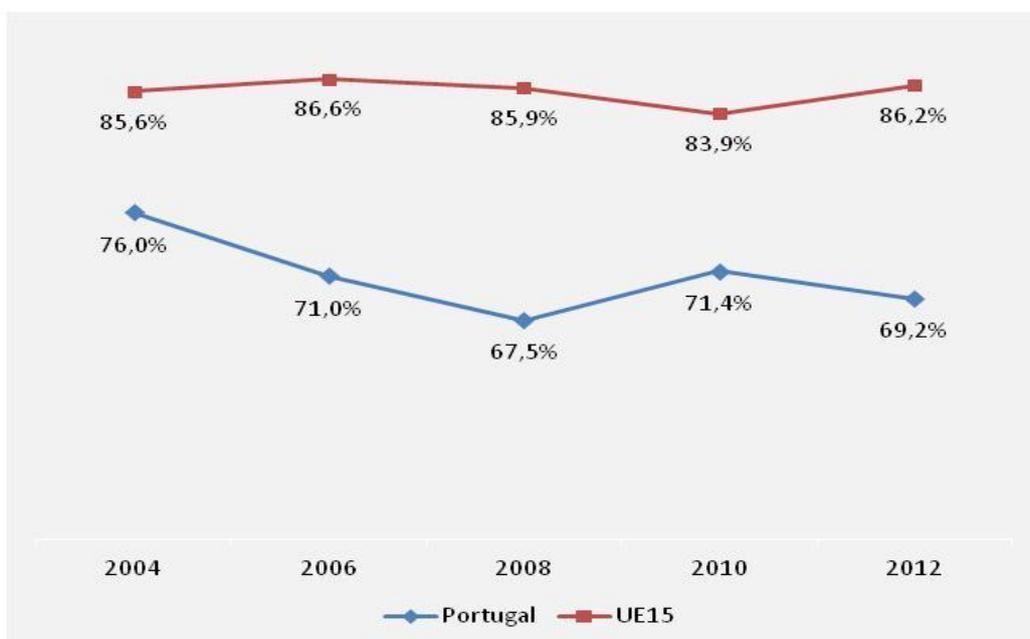
Gráfico 14 – Felicidade – 2012



Fonte: ESS, 2014

Em Portugal, contrariamente ao que se verificou na média de países da UE15, entre 2008 e 2010, a percentagem de pessoas que se sentiam felizes aumentou, mas entre 2010 e 2012 voltou a diminuir. O nível de felicidade, em Portugal, é inferior à média dos países da UE15 (gráfico 15).

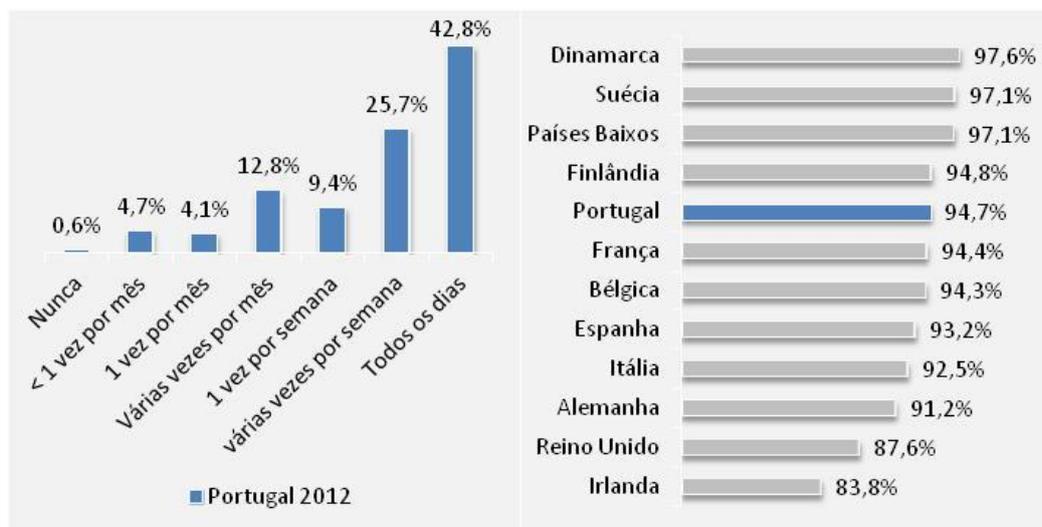
Gráfico 15 – Evolução do nível de Felicidade



Fonte: ESS, 2014

Socialização. O nível de socialização com amigos, colegas e conhecidos é muito elevado em Portugal. Em 2012, a maioria dos portugueses declarou que, pelo menos, uma vez por mês se encontrava com amigos, colegas ou conhecidos. A Dinamarca, Suécia, Países Baixos e Finlândia apresentam percentagens de níveis de socialização superiores (gráfico 16).

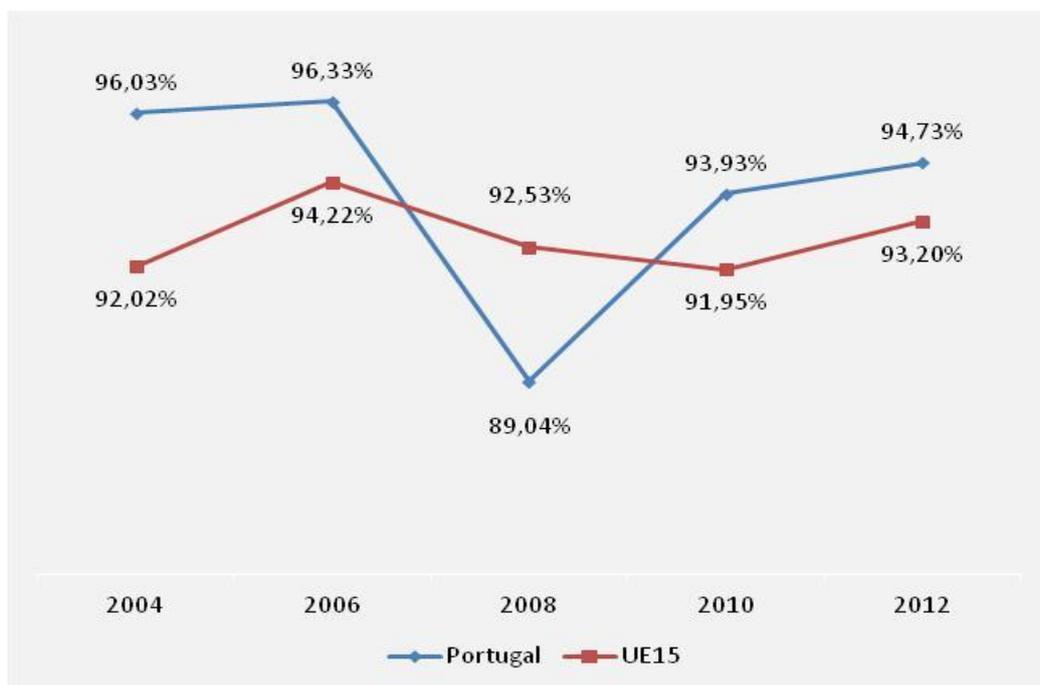
Gráfico 16 – Socialização frequente – 2012



Fonte: ESS, 2014

A partir de 2008, o nível de socialização aumentou bastante em Portugal e, contrariamente ao que se verificou na média dos países da UE15, desde essa data tem vindo a aumentar. Na UE15, entre 2006 e 2010 o nível de socialização diminuiu e apenas começou a aumentar a partir de 2010 (gráfico 17).

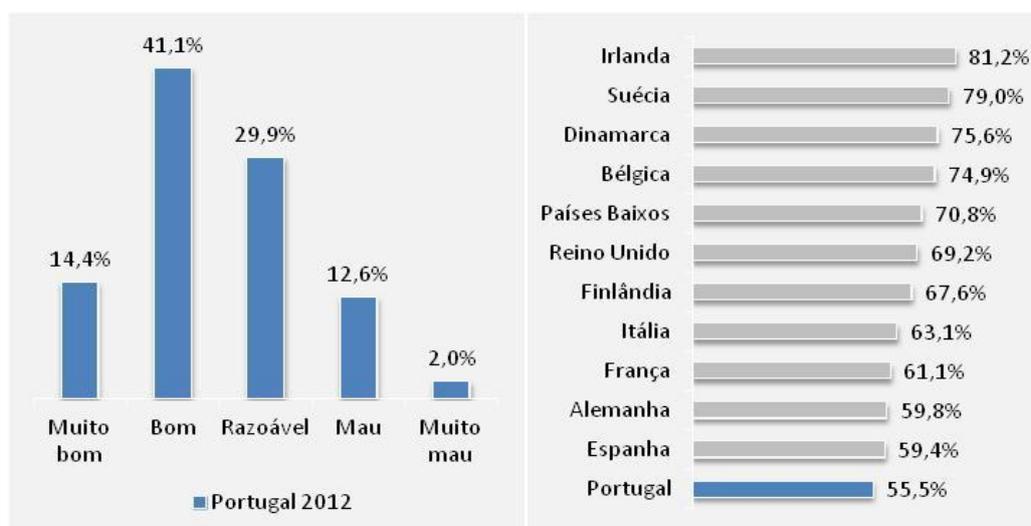
Gráfico 17 – Evolução do nível de Socialização



Fonte: ESS, 2014

Perceção do estado de saúde. A maioria dos portugueses, em 2012, classificou o seu estado de saúde como bom, mas é o que apresenta uma menor percentagem quando comparado com os restantes países da UE15 (gráfico 18).

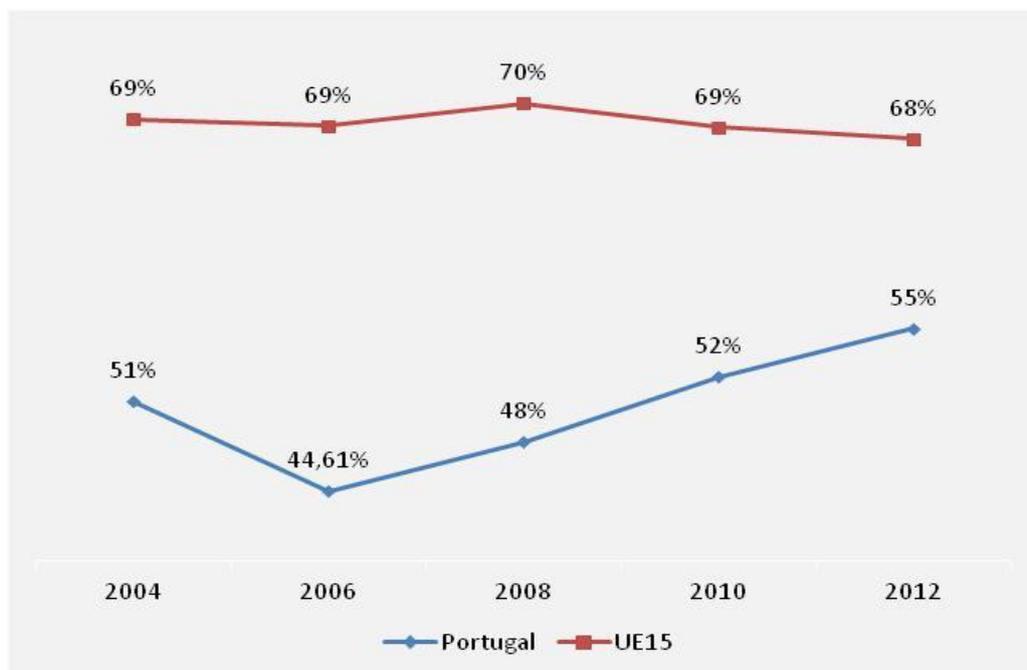
Gráfico 18 – Perceção do Estado de Saúde – 2012



Fonte: ESS, 2014

Em média, a percepção do estado de saúde classificada como “Boa” nos países da UE15 diminuiu, entre 2010 e 2012. A percentagem de portugueses que classificam o seu estado de saúde como bom está abaixo da média dos países da UE15 e também diminuiu no mesmo período (gráfico 19).

Gráfico 19 – Evolução da boa percepção do estado de saúde



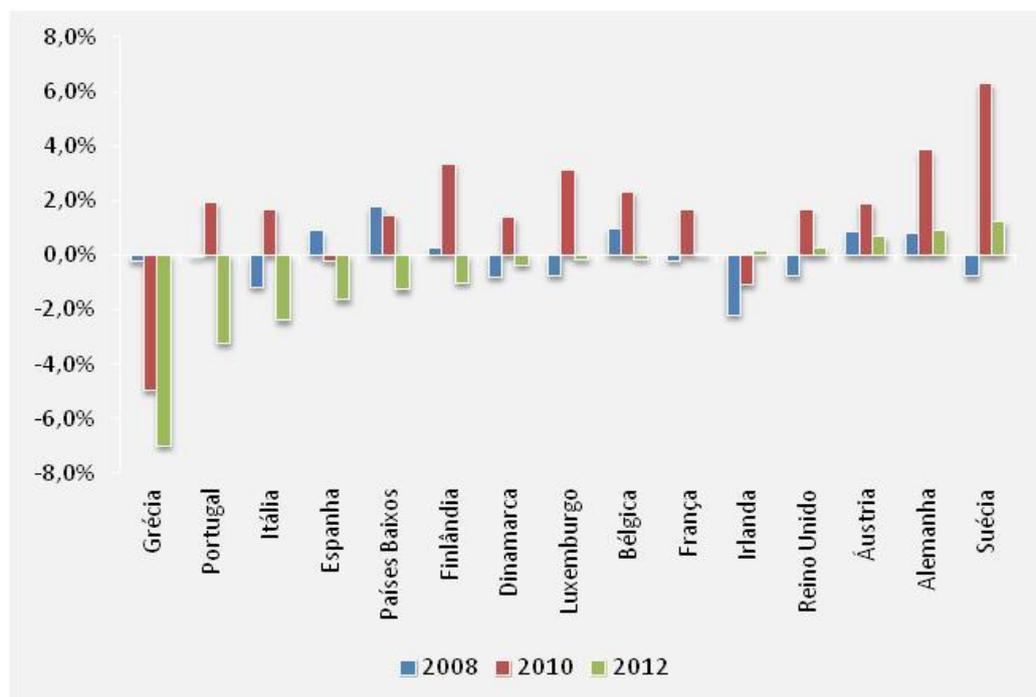
Fonte: ESS, 2014

Em síntese, constata-se que em 2012 os portugueses sentem-se ansiosos (60,4%), deprimidos (43,1%), tristes (53,1%) e com a impressão que a vida se está a agravar (94,9%). Apesar disso, os portugueses sentem-se calmos e em paz (91,6%), satisfeitos com a vida (60,3%), felizes (69,2%) e consideram que o seu estado de saúde é bom (55,5%). Relativamente aos restantes países da UE15, Portugal aparece em primeiro lugar na percentagem de pessoas que afirmam sentir a vida a agravar-se e em último no que se refere a satisfação com a vida, felicidade e boa percepção do estado de saúde. Neste tipo de análise deve ter-se em consideração que os resultados obtidos em cada país estão muito dependentes de aspetos culturais e que estes são, de uma forma geral, variáveis de percepção, pelo que pode estar a comparar-se pessoas com contextos culturais substancialmente distintos.

Variáveis de causa

PIB. Entre 2008 e 2012, a evolução do PIB foi negativa, em Portugal, à semelhança do que ocorreu na média dos países da UE15. A Grécia foi o país que apresentou maior decréscimo do PIB durante o mesmo período. A Irlanda e Suécia são os países da UE15 que apresentam maior crescimento do PIB (gráfico 20).

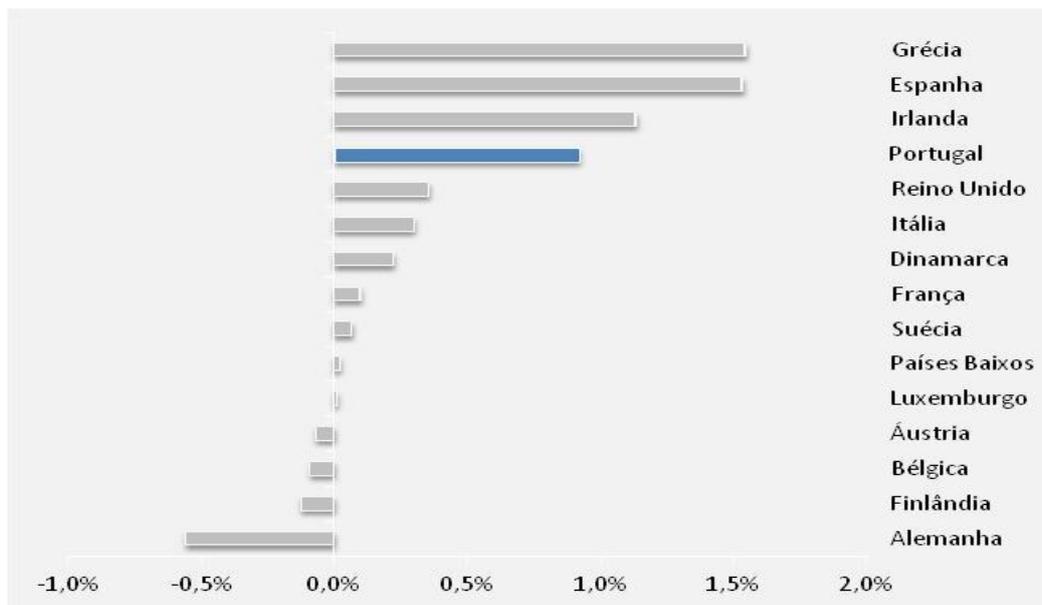
Gráfico 20 – Taxa de crescimento do PIB



Fonte: OCDE, 2014

Desemprego. Com a diminuição do crescimento do PIB, a taxa de desemprego aumentou, de uma forma geral, em todos os países europeus, embora tenha sido mais acentuado nuns países em relação a outros. A Grécia, Espanha, Irlanda e Portugal apresentam o maior aumento da taxa de desemprego entre 2004 e 2012. Por outro lado, a Alemanha apresenta-se bastante destacada dos restantes países da UE15 com um decréscimo considerável do desemprego durante este período (gráfico 21).

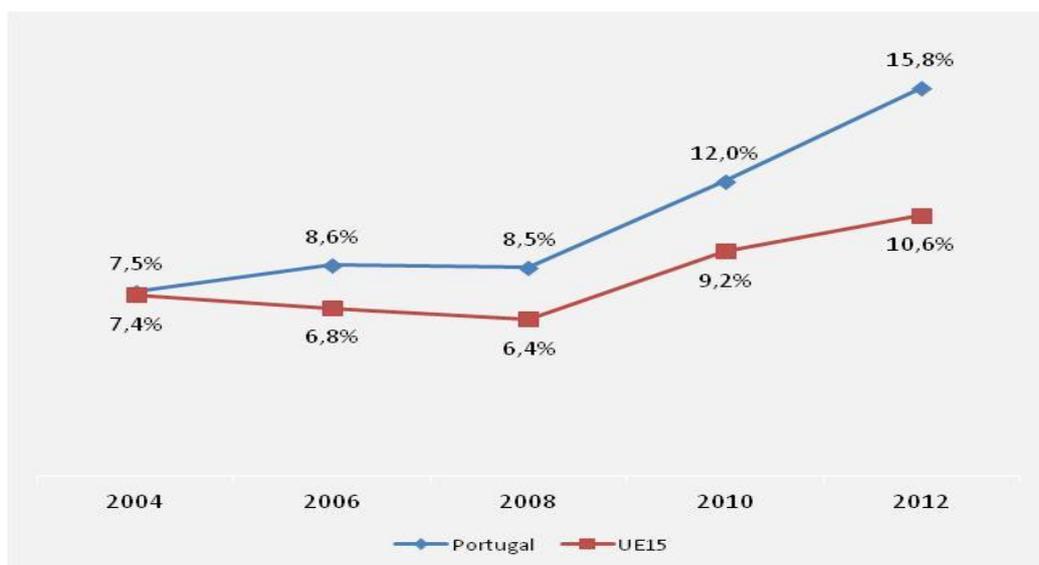
Gráfico 21 – Variação média da taxa de Desemprego (2004-2012)



Fonte: Eurostat, 2014

A Grécia, Espanha, Irlanda e Portugal foram os países mais afetados com o desemprego. A Alemanha é o país da UE15 onde a diminuição da taxa de desemprego mais se fez sentir. A taxa de desemprego em Portugal é bastante superior à média da União Europeia, durante o período em análise (gráfico 22).

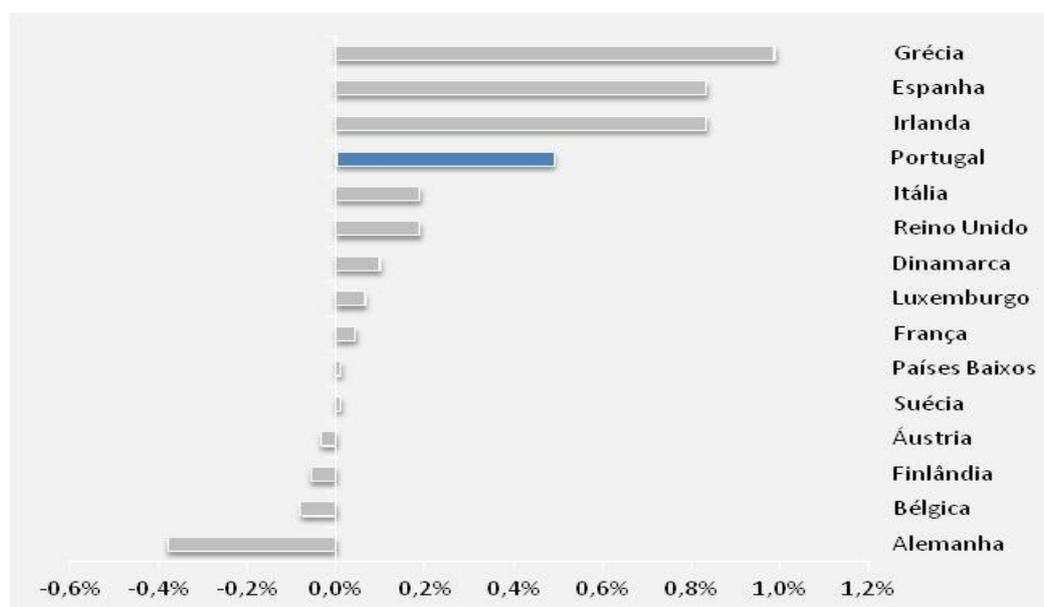
Gráfico 22 – Evolução da Taxa de Desemprego



Fonte: Eurostat, 2014

Desemprego de longa duração. As pessoas desempregadas há mais de um ano são consideradas desempregadas de longa duração. A Espanha e a Grécia apresentam os piores resultados no que diz respeito ao nível de desemprego de longa duração. O desemprego de longa duração aumentou bastante desde o início da crise na Grécia, Espanha, Irlanda e Portugal (gráfico 23).

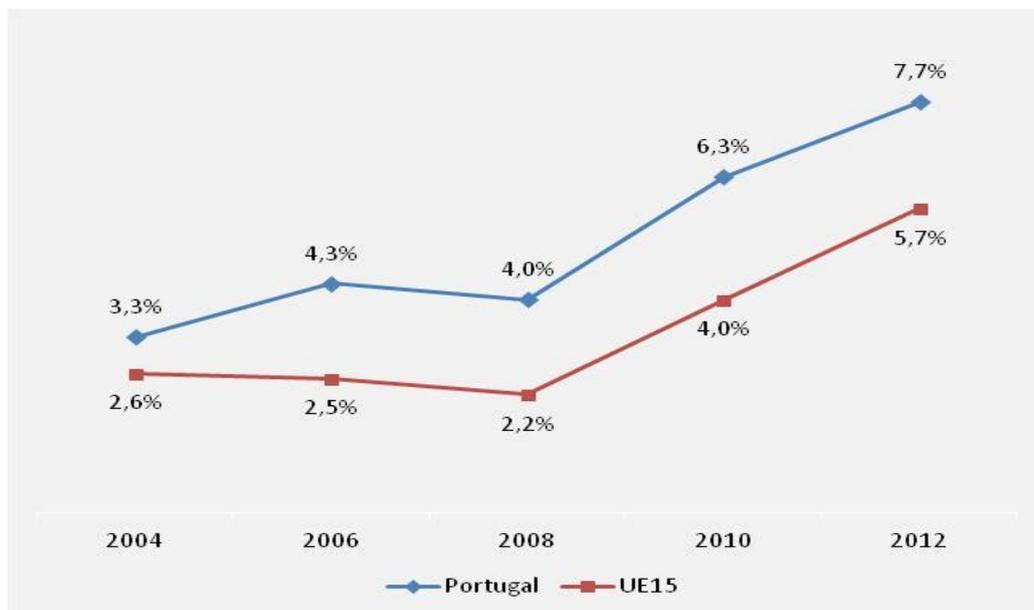
Gráfico 23 – Variação média da TDLP (2004-2012)



Fonte: Eurostat, 2014

Os países que mais sentiram o agravamento da taxa de desemprego de longo prazo foram, mais uma vez, a Grécia, Espanha, Irlanda e Portugal. A Alemanha, também neste caso se destaca pela diminuição considerável do nível de desemprego de longa duração (gráfico 24).

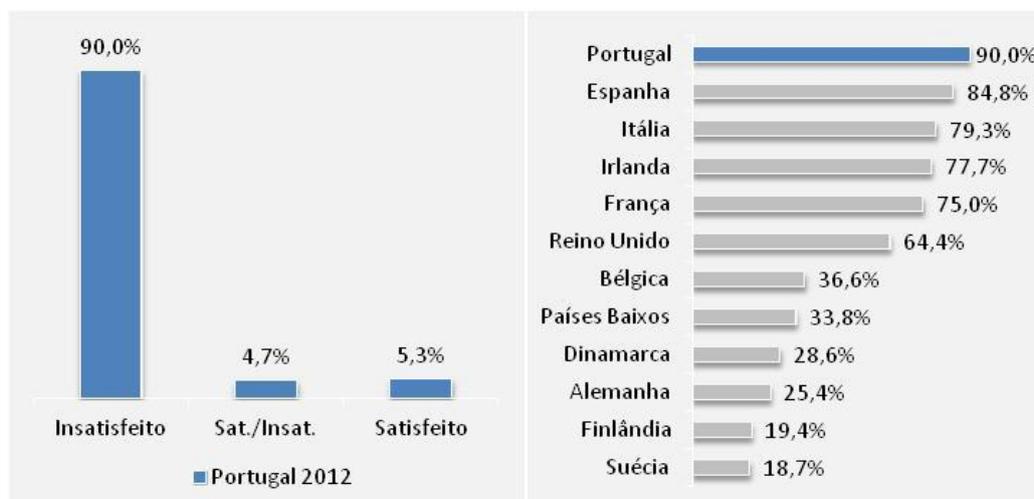
Gráfico 24 – Evolução da taxa de desemprego de longo prazo



Fonte: Eurostat, 2014

Insatisfação com a economia. Em 2012, a maioria dos cidadãos portugueses mostrava-se insatisfeito com o estado da economia portuguesa. Entre os países da UE15, os portugueses foram os que manifestaram maior insatisfação com o estado da economia, no entanto esta insatisfação também se constatou, de forma considerável, em Espanha, Itália, Irlanda, França e Reino Unido (gráfico 25).

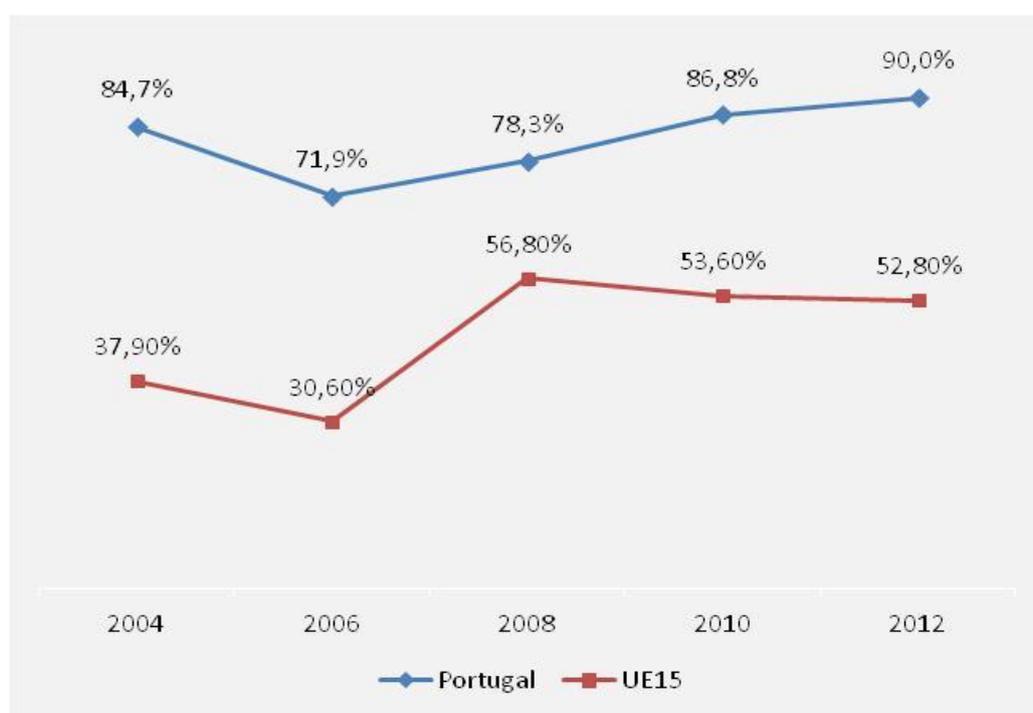
Gráfico 25 – Insatisfação com a Economia – 2012



Fonte: ESS, 2014

Contrariamente à média dos países da UE15, em Portugal o agravamento da insatisfação com a economia aumentou, entre 2004 e 2012, e é muito superior à média dos países da União Europeia (gráfico 26).

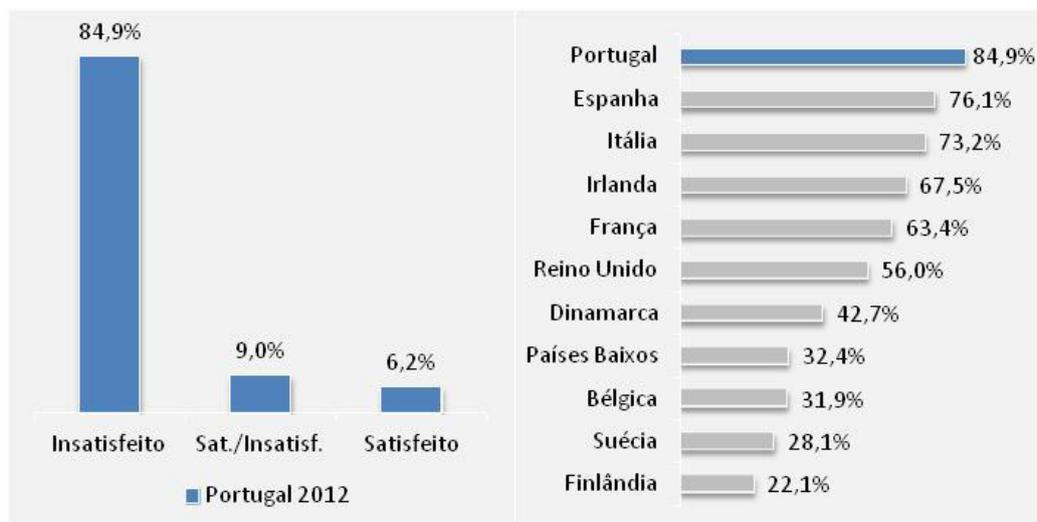
Gráfico 26 – Evolução do nível de insatisfação com a economia



Fonte: ESS, 2014

Insatisfação com o governo. Em 2012, a maioria dos cidadãos portugueses afirmou estar insatisfeito com o governo nacional. Também a maioria dos países da UE15 se verifica este nível de insatisfação com o governo nacional mas é em Portugal que se constata um maior número de pessoas a sentirem-se insatisfeitas com o governo (gráfico 27).

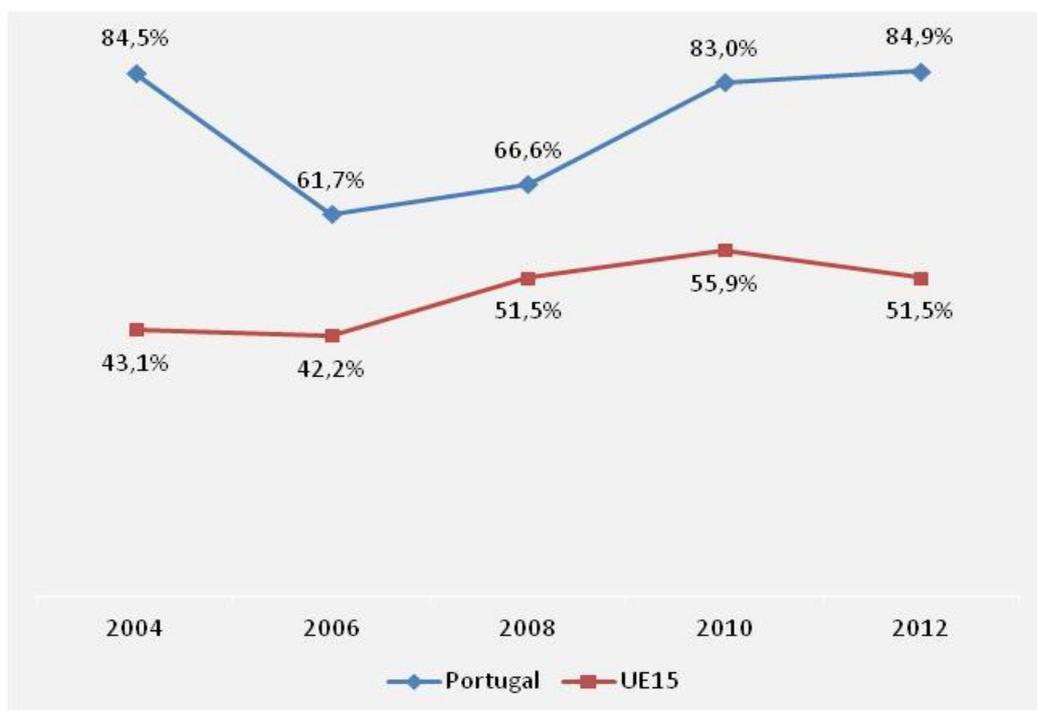
Gráfico 27 – Insatisfação com o governo – 2012



Fonte: ESS, 2014

O nível de insatisfação com o governo, em Portugal, está bastante acima da média dos países da UE15 (gráfico 28).

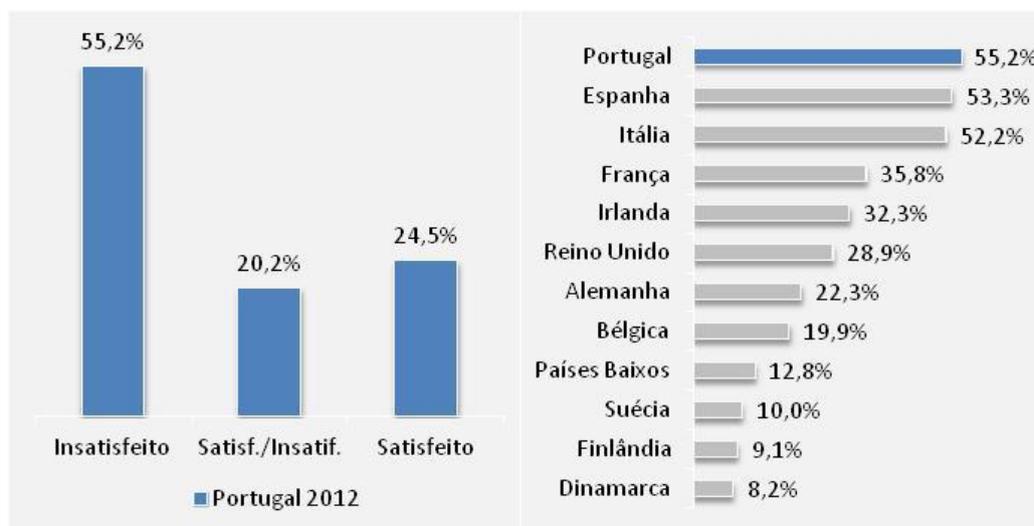
Gráfico 28 – Evolução da insatisfação com o governo



Fonte: ESS, 2014

Insatisfação com a democracia. Em Portugal, o nível de insatisfação com a democracia é o mais elevado da UE15, em 2012. Também Espanha e Itália apresentam percentagens elevadas. A Dinamarca é o país onde a insatisfação com a democracia é menor (gráfico 29).

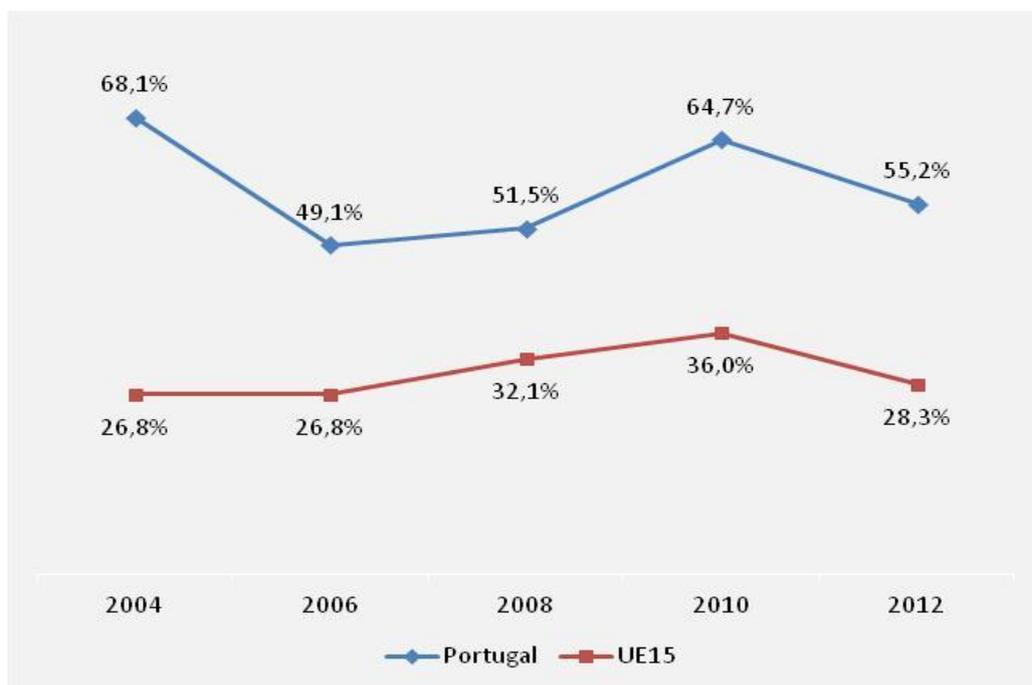
Gráfico 29 – Insatisfação com a democracia – 2012



Fonte: ESS, 2014

O nível de insatisfação com a democracia, em Portugal, é bastante mais elevado que na média dos países da UE15, entre 2004 e 2012, mas acompanha a tendência de evolução dos países da UE15. Nota-se um decréscimo dessa insatisfação com a democracia, entre 2010 e 2012 (gráfico 30).

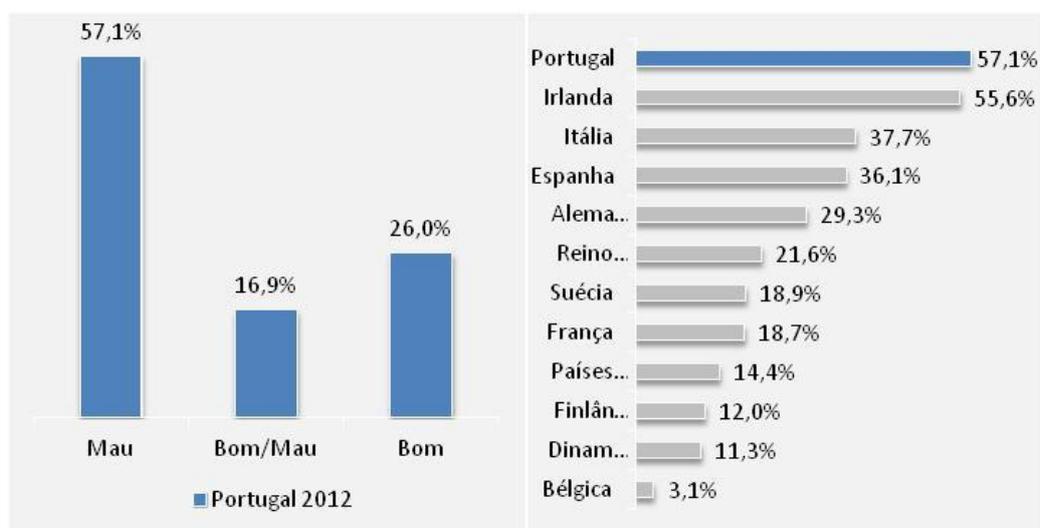
Gráfico 30 – Evolução da insatisfação com a democracia



Fonte: ESS, 2014

Estado dos serviços de saúde. Em Portugal, a maioria dos cidadãos considera que os serviços de saúde estão em mau estado. Portugal e Irlanda encontram-se entre os países que, em 2012, classificavam pior o estado dos Serviços de Saúde (gráfico 31).

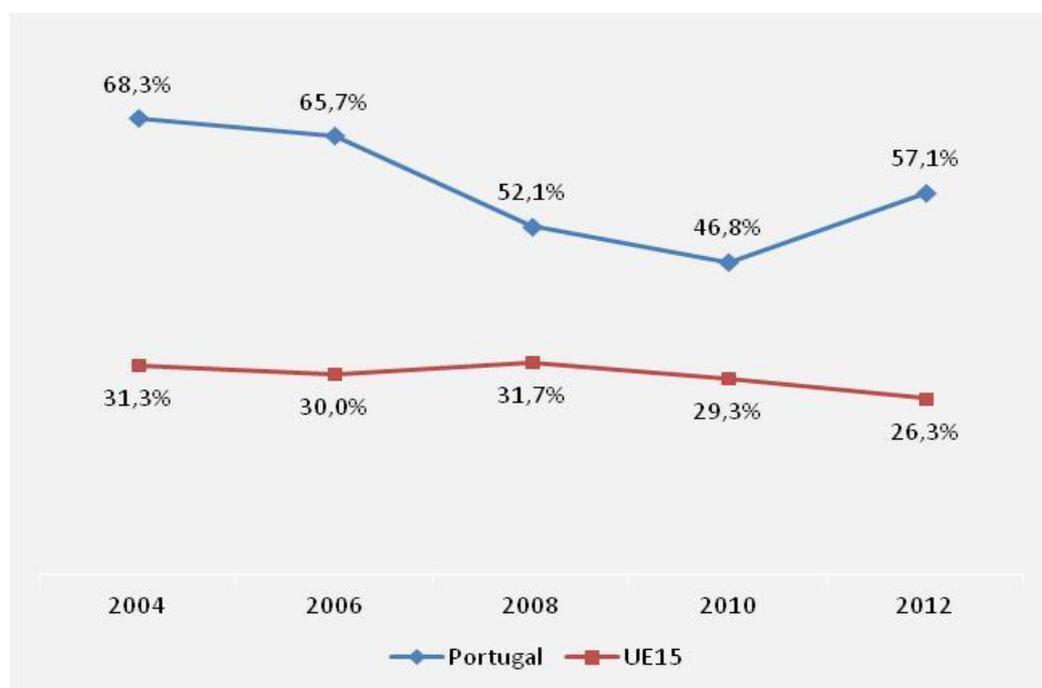
Gráfico 31 – Mau estado dos serviços de saúde – 2012



Fonte: ESS, 2014

Em Portugal, a avaliação do estado dos serviços de saúde, contrariamente a média dos países da UE15, tem vindo a agravar-se. A classificação que os portugueses fazem dos serviços de saúde é bastante pior que a média dos países da UE15 (gráfico 32).

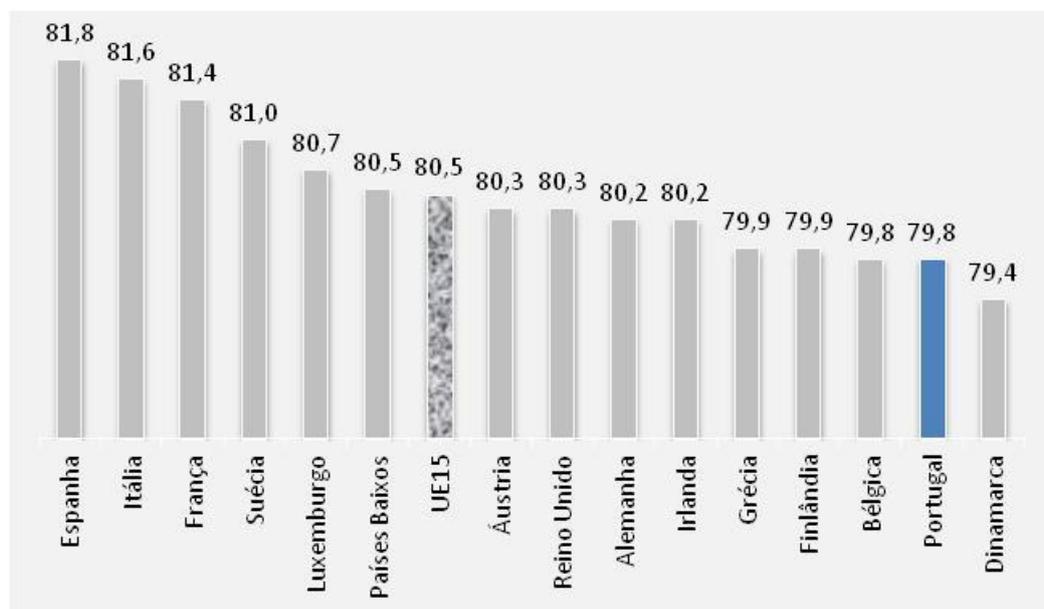
Gráfico 32 – Evolução do mau estado dos serviços de saúde



Fonte: ESS, 2014

Esperança de Vida. Em 2012, Portugal, Bélgica e Dinamarca são os países que apresentavam menor Esperança de Vida. A Espanha, Itália e França são os países da UE15 com uma esperança de vida mais elevada (gráfico 33).

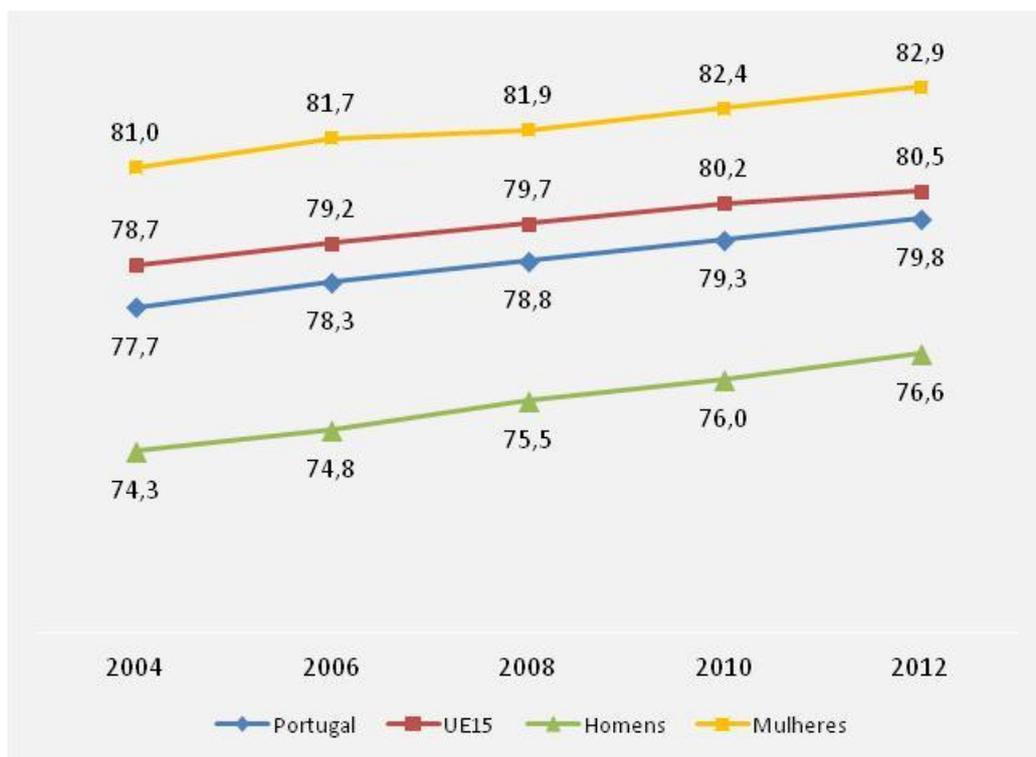
Gráfico 33 – Esperança de Vida – 2012



Fonte: Eurostat, 2014

A esperança de vida em Portugal está abaixo da média dos restantes países da UE15, mas tem vindo a aumentar, tanto nas mulheres como nos homens. Constatase uma grande diferença entre a esperança de vida das mulheres e dos homens, com valores superiores para as mulheres (gráfico 34).

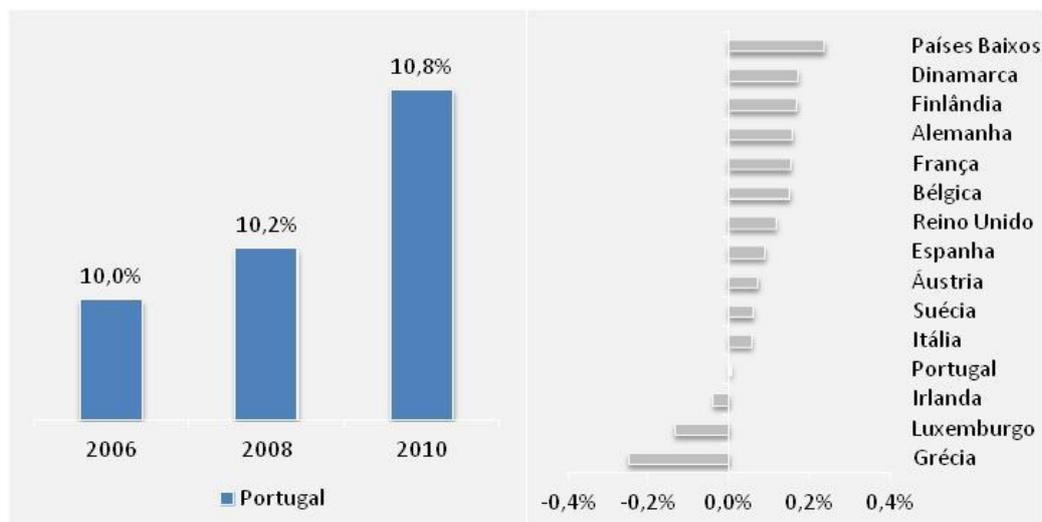
Gráfico 34 – Evolução da Esperança de Vida



Fonte: Eurostat, 2014

Despesas totais em saúde. Em Portugal as despesas totais em saúde mantêm-se relativamente estáveis entre 2006 e 2010. Os países da UE15 onde as despesas totais em saúde mais decresceram, em percentagem do PIB, entre 2008 e 2012 (ou ano mais recente), foram Grécia, Luxemburgo e Irlanda. No mesmo período, os Países Baixos, apresentaram a maior subida de despesas totais em saúde (gráfico 35).

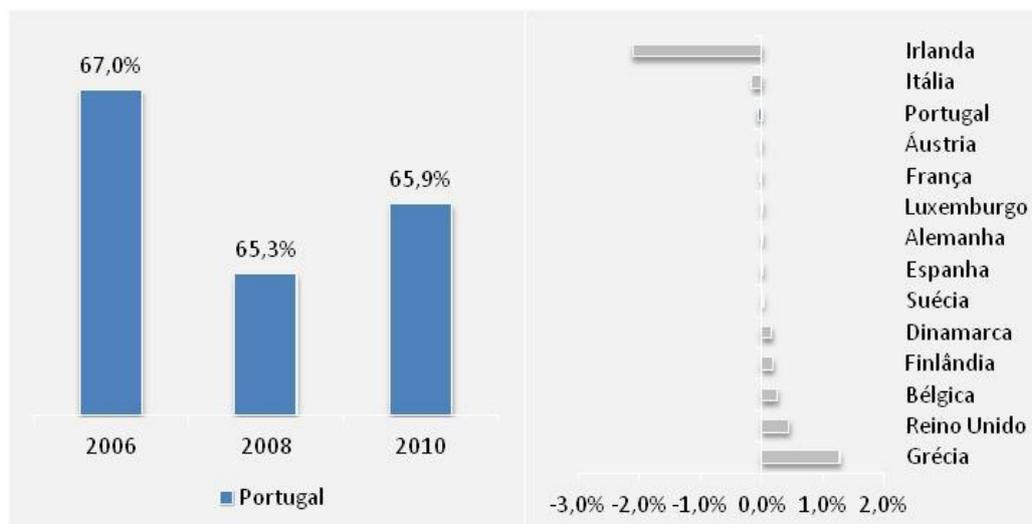
Gráfico 35 – Variação média das despesas totais em saúde (2008-2012)



Fonte: OCDE, 2014

Despesas públicas em saúde. As despesas públicas em saúde, em percentagem das despesas totais em saúde, diminuíram, em Portugal, mas a principal diminuição ocorreu na Irlanda, entre 2008 e 2012 (ou ano mais recente) e nos países onde, no mesmo período, mais aumentaram foi na Grécia, Espanha e Reino Unido. Em Portugal estas despesas têm vindo a diminuir (gráfico 36).

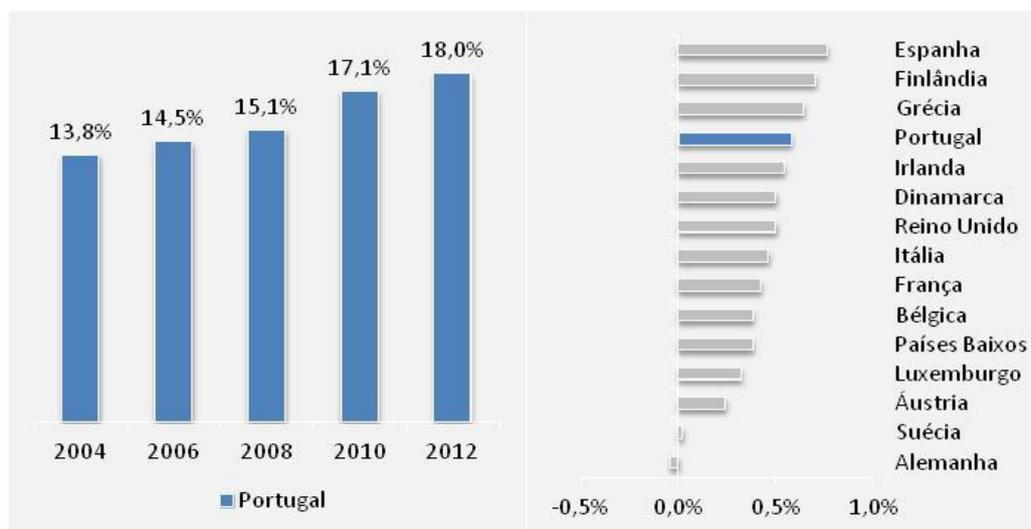
Gráfico 36 – Variação média das despesas públicas em saúde (2008-2012)



Fonte: OCDE, 2014

Benefícios Sociais. Desde o início da crise que aumentaram os benefícios sociais, em percentagem do PIB, pagos pelo governo português. Também em Espanha, Finlândia e Grécia estes benefícios tiveram um grande aumento. Apenas na Alemanha se constata uma diminuição, dos benefícios sociais, desde o início da crise (gráfico 37).

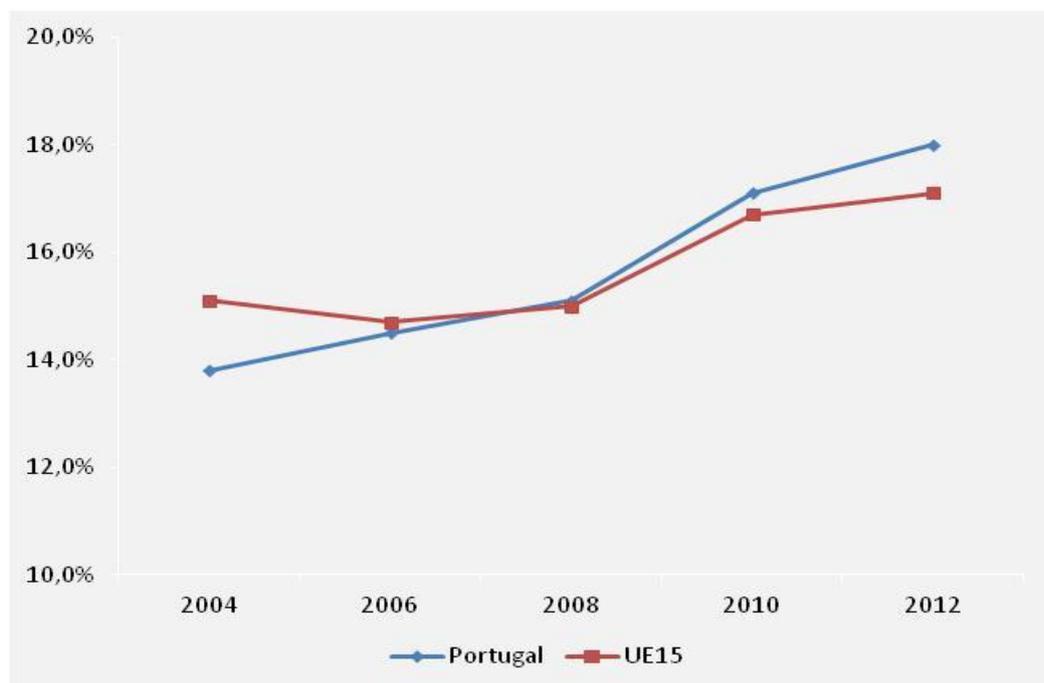
Gráfico 37 – Variação média dos benefícios sociais (2008-2012)



Fonte: Eurostat, 2014

Em média, os benefícios sociais aumentaram na UE15, desde 2008. O mesmo ocorreu em Portugal e, em 2012, estavam acima da média da UE15 (gráfico 38).

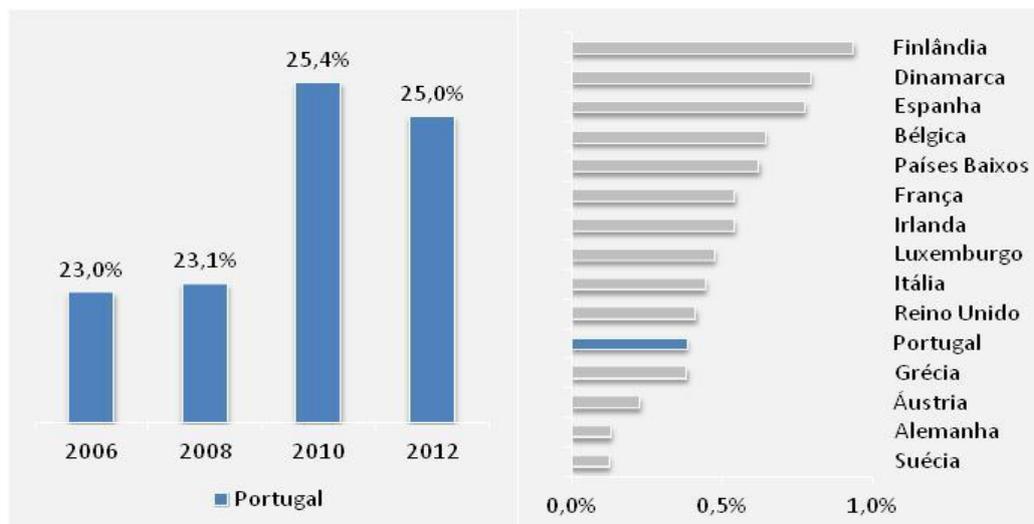
Gráfico 38 – Evolução dos benefícios sociais



Fonte: Eurostat, 2014

Despesas públicas com medidas sociais. Entre 2006 e 2012 as despesas públicas com medidas sociais, em percentagem do PIB, em Portugal, aumentou entre 2008 e 2010, mas diminuiu entre 2010 e 2012. Desde o início da crise (2008), o país que mais aumentou as despesas com medidas sociais, em percentagem do PIB foi a Finlândia, seguido da Dinamarca, Espanha e Bélgica. Comparativamente com os restantes países da UE15, Portugal está entre os países que menos aumentaram as despesas públicas com medidas sociais, à semelhança da Grécia, Áustria, Alemanha e Suécia (gráfico 39).

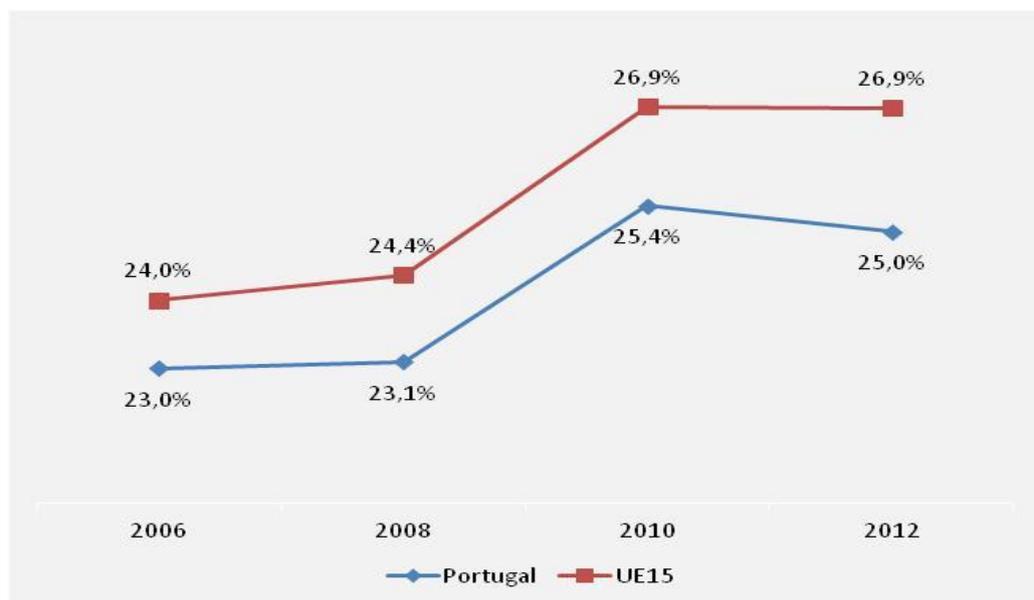
Gráfico 39 – Variação média das DPMS (2008-2012)



Fonte: OCDE, 2014

Portugal está bastante abaixo da média da UE15 relativamente à percentagem de despesas gastas com medidas sociais (gráfico 40).

Gráfico 40 – Evolução das Despesas Públicas com medidas sociais



Fonte: OCDE, 2014

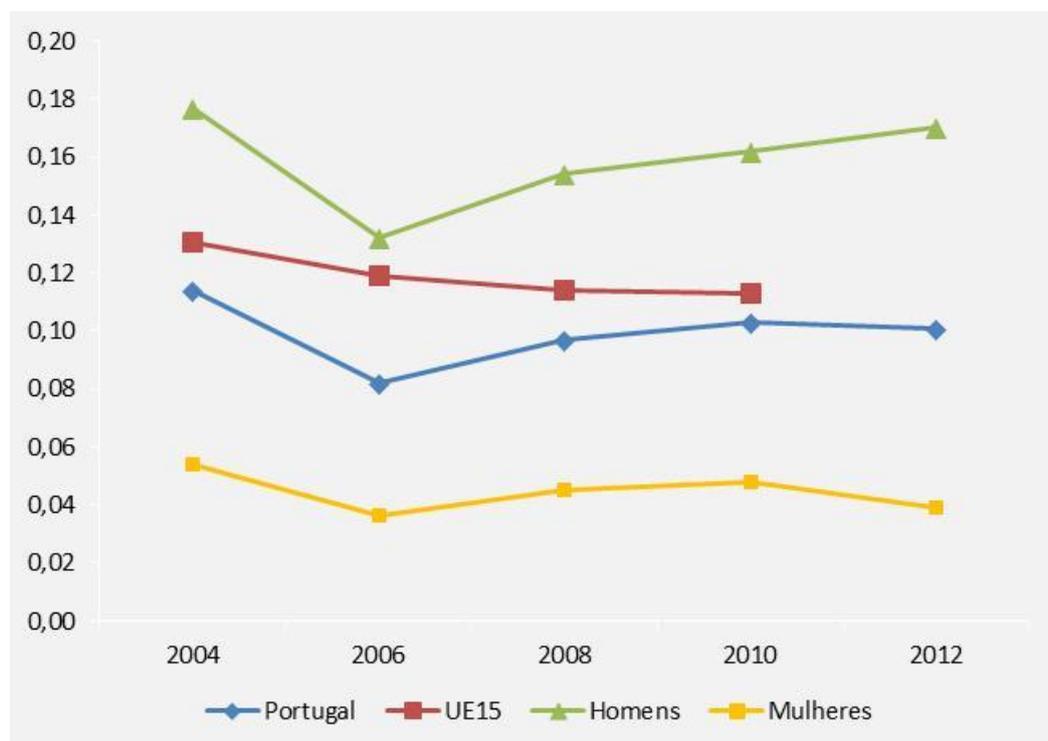
Em síntese, verifica-se que a evolução do PIB, em Portugal foi negativa, entre 2008 e 2012, à semelhança do que se verifica nos restantes países da UE15. A Grécia

destaca-se por ser o país com maior decréscimo do PIB. Como as taxas de emprego tendem a seguir o crescimento do PIB, verifica-se um aumento do desemprego, de uma forma geral, em todos os países da UE15, embora seja mais acentuado nuns países do que noutros. Destacam-se, a Grécia, Espanha, Irlanda e Portugal como os países onde a taxa de desemprego é maior e a Alemanha, onde durante este período a taxa de desemprego mais decresceu. A mesma evolução se constata no desemprego de longo prazo. Acresce ainda que a maioria dos portugueses mostra uma elevada insatisfação com a economia (90,0%), governo (84,9%) e democracia (55,2%) e Portugal é o país da UE15 onde esta insatisfação mais se fez sentir pelos cidadãos. Também no que se refere à insatisfação com o estado dos serviços de saúde, Portugal posiciona-se como o país onde esta insatisfação é mais acentuada (57,1%). A esperança de vida em Portugal é das mais baixas da UE15 (79,8 anos) mas à semelhança dos restantes países tem vindo a aumentar. Em Portugal as despesas totais em saúde mantêm-se relativamente estáveis entre 2006 e 2010. Na Grécia baixaram consideravelmente e onde mais aumentaram foi nos Países Baixos. As despesas públicas em saúde aumentaram, em Portugal. A Grécia foi o país onde a diminuição das despesas públicas em saúde foi maior. Entre 2004 e 2012, os benefícios sociais aumentaram em todos os países exceto na Alemanha. Este aumento foi uma consequência do incremento do desemprego que se fez sentir, pela maioria dos países da UE15 e foi superior em Espanha, Finlândia, Grécia e Portugal. A despesa pública com medidas sociais aumentou em Portugal, entre 2006 e 2012, mas foi a Finlândia que registou um maior aumento.

Variáveis de consequência

Taxa de suicídio. Em Portugal, a taxa de suicídio aumentou entre 2008 e 2010, mas entre 2010 e 2012 volta a haver uma ligeira diminuição. A taxa de suicídio varia muito entre homens e mulheres, com uma tendência substancialmente superior para a taxa de suicídio nos homens (gráfico 41).

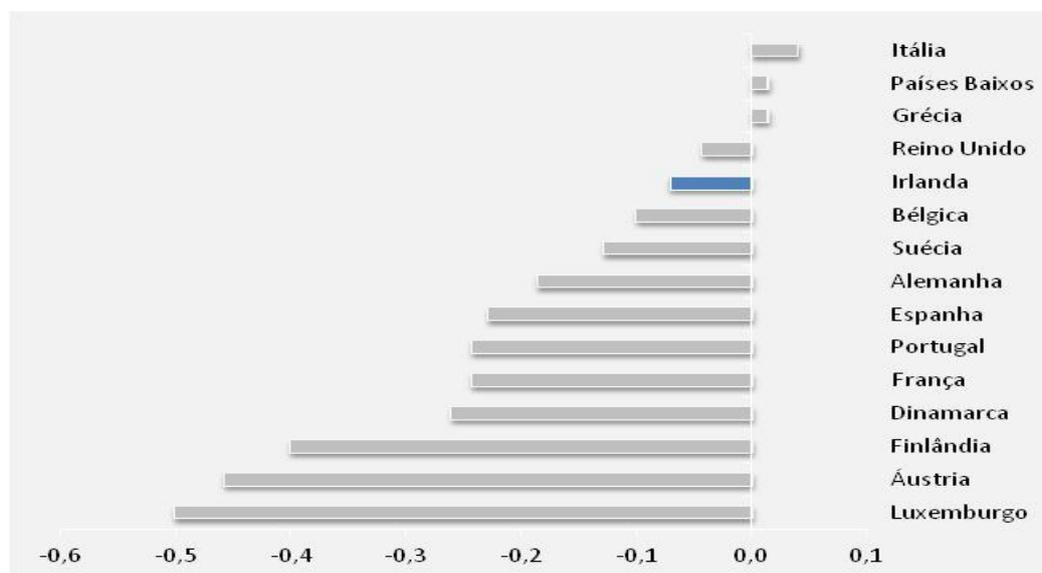
Gráfico 41 – Evolução da taxa de suicídio



Fonte: INE, Eurostat, 2014, Valores percentuais por 100.000 habitantes

Entre 2004 e 2012 (ou ano mais recente), a taxa de suicídio aumentou em Itália, Países Baixos e Grécia. Os países onde a taxa de suicídio mais decresceu, foram Luxemburgo, Áustria e a Finlândia (gráfico 42).

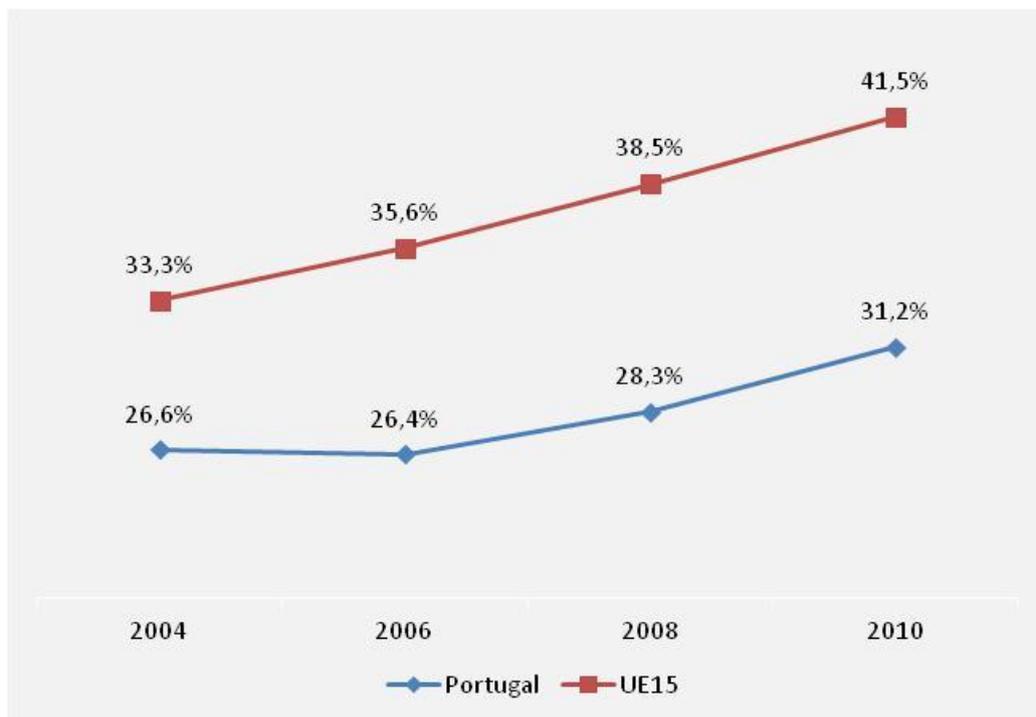
Gráfico 42 – Variação da taxa de suicídio (2004-2010)



Fonte: Eurostat, 2014, valores percentuais por 100.000 habitantes

Doenças do sistema nervoso. Em Portugal, a taxa de mortalidade devido a doenças do sistema nervoso acompanhou a evolução da média dos países da UE15 e aumentou consideravelmente entre 2008 e 2010 (gráfico 43).

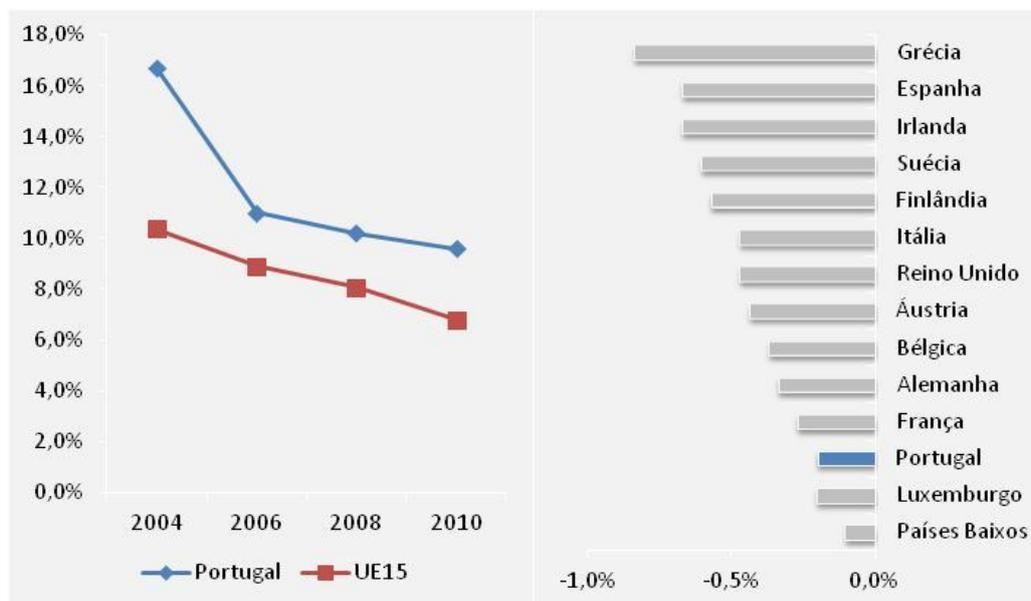
Gráfico 43 – Evolução da taxa de mortalidade devido a DSN



Fonte: Eurostat, 2014

Acidentes de automóvel. Em Portugal, a taxa de mortalidade devido a acidentes de automóvel diminuiu. As mortes devido a acidentes de automóvel diminuíram em todos os países da UE15. Esta diminuição foi mais acentuada em Espanha, Irlanda e Grécia (gráfico 44).

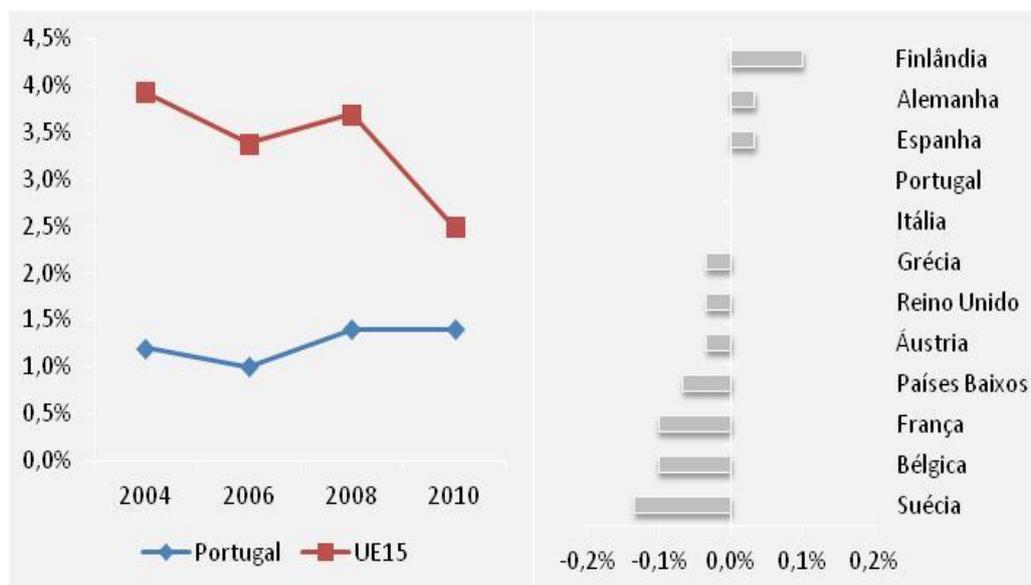
Gráfico 44 – Variação média da taxa de mortalidade por AA (2008-2010)



Fonte: Eurostat, 2014

Consumo de álcool. A taxa de mortalidade devido ao consumo abusivo de álcool, em Portugal, aumentou entre 2006 e 2008, à semelhança do que se verificou na média dos países da UE15, mas manteve-se estável em 2010. Entre 2008 e 2010, a taxa de mortalidade por consumo abusivo de álcool diminuiu na média dos países da UE15, principalmente na Suécia, Bélgica e França. Na Finlândia, Alemanha e Espanha constatou-se um aumento desta taxa (gráfico 45).

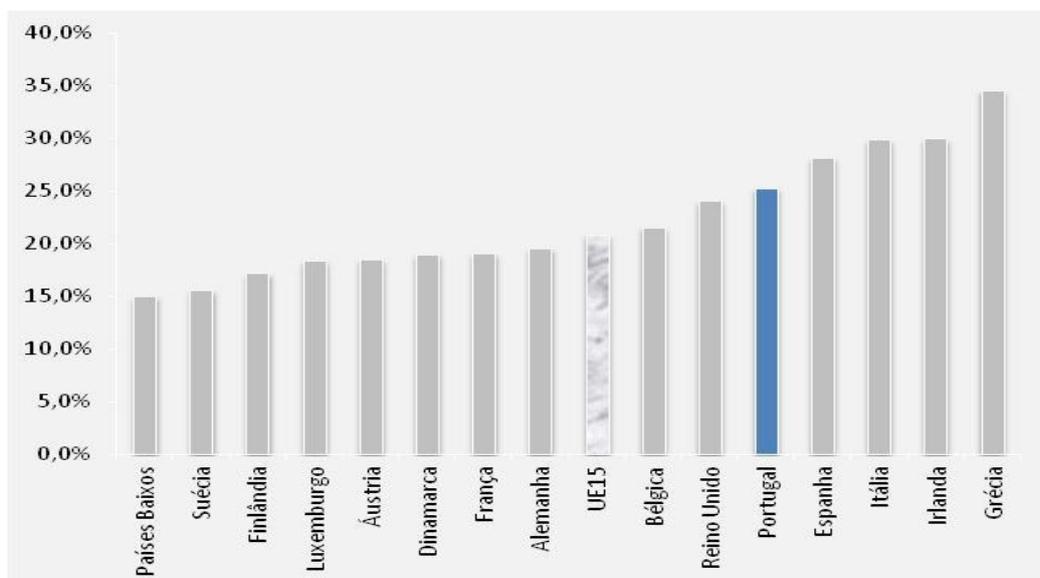
Gráfico 45 – Evolução da taxa de mortalidade devido ao consumo de álcool



Fonte: Eurostat, 2014

Risco de pobreza e exclusão social. Muito preocupante é a percentagem de pessoas em risco de pobreza e exclusão social nos países da UE15. A Grécia é o país da UE15 com maior percentagem de pessoas em risco de pobreza. Portugal está acima da média da UE15 mas abaixo da Irlanda, Itália e Espanha (gráfico 46).

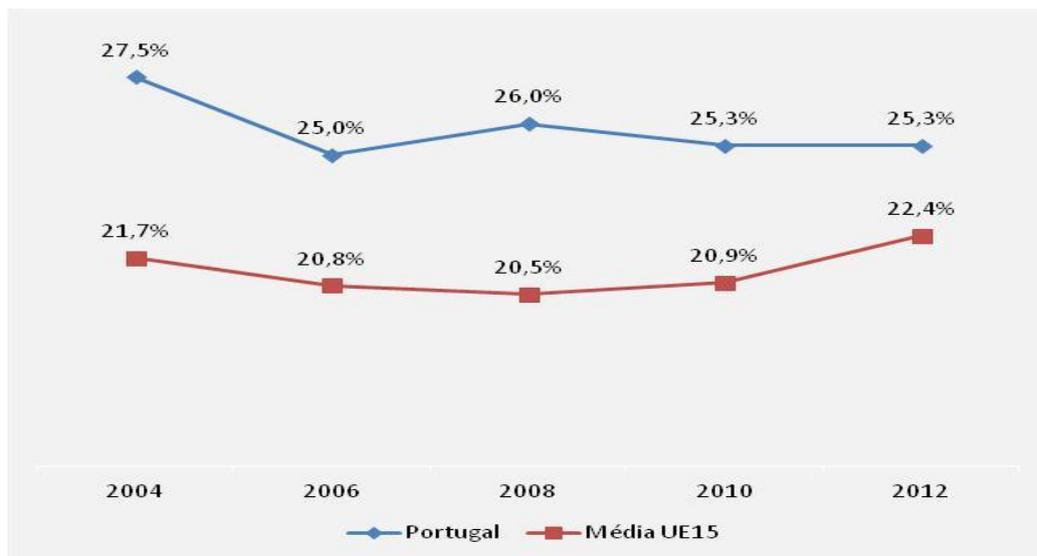
Gráfico 46 – Pessoas em risco de pobreza e exclusão social – 2012



Fonte: Eurostat, 2014

Enquanto a média de países da UE15 apresenta uma tendência crescente relativamente à percentagem de pessoas em risco de pobreza, em Portugal esta percentagem é decrescente. Em média, na UE15, a percentagem de pessoas em risco de pobreza e exclusão social aumentou desde 2008 (gráfico 47).

Gráfico 47 – Evolução de pessoas em risco de pobreza e exclusão social



Fonte: Eurostat, 2014

Em síntese, verifica-se um ligeiro aumento da taxa de suicídio, em Portugal, entre 2008 e 2012 sendo o seu valor substancialmente superior nos homens relativamente às mulheres. Na UE15 esta taxa aumentou principalmente na Itália, Países Baixos e Grécia e diminuiu no Luxemburgo, Áustria e Finlândia. A taxa de mortalidade por doenças do sistema nervoso, em Portugal, acompanhou a evolução média dos países da UE15 e aumentou entre 2008 e 2010. A taxa de mortalidade devido a acidentes de automóvel diminuiu, à semelhança do que se constatou na UE15. Relação contrária se verifica na taxa de mortalidade devido ao consumo abusivo de álcool que aumentou em Portugal e diminuiu na média dos países da UE15, entre 2004 e 2010. Portugal apresenta uma percentagem elevada de pessoas em risco de pobreza e exclusão social (25,3%) à semelhança do que se verifica na Grécia, Irlanda, Itália e Espanha. Em média, a percentagem de pessoas em risco de pobreza e exclusão social, na UE15, aumentou desde 2008.

3.3.2 - Análise Correlacional e Fatorial

Variáveis de contexto

Relativamente ao ano 2012 e às variáveis na sua forma original, verifica-se que nos 15 países em análise, a correlação é altamente significativa entre todas as variáveis de contexto analisadas. A correlação é positiva entre as variáveis ansiedade, depressão, tristeza e negativa entre as variáveis calma e paz, agravamento da vida, felicidade, socialização e satisfação com a vida (tabela1).

Tabela 1 – Correlação de Spearman entre variáveis de contexto – 2012

	CP	Dep	Tris	AV	Fel	Soc	SV
Ans	-0,43	0,39	0,436	-0,16	-0,25	-0,02	-0,25
CP		-0,4	-0,39	0,161	0,314	0,059	0,303
Dep			0,54	-0,18	-0,34	-0,08	-0,33
Tris				-0,18	-0,33	-0,05	-0,31
AV					0,255	0,048	0,319
Fel						0,126	0,705
Soc							0,11

Fonte: ESS, 2014

Foi efetuada a análise fatorial para estas variáveis e retiradas três variáveis depois da análise ter sido submetida ao teste de confiabilidade alfa de Cronbach. O teste KMO confirmou a adequação da amostra ($p=0,725$) e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo. A análise fatorial propôs a existência de dois fatores (73,6% da variância explicada). O primeiro fator corresponde às variáveis negativas ansiedade, depressão e tristeza e o segundo fator corresponde às variáveis positivas de felicidade e satisfação com a vida (tabela 2).

Tabela 2 – Análise Fatorial entre variáveis de contexto – 2012

	Component	
	1	2
Ansiedade	,778	-,097
Depressão	,774	-,258
Tristeza	,807	-,225
Felicidade	-,226	,892
Satisfação com a vida	-,190	,902

Fonte: ESS, 2014

De seguida efetua-se a análise para todos os anos em análise (2004, 2006, 2008, 2010 e 2012), através da utilização das variáveis agregadas sentir-se triste, sentir um agravamento da vida, sentir-se satisfeito com a vida e sentir-se feliz.

A variável agregada relativa às pessoas que afirmam sentir-se tristes apresenta uma correlação positiva e altamente significativa com as pessoas em risco de pobreza e exclusão social. A sensação de agravamento da vida está positiva e significativamente correlacionada com a taxa de desemprego, com a taxa de desemprego de longo prazo e com as pessoas em risco de pobreza e exclusão social. A satisfação com a vida está positiva e significativamente correlacionada com as despesas públicas em saúde e por outro lado está negativa e significativamente correlacionada com a taxa de desemprego, a taxa de desemprego de longo prazo, com as pessoas em risco de pobreza e exclusão social e com a taxa de mortalidade por acidentes de automóvel. A sensação de felicidade está positiva e significativamente correlacionada com as despesas públicas em saúde e negativa e significativamente correlacionada com a taxa de desemprego, a taxa de desemprego de longo prazo, com as pessoas em risco de pobreza e exclusão social e com a taxa de mortalidade por acidentes de automóvel (tabela 3).

Tabela 3 – Correlação de *Pearson* entre variáveis de contexto

	AVS	SVS	FS
TS	0,77	-0,74	-0,67
AVS		-0,8	-0,75
SVS			0,925

Fonte: ESS, 2014

Variáveis de Causa

Relativamente às variáveis de causa, em 2012 e considerando as variáveis desagregadas, verifica-se uma correlação positiva e altamente significativa entre todas as variáveis consideradas nesta análise (tabela 4).

Tabela 4 – Correlação de Spearman entre variáveis de causa – 2012

	SG	SD	ESS
SE	,684	,538	,398
SG		,618	,403
SD			,379

Fonte: ESS, 2014

Relativamente à análise fatorial foi retirada a variável “estado dos serviços de saúde” depois de se submeter a análise ao teste de confiabilidade alfa de *Cronbach*. O teste KMO confirmou a adequação da amostra ($p=0,705$) e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p<0,001$). A análise fatorial propôs a existência de apenas um fator (75,1% de variância explicada) (tabela 5).

Tabela 5 – Análise Fatorial entre variáveis de causa – 2012

	Componente
	1
Satisfação com a Economia	,863
Satisfação com o Governo	,898
Satisfação com a Democracia	,837

Fonte: ESS, 2014

Considera-se, agora, a totalidade do período compreendido entre os anos 2004 e 2012, mas cuja análise abrange algumas variáveis agregadas.

Verifica-se que o PIB apresenta uma correlação negativa e altamente significativa com a taxa de desemprego e com a taxa de desemprego de longo prazo. O PIB está também significativamente e inversamente correlacionado com as pessoas que afirmam estar insatisfeitas com a economia e com o governo. Constata-se ainda que o PIB tem

uma correlação altamente significativa com o número de pessoas em risco de pobreza e exclusão social (tabela 6).

Tabela 6 – Correlação de *Pearson* - PIB

	TD	TDLP	SEN	SGN	PRPES
PIB	-,468	-,525	-,529	-,452	-,560
TD		,913	,610	,532	,521
TDLP			,698	,656	,563
SEN				,897	,496
SGN					,427

Fonte: OCDE, Eurostat, ESS, 2014

A taxa de desemprego apresenta uma correlação positiva e altamente significativa com a sensação de agravamento da vida, taxa de desemprego de longo prazo, insatisfação com a economia, governo e democracia e com as pessoas em risco de pobreza e exclusão social. Esta variável apresenta também uma correlação negativa e altamente significativa com a taxa de crescimento do PIB, satisfação com a vida e sensação de felicidade (tabela 7).

Tabela 7 – Correlação de *Pearson* - taxa de desemprego

	SVS	FS	PIB	TD	TDLP	SEN	SGN	SDN	PRPES
AVS	-,804	-,749	-,533	,623	,753	,916	,821	,860	,614
SVS		,925	,416	-,357	-,543	-,787	-,735	-,825	-,413
FS			,374	-,400	-,584	-,776	-,755	-,826	-,427
PIB				-,468	-,525	-,529	-,452	-,395	-,560
TD					,913	,610	,532	,452	,521
TDLP						,698	,656	,596	,563
SEN							,897	,859	,496
SGN								,897	,427
SDN									,420

Fonte: OCDE, Eurostat, ESS, 2014

A taxa de desemprego de longo prazo apresenta uma correlação positiva e altamente significativa com a sensação de agravamento da vida, taxa de desemprego, insatisfação com a economia, governo e democracia, avaliação negativa do estado dos serviços de saúde e com as pessoas em risco de pobreza e exclusão social. Esta variável apresenta uma correlação negativa e altamente significativa com a taxa de crescimento do PIB, satisfação com a vida e com a sensação de felicidade (tabela 8).

Tabela 8 - Correlação de *Pearson* - taxa de desemprego de longo prazo

	SVS	FS	PIB	TD	TDLP	SEN	SGN	SDN	ESSM	PRPES
AVS	-,804	-,749	-,533	,623	,753	,916	,821	,860	,372	,614
SVS		,925	,416	-,357	-,543	-,787	-,735	-,825	-,696	-,413
FS			,374	-,400	-,584	-,776	-,755	-,826	-,729	-,427
PIB				,468	-,525	-,529	-,452	-,395	-,425	-,560
TD					,913	,610	,532	,452	,233	,521
TDLP						,698	,656	,596	,402	,563
SEM							,897	,859	,557	,496
SGN								,897	,617	,427
SDN									,651	,420
ESSM										,371

Fonte: ESS, Eurostat, OCDE, 2014

Relativamente às despesas com saúde verifica-se que a variável “despesas totais em saúde” apresenta uma correlação positiva e altamente significativa com as despesas com medidas sociais. A variável “despesas públicas em saúde” apresenta uma correlação negativa e altamente significativa com a insatisfação com a economia, governo e democracia, com a avaliação negativa do estado dos serviços de saúde, com as pessoas em risco de pobreza e exclusão social e a taxa de mortalidade por acidentes de automóvel (tabela 9).

Tabela 9 – Correlação de *Pearson* entre variáveis de despesas em saúde

	SGN	SDN	ESSM	PRPES	DTS	DPS	DMS	AA
SEN	,897	,859	,557	,496	,063	-,491	-,108	,230
SGN		,897	,617	,427	,127	-,469	-,095	,197
SDN			,651	,420	,091	-,535	-,148	,276
SSM				,371	-,135	-,519	-,509	,281
PRPES					-,159	-,630	-,291	,473
DTS						-,235	,531	-,082
DPS							,219	-,755
DMS								-,206

Fonte: ESS, Eurostat, OCDE, 2014

Variáveis de consequência

A taxa de suicídio total, masculino e feminino apresenta uma correlação positiva e altamente significativa entre si, com a taxa de mortalidade devido a doenças do sistema nervoso e ainda com a taxa de mortalidade devido ao consumo abusivo de álcool. A taxa

de mortalidade devido ao consumo abusivo de álcool apresenta uma correlação negativa e altamente significativa com a esperança de vida (tabela 10).

Tabela 10 – Correlação de *Pearson* entre as variáveis de consequência

	DPS	TS	TSH	TSM	DSN	Álcool
EV	,043	-,189	-,143	-,183	,112	-,395
DPS		,235	,104	,293	,190	,449
TS			,990	,960	,588	,414
TSH				,919	,565	,395
TSM					,534	,461
DSN						,070

Fonte: ESS, Eurostat, OCDE, 2014

A variável “pessoas em risco de pobreza e exclusão social” apresenta uma correlação positiva e altamente significativa com as pessoas que afirmam sentir-se tristes e que sentem que a sua vida se agravou. Também se constata uma correlação positiva e altamente significativa com a taxa de desemprego, com a taxa de desemprego de longo prazo, com a insatisfação com o estado da economia, governo e democracia, com a avaliação negativa do estado dos serviços de saúde e com a taxa de mortalidade por acidentes de automóvel. Por outro lado, esta variável apresenta uma correlação negativa e altamente significativa com a satisfação com a vida, a sensação de felicidade, a taxa de crescimento do PIB e com as despesas públicas em saúde (tabela 11).

Tabela 11 – Correlação de *Pearson* - Risco de pobreza e exclusão social

	AVS	SVS	FS	PIB	TD	TDLP	SEN	SGN	SDN	ESSM	PRPES	DPS	AA
TS	,773	-,737	-,671	-,532	,420	,497	,714	,711	,799	,420	,615	-,438	,407
AVS		-,804	-,749	-,533	,623	,753	,916	,821	,860	,372	,614	-,339	,342
SVS			,925	,416	-,357	-,543	-,787	-,735	-,825	-,696	-,413	,636	-,501
FS				,374	-,400	-,584	-,776	-,755	-,826	-,729	-,427	,642	-,431
PIB					-,468	-,525	-,529	-,452	-,395	-,425	-,560	,245	-,394
TD						,913	,610	,532	,452	,233	,521	-,469	,190
TDLP							,698	,656	,596	,402	,563	-,569	,354
SEN								,897	,859	,557	,496	-,491	,230
SGN									,897	,617	,427	-,469	,197
SDN										,651	,420	-,535	,276
ESSM											,371	-,519	,281
PRPES												-,630	,473
DPS													-,755

Fonte: ESS, Eurostat, OCDE, 2014

Em síntese, na análise correlacional das variáveis de consequência, destaca-se a correlação altamente significativa entre a ansiedade, calma e paz, depressão, tristeza, agravamento da vida, felicidade, socialização e satisfação com a vida, em 2012. Depois de agregadas as variáveis e efetuada a análise para todos os anos, confirma-se a correlação elevada entre PIB e taxa de desemprego (incluindo o de longo prazo). O PIB está também correlacionado com a insatisfação com a economia e governo. A taxa de desemprego apresenta-se correlacionada com a sensação de agravamento da vida, insatisfação com a economia, governo e democracia, pessoas em risco de pobreza e exclusão social, satisfação com a vida e sensação de felicidade. A taxa de desemprego de longo prazo apresenta ainda uma correlação com a insatisfação com o estado dos serviços de saúde. Verifica-se uma correlação altamente significativa entre as pessoas em risco de pobreza e exclusão social e tristeza, sensação de agravamento da vida, insatisfação com o estado da economia, governo e democracia, avaliação negativa do estado dos serviços de saúde, taxa de mortalidade por acidentes de automóvel, taxa de desemprego (incluindo a de longo prazo), despesas públicas em saúde, PIB, satisfação com a vida e sensação de felicidade.

3.3.3 - Análise Inferencial

A satisfação com a economia está relacionada com a saúde mental (H1)

Começa-se por efetuar a análise entre satisfação com o estado da economia e com a sensação de estar deprimido, no ano 2012, para os países da UE15.

O teste de independência efetuado demonstra que a maioria das pessoas que afirmaram estar deprimidas revelaram um grau de insatisfação com o estado da economia. O teste mostra que o nível de significância entre as variáveis é altamente significativo pelo que se pode concluir que a satisfação com a economia está relacionada com o estado de depressão ($\chi^2 = 497,32$; $p < 0,001$) (tabela 12).

Tabela 12 – Teste de independência - depressão

		Está satisfeito com a economia			Total
		Não	Sim	Mais ou menos	
Está deprimido	Não	60,8%	75,7%	68,5%	67,0%
	Sim	39,2%	24,3%	31,5%	33,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: ESS, 2014

De seguida analisa-se a relação entre a satisfação com o estado da economia e a sensação de ansiedade. A correlação demonstra que a maioria dos cidadãos da UE15 que em 2012 afirmaram estar ansiosos revelaram insatisfação com o estado da economia dos seus países. O teste de independência apresenta um nível de significância altamente significativo ($X^2 = 458,64$; $p < 0,001$) (tabela 13).

Tabela 13 – Teste de independência - ansiedade

		Está satisfeito com a economia			Total
		Não	Sim	Mais ou menos	
Está ansioso	Não	48,40%	63,6%	54,2%	54,4%
	Sim	51,60%	36,4%	45,8%	45,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: ESS, 2014

Relativamente à satisfação com o estado da economia e a sensação de calma e paz, verifica-se que a maioria das pessoas que se encontrava calma e em paz declarou estar satisfeita com o estado da economia. O teste apresenta um nível de significância elevado ($X^2 = 196,34$; $p < 0,001$) (tabela 14).

Tabela 14 – Teste de independência - sensação de calma e paz

		Está satisfeito com a economia			Total
		Não	Sim	Mais ou menos	
Está calmo e em paz	Não	9,4%	4,3%	6,0%	7,2%
	Sim	90,6%	95,7%	94,0%	92,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: ESS, 2014

Relativamente à relação entre a satisfação com a economia e a sensação de tristeza, verifica-se que a maioria das pessoas que afirmou sentir-se triste não estava satisfeito com a economia. O teste de independência demonstrou um nível de significância elevado ($\chi^2 = 623,72$; $p < 0,001$) (tabela 15).

Tabela 15 – Teste de independência - sensação de tristeza

		Está satisfeito com a economia			Total
		Não	Sim	Mais ou menos	
Está triste	Não	50,2%	67,8%	57,8%	57,3%
	Sim	49,8%	32,2%	42,2%	42,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: ESS, 2014

Quanto à relação entre a satisfação com a economia e a sensação de agravamento da vida, verifica-se que a maioria das pessoas que afirmou não estar satisfeita com a economia também sentiu um agravamento da vida. O teste revelou um nível de significância entre as variáveis ($\chi^2 = 3.094,75$; $p < 0,001$) (tabela 16).

Tabela 16 – Teste de independência - sensação de agravamento da vida

		Está satisfeito com a economia			Total
		Não	Sim	Mais ou menos	
Sente vida agregada	Não	7,7%	43,9%	20,3%	20,2%
	Sim	92,3%	56,1%	79,7%	79,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: ESS, 2014

No que se refere à relação entre satisfação da economia e a sensação de felicidade, constata-se que as pessoas que revelaram não estar felizes também afirmaram, maioritariamente, que não estavam satisfeitas com a economia. O teste de independência apresenta um nível de significância muito elevado ($\chi^2 = 597,70$; $p < 0,001$) (tabela 17).

Tabela 17 – Teste de independência - sensação de felicidade

		Está satisfeito com a economia			Total
		Não	Sim	Mais ou menos	
Está feliz	Não	11,80%	1,90%	5,20%	7,40%
	Sim	88,20%	98,10%	94,80%	92,60%
	Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: ESS, 2014

Relativamente à satisfação com a vida verifica-se uma associação positiva e altamente significativa entre a satisfação com a economia e a satisfação com a vida. As pessoas que estavam insatisfeitas com a vida também afirmaram, maioritariamente, que não estavam satisfeitas com a economia. O teste de independência apresenta um nível de significância muito elevado ($X^2 = 2.091,20$; $p < 0,001$) (tabela 18).

Tabela 18 – Teste de independência - satisfação com a vida

		Está satisfeito com a economia			Total
		Não	Sim	Mais ou menos	
Está satisfeito com a vida	Não	86,8%	6,2%	7,0%	100,0%
	Sim	45,2%	40,4%	14,4%	100,0%
	Mais ou menos	73,4%	11,7%	14,9%	100,0%
	Total	51,9%	34,5%	13,7%	100,0%

Fonte: ESS, 2014

Verifica-se, portanto, que o nível de satisfação com a economia está relacionado com a saúde mental, na medida em que quando a satisfação com a economia diminui, verifica-se um aumento da sensação de depressão, tristeza, ansiedade e agravamento da vida e diminui a sensação de calma e paz e felicidade e satisfação com a vida. Pode-se, assim rejeitar a hipótese nula e afirmar que o nível de satisfação com a economia está relacionado com a saúde mental.

A duração do período de desemprego afeta a saúde mental (H2)

De acordo com o modelo de regressão linear efetuado, considerando como variável dependente a sensação de “agravamento da vida” e como variável independente

a “taxa de desemprego de longo prazo”, constata-se que 56,7% da variação da sensação de agravamento da vida é explicada pela taxa de desemprego de longo prazo.

A ANOVA revela um valor de $F = 28,84$ ($p < 0,001$). Da regressão obtém-se o seguinte modelo: $AVS = 6,991 + 0,753 \text{ TDLP}$, o que significa que o aumento de 1% na taxa de crescimento do desemprego de longo prazo, aumenta 6,9% a sensação de agravamento da vida (tabela 19).

Tabela 19 – Regressão Linear TDLP e AVS

	Coefficients				
	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	0,319	0,056		5,659	0,000
TDLP	6,991	1,302	0,753	5,371	0,000

Fonte: Eurostat, ESS, 2014

Relativamente à satisfação com a vida, verifica-se que 29,5% da variação da sensação de satisfação com a vida é explicada pela taxa de desemprego de longo prazo. A ANOVA revela um valor de $F = 25,079$ ($p < 0,001$). Da regressão obtém-se o seguinte modelo: $SVS = -2,884 - 0,543 \text{ TDLP}$. O que implica que o aumento de 1% na taxa de crescimento do desemprego de longo prazo, diminui 2,9% a sensação de satisfação com a vida (tabela 20).

Tabela 20 – Regressão Linear entre TDLP e SVS

	Coefficients				
	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	0,901	0,022		41,2	0,000
TDLP	-2,884	0,576	-0,543	-5,008	0,000

Fonte: Eurostat, ESS, 2014

Relativamente à sensação de felicidade verifica-se que 34,1% da variação da felicidade é explicada pela taxa de desemprego de longo prazo. A ANOVA revela um valor de $F = 31,068$ ($p < 0,001$). Da regressão obtém-se o seguinte modelo: $\text{Felicidade} = -2,172 -$

0,584 TDLP, o que implica que o aumento de 1% na taxa de crescimento do desemprego de longo prazo, diminui 2,2% a sensação de felicidade (tabela 21).

Tabela 21 – Regressão Linear entre TDLP e Felicidade

	<i>Coefficients</i>			t	Sig.
	<i>Unstandardized Coefficients</i>	<i>Std. Error</i>	<i>Standardized Coefficients</i>		
	B		Beta		
(Constant)	0,924	0,015		62,46	0,000
TDLP	-2,172	0,39	-0,584	-5,574	0,000

Fonte: Eurostat, ESS, 2014

Confirma-se assim a hipótese anteriormente assumida de que a duração do período de desemprego afeta a saúde mental.

A duração do período de desemprego aumenta o risco de pobreza e exclusão social (H3)

Relativamente à variável “pessoas em risco de pobreza e exclusão social” verifica-se que 31,6% da variação das pessoas em risco de pobreza e exclusão social é explicada pela taxa de desemprego de longo prazo. A ANOVA revela um valor $F=33,79$ ($p<0,001$). Da regressão obtém-se o seguinte modelo: $PRPES=1,425+0,563TDLP$, o que significa que um aumento de 1% na taxa de crescimento do desemprego de longo prazo, aumenta 1,4% as pessoas em risco de pobreza e exclusão social. Este resultado permite rejeitar a hipótese nula e confirma que o aumento da taxa de desemprego de longo prazo aumenta o risco de pobreza e exclusão social (tabela 22).

Tabela 22 – Regressão Linear entre TDLP e PRPES

	<i>Coefficients</i>			t	Sig.
	<i>Unstandardized Coefficients</i>	<i>Std. Error</i>	<i>Standardized Coefficients</i>		
	B		Beta		
(Constant)	0,159	0,01		16,28	0,000
TDLP	1,425	0,245	0,563	5,813	0,000

Fonte: Eurostat, 2014

O risco de pobreza e exclusão social agrava a saúde mental das pessoas (H4)

De acordo com o modelo de regressão linear efetuado, considerando como variável dependente “sentir-se triste” e como variável independente o risco de pobreza e exclusão social, constata-se que 37,8% da variação da tristeza é explicada pelo risco de pobreza e de exclusão social. A ANOVA revela um valor de $F = 13,38$ ($p < 0,001$). Da regressão obtém-se o seguinte modelo: $TS = 1,468 + 0,615 PRPES$, o que implica que o aumento de 1% de pessoas em risco de pobreza e exclusão social, aumenta 1,5% a sensação de tristeza (tabela 23).

Tabela 23 – Regressão Linear entre PRPES e TS

	<i>Coefficients</i>		t	Sig.
	<i>Unstandardized Coefficients</i>	<i>Standardized Coefficients</i>		
	B	Std. Error	Beta	
(Constant)	0,128	0,086		1,481 0,153
PRPES	1,468	0,401	0,615	3,657 0,001

Fonte: Eurostat, ESS, 2014

Comparando a variável “agravamento da vida”, verifica-se que 37,7% da variação do agravamento da vida é explicado pelo risco de pobreza e exclusão social. A ANOVA revela um valor de $F = 13,33$ ($p < 0,001$). Da regressão obtém-se o seguinte modelo: $AVS = 3,419 + 0,614 PRPES$. O que implica que o aumento de 1% de pessoas em risco de pobreza e exclusão social, aumenta 3,4% a sensação de agravamento da vida (tabela 24).

Tabela 24 – Regressão Linear entre PRPES e AVS

	<i>Coefficients</i>		t	Sig.
	<i>Unstandardized Coefficients</i>	<i>Standardized Coefficients</i>		
	B	Std. Error	Beta	
(Constant)	-0,161	0,201		-0,798 0,434
PRPES	3,419	0,937	0,614	3,651 0,001

Fonte: Eurostat, ESS, 2014

Neste sentido, conclui-se que o risco de pobreza e de exclusão social está associado a um incremento do nível de tristeza e agravamento da vida.

Em síntese, confirma-se que a satisfação com a economia está relacionada com a saúde mental. Os testes de independência realizados mostram que quando a satisfação com a economia diminui, aumenta a sensação de depressão, tristeza, ansiedade e agravamento da vida e diminui a sensação de calma e paz, satisfação com a vida e felicidade. Confirma-se ainda que a duração do período de desemprego afeta a saúde mental. As regressões lineares efetuadas confirmam a relação entre a duração do emprego e a sensação de agravamento da vida, a satisfação com a vida e felicidade. Também se verifica que o aumento da duração do período de desemprego está associado a um aumento da percentagem de pessoas em risco de pobreza e exclusão social e, por último, verifica-se a relação entre as pessoas em risco de pobreza e exclusão social e a saúde mental das pessoas, uma vez que o aumento da taxa de pessoas em risco de pobreza e exclusão social está relacionado com um aumento da sensação de tristeza e agravamento da vida.

3.4 – Discussão

O contexto económico em que Portugal se encontrava, antes de ter início a crise que se estabeleceu desde 2008, caracterizava-se por um elevado nível de endividamento das famílias e de indisciplina orçamental por parte dos governos (Abreu et al., 2013). Estas circunstâncias vieram agravar os efeitos que a crise económica teve, e continua a ter, na saúde mental dos portugueses.

Entre 2008 e 2012 a variação média de crescimento do PIB foi -0,3%, na UE15 (OCDE, 2014) o que conduziu a um aumento do nível de desemprego. Em 2012, Espanha, Grécia, Portugal e Irlanda eram os países da UE15 com a taxa de desemprego mais elevada. A taxa de crescimento do PIB apresenta uma correlação negativa e altamente significativa com a taxa de desemprego e com a taxa de desemprego de longo prazo. Esta relação entre PIB e taxa de desemprego é frequentemente constatada em diversos estudos. Numa investigação efetuada em 54 países da Europa, América, Ásia e África, constatou-se que entre 2000 e 2010 houve uma reversão da tendência de decréscimo do desemprego e um nivelamento do crescimento do PIB. As taxas de desemprego começaram a aumentar, em 2008, nos países da América do Norte (23%) seguidas de

subidas dramáticas entre 2009 e 2010 (101%). Durante este período, os países asiáticos sofreram um aumento de desemprego de 26% para 27% (Chang et al., 2013). Quando a taxa de crescimento do desemprego aumenta, tem consequências relevantes sobre a saúde mental.

Em 2012, os resultados do presente estudo revelam que os portugueses se sentem ansiosos (60%), deprimidos (43%), tristes (53%) e com a sensação que a vida se está a agravar (95%). Relativamente aos países da UE15, Portugal posiciona-se em 4º lugar, entre os países onde se sente maior ansiedade e sentimentos de tristeza, em 3º lugar entre os países onde se constata maior depressão e em primeiro lugar no que se refere à sensação de agravamento da vida. Importa, no entanto, ressaltar que quando se efetua a comparação entre países, os valores observados resultam de opiniões subjetivas que estão muito dependentes de aspetos culturais.

Vários estudos corroboram estes dados. Um estudo efetuado pela SEDES - Associação para o desenvolvimento económico e social, confirma que o estado mental dos portugueses, após ter início a crise económica, se caracteriza por problemas de sono (38%), falta de energia (25%), dificuldade em se levantar de manhã e em iniciar as suas tarefas diárias e níveis elevados de *stress*, variáveis que consubstanciam indicadores de depressão. O mesmo estudo concluiu que 47% dos portugueses assumiram vivenciar níveis elevados de *stress*, em consequência da atual crise e os seus efeitos são superiores nas classes económicas média e média baixa (SEDES, 2012). Um estudo de Caldas de Almeida (2010), analisou a incidência das perturbações de ansiedade e depressão em Portugal e constatou que entre 2002 e 2010 o consumo de ansiolíticos aumentou 15,3%. Entre 2010 e 2011 esta percentagem foi de 3,8% (OPSS, 2012).

Por outro lado, segundo os dados analisados neste trabalho, 60% dos portugueses afirmou estar satisfeito com a vida, embora esta percentagem seja bastante inferior à média da UE15 (81,20%) e tenha decrescido em relação a 2010. Estes dados coincidem com o estudo apresentado pela SEDES que refere que não obstante tudo o que se passa à sua volta, a maioria dos portugueses continua a sentir-se satisfeito com a vida. O mesmo estudo avança com uma explicação para este fenómeno através da “teoria

passageira hedonista” segundo a qual os indivíduos se adaptam a acontecimentos negativos tendendo para uma “neutralidade” hedonista (SEDES, 2012).

Este estado mental em que se encontram os portugueses e os cidadãos da UE15 está altamente correlacionado com o nível de desemprego e endividamento. Os dados analisados confirmam uma correlação positiva e altamente significativa entre a sensação de agravamento da vida, taxa de desemprego e taxa de desemprego de longa duração. Por outro lado, o desemprego e o desemprego de longa duração apresentam uma correlação negativa e altamente significativa com a felicidade e a insatisfação com a vida.

Esta relação entre a satisfação (ou falta dela) com a vida e o desemprego foi também analisada no relatório da SEDES que concluiu que cerca de 55% dos portugueses desempregados assumem-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a vida o que sugere a importância de outros fatores, para além do trabalho, na satisfação com a vida. A insatisfação com a vida é mais frequente junto dos agregados familiares que vivem em situação de desemprego e dos que antecipam vir a ficar, brevemente, desempregados. Verifica-se até que, neste último grupo, a insatisfação com a vida é superior aos que já estão de facto desempregados, o que corrobora o impacto da ansiedade, gerada pela incerteza, no bem-estar de quem a experiencia. Verifica-se ainda, no estudo da SEDES, correlação idêntica entre a satisfação com a vida e a duração do período de desemprego que se constatou neste trabalho, uma vez que o relatório confirma que a satisfação com a vida decresce com o período de duração do desemprego reforçando a importância deste fator na manutenção do bem-estar subjetivo (SEDES, 2012).

O teste de independência efetuado, neste trabalho, revela uma correlação positiva e altamente significativa entre a satisfação com a vida e a satisfação com a economia. A satisfação com a vida é de tal forma relevante que Moum (1996) sustenta que avaliações negativas de satisfação com a vida são preditoras de suicídios nos 5 anos seguintes e que medidas de depressão estão altamente correlacionadas com (in)satisfação com a vida (SEDES, 2012). Além disso, segundo Cohen et al. (2003), os indivíduos que exprimem maior satisfação com a vida são menos propensos a ficar

doentes e recuperam mais rapidamente das doenças do que aqueles que têm menor satisfação (SEDES, 2012).

O teste de independência efetuado para analisar a relação entre satisfação com a economia e outras variáveis de saúde mental, tais como, a depressão, ansiedade, sensação de calma e paz, tristeza, agravamento com a vida e felicidade concluiu que todas estas variáveis apresentam uma correlação positiva e altamente significativa com a satisfação com a economia.

Comparativamente com os restantes países da UE15, Portugal apresenta uma taxa de felicidade mais baixa (69,2%), bastante inferior à média (86,2%). A Dinamarca e Finlândia são os países que apresentam uma taxa de felicidade mais elevada.

A duração do desemprego reveste-se de uma enorme importância para a saúde mental. O presente estudo conclui que o desemprego de longo prazo aumentou bastante na UE15 desde o início da crise e que os países mais afetados foram a Grécia, Espanha, Irlanda e Portugal. Apenas na Alemanha se verifica uma diminuição do desemprego de longa duração, entre 2008 e 2012. Esta variável, além de estar significativamente correlacionada com o agravamento da vida, satisfação com a vida e sensação de felicidade, está também significativamente correlacionada com a insatisfação com o governo, economia, democracia e má avaliação do estado dos serviços de saúde. O teste de regressão linear efetuado permite concluir que o aumento de 1% na taxa de crescimento do desemprego de longo prazo, aumenta 7,0% a sensação de agravamento da vida e diminui 2,8% a satisfação com a vida e 2,2% a sensação de felicidade. Segundo o estudo da SEDES, os desempregados portugueses estão naturalmente mais insatisfeitos com a vida e esta insatisfação vai-se agravando com a duração do período de desemprego (SEDES, 2012).

Para além disso, constata-se também uma correlação positiva e altamente significativa entre o risco de empobrecimento e exclusão social e o período de duração do desemprego. O teste de regressão linear efetuado permite constatar que o aumento de 1% na taxa de crescimento do desemprego de longo prazo, implica um aumento de 1,4% no risco de empobrecimento e exclusão social. Estes resultados possibilitam a rejeição da

hipótese nula e a constatação que a duração do período de desemprego afeta a saúde mental e está relacionada com um aumento do risco de pobreza e exclusão social. Os dados da SEDES apresentados para Portugal estão no mesmo sentido que os resultados deste estudo, na medida em que considera que cerca de 30% dos portugueses assume-se insatisfeito com a vida e esta insatisfação afetam maioritariamente os indivíduos de classes sociais mais baixas (SEDES, 2012).

A crise económica veio aumentar o risco de pobreza. Num estudo realizado pela Comissão Europeia para analisar o impacto da crise nos países europeus, constatou-se que cerca de 60% dos cidadãos europeus considera que a pobreza cresceu na sua área de residência e cerca de 75% consideram que a pobreza aumentou no seu país. Este ponto de vista foi partilhado por 61% dos portugueses e 60% dos espanhóis. No mesmo estudo, cerca de 17% dos cidadãos europeus afirmou que nas suas casas não houve dinheiro suficiente para pagar as despesas habituais, como alimentação e outros bens de consumo diário, em pelo menos uma ocasião. Cerca de 15% considera que vive numa pressão contante para fazer face ao pagamento das contas e 2% afirma que as dificuldades financeiras eram de tal forma graves que deixaram de pagar algumas dessas despesas (UE, 2010). O risco de empobrecimento gerado pela crise tem efeitos na saúde mental e os dados do presente estudo confirmam esta hipótese. Através da Regressão Linear efetuada é possível verificar que o aumento de 1% no risco de pobreza e exclusão social, aumenta 1,5% a sensação de tristeza e aumenta 3,4% a sensação de agravamento da vida.

As consequências das doenças mentais são diversas e podem atingir vários graus de gravidade sendo, obviamente, a perda de vida induzida – suicídio e homicídio - a mais grave de todas. Em Portugal, a taxa de suicídio aumentou entre 2008 (9,7‰) e 2010 (10,3‰), mas entre 2010 e 2012 (10,1‰) volta a haver uma ligeira diminuição.

Em relação aos valores da taxa de suicídio em Portugal, a Direção Geral de Saúde alerta que os mesmos poderão estar subnotificados. Perspetiva-se que esta situação seja retificada através do Sistema de Informação de Certificados de Óbito, em desenvolvimento por esta entidade (DGS, 2013).

Os valores da taxa de suicídio, em Portugal, encontram-se abaixo da média dos países da UE15 que se situa nos 11‰ e varia muito entre homens (18,2‰) e mulheres (5,3‰), com uma tendência substancialmente superior para a taxa de suicídio nos homens. A Grécia e Itália são os países da UE15 onde a taxa de suicídio mais aumentou. Stuckler et al. (2009) constatou que um aumento de 1% na taxa de desemprego implicava um aumento de 0,79% na taxa de suicídios em idades inferiores a 65 anos e a um aumento de 0,79% em homicídios. Também Karanikolos et al. (2013) confirma que o aumento de 1% na taxa de desemprego está associado ao aumento da taxa de suicídios e homicídios. Estudos demonstram que os desempregados têm 2/3 de maior risco de suicídio (Chang et al., 2013).

À semelhança do que acontece em Portugal, na Grécia e na Polónia, os homens são, pelo menos, 7 vezes mais propensos a suicidarem-se do que as mulheres e a diferença entre os géneros tem vindo a agravar-se. Na Holanda e Luxemburgo, a diferença entre os géneros é menor, mas a taxa de suicídio nos homens é duas vezes superior à das mulheres (OCDE, 2013).

Também se verifica que as situações de suicídio estão principalmente ligadas a situações de pobreza e de privação social. Um estudo realizado por Crowford & Prince (1999) constatou um aumento da taxa de suicídios em jovens do sexo masculino que viviam em condições de extrema privação social.

Os resultados apresentados demonstram que, entre 2008 e 2010, a taxa de mortalidade devido a acidentes de automóveis diminuiu em Portugal, bem como em todos os países da UE15. Esta diminuição foi mais acentuada em Espanha, Irlanda e Grécia. Também Stuckler et al. (2011) concluiu que em Espanha e Irlanda, o número de mortes devido a acidentes rodoviários diminuiu mais de 25%, entre 2007 e 2009. Estes dados estão de acordo com os diversos estudos apresentados onde frequentemente se associam os períodos de recessão a uma diminuição do número de mortes por acidentes de automóvel. Num estudo realizado por Stuckler et al. (2009), constatou-se que o aumento da taxa de desemprego de 1% provocava uma diminuição de 1,39% em acidentes rodoviários. Devido à diminuição de rendimentos, as pessoas têm tendência a conduzir menos, o que leva a um menor número de mortes por acidentes de automóvel

(Karanikolos et al., 2013). Por esta razão é frequente verificar-se uma diminuição da taxa de mortalidade, a médio prazo, em períodos de recessão e um aumento, em períodos de crescimento económico.

Por outro lado, a taxa de mortalidade devido ao consumo de álcool aumentou, em Portugal, entre 2008 e 2010, relativamente ao verificado antes da crise. No entanto, esta taxa encontra-se bastante abaixo da média de países da UE15, uma vez que em 2010 esta era de 1,4% para Portugal e 2,5% na média de países da UE15. O aumento do consumo de álcool é frequente em períodos de crise. Estudos indicam que o *stress* induz ao consumo de álcool como mecanismo redutor do estado de tensão emocional (Vaz Serra, 2007b) e que se o seu consumo for abusivo pode levar ao suicídio (OCDE, 2013). Contrariamente ao habitualmente registado em períodos de crise, na Grécia, o consumo de álcool e o número de condutores alcoolizados diminuiu (Kentikelenis et al., 2011).

Mas os efeitos negativos na saúde dos cidadãos não são inevitáveis. Está empiricamente comprovado que as crises económicas ocorridas em países com fortes medidas de proteção social têm um menor impacto na saúde mental dos cidadãos. Um apoio social de boa qualidade é considerado um fator que protege a pessoa contra a deterioração da sua saúde e bem-estar (Vaz Serra, 2007b). Num estudo efetuado para analisar os efeitos da recessão económica de 1980-1982, nos países da OCDE, constatou-se que nos países com pouco apoio social, a recessão agrava o estado mental das pessoas, enquanto nos países com forte apoio social apenas se verifica um aumento de ansiedade (Veenhoven & Hagenaars, 1989). Os programas de inserção no mercado de trabalho, os programas de apoio familiar, as restrições ao consumo de álcool, os programas de alívio da dívida, o investimento em cuidados primários e o reforço do capital social, assumem um papel fundamental no combate aos efeitos da crise na saúde mental. Atualmente, entre 2007 e 2009, na Áustria, verificou-se um decréscimo do número de suicídios apesar da crise e do conseqüente aumento de desemprego (Mladovsky et al., 2012), devido às medidas de proteção social implementadas. Os resultados em saúde também se mantiveram na Alemanha, Islândia e Suécia, devido ao estímulo das redes de proteção social. Por outro lado, nos países onde houve cortes nos

orçamentos para a saúde e proteção social, como a Grécia, Itália e a Espanha, os resultados em saúde agravaram-se relativamente aos países onde houve um estímulo das redes de proteção social, como a Alemanha, Islândia e Suécia (Stuckler & Basu, 2013). Estes valores também vão ao encontro dos dados encontrados neste estudo que concluíam que houve um acréscimo de suicídios na Grécia e Itália. Estes resultados revelam, ainda, que as opções políticas são determinantes sobre a forma como a recessão económica afeta a saúde mental das pessoas.

Conclusão

Uma saúde mental saudável constitui a base de um bom funcionamento da sociedade e é um recurso que se deve ter em consideração como um fator que ajuda a aumentar a produtividade e a riqueza de um país. Uma população com uma saúde mental saudável contribui para uma economia produtiva e próspera e potencia o crescimento económico.

Estudos indicam que os distúrbios mentais são responsáveis por mais de 12% da carga global de doença em todo o mundo, valor que sobe para 23% nos países desenvolvidos. Na Europa, os problemas de saúde mental respondem por cerca de 26,6% da carga total de problemas de saúde, sendo o suicídio uma das 10 principais causas de morte prematura (Xavier, et al., 2013).

Os períodos de crise económica são propensos ao aparecimento de diversas doenças mentais. Os constrangimentos associados aos períodos de crise, tais como, a perda de emprego, incapacidade para atingir objetivos profissionais, o endividamento, a contenção de despesas e as privações económicas estão associados à violência familiar ou social, a elevados níveis de *stress*, à diminuição da autoestima, ao aumento da ansiedade, depressão e suicídio e ao aumento de comportamentos de risco, como o consumo de álcool e drogas.

A crise financeira americana teve um elevado impacto na Europa e originou uma crise económica responsável por um aumento substancial da taxa de desemprego. De acordo com os resultados deste estudo, em 2012, Espanha, Grécia, Portugal e Irlanda eram os países da UE15 que apresentavam uma taxa de desemprego mais elevada. Nesta mesma data, os dados revelam que os portugueses sentem-se ansiosos (60%), deprimidos (43%), tristes (53%) e com a sensação que a vida se está a agravar (95%). Relativamente aos países da UE15, Portugal posiciona-se em 4º lugar, entre os países onde se sente maior ansiedade e sentimentos de tristeza, em 3º lugar entre os países onde se constata maior depressão e em primeiro lugar no que se refere à sensação de agravamento da vida.

A duração do desemprego reveste-se de uma enorme importância para a saúde mental. O presente estudo conclui que o desemprego de longo prazo aumentou bastante,

na UE15, desde o início da crise e que os países mais afetados foram a Grécia, Espanha, Irlanda e Portugal. Apenas na Alemanha se verifica uma diminuição do desemprego de longa duração, entre 2008 e 2012. Os dados revelam também que a duração do desemprego está significativamente correlacionada com o agravamento da vida, com a satisfação com a vida, com a sensação de felicidade e pessoas em risco de pobreza e exclusão social. Além disso está também significativamente correlacionada com a avaliação negativa do estado dos serviços de saúde e com a insatisfação com a economia, democracia e governo.

As consequências das doenças mentais são diversas e podem atingir vários graus de gravidade sendo, obviamente, a perda de vida induzida – suicídio e homicídio - a mais grave de todas. Em Portugal, a taxa de suicídio aumentou entre 2008 (9,7‰) e 2010 (10,3‰), mas entre 2010 e 2012 (10,1‰) volta a haver uma ligeira diminuição. Os valores da taxa de suicídio, em Portugal, encontram-se abaixo da média dos países da UE15 que se situa nos 11‰ e varia muito entre homens (18,2‰) e mulheres (5,3‰), com uma tendência substancialmente superior para a taxa de suicídio nos homens. A Grécia e Itália são os países da UE15 onde a taxa de suicídio mais aumentou.

Por outro lado, segundo os dados analisados, cerca de 60% dos portugueses afirmou estar satisfeito com a vida, embora esta percentagem seja bastante inferior à média da UE15 (81,20%) e tenha decrescido em relação a 2010. A maioria dos portugueses também se sente feliz embora, comparativamente com os restantes países da UE15, Portugal apresente a taxa de felicidade mais baixa (69,2%) e bastante inferior à média (86,2%). A Dinamarca e Finlândia são os países da UE15 com uma taxa de felicidade mais elevada.

Os períodos de recessão económica também podem trazer efeitos positivos no estado de saúde das pessoas. Vários estudos confirmam que alguns indicadores de saúde, tais como, a taxa de mortalidade, a médio prazo, melhoram em período de crise. De acordo com este estudo, entre 2008 e 2010, a taxa de mortalidade devido a acidentes de automóveis diminuiu em Portugal, bem como em todos os países da UE15. Esta diminuição foi mais acentuada em Espanha, Irlanda e Grécia.

Sabe-se hoje que os custos diretos e indiretos associados às perturbações psiquiátricas ou mentais, decorrentes das despesas assistenciais e da diminuição da produtividade (por exemplo, desemprego, absentismo, baixas por doença, apoio a familiar doente), têm um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde. Este facto, por si só, ilustra de forma inequívoca a relevância que as políticas de saúde mental não podem deixar de assumir no contexto das políticas gerais de saúde dos países, em termos nacionais (DGS, 2013).

As opções políticas são determinantes sobre a forma como a recessão económica irá afetar a saúde mental das pessoas. Programas ativos de emprego ajudam as pessoas a recuperar ou a encontrar trabalho. Medidas de apoio à família, restrições ao consumo de álcool, programas de alívio de dívida e programas de acesso a serviços de saúde mental, podem ser muito eficazes na prevenção dos efeitos adversos de recessão na saúde mental. A crise económica pode ser assim uma forma dos governos fortalecerem as políticas governamentais que mitigam o impacto da recessão na taxa de mortalidade, taxa de suicídio e no número de mortes devido ao consumo de álcool e outros distúrbios (OMS, 2011).

Em Portugal, a partir de 2011, com a intervenção da *troika*, as políticas de saúde implementadas visaram produzir efeitos imediatos na redução das despesas orçamentais e aumento das receitas. Ao nível de despesas com saúde, o programa de austeridade impôs, entre outros fatores, a regulação da prescrição, a mobilidade de recursos humanos e o controlo de horas extraordinárias dos profissionais de saúde. Estudos indicam que o acesso aos cuidados de saúde, em Portugal, diminuiu ainda mais. As listas de espera aumentaram, o tempo de resposta dos serviços de saúde aumentou, o número de consultas médicas, de cirurgias, de sessões de hospital de dia e de urgências, diminuiu. O número de pessoas com o plano nacional de vacinação atualizado diminuiu e alguns doentes não adquirem a totalidade dos medicamentos prescritos pelo médico por falta de capacidade financeira (OPSS, 2012). O período de intervenção da *troika* prolongou-se até Maio de 2014, pelo que atualmente se espera que o governo atenuar a política de austeridade e adote medidas de proteção social que melhorem os resultados em saúde.

Algumas medidas positivas têm vindo a ser reconhecidas por diversos investigadores da área de economia da saúde. Registaram-se alguns avanços na implementação do Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2016 e de certa forma reconhece-se um aumento do respeito conquistado a nível internacional, nomeadamente através da conquista recente da liderança da “Joint Action on Mental Health and Well-being” da União Europeia para 2013-2015. Em 2010, foi aprovada a implementação da rede nacional de cuidados continuados na saúde mental e, mais recentemente, foi elaborado o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017) e criado um Sistema de Informação de Certificados de Óbito que irá permitir averiguar a percentagem real de suicídios em Portugal. Observa-se também que a importância da saúde mental tem crescido, em Portugal, e tende a apresentar-se em relativa paridade com as outras áreas da Saúde. Existe ainda a expectativa de que a crise contribua para diminuir o estigma associado à doença mental.

Mas há ainda um longo caminho a percorrer para melhorar e incrementar os resultados em saúde mental, em Portugal. Vários estudos indicam a importância de apostar na identificação de necessidades terapêuticas de saúde mental nos cuidados primários. Seria importante que a informação sobre os utentes com perturbações mentais nos cuidados de saúde primários passasse a estar mais disponível. A resposta através de políticas integradas deve incluir a acessibilidade aos serviços de saúde com um foco especial na resposta aos cuidados primários. Para além disso há ainda que apostar em medidas que evitem o incremento da violência induzida. Deve ser fomentada a prevenção do suicídio, através da melhoria de capacidade de diagnóstico de situações depressivas nos cuidados de saúde primários. Outro aspeto que as políticas de saúde portuguesas deviam combater é o aumento do consumo de substâncias psicoativas, em particular nos mais jovens. Apostar na prevenção do consumo de álcool e drogas é uma aposta importante no futuro e acompanhar os que já se encontram envolvidos por estes problemas, previne o incremento de doenças mentais e evita o aumento de violência. Deve ainda ser maximizada a eficiência no setor da saúde, através de medidas de combate ao desperdício. Por outro lado também se verifica que é necessário melhorar as políticas de equidade, isto é, ter serviços de saúde distribuídos de forma a fazer face às

necessidades das populações e garantir que as contribuições são estabelecidas consoante a capacidade de pagar. Por último, observa-se ainda por parte dos decisores políticos uma certa crença de que a implementação de medidas de austeridade são inevitáveis e, conseqüentemente, parece ter havido um certo descuido no acompanhamento dos efeitos da crise na saúde. Uma equipa de profissionais independentes e credíveis que acompanhasse de perto a evolução destes resultados permitiria aos decisores controlarem melhor os efeitos que as medidas implementadas estão a ter na saúde dos portugueses. Todas as medidas a serem implementadas devem centrar-se no doente e devem ter como principal objetivo “ajudar o doente mental a encontrar e a calçar os sapatos que lhe permitam caminhar” (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Se as políticas de saúde, em Portugal, se centrarem nos cidadãos certamente irão verificar-se melhorias na saúde e bem-estar nas próximas décadas. Estas políticas não podem, simplesmente, resumir-se a tratar o indivíduo com problemas mentais, ou seja, é necessária uma intervenção mais vasta na própria estrutura social. Os governos devem proteger as suas populações e garantir que os portugueses tenham acesso aos cuidados de saúde e capacidade para pagar os cuidados que usufruem. Devem ainda ter a preocupação de serem transparentes, no sentido de fornecer informação confiável, nomeadamente no que se refere a benefícios, custos e qualidade.

Para os decisores políticos, a prioridade deverá estar centrada nos resultados em saúde e manutenção de valores que defendam a dignidade humana, porque a principal fonte de riqueza do país são as pessoas!

Referências Bibliográficas

Abreu et al, A., 2013. *A Crise, a Troika e as Alternativas Urgentes*. Lisboa: Edições Tinta da China.

Aguiar-Conraria, L., Alexandre, F. & Pinho, M. C. d., 2012. *Análise social*.

AICEP., 2014. *AICEP - Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal*.

Almeida, V., Castro, G. & Félix, R., s.d. *ISCTE*.

Amaro, F., 2011. Impacto da crise económica em saúde mental. *Revista Bipolar*, 2º semestre, p. 3 a 5.

Astell-Burt, T. & Feng, X., 2013. *Health and the 2008 economic recession: evidence from the United Kingdom*.

Barr, B. et al., 2012. *Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis*.

Becker, A. E. & Kleinman, A., 2013. Mental Health and the Global Agenda. *The New England Journal of Medicine*, pp. 66-73.

Borrell, C. et al., 2014. El sufrimiento de la población en la crisis económica del Estado español. *Salud colectiva*, Abril, pp. 95-98.

Brenner, M. H., 2005. Commentary: Economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century - experience of the United States 1991 - 2000. *International Epidemiological Association*, 28 Julho, p. 1214 a 1221.

Chafin, J., 2012. *Crisis takes toll on greeks mental health*.

Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P. & Gunnell, D., 2013. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 17 Setembro, p. 1 a 15.

Chien, A. T. & Rosenthal, M. B., 2013. *Waste not, want not: promoting efficient use of health care resources*.

Christodoulou, G., Ploumpidis, D., Christodoulou, N. & Anagnostopoulos, D., 2010. *Mental Health profile of Greece*. International Psychiatry, Julho, pp. 64-67.

Cristodoulou, N. & Anagnostopoulos, D., 2013. *The financial crisis and the future of mental health in Greece*. International Psychiatry, pp. 3-5.

Crawford MJ, Prince M, 1999, *Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: the importance of social context*, Social Science & Medicine, Vol: 49,pp. 1419-1423

Cruz, F. C., 2011. *Causes and consequences of the spanish economic crisis: why the recovery is taken so long?*.

Cunha, J. C. d. & Braz, C., 2012. *A evolução da despesa pública: Portugal no contexto da área do Euro*.

Cylus, J., Mladovsky, P. & Mckee, M., 2012. Is there a statistical relationship between economic crisis and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four european countries. December.

DGS, 2012. *Programa Nacional para a saúde mental, orientações programáticas*, Lisboa: s.n.

DGS, 2013. *Portugal Saúde Mental em Números - 2013*.

Dowbor, L., 2009. *A crise financeira sem mistérios*.

ESS, 2014. *European Social Survey*, London: Centre for comparative social surveys.

Faria, R., 2014. *Taxa de desemprego em Portugal desce pelo 10º mês consecutivo*.

Gili, M. et al., 2012. *The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010*.

INE, 2013. *Destaque, informação à comunicação social, conta satélite de saúde*.

Jin, R. L., Shan, C. P. & Svoboda, T. J., 1995. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. 1 Setembro.

Karanikolos, M. e. a., 2013. Financial crisis, austerity and health in Europe. *The Lancet*, p. 9.

KARANIKOLOS, M. e. a. et al., 2013. *Health in Europe 7 Financial crisis, austerity and health in Europe*.

Kelly, B. D. & Doherty, A. M., 2013. Impact of recent economic problems on mental health in Ireland. *International Psychiatry*, 6-8 Fevereiro.

Kentikelenis, A. et al., 2011. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 22 Outubro, p. 1457 a 1458.

Kentikelenis, A. et al., 2011. *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*.

Kentikelenis, A. et al., 2014. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 22 Fevereiro, pp. 748-753.

Kentucky, U. o., 2011. *Increase in public health spending results in healthier people, study suggests*.

Kleinert, S. & Horton, R., 2013. *Health in Europe, successes, failures and new challenges*.

Kondo, N. et al., 2008. *Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001*.

Luo, F. et al., 2011. Impact of Business Cycles on US Suicide Rates, 1928-2007. *American Journal of Public Health*, pp. 1139-1146.

McEwen, B. & Lasley, E.N., 2004. *The End of Stress as we know it*. S.I., Dana Press

Miranda, J., 2008. A crise portuguesa. *Diário de notícias*.

Mladovsky, P. et al., 2012. *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, Dinamarca: WHO Regional office for Europe.

Murali, V. & Oyebode, F., 2013. Poverty, social inequality and mental health. *The royal college of psychiatrists*, 5 Abril.

OCDE, 2013. *Health at a glance 2013 OECD indicators*, OECD publishing, s.l.: OECD.

OCDE, 2014. *Health: Key Tables from OECD*.

OMS, 1948. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: s.n.

OMS, R. o. f. E. o. t., 2010. *WHO Evaluation of the National Plan of Portugal (2004-2010)*, Dinamarca: s.n.

OMS, 2011. *Impact of economic crisis on mental health*, Dinamarca: WHO regional office for Europe.

OMS, 2013. *Mental Health Action Plan 2013-2020*, Geneva: World Health Organization.

OMS, 2013. *Investing in Mental Health: evidence for action*, Geneva: World Health Organization.

OPSS, 2012. *Relatório primavera 2012 - Crise e saúde, um país em sofrimento*, Lisboa: OPSS.

OPSS, 2014. *Relatório Primavera 2014 - Saúde Síndrome de negação*, Lisboa: s.n.

Pordata, 2014. *Pordata*.

Roque, L., 2013. *Instituto Ludwig von Mises Brasil*. Salvador-Carulla, L. & Roca, M., 2013. Mental Health impact of the economic crisis in Spain. *International Psychiatry*, Fevereiro, pp. 8-10.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Wolters kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Sandroni, P., 1999. *Novissimo dicionário de economia*. São Paulo: Best Seller.

Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Coimbra: Lidel Edições Técnicas - Lisboa.

SEDES., 2012. *O impacto da crise no bem-estar dos portugueses*. Lisboa: SEDES.

SPPSM., 2012. *A depressão na população portuguesa*. Lisboa: SPPSM.

Stuckler, D. & Basu, S., 2013. How austerity kills. *The New York Times*.

Stuckler, D. et al., 2011. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*, 9 Julho, p. 124 a 125.

Stuckler, D. et al., 2009. *The public health effects of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*.

UE., 2010. *Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union*. Bruxelas.

UE., 2014. *Eurostat*, Luxemburgo: s.n.

Vaz Serra, A., 2007 a. *Jornal de Leiria*.

Vaz Serra, A., 2007 b. *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição própria do autor.

Veenhoven, R. & Hagenaars, A., 1989. Did the crisis really hurt?. *University press Rotterdam, the Netherlands*, pp. 284-294.

Vijayasiri, G., Richman, J. A. & Rospenda, M. K., 2012. The great recession, somatic symptomatology and alcohol use and abuse. *National Institutes of Health*, pp. 2-16.

Wahlbeck, K. & McDaid, D., 2012. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World psychiatric*, pp. 139-145.

Xavier, M. et al., 2013. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. *International journal of mental health systems*, pp. 1-10.

Anexos