# Nota Técnica

# CRISE ECONÔMICA, AUSTERIDADE FISCAL E SAÚDE: QUE LIÇÕES PODEM SER APRENDIDAS?

Fabiola Sulpino Vieira

Nº 26

Brasília, agosto de 2016.

**Governo Federal**
**Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**
**Ministro interino** Dyogo Henrique de Oliveira

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

**Presidente**
Ernesto Lozardo

**Diretor de Desenvolvimento Institucional**
Juliano Cardoso Eleutério

**Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia**
João Alberto De Negri

**Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas**
Claudio Hamilton Matos dos Santos

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais**
Alexandre Xavier Ywata de Carvalho

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura**
Fernanda De Negri

**Diretora de Estudos e Políticas Sociais**
Lenita Maria Turchi

**Diretora de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais**
Alice Pessoa de Abreu

**Chefe de Gabinete, Substituto**
Márcio Simão

**Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação**
Maria Regina Costa Alvarez

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: http://www.ipea.gov.br

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

# CRISE ECONÔMICA, AUSTERIDADE FISCAL E SAÚDE: QUE LIÇÕES PODEM SER APRENDIDAS?

Fabiola Sulpino Vieira[1]

[1] Doutora em saúde coletiva. Mestre profissional em economia da saúde. Farmacêutica. Membro da carreira federal de especialista em políticas públicas e gestão governamental. Coordenadora de Estudos e Pesquisas de Saúde na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (DISOC) do Ipea. E-mail: fabiolasulpino@uol.com.br.

**SUMÁRIO**

**SINOPSE** ..... 4

**INTRODUÇÃO** ..... 5

**O SETOR SAÚDE E A AUSTERIDADE FISCAL: RELEVÂNCIA DO DEBATE** ..... 6

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE CRISE ECONÔMICA, AUSTERIDADE FICAL E SAÚDE** ..... 9

**O QUE PODEMOS APRENDER A PARTIR DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS?** ..... 20

*Lições sobre a relação entre crise econômica, austeridade fiscal e saúde* ..... 20

*Medidas que podem ser adotadas para mitigar os efeitos negativos das crises econômicas sobre a situação de saúde* ..... 23

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** ..... 25

**REFERÊNCIAS** ..... 26

**APÊNDICE METODOLÓGICO** ..... 31

## SINOPSE

A recente crise econômica no Brasil suscita propostas de congelamento do gasto do governo em saúde e de desvinculação das despesas, algo recorrente em momentos de ajuste fiscal. É certo que a garantia do direito fundamental à saúde, assim como outros direitos sociais previstos na Constituição de 1988, enfrenta problemas de financiamento em momentos de desequilíbrio das contas públicas. No entanto, o enfrentamento dos desequilíbrios financeiros do setor público via contenção dos gastos sociais deixa de lado discussões importantes como a definição de prioridades do gasto público em momentos de restrição de despesas e o impacto das medidas restritivas para a economia ou para a população. Esta nota técnica tem por objetivo apresentar e discutir evidências sobre o impacto das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal sobre a situação de saúde das populações atingidas, assim como sobre as medidas que podem mitigar os possíveis efeitos negativos das crises para a saúde. Realizou-se uma revisão de revisões sistemáticas e narrativas indexadas na base de dados Pubmed e publicadas nos últimos dez anos. Na estratégia de busca foram utilizados os seguintes termos, traduzidos para o inglês, no título ou resumo dos textos: crise financeira, crise econômica, recessão econômica, austeridade, sistema de saúde, política de saúde, estado de saúde e saúde. Recuperaram-se 43 artigos, tendo sido incluídos dezessete trabalhos ao final do processo de seleção. Os achados foram divididos em três categorias quanto às consequências das crises econômicas e das medidas de austeridade: questões sociais mais amplas, para a situação de saúde e para o sistema de saúde. Em relação à proteção social, identificaram-se medidas para mitigação dos efeitos das crises sobre a situação de saúde das populações. Entre as consequências sociais mais amplas, verifica-se que a perda do emprego e o aumento do desemprego provocam perdas financeiras e o endividamento das famílias, levando ao empobrecimento, ao aumento dos divórcios e da violência. Essas condições, associadas à insegurança quanto à manutenção do emprego, ocasionam piora da saúde mental, com elevação da incidência e prevalência de ansiedade, depressão, estresse e abuso de álcool e outras drogas. Ainda como consequências para a situação de saúde, identificaram-se o aumento dos casos de suicídio e de doenças crônicas e infecciosas. Nesse contexto, a demanda por atendimento no sistema público de saúde aumenta, tanto pela piora das condições de saúde quanto pela diminuição da capacidade de pagamento diretamente do bolso e de planos privados de saúde pelas famílias. Esta situação se agrava como consequência da adoção de medidas de austeridade fiscal, baseadas na redução do gasto com políticas sociais. A manutenção e o reforço aos programas de proteção social durante as crises econômicas são importantes medidas para reduzir o risco de desfechos negativos sobre a saúde das populações e podem promover a saúde e o bem-estar. Em conclusão, as crises econômicas e as medidas de austeridade fiscal, que reduzem o gasto com políticas

sociais, pioram a situação de saúde da população. O efeito negativo das crises sobre a saúde pode ser mitigado pelas políticas de proteção social que visam preservar as rendas, bem como a saúde.

**Palavras-chave**

Crises econômicas. Austeridade. *Deficit*. Tomada de decisão. Saúde pública. Programas de bem-estar social.

## INTRODUÇÃO

Esta nota técnica tem por objetivo apresentar e discutir evidências sobre o impacto das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal sobre a situação de saúde das populações atingidas, assim como sobre as medidas que podem mitigar os possíveis efeitos negativos das crises para a saúde.

O Brasil vivencia um período de crise econômica e o foco das discussões mais uma vez se concentra no corte e/ou contenção de gastos públicos, especialmente dos gastos sociais, vistos por alguns como descontrolados e causadores do *deficit* público. Nesse contexto, a solução proposta passa pela limitação de despesas, como se pode verificar na Proposta de Emenda à Constituição nº 241 de 2016, que propõe um teto para a despesa primária da União e o congelamento do gasto com saúde em valores reais de 2016 por vinte anos, o que reduziria sua participação no Produto Interno Bruto (PIB) à medida que a economia crescesse, bem como diminuiria o gasto *per capita*, desconsiderando que a população de idosos no Brasil dobrará neste mesmo período.

O estabelecimento de teto para as despesas primárias afetaria essencialmente o sistema de proteção social brasileiro e, por isso, interessa sistematizar as evidências disponíveis para subsidiar o debate e julgamento mais consciente sobre a opção de política que está sendo apresentada como solução para a situação de *deficit* público.

Uma questão que precisa ser respondida é: que lições podem ser aprendidas acerca do impacto das crises econômicas sobre o estado de saúde das populações afetadas e das medidas adotadas para o seu enfrentamento? Parte-se do pressuposto de que o uso de evidências científicas no processo decisório de políticas públicas, traduzindo-se nas chamadas políticas públicas informadas por evidências, diminui a incerteza, uma vez que se pode melhor apreciar os benefícios, prejuízos e custos esperados das opções de políticas, bem como os impactos desejáveis e indesejáveis (Organização Pan-Americana da Saúde, 2015a).

Esta breve introdução é seguida de uma seção que trata da relevância do debate sobre o setor saúde e a austeridade fiscal. Na sequência, são apresentadas evidências científicas sobre a relação entre crise econômica, austeridade fiscal e saúde, – base para a discussão da seção seguinte, com apresentação das lições que podem ser aprendidas. Por fim, apresentam-se algumas considerações finais sobre o tema e o apêndice metodológico.

## 1. O SETOR SAÚDE E A AUSTERIDADE FISCAL: RELEVÂNCIA DO DEBATE

O setor saúde constitui importante fator para o desenvolvimento econômico por sua capacidade de gerar renda e empregos. Por exemplo, nos 28 países da União Europeia, a participação deste setor na economia tem sido de cerca de 9% do PIB (Quaglio et al, 2013) e, no Brasil, o valor adicionado bruto das atividades de saúde foram responsáveis por 6,5% do PIB em 2013, sendo que a atividade saúde pública teve participação de 2,3% do PIB no mesmo ano (Brasil, 2015).

O efeito multiplicador do gasto com saúde no país foi calculado em 1,7, ou seja, para um aumento do gasto com saúde de R$ 1,00, o aumento esperado do PIB seria de R$ 1,70 (Abrahão, Mostafa e Herculano, 2011). Segundo Stuckler e Basu (2013), em estudo que analisou dados de 25 países europeus, dos Estados Unidos e Japão, a educação e a saúde têm os maiores multiplicadores fiscais, que são superiores a três. Contudo, apesar de os números revelarem a importância do setor saúde na economia, muitas vezes o debate em meio à discussão de um ajuste fiscal dispensa à saúde pública um tratamento como se o gasto realizado no setor tivesse efeito negativo sobre a economia, desconsiderando inclusive o seu papel principal que é o de promover, prevenir e recuperar a saúde dos indivíduos, contribuindo assim para o bem-estar da população.

Surgem então soluções para enfrentamento do *deficit* fiscal, tais como a contida na PEC 241/2016, que têm sido tratadas na literatura internacional como medidas de austeridade fiscal. Canterberry (2015) afirma que o termo austeridade tem três definições, sendo que nenhuma delas é agradável. A primeira se refere à severidade ou simplicidade, severidade de disciplina, regime, expressão ou desenho. A segunda diz respeito a uma medida econômica, como uma poupança, economia ou ato de autonegação, especialmente em relação a algo que é considerado um luxo. E a terceira está relacionada a uma poupança forçada, como política de um governo, com acesso ou disponibilidade restritos ao consumo de bens.

Assim, quando escolhidas pelos governos, as medidas de austeridade estão relacionadas à adoção de políticas que exigem grandes sacrifícios da população, seja porque aumentam a carga tributária seja pela implementação de políticas que

restringem a oferta de bens e serviços públicos, em razão de cortes de despesas, afetando de forma significativa os estratos mais vulneráveis da população.

A literatura internacional é vasta sobre os efeitos das crises econômicas para a saúde, o que inclui períodos de recessão econômica, identificados pela ocorrência de duas quedas trimestrais sucessivas do PIB, e os períodos de depressão econômica, quando a queda do PIB é maior que 10% (Haw et al, 2015). Nesses períodos, a saúde mental pode ser particularmente atingida. Nos Estados Unidos, verificou-se que 36% dos domicílios experimentaram dificuldades financeiras entre novembro de 2008 e abril de 2010, e que o aumento do desemprego elevou a probabilidade de relatos de insatisfação, de sintomas depressivos e de problemas para dormir (National Research Council, 2011).

Um estudo que teve por objetivo avaliar o efeito de eventos financeiros sobre a mortalidade, considerou indicadores de emprego e mortalidade de 26 países europeus, chegando à conclusão de que 1% de aumento no desemprego provoca o aumento de 0,79% nos casos de suicídio de menores de 65 anos (Stuckler et al, 2009). Neste trabalho, os autores atribuíram ao fato de que a Finlândia e a Suécia tiveram aumento do desemprego, mas sem elevação dos casos de suicídio, provável efeito de seus sistemas de proteção social. Reforçaram que, embora o PIB seja bastante utilizado neste tipo de análise, trata-se de variável que está distante da realidade de cada indivíduo e que, por isso, medidas como a taxa de desemprego e sobre o consumo podem ser mais relevantes para capturar as dificuldades e inseguranças enfrentadas.

Após a recessão de 2008, na União Europeia, observou-se aumento do número de pessoas que não teve as suas necessidades médicas atendidas, o que levanta a hipótese de que essa elevação se deve ao estabelecimento de medidas austeras para enfrentar as crises econômicas, tais como aumento do copagamento pelo uso de serviços de saúde, corte de gastos (que provocam fechamento de serviços, redução de horas de funcionamento e da força de trabalho), assim como a realização de reformas que restringem o acesso por imigrantes, moradores de rua e usuários de drogas (Reeves, McKee e Stukler, 2015). O estabelecimento dessas políticas em Portugal tem sido acompanhado de piora do acesso aos serviços de saúde, especialmente entre os que não estão isentos de aumentos no copagamento por sua utilização (Legido-Quigley et al, 2016).

Nesse contexto, os planos de resgates financeiros têm sido apontados como ameaças à cobertura em saúde, na medida em que a recomendação dos credores para que os países adotem medidas de austeridade fiscal e reformas estruturais têm diminuído a capacidade de os estados do bem-estar social responderem efetivamente à demanda por seus serviços, o que pôde ser observado na Grécia, Irlanda, Portugal, Chipre e Espanha (Kentikelenis, 2015). Países europeus que receberam empréstimo do

Fundo Monetário Internacional (FMI) tiveram maior probabilidade de adotar tais medidas, reduzindo seus orçamentos da saúde. A redução do gasto do governo com proteção social tem sido associada ao aumento da pobreza e da desigualdade, com consequências também para a saúde das populações (Labonté e Stuckler, 2015).

Apesar da situação de saúde da população grega e de seu sistema de saúde serem apontados como exemplos extremos dos danos causados pela crise econômica recente e pelas medidas adotadas para equilibrar as contas públicas (Stuckler e Basu, 2013; Kentikelenis, 2015; Karanikolos e Kentikelenis, 2016), há autores que afirmam que não houve uma tragédia na saúde no país. Sustentam que os indicadores de saúde e do sistema de saúde gregos não mostram deterioração importante na saúde ou nos cuidados de saúde. Admitem o aumento dos casos de suicídio, da mortalidade infantil (moderadamente significante), dos casos de malária (estatisticamente insignificante), mas asseveram que em muitos trabalhos as estatísticas de saúde são apresentadas fora de contexto e, assim, transmitem um quadro geral de tragédia, que não se confirma quando os indicadores da Grécia são comparados aos da Finlândia e Islândia (Granados e Rodriguez, 2015).

A polêmica em torno do impacto das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal para a situação de saúde e sistemas de proteção social fez com que o debate sobre a efetividade das políticas austeras para a retomada do crescimento econômico e para o bem-estar das populações ganhasse projeções com a análise dos resultados que Stuckler e Basu (2013) chamaram de experimentos sociais naturais, ou seja, os resultados da aplicação de tais políticas em diversos países. Estes autores não se limitaram ao estudo de caso de países europeus, mas se esforçaram para ampliar o olhar sobre as diversas experiências de enfrentamento de crises econômicas, desde a Grande Depressão dos anos 1920 até a Grande Recessão vivenciada atualmente por diversos países.

Stuckler e Basu (2013) chamam a atenção para as evidências a respeito dos efeitos negativos das crises econômicas e das medidas de austeridade para o bem-estar das populações e, neste último caso, para a recuperação do crescimento econômico, fazendo um contraponto com os resultados obtidos por países que ao invés de cortarem gastos sociais decidiram poupá-los, preservando as políticas de proteção social.

Nesse contexto, importa saber o que as evidências, os resultados das práticas têm a nos ensinar. Em saúde há dois conceitos bastantes difundidos envolvendo o processo decisório de políticas públicas: medicina baseada em evidências (MBE) e saúde baseada em evidências (SBE). A MBE tem o objetivo de nortear a decisão sobre os cuidados em saúde, com o compromisso de buscar de maneira explícita e honesta as melhores provas científicas da literatura médica (Atallah, 2002) e a SBE apresenta uma visão ampliada do conceito anterior para incluir, além das decisões clínicas, a

tomada de decisão em gestão e políticas de saúde, o que remete ao conceito de políticas de saúde informadas por evidências, que diz respeito ao uso das evidências de pesquisa como insumo no processo de tomada de decisão sobre políticas públicas (Lavis et al, 2009). Na próxima seção, são apresentados os resultados da busca sistematizada da literatura científica sobre o tema desta nota técnica. Detalhes sobre os métodos, incluindo os conceitos utilizados, encontram-se no apêndice.

## 2. EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE CRISE ECONÔMICA, AUSTERIDADE FICAL E SAÚDE

A aplicação da estratégica de busca definida neste trabalho recuperou 43 artigos, dos quais dezoito foram excluídos após a leitura dos resumos por não atenderem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. 25 textos foram lidos integralmente, tendo sido excluídos oito deles (cinco porque não são revisões de literatura e três por não tratarem dos objetos estudados). Dos dezessete artigos incluídos, seis são revisões sistemáticas e onze são revisões narrativas, conforme figura 1.

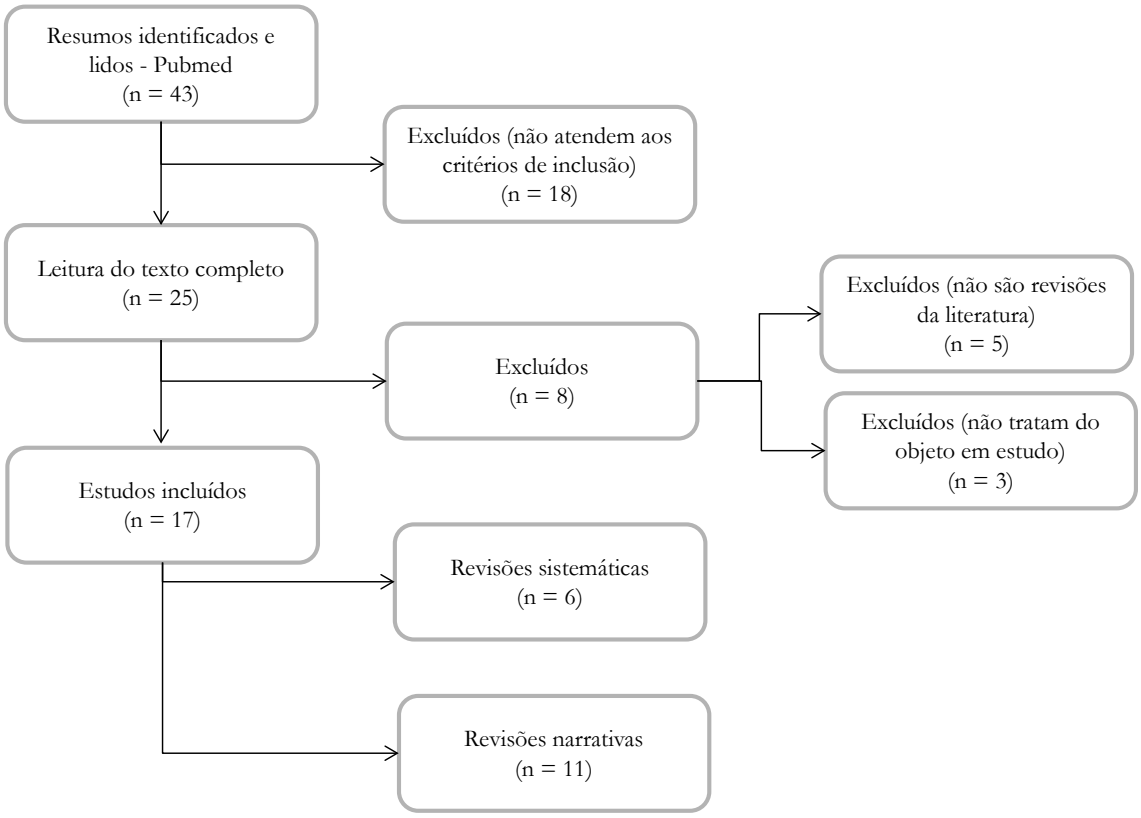


**FIGURA 1**
**Resultado do processo de busca de evidências.**

O quadro 1 apresenta os objetivos e as consequências das crises econômicas e/ou medidas de austeridade fiscal investigadas em revisões sistemáticas da literatura científica. Observa-se neste quadro que foram considerados estudos que analisaram os casos de diversos países, abrangendo cinco continentes (África, América, Ásia, Europa e Oceania).

**Quadro 1. Consequências das crises econômicas para a situação de saúde das populações afetadas e sistemas de saúde.**

| Tipo de Revisão | Autores | Ano de publicação | Objetivos | Número de estudos incluídos | Países estudados | Consequências analisadas |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sistemática | Glonti et al | 2015 | Examinar as evidências sobre fatores que influenciam a resiliência para alguns desfechos em saúde ou comportamentos de saúde da população de países expostos a crises financeiras | 22 | Espanha, Reino Unido, EUA, Irlanda, Grécia, Islândia, Inglaterra, Coreia do Sul, Japão, Finlândia e Suécia | Situação de saúde: saúde física, mortalidade geral, suicídio (incluindo a tentativa de suicídio), saúde mental e comportamentos de saúde |
| Sistemática | Goeij et al | 2015 | Investigar por quais mecanismos as crises econômicas influenciam o consumo de álcool pelos indivíduos | 35 | Islândia, Rússia, Grécia, EUA, Albânia, Austrália, Sudeste Asiático, Europa Oriental, Suécia, Espanha, Finlândia, República Tcheca, Estônia, Coreia do Sul, Argentina, Tailândia e Polônia | Questões sociais: status, cultura e situação social; situação de saúde: saúde mental (preocupação, ansiedade, estresse e tristeza) |
| Sistemática | Simou e Koutsogeorgou | 2014 | Estudar as consequências de crises econômicas para a saúde e para o sistema de saúde na Grécia | 39 | Grécia | Situação de saúde: saúde mental, suicídios, epidemias, autoavaliação da saúde e doenças otorrinolaringológicas; sistema de saúde: gerenciamento e gasto do sistema público de saúde, força de trabalho, serviços de saúde, mercado farmacêutico e pesquisa biomédica |
| Sistemática | Dillman et al | 2013 | Avaliar se a cobertura por seguro privado de saúde, reduzida em momento de crise econômica, influencia os desfechos de doentes em estado crítico | 6 | EUA | Situação de saúde: hospitalização, mortalidade e acesso a serviços de saúde |
| Sistemática | Suhrcke et al | 2011 | Investigar mudanças ocorridas na carga de doenças infecciosas após períodos de crise econômica | 37 | Europa Central e Oriental, Estados independentes da antiga União Soviética, República Tcheca e Eslováquia, Estônia, países da União Europeia, Alemanha, Japão, países da OCDE, Romênia, Rússia, Sudeste Asiático, Sudeste Europeu e Balcãs, Coreia do Sul, EUA, Uzbequistão, Cuba, México, Peru, Sérvia e África do Sul | Situação de saúde: mortalidade por doenças infecciosas (incluindo Aids), infecção por tuberculose, HIV, difteria, salmonelose, influenza, pneumonia, sífilis, malária, entre outras; sistema de saúde: redução do orçamento para ações de promoção e prevenção da saúde |
| Sistemática | Falagas et al | 2009 | Avaliar se as crises econômicas aumentam a mortalidade | 11 | Coreia do Sul, Peru, Madagascar, Rússia, México e Bulgária | Situação de saúde: mortalidade por todas as causas, mortalidade por doenças cardiovasculares, respiratórias, por doença crônica do fígado, acidentes de trânsito, suicídio, homicídio e mortalidade infantil |

Fonte: Elaboração própria.

Suhrcke et al (2011) encontraram evidências de que as crises econômicas podem exacerbar as desigualdades sociais pelo aumento das populações suscetíveis e de grupos de alto risco para a transmissão de doenças, tais como prisioneiros, imigrantes e moradores em situação de rua. Mudanças sociais induzidas pelas crises podem aumentar a exposição a doenças. Entre elas, destacam-se a perda de renda, o desemprego involuntário e a insegurança quanto à manutenção do emprego, que podem levar ao aumento do consumo de tabaco, abuso de drogas e ao consumo excessivo de bebidas alcóolicas, contribuindo, assim, para a redução da imunidade. Em relação às doenças infectocontagiosas, verificaram que, frequentemente, ocorre diminuição da imunidade dos indivíduos, aumentando a incidência de doenças.

Outra questão identificada pelos autores é que, em períodos de crise, os países tendem a reduzir o gasto público para acomodá-lo a um ambiente fiscal mais restrito ou para aderir às condições impostas por instituições internacionais quando da concessão de empréstimos. Esses cortes de gasto afetam adversamente a saúde, resultando em redução do número de profissionais e/ou fechamento de unidades de atendimento, com consequente diminuição da efetividade dos programas e aumento da incidência e prevalência de várias doenças, que podem provocar efeitos negativos para a economia, retardando a sua recuperação (Suhrcke et al, 2011).

Sobre o consumo de bebidas alcóolicas, Goeij et al (2015) verificaram que as crises econômicas podem causar angústia psicológica, incluindo depressão, ansiedade, irritabilidade, negação e raiva, e que estes sintomas estão relacionados a maior frequência e ao consumo excessivo dessas bebidas. Nesse caso, a bebida alcóolica seria utilizada para aliviar os efeitos negativos sobre a saúde mental. Contudo, os autores também encontraram evidências de que durante as crises o consumo pode diminuir em virtude de restrições orçamentárias, observando-se, em alguns estudos, que as pessoas passaram a consumir bebidas de menor qualidade e mais baratas em suas próprias casas, ao invés de bebê-las em bares e restaurantes. A questão que precisa ser considerada é que, em nível nacional, o consumo pode até diminuir, mas aumentar em certos grupos de indivíduos, como homens com baixa escolaridade, solteiros ou divorciados, que têm maior probabilidade de usar a bebida alcóolica como instrumento para lidar com o estresse. Nesse contexto, o desemprego parece ser o fator mais importante para a deflagração desses processos nos indivíduos.

Quanto à mortalidade, verificou-se que os períodos de crises econômicas são acompanhados do aumento da mortalidade da população geral por todas as causas, particularmente nos países menos abastados (Falagas et al, 2009). Ainda que a mortalidade por acidente de trânsito possa diminuir, as doenças cardiovasculares, respiratórias, doença hepática crônica, suicídio, homicídio e a mortalidade infantil contribuíram para este aumento da mortalidade geral.

Especificamente sobre a Grécia, país extremamente afetado pela última crise econômica na Europa, os casos de suicídio aumentaram 17% de 2007 a 2009, com dados não oficiais reportando aumento de 25% entre 2009 e 2010 e o Ministério da Saúde grego relatando o incremento de 40% em 2011 (Simou e Koutsogeorgou, 2014). Também foi identificado aumento de tentativas de suicídio em 36% no período de 2009 a 2011. Quanto aos programas de prevenção de doenças, cortes no gasto levaram à baixa provisão de serviços, observando-se aumento dos casos de HIV, H1N1 e malária. Com a redução do orçamento da saúde, que sofreu corte de 5% entre 2009 e 2010 e de 30% no primeiro trimestre de 2011, um número maior de pessoas passou a demandar os serviços públicos de saúde, mas também a não ter acesso a eles, o que afetou especialmente os grupos sociais mais vulneráveis, na medida da cobrança de taxas para consultas e de aumento do gasto do bolso para acesso a medicamentos. A força de trabalho da saúde foi afetada por cortes de 15% nos salários do setor público, pela supressão dos 13º e 14º salários e aumento das jornadas, enquanto os serviços de emergência tiveram que lidar com a falta de medicamentos e de materiais esterilizados.

Nos Estados Unidos, a recente crise econômica dificultou ainda mais o acesso da população aos seguros privados de saúde e motivou o governo a criar subsídios para a compra desses seguros. Segundo Dillman et al (2013), existem diferenças importantes entre os que possuem e os que não possuem seguro de saúde no país, sendo essas diferenças desfavoráveis aos indivíduos descobertos, entre elas: i) maior probabilidade de ser hospitalizado; ii) maior gravidade e internação mais prolongada entre os que tiveram infarto do miocárdio; iii) menor procura por cuidados de saúde; iv) maior mortalidade após internação em unidade de terapia intensiva; v) entre as crianças, probabilidade 50% maior de morrer nos casos de lesões traumáticas; e vi) probabilidade maior de precisar de cuidados intensivos.

Quanto aos fatores relacionados à capacidade dos indivíduos de se adaptarem positivamente às crises econômicas, verificou-se que há escassez de trabalhos explorando esta temática (Glonti et al, 2015). Os autores identificaram alguns fatores de risco/proteção associados com saúde durante as crises econômicas, entre eles: gênero, idade, escolaridade, estado civil e tamanho da residência, emprego/ocupação, renda/restrição financeira, crenças pessoais, estado de saúde, área de residência e relações sociais. Os resultados dos estudos que analisaram a variável gênero foram ambíguos, embora as crises pareçam afetar mais as mulheres que os homens e ainda que, em relação aos casos de suicídio, mais homens sejam atingidos.

Na Europa, as consequências da perda do emprego variam entre homens e mulheres, a depender do tipo de Estado do bem-estar social. Quanto à idade, não foi identificado um padrão consistente. O impacto das crises em diferentes idades variou na dependência das escolhas de políticas - por exemplo, se os governos protegem as

pensões e investem em iniciativas para criação de empregos. Também variou em relação ao estado civil, o que foi surpreendente, na medida em que evidências prévias revelavam que os homens não casados eram mais suscetíveis às crises. Em relação aos fatores de risco socioeconômicos, níveis de renda mais baixos foram associados com maior vulnerabilidade para desfechos como doença cardiovascular, mortalidade geral e saúde mental debilitada, sendo que os indivíduos com empregos precários estavam mais suscetíveis às doenças mentais. A associação entre as crises econômicas e a escolaridade foi inconclusiva, embora níveis mais altos de escolaridade parecessem proteger a saúde (Glonti et al, 2015).

O quadro 2 apresenta as consequências das crises econômicas para a situação de saúde e sistemas de saúde das populações afetadas, obtidas em revisões narrativas da literatura científica.

Quadro 2

**Resultados e conclusões principais de revisões que avaliaram a relação entre crise econômica, saúde das populações afetadas e/ou sistemas de saúde**

| Tipo de Revisão | Autores | Ano de publicação | Objetivos | Resultados e conclusões principais |
|---|---|---|---|---|
| Narrativa | Gunnlaugsson | 2016 | i. Discutir o impacto da crise econômica na Islândia para a saúde e o bem-estar das crianças e famílias | i. A proporção de crianças vivendo em lares com risco de pobreza e que passou por privação material foi igual entre 2004 a 2007 e entre 2010 a 2013 na Islândia; ii. A resposta do governo à crise foi de blindar o sistema de proteção social do país, contudo, houve redução do gasto com saúde em relação ao PIB; iii. As medidas adotadas pelo governo para proteger os grupos mais vulneráveis aliviaram alguns dos piores impactos sobre a saúde; iv. Em tempos de crise econômica, serviços bem organizados de proteção social são importantes para proteger a saúde da população, sendo fundamentais o acesso universal à saúde e à educação; v. Na Islândia, a crise econômica não promoveu mudança significativa nos indicadores de saúde; vi. A preocupação atual é de que a redução do gasto possa comprometer a qualidade dos serviços de saúde |
| Narrativa | Haw | 2015 | i. Explorar os fatores que podem contribuir para a prevenção dos casos de suicídio durante períodos de recessão econômica; ii. Apresentar propostas para tomadores de decisão a fim de reduzir o impacto da recessão econômica sobre a saúde mental e prevenir o suicídio | i. Há evidências da relação entre recessão econômica e aumento dos casos de suicídio; ii. Na Grécia, entre 2008 e 2010, houve aumento de 60% nos casos de suicídio, que parecem afetar mais os homens que as mulheres; iii. Nos EUA, a perda financeira, mais do que a pobreza crônica, está associada às ideias de suicídio; iv. No Reino Unido, a renda baixa e as dívidas foram associadas a problemas de saúde mental; v. O desemprego é um fator de risco para o suicídio, contudo, nem todos os estudos mostraram uma relação consistente entre desemprego e suicídio; vi. Trabalhadores braçais parecem ser particularmente afetados pelo desemprego; vii. A insegurança no trabalho, dívidas, perda da residência e despejo estão associados a problemas de saúde mental comuns, como depressão; viii. O desemprego e as dívidas provocam angústia psicológica que resulta em humor depressivo e irritabilidade, aumentam o conflito conjugal e impactam negativamente a criação e adaptação das crianças; ix. As crises econômicas ampliam as desigualdades: as pessoas dos estratos de renda mais baixos tendem a ter taxa de suicídio de 2 a 3 vezes mais altas que as pessoas com maior status socioeconômico; x. Programas voltados ao mercado de trabalho (para ajudar a encontrar emprego e qualificar os trabalhadores) são importantes para a melhora da saúde mental da população afetada pela crise econômica; xi. Nos países em que houve corte do gasto com políticas de bem-estar social, observou-se aumento da desigualdade e da taxa de suicídio, sendo verificado o contrário em países que mantiveram o gasto com políticas de proteção social; xii. A adoção de medidas para minimizar o efeito do consumo excessivo de álcool também é importante |
| Narrativa | Van Hal | 2015 | i. Buscar evidências da relação entre crise econômica e saúde mental | i. Aumento da taxa de suicídio relacionado à crise econômica; ii. Aumento dos casos de depressão e ansiedade; iii. Em alguns países, aumento do uso de álcool, em outros, queda do consumo geral, mas com aumento entre os grupos mais vulneráveis; iv. Aumento na procura por serviços públicos de saúde e queda na demanda por serviços privados de saúde; v. Aumento do uso de heroína, da prostituição e da violência; vi. Aumento da perda do emprego está associado ao aumento dos casos de suicídio; vii. Para grupos mais vulneráveis (pessoas enfrentando dificuldades financeiras), os riscos são maiores sobre a saúde mental: 2 a 3 vezes mais depressão ou psicose, 2 vezes mais dependência de álcool e 4 vezes mais dependência de drogas; ix. Aumento dos suicídios na Espanha e redução na Suécia; x. Parece que os efeitos da crise econômica na saúde são dependentes das políticas de austeridade fiscal e das medidas de proteção social; x. Aumento do desemprego não necessariamente eleva a taxa de suicídio, pois os casos de suicídio podem ser mitigados por medidas de proteção social; xi. Aumento do estresse e da depressão podem ser causas indiretas do |

Quadro 2

**Resultados e conclusões principais de revisões que avaliaram a relação entre crise econômica, saúde das populações afetadas e/ou sistemas de saúde**

| Tipo de Revisão | Autores | Ano de publicação | Objetivos | Resultados e conclusões principais |
|---|---|---|---|---|
| | | | | excesso de mortalidade |
| Narrativa | Clemens et al | 2014 | i. Analisar a forma, condições e perspectivas de apoio aos sistemas de saúde da União Europeia em decorrência da crise econômica iniciada em 2007/2008; ii. Explorar os aspectos negativos e positivos da crise para os sistemas de saúde | i. Com a crise econômica, reformas em direção à austeridade têm sido estimuladas e as questões dos sistemas de saúde têm ocupado as agendas dos tomadores de decisão no âmbito da União Europeia, ampliando o debate e as trocas de experiências; ii. Cinco políticas têm sido mais discutidas: a) mobilidade de profissionais de saúde e de pacientes; b) a Parceria Europeia de Inovação sobre o Envelhecimento Ativo e Saudável (iniciativa para aumentar os anos de vida saudável, vinculada com as prioridades de crescimento econômico e apoio aos empreendimentos europeus); c) o terceiro Programa de Ação para a Saúde Pública (inovação para a sustentabilidade e promoção do acesso a um sistema de saúde seguro); d) Fundo para infraestrutura em saúde (tornaram-se mais relevantes com a crise econômica); e) reflexão sobre os processos na área da saúde (a relação de custo-efetividade das intervenções em saúde tornaram-se importantes e questões sobre modernização, resolubilidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde ocupam a agenda, com a finalidade de estabelecer medidas para apoiar a reorganização dos sistemas de saúde em direção a sistemas mais eficientes, com uso mais eficiente dos recursos); iii. A crise econômica aumentou a mobilidade dos profissionais de saúde entre os países por causa das políticas de austeridade (demissão, congelamento das contratações e dos salários, corte de salários etc); iv. Países muito afetados pela crise estão perdendo profissionais; v. Como os pacientes podem ser tratados no âmbito da União Europeia, os países estão revisando os próprios objetivos da proteção social a fim de limitar o direito de tratamento no exterior e o reembolso no âmbito do país de origem (o reembolso está sendo garantido apenas para os serviços cobertos nos serviços de saúde do país de origem); vi. A crise incentiva a mobilidade dos pacientes, o que pode ter efeito prejudicial para os sistemas de saúde (perda de recursos); vii. Em uma situação de corte no gasto com saúde e em outros gastos sociais, apesar das iniciativas que estão sendo implementadas, as perspectivas de fortalecimento dos sistemas de saúde e do crescimento econômico parecem difíceis de alcançar |

Quadro 2

**Resultados e conclusões principais de revisões que avaliaram a relação entre crise econômica, saúde das populações afetadas e/ou sistemas de saúde**

| Tipo de Revisão | Autores | Ano de publicação | Objetivos | Resultados e conclusões principais |
|---|---|---|---|---|
| Narrativa | Bacigalupe e Escolar-Pujolar | 2014 | i. Refletir sobre os resultados de estudos que avaliam o efeito das crises econômicas sobre as desigualdades em saúde | i. Os resultados sobre o impacto da crise econômica corrente sobre a equidade em saúde ainda são inconsistentes: a) diversidade de períodos usados nas análises; b) heterogeneidade das variáveis socioeconômicas e de saúde empregadas; c) mudanças no perfil socioeconômico de grupos sob comparação em tempos de crise dificultam as análises; d) são utilizadas diferentes medidas para analisar a magnitude das desigualdades em saúde; ii. Com algumas exceções, os estudos apontam para aumento das desigualdades em saúde durante períodos de crise; iii. Parece que as políticas de bem-estar são importantes para deter o avanço das desigualdades; iv. Ainda não se sabe como mudanças profundas na estrutura dos determinantes da saúde devem implicar negativamente a saúde para diferentes grupos sociais; v. Mudanças no perfil socioeconômico dos grupos sob comparação podem dificultar a observação do aumento da iniquidade em saúde; vi. A escolha das medidas para analisar as iniquidades e as mudanças, por exemplo, do peso das populações expostas aos fatores de risco, podem influenciar os resultados observados |
| Narrativa | Ifanti | 2013 | i. Avaliar o impacto da crise econômica e das medidas de austeridade sobre os cuidados de saúde, os serviços sociais e as políticas de promoção à saúde na Grécia | i. A crise econômica global na Europa ampliou a distância entre ricos e pobres, que pode ser atribuída a medidas de austeridade e a escolhas tributárias recessivas implementadas pelos governos; ii. Na Grécia, em 2010, 30% da população estava vivendo abaixo da linha de pobreza; iii. O desemprego entre adultos na Grécia chegou a 27% e aumentou para 55% entre os mais jovens em novembro de 2012; iv. Os crimes dobraram entre 2007 e 2012, observando-se aumento nos casos de divórcios; v. Redução do orçamento da saúde de 40% entre 2011 e 2012, com aumento da procura e utilização de serviços públicos de saúde em 30%; vi. Redução dos recursos para políticas de promoção e prevenção de doenças infecciosas e crônicas e para combate ao abuso de drogas; vii. Aumento de 50% na incidência de HIV entre 2010 e 2011, com corte no orçamento de prevenção do HIV/Aids; viii. Aumento dos casos de ansiedade e depressão; ix. A escolha da Grécia de manter o equilíbrio fiscal e a sustentabilidade financeira ao invés de manter os níveis básicos de cuidados à saúde tem afetado significativamente a estrutura e o funcionamento dos hospitais públicos, por causa da perda de força de trabalho, déficits, escassez de medicamentos e material médico-hospitalar; x. Além disso, tem impactado negativamente o estado de saúde da população |
| Narrativa | Zivin et al | 2011 | i. Discutir explicações teóricas e conceituais sobre como e por que as crises econômicas podem afetar negativamente a saúde mental; ii. Apresentar um resumo da literatura sobre a relação entre crises econômicas e saúde mental; iii. Discutir as limitações dos trabalhos empíricos existentes; iv. Destacar oportunidades de melhoria para a pesquisa e a prática definidas com o objetivo de mitigar algum impacto negativo das recessões econômicas sobre a saúde mental das populações | i. Os períodos de crises econômicas são marcados pela elevação do estresse e, provavelmente, em decorrência dele, as pessoas aumentam o uso de drogas, incluindo o consumo de álcool, o que provoca piora da saúde mental; ii. Observou-se aumento das internações por doenças mentais; iii. Aumento dos casos de suicídio durante crises econômicas; iv. Em países nos quais houve redução dos suicídios durante crises econômicas, as medidas de proteção social adotadas pelo Estado podem ter mitigado os efeitos nocivos; v. Os estudos sobre o tema têm qualidade diferenciada e isso pode explicar a heterogeneidade dos achados, por exemplo, falácia ecológica (os autores assumem como válidos para os indivíduos resultados encontrados para estudo feito em nível agregado); vi. Isso justificaria, por exemplo, o fato de que alguns estudos identificaram que nem sempre a crise econômica leva a problemas de saúde mental (às vezes é a expansão econômica que provoca este efeito; vii. Contudo, apesar de alguns problemas em estudos, a literatura indica que há uma relação entre crise econômica e problemas de saúde mental |

Quadro 2

**Resultados e conclusões principais de revisões que avaliaram a relação entre crise econômica, saúde das populações afetadas e/ou sistemas de saúde**

| Tipo de Revisão | Autores | Ano de publicação | Objetivos | Resultados e conclusões principais |
|---|---|---|---|---|
| Narrativa | Anderson | 2010 | i. Investigar a relação entre crises econômicas e saúde; ii. Revisar as evidências sobre o que pode ser feito para mitigar o impacto da recessão econômica | i. As doenças crônicas apresentam aumento durante crises econômicas; ii. Aumento da taxa de suicídios durante a Grande Depressão; iii. Na Rússia, nos anos 90, o consumo de álcool foi responsável por 75% das mortes de homens com idade entre 15 e 54 anos e cerca de 50% das mortes de mulheres desta faixa etária; iv. Dados do leste e sudeste asiático indicam que o aumento do desemprego está relacionado ao aumento dos suicídios, mas também à redução nas mortes por acidente de trânsito; v. Na Finlândia, observou-se que 5% de aumento no desemprego resultava em 8% de aumento no consumo excessivo de álcool; vi. Estudos para países da União Europeia indicam que incluindo ou excluindo as variáveis de confusão, observou-se aumento da mortalidade por doença isquêmica do coração, por homicídio e casos de suicídio; vii. A diminuição do gasto em saúde influencia o grau de bem-estar da população; viii. Estudos que controlaram variáveis de confusão, observaram aumento da mortalidade durante crises econômicas; ix. As crises econômicas e o consequente aumento do desemprego aumentam o risco de suicídio e de mortes decorrentes do abuso de álcool; x. Programas de proteção social e voltados para o mercado de trabalho podem reduzir o risco de desfechos negativos sobre a saúde mental e problemas relacionados ao abuso de álcool, além disso, podem promover a saúde e o bem-estar |
| Narrativa | Stuckler et al | 2009 | i. Analisar as implicações das crises financeiras para a saúde | i. A saúde é colocada em risco tanto em momento de crescimento quanto de recessão econômica; ii. O impacto desses momentos sobre a mortalidade é aumentado na dependência do acesso que as pessoas têm a meios para causar danos à própria saúde e reduzido na presença de forte coesão social e de sistemas de proteção social; iii. Três fatores são importantes, portanto, para modular o impacto das crises econômicas sobre a saúde: redução da exposição a riscos, coesão social e proteção social; iv. Os investimentos em saúde e educação de longo prazo são importantes para o enfrentamento e mitigação do impacto das crises econômicas e para a promoção do crescimento econômico |
| Narrativa | Christian | 2009 | i. Explorar os mecanismos pelos quais uma crise econômica e a inflação dos alimentos podem levar ao aumento da mortalidade infantil | i. O aumento do preço de *commodities*, incluindo o arroz, milho, trigo, petróleo e açúcar foi na média de 24% em 2007, com aumento maior que 87% para o petróleo, 58% para os laticínios e 46% para o arroz; ii. As crises econômicas e o aumento dos preços dos alimentos aumentaram a desnutrição materna, elevando o risco de nascimento de bebês prematuros, o que pode levar ao aumento da mortalidade infantil e das crianças; iii. Durante a infância, a deficiência de nutrientes que leva à desnutrição infantil, causada pelas crises econômicas e aumento dos preços dos alimentos, é responsável por 50% da mortalidade atribuível à desnutrição; iv. Adicionalmente, a baixa qualidade dos serviços de saúde pode elevar o risco de mortalidade de crianças; v. Estimou-se que as crises econômicas, ao menos em países do leste asiático e região do Pacífico, podem aumentar o nanismo em 3 a 7%, a fraqueza em 8 a 16%, a anemia materna de 10 a 20% e o baixo peso ao nascer em 5 a 10%, caso não se adotem medidas de mitigação do seu impacto |

Quadro 2

**Resultados e conclusões principais de revisões que avaliaram a relação entre crise econômica, saúde das populações afetadas e/ou sistemas de saúde**

| Tipo de Revisão | Autores | Ano de publicação | Objetivos | Resultados e conclusões principais |
|---|---|---|---|---|
| Narrativa | Riley et al | 2007 | i. Descrever a relação de competição entre necessidades que precisam ser atendidas e as necessidades não atendidas com o risco de exposição ao HIV e de viver com HIV nos EUA | i. Durante crises econômicas, frequentemente, observa-se aumento do sexo para sobrevivência e aumento do risco de infecção pelo HIV; ii. O crescimento dos moradores de rua em alguns bairros foi estimado em 25% ao ano; iii. Em relação aos homens, as mulheres têm maior risco de serem diagnosticadas simultaneamente com doença mental e HIV; iv. A vitimização (violência sexual, incesto ou abuso físico) é um preditor para o alto risco de exposição ao HIV entre mulheres; v. Embora as mulheres moradoras de rua estejam mais suscetíveis às doenças infecciosas e tenham maior taxa de mortalidade, o acesso apropriado aos serviços de saúde não é uma prioridade entre elas; vi. Entre as pessoas vivendo com HIV, as mulheres, os negros e as que não têm seguro de saúde são as que recebem menos atendimento e antirretrovirais; v. Políticas e reformas para reduzir as iniquidades e as barreiras no acesso a serviços de saúde são fundamentais; vi. Estratégias para melhorar a saúde e os serviços sociais para mulheres empobrecidas que são portadoras do HIV ou que estão expostas ao risco de infecção pelo HIV requerem a consideração do contexto social nos quais os riscos ocorrem |

Fonte: Elaboração própria.

## 3. O QUE PODEMOS APRENDER A PARTIR DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS?

Esta seção está dividida em duas subseções: a) Lições sobre a relação entre crise econômica, austeridade fiscal e saúde; e b) Medidas que podem ser adotadas para mitigar os efeitos negativos das crises econômicas sobre a situação de saúde.

*Lições sobre a relação entre crise econômica, austeridade fiscal e saúde*
Como já abordado anteriormente, as revisões sistemáticas são especialmente úteis no processo de informação de decisões de políticas. A partir das evidências sistematizadas neste trabalho, pode-se responder à seguinte pergunta: que lições podemos aprender sobre os efeitos das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal para a situação social, de saúde e para os sistemas de saúde?

As lições principais são: 1) as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades sociais; 2) as crises econômicas podem piorar a situação de saúde da população; 3) as medidas de austeridade fiscal que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral; e 4) a preservação dos programas de proteção social é medida importante para proteção da saúde da população e para a retomada do crescimento econômico em prazo mais curto.

A partir da análise dos quadros 1 e 2 é possível fazer um esforço de esquematização da relação de causalidade entre as crises econômicas e/ou medidas de austeridade fiscal, os desfechos sociais, para a situação de saúde e para o sistema de saúde, conforme mostra a figura 2.

Parece que o principal gatilho para o agravamento das condições sociais e da situação de saúde durante as crises econômicas é a perda do emprego e o aumento da taxa de desemprego. De um lado, a perda do emprego leva à redução da renda das famílias, às perdas financeiras e ao aumento do endividamento, resultando em empobrecimento, aumento dos divórcios, da violência e, consequentemente, das desigualdades sociais. Por outro lado, o aumento da taxa de desemprego parece atuar mais como fator estressante, causando insegurança quanto à manutenção do emprego.

Essas consequências sociais impactam o estado de saúde dos indivíduos, provocando danos, especialmente à saúde mental. Observou-se, muito frequentemente, aumento da incidência e prevalência de ansiedade, depressão, estresse, abuso de álcool e outras drogas, que podem estar na origem de outros processos de deterioração do quadro de saúde da população por provocarem diminuição da resposta imunológica do organismo, resultando em aumento de doenças crônicas e infectocontagiosas. Outro problema grave identificado como

desfecho extremo da deterioração da saúde mental da população é o aumento dos casos de suicídio.

A redução da renda da população também impacta o sistema público de saúde, aumentando a demanda. Isso ocorre na medida em que diminui a capacidade das famílias de pagamento direto do bolso para compra de medicamentos e serviços de saúde, de pagamento de planos privados de saúde e em situação de aumento do número de pessoas que perdem a cobertura assistencial privada, garantida por seus empregadores, nos casos de perda do emprego.

Nesse contexto, as medidas de austeridade fiscal que estabelecem corte de gasto com programas sociais, afetando inclusive a saúde, contribuem para o aumento das desigualdades sociais e podem acelerar o processo de deterioração da situação de saúde da população. A redução do gasto com saúde diminui a capacidade de resposta do sistema público, em relação ao acesso e à qualidade dos serviços, o que contribui para o agravamento do estado geral de saúde das pessoas.

Há uma questão de equidade que fica clara ao se analisarem todas essas evidências, de que os efeitos das crises econômicas, somados aos das medidas de austeridade fiscal, são mais fortemente sentidos pelos grupos sociais mais vulneráveis. Portanto, medidas que estabelecem cortes no gasto de programas sociais em tal situação são promotoras de iniquidades. Segundo os estudos analisados, a mitigação dos efeitos das crises econômicas passa pela preservação do sistema de proteção social dos países, sendo cruciais os programas ativos de reinserção dos indivíduos no mercado de trabalho.

Essas evidências fizeram com que economistas do FMI revissem suas prescrições aos países para o enfrentamento das crises econômicas, reconhecendo que algumas políticas neoliberais aumentam a iniquidade social e colocam em risco uma expansão durável da economia. Admitiram que as políticas de austeridade fiscal não só têm custos para o bem-estar social, mas também afetam a demanda, aumentando o desemprego. Na prática, os benefícios que tais medidas podem trazer ao reduzir a dívida pública, aumentar a confiança e o investimento privado parecem ter sido exagerados, havendo forte evidência de que a iniquidade pode significativamente baixar o nível e a durabilidade do crescimento econômico (Ostry, Loungani e Furceri, 2016).

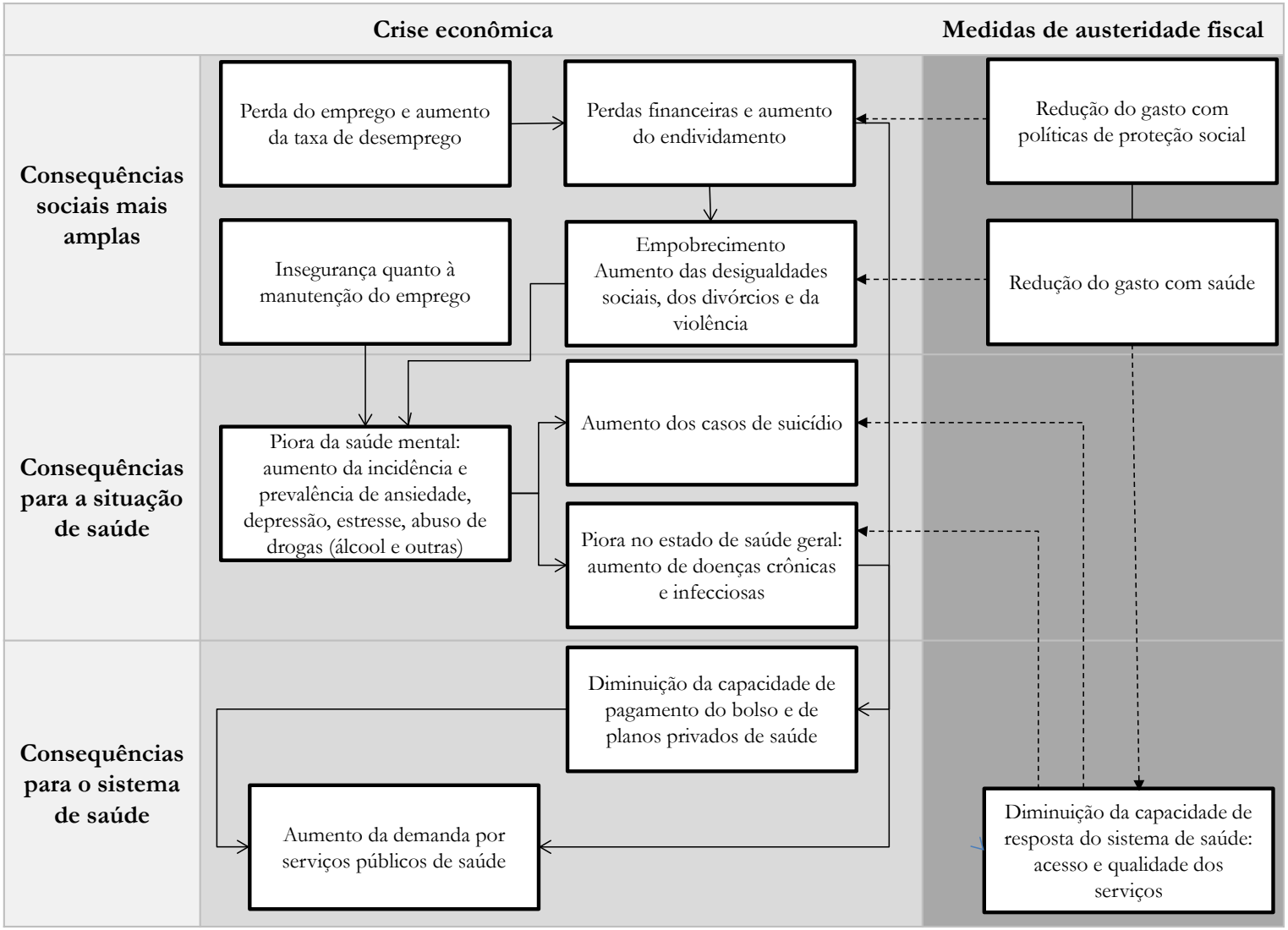


**FIGURA 2**
**Consequências sociais, sobre o estado de saúde e para o sistema de saúde das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal.**

*Medidas que podem ser adotadas para mitigar os efeitos negativos das crises econômicas sobre a situação de saúde*

Outro ponto importante que se pode discutir a partir das evidências científicas é de que os efeitos negativos das crises econômicas sobre a saúde podem ser reduzidos ou até mesmo evitados. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization, 2009), atendendo a pedidos de seus Estados membro, realizou encontro para, entre outros objetivos, discutir o impacto da crise econômica global e identificar ações que pudessem ajudar os países a mitigar o efeito negativo da crise para o bem-estar da população. Algumas medidas foram propostas e estão resumidas na figura 3.

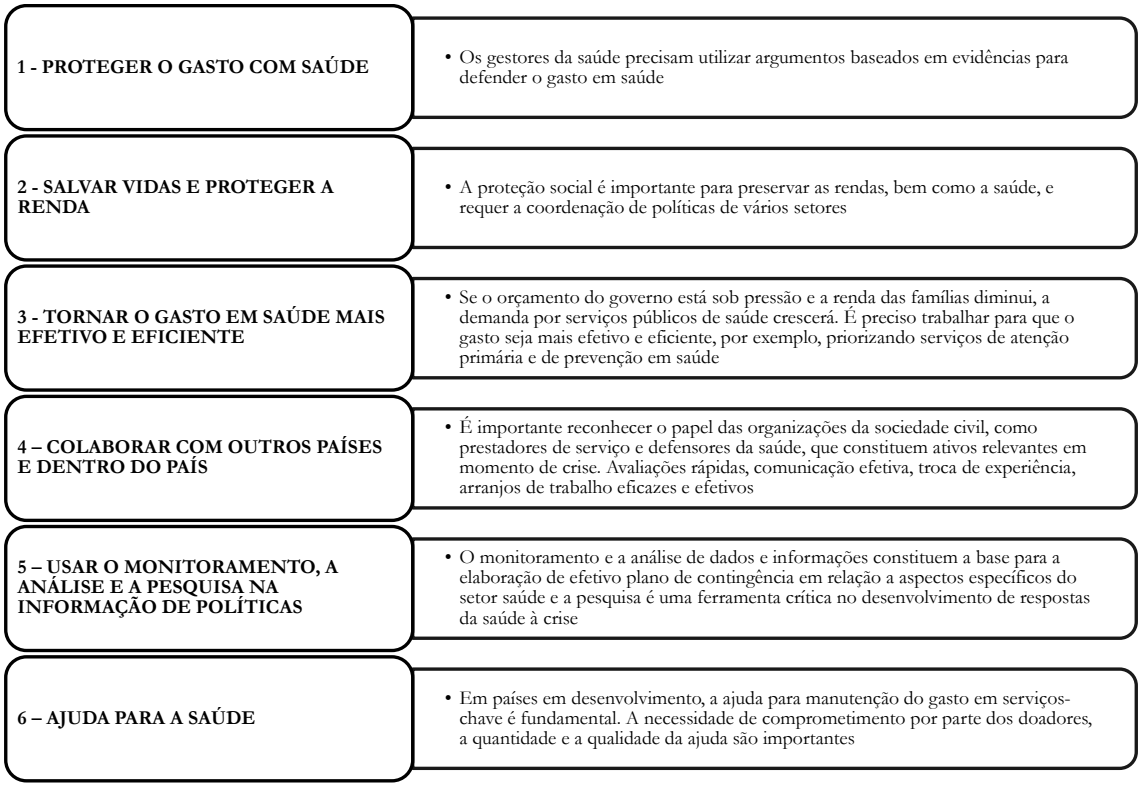


**FIGURA 3**
**Medidas para proteger a saúde e o gasto com saúde em tempos de crise econômica**
Fonte: World Health Organization, 2009.

A primeira medida aponta para a necessidade de que os gestores da saúde utilizem evidências para defender o gasto no setor público. Aqui fica a leitura do termo evidências como sinônimo de provas, de acordo com o sentido adotado em todo o texto. Destaca-se, em primeiro lugar, que em muitos países a saúde é enunciada como direito e que, portanto, redução do gasto pode significar prejuízos à sua efetivação. Segundo, que é possível produzir evidências de que o gasto com saúde é altamente relevante, tanto do ponto de vista da promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde, como direito humano fundamental, quanto do ponto de vista econômico. A saúde constitui base para a produtividade do trabalho, a capacidade de

aprender na escola e de crescer intelectual, física e emocionalmente, sendo, portanto, juntamente com a educação, os dois pilares do capital humano, uma vez que que a boa saúde da população é insumo fundamental para a redução da pobreza, o crescimento e o desenvolvimento econômico de longo prazo (World Health Organization, 2001).

A segunda medida remete à importância das políticas de proteção social e a coordenação entre elas, a fim de que os resultados sejam mais efetivos. As evidências resumidas neste trabalho são no sentido de que os países que evitaram cortes de gasto em seus programas sociais e os que fortaleceram esses programas durante as crises econômicas protegeram suas populações da experiência de piora em seu estado de saúde. Além disso, tiveram recuperação do crescimento econômico em prazo mais curto do que aqueles que fizeram seu ajuste fiscal por meio, inclusive, de cortes do gasto social. Programas que apoiem as pessoas desempregadas a se reinserirem no mercado de trabalho de forma ativa, de apoio às famílias, à paternidade e maternidade, de controle do preço e da disponibilidade de bebidas alcóolicas, de alívio das dívidas e de fortalecimento do capital social são apontados como relevantes para a mitigação dos efeitos negativos das crises econômicas (Wahlbeck e McDaid, 2012).

A questão da eficiência do gasto com saúde é a terceira medida apontada pela OMS. Não há dúvidas de que é preciso melhorar o desempenho do sistema de saúde e de otimizar o uso dos recursos disponíveis. Esta é uma questão para a qual, aparentemente, existe consenso. O grande desafio é o de superar a visão de curto prazo para adotar medidas cujos resultados serão colhidos no médio e longo prazos. É claro que algumas medidas podem resultar em benefícios em período mais curto, como as decisões para incorporação ou desincorporação de tecnologias em saúde informadas por avaliações econômicas, mas muitas outras dependem de investimentos para melhorar as capacidades dos servidores públicos, os sistemas de informação, a infraestrutura para uso de recursos de informática, etc. É difícil imaginar que seja possível reduzir o orçamento da saúde antes e esperar a melhora do desempenho do sistema de saúde para que os ganhos de produtividade compensem a redução do gasto. Parece que as medidas que vão efetivamente contribuir para que o sistema ganhe eficiência dependem fortemente de decisão política e de visão de médio e longo prazos.

Ainda em relação às medidas propostas para mitigar os efeitos da crise sobre a saúde, a OMS recomenda a ampliação das cooperações, as quais possibilitam troca de experiências relevantes, o monitoramento e o uso da pesquisa na informação de políticas e, no caso dos países mais pobres, que os doadores mantenham o aporte de recursos para financiamento da oferta de bens e serviços. Observa-se que na questão do monitoramento e uso da pesquisa mais uma vez as evidências científicas são colocadas em destaque no processo de tomada de decisão.

Em resumo, as principais recomendações são: i) uso de evidências no processo de tomada de decisão, sejam como experiências, dados e informações produzidos nos e por gestores dos sistemas de saúde, sejam aquelas oriundas de pesquisas científicas; ii) preservação do gasto com políticas sociais; e iii) aumento da efetividade e da eficiência do gasto com saúde.

Os desafios para os sistemas de saúde da Europa e de outros países ao redor do mundo são os de garantir o acesso a bens e serviços de saúde em termos de equidade e qualidade, ao mesmo tempo em que são introduzidas políticas que possibilitem ganhos de eficiência e contribuam para sua sustentabilidade no médio e longo prazo (Rivadeneyra-Sicilia et al, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre as limitações do presente estudo, é importante mencionar que a busca das evidências foi feita em apenas uma base de dados de literatura científica. Ainda que seja considerada uma das mais relevantes, senão a mais importante base de dados para a temática da saúde, sempre existe a possibilidade de que revisões sistemáticas ou narrativas tenham sido publicadas sobre o objeto deste trabalho, mas não estejam indexadas à PubMed. Neste caso, perder-se-ia a possibilidade de incluir os achados de outros estudos.

Outra questão relevante, como apontam diversos autores das revisões incluídas neste trabalho, é que há grande heterogeneidade metodológica entre os estudos considerados por eles mesmos, dificultando a realização de análises quantitativas a partir das evidências produzidas em cada pesquisa. Com isso não se testam teorias e/ou hipóteses, mas sim possibilita-se a formulação de teorias e/ou hipóteses, na medida da produção de sínteses configurativas.

Partindo-se para algumas conclusões, destaca-se que as evidências produzidas a partir da literatura científica revelam amplos efeitos negativos das crises econômicas sobre o estado de saúde da população, especialmente sobre a saúde mental, com aumento significativo dos casos de suicídio em algumas situações. A depressão e a ansiedade foram as doenças mais reportadas nesses trabalhos. Em relação ao sistema de saúde, verificou-se que cortes do orçamento da saúde afetam a capacidade de resposta dos serviços e isso pode aumentar o impacto negativo da crise sobre a situação de saúde.

Em resumo, as lições que podemos aprender são que: 1) as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades; 2) as crises econômicas podem piorar a situação de saúde da população; 3) as medidas de

austeridade fiscal que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral; e 4) a preservação dos programas de proteção social é medida importante para proteção da saúde da população e para a retomada do crescimento econômico em prazo mais curto.

Assim, no debate atual sobre a crise econômica, o *deficit* público no Brasil e sobre as medidas de ajuste fiscal apresentadas, é preciso considerar outras variáveis na problematização da questão e na discussão de soluções. Para além do prejuízo para a efetivação do direito à saúde no país, o congelamento do gasto com saúde por vinte anos, com consequente redução do valor *per capita* alocado, conforme proposto por meio da PEC 241/2016, pode ter ação catalisadora dos efeitos negativos da atual crise econômica para a saúde dos brasileiros, reduzindo ao mesmo tempo o efeito multiplicador que a saúde tem para o PIB.

Não à toa, essas evidências fizeram com que economistas do FMI revissem suas prescrições aos países para o enfrentamento das crises econômicas, reconhecendo que algumas políticas podem deteriorar as condições sociais de uma população, afetando particularmente os grupos mais vulneráveis, e podem colocar em risco uma expansão durável da economia (Ostry, Loungani e Furceri, 2016).

## REFERÊNCIAS


ABRAHÃO, J.; MOSTAFA, J.; HERCULANO, P. Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. Comunicados do Ipea 75. Brasília, 2011. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4634/1/Comunicados_n75_Gastos_com.pdf. Acesso em: 19 ago. 2016.

ATALLAH, A.N. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (orgs). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em:< http://www.centrocochranedobrasil.org.br/apl/artigos/artigo_516.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BACIGALUPE, A.; ESCOLAR-PUJOLAR, A. The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far? **Int J Equity Health**, v. 13, n. 52, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Conta-Satélite de Saúde Brasil: 2010 – 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Proposta de Emenda à Constituição nº 241, de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, 2016. Disponível em: < http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>. Acesso em 18 jul. 2016.

CANTERBERRY, E.R. **The rise and fall of global austerity**. London: World Scientific, 2015.

CHRISTIAN, P. Impact of the economic crisis and increase in food prices on child mortality: exploring nutritional pathways. **J Nutr**., v. 140, n. 1, p. 177S-81S, 2010.

CLEMENS, T.; MICHELSEN, K.; BRAND, H. Supporting health systems in Europe: added value of EU actions? **Health Econ Policy Law**., v. 9, n. 1, p. 49-69, 2014.

DILLMAN, J.; MANCAS, B.; JACOBY, M.; RUTH-SAHD, L. A review of the literature: differences in outcomes for uninsured versus insured critically ill patients: opportunities and challenges for critical care nurses as the Patient Protection and Affordable Care Act begins open enrollment for all Americans. **Dimens Crit Care Nurs**., v. 33, n. 1, p. 8-14, 2014.

FALAGAS, M.E.; VOULOUMANOU, E.K.; MAVROS, M.N.; KARAGEORGOPOULOS, D.E. Economic crises and mortality: a review of the literature. **Int J Clin Pract**., v. 63, n. 8, p. 1128-35, 2009.

GLONTI, K.; GORDEEV, V.S.; GORYAKIN, Y.; REEVES, A.; STUCKLER, D.; MCKEE, M.; ROBERTS, B. A systematic review on health resilience to economic crises. **PLoS One**., v. 10, n. 4, e0123117, 2015.

GOEIJ, M.C.; SUHRCKE, M.; TOFFOLUTTI, V.; VAN DE MHEEN, D.; SCHOENMAKERS, T.M.; KUNST, A.E. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. **Soc Sci Med**., v. 131, p. 131-46, 2015.

GOUGH, D.; OLIVER, S.; THOMAS, J. **An introduction to systematic reviews**. London: Sage Publications, 2012.

GRANADOS, J.A.T.; RODRIGUEZ, J.M. Health, economic crisis, and austerity: a comparison of Greece, Finland and Iceland. **Health Policy**, v. 119, n. 7, 941-53, 2015.

GUNNLAUGSSON, G. Child health in Iceland before and after the economic collapse in 2008. **Arch Dis Child**., v. 101, n. 5, p. 489-96, 2016.

HAW, C.; HAWTON, K.; GUNNELL, D.; PLATT, S. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. **Int J Soc Psychiatry**, v. 61, n. 1, p. 73-81, 2015.

HIGGINS, J.P.T.; GREEN, S. (Editors). **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions.** Cochrane Book Series. Chichester: Wiley-Blackwell, 2008.

IFANTI, A.A.; ARGYRIOU, A.A.; KALOFONOU, F.H.; KALOFONOS, H.P. Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. **Health Policy**, v. 113, n. 1-2, p. 8-12, 2013.

KARANILOLOS, M.; KENTIKELENIS, A. Health inequalities after austerity in Greece. **International Journal of Equity in Health**, v. 15, n. 83, 1-3.

KENTIKELENIS, A. Bailouts, austerity and the erosion of health coverage in Southern Europe and Ireland. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 3, p. 366-67, 2015.

LABONTÉ, R.; STUCKLER, D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. **J Epidemiol Community Health**, v. 0, p. 1-7, 2015.

LAVIS, J. N.; OXMAN, A.D.; LEWIN, S.; FRETHEIM, A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. **Health Res Policy Syst**, v. 7, Suppl 1, I1, 2009.

LAVIS, J.N.; PERMANAND, G.; OXMAN, A.D.; LEWIN, S.; FRETHEIM, A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 13: Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. **Health Res Policy Syst**., v. 7, Suppl 1, S13, 2009.

LEGIDO-QUIGLEY, H.; KARANIKOLOS, M.; HERNANDEZ-PLAZA, S.; FREITAS, C.; BERNARDO, L.; PADILLA, B.; MACHADO, R.S.; DIAZ-ORDAZ, K.; STUCKLER, D.; MCKEE, M. Effects of the finantial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. **Health Policy**, v. 120, n. 7, p. 833–839, 2016.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **Assessing the impact of severe economic recession on the elderly.** Summary of a Workshop. Washington: The National Academic Press, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Módulo II - Conceito de evidência e de políticas de saúde informadas por evidência. In: CAMPUS VIRTUAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Curso introdutório: políticas informadas por evidências**. Brasília, 2015a. Disponível em: < http://www.aulas.cvspbrasil.fiocruz.br/>. Acesso em: 18 jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Módulo VI - Busca, avaliação e síntese de evidências. In: CAMPUS VIRTUAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Curso introdutório: políticas informadas por evidências**. Brasília, 2015b. Disponível em: < http://www.aulas.cvspbrasil.fiocruz.br/>. Acesso em: 18 jul. 2016.

OSTRY, J.D.; LOUNGANI, P.; FURCERI, D. Neoliberalism: oversold? **Finance & Development**, v. 53, n. 2, p. 38-41, 2016.

PETTICREW, M.; ROBERTS, H. **Systematic reviews in the social sciences**. A practical guide. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.

QUAGLIO, G.; KARAPIPERIS, T.; VAN WOENSEL, L.; ARNOLD, E.; MCDAID, D. Austerity and health in Europe. **Health Policy**, v. 113, p. 13-19, 2013.

REEVES, A.; MCKEE, M.; STUKLER, D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 3, p. 364-65, 2015.

RILEY, E.D.; GANDHI, M.; HARE, C.; COHEN, J.; HWANG, S. Poverty, unstable housing, and HIV infection among women living in the United States. **Curr HIV/AIDS Rep**., v. 4, n. 4, p. 181-6, 2007.

RIVADENEYRA-SICILIA, A.; LORENZO, S.M.; PURROY, C.A.; CALDERÓN, S.M. Lecciones desde fuera. Otros países em ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. **Gaceta Sanitaria**, v. 28, n. S1, 12-17, 2014.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x revisão narrativa. Editorial. **Acta Paul Enferm**., v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SILVA, V.; GRANDE, A.J.; CARVALHO, A.P.V.; MARTIMBIANCO, A.L.C.; RIERA, R. Overview de revisões sistemáticas – um novo tipo de estudo. Parte II. **Diagn. Tratamento**, v. 19, n. 1, p. 29-41, 2014.

SILVA, V.; GRANDE, A.J.; MARTIMBIANCO, A.L.C.; RIERA, R.; CARVALHO, A.P.V. Overview de revisões sistemáticas – um novo tipo de estudo. Parte I: Por que e para quem? **Diagn Tratamento**., v. 17, n. 4, p. 95-200, 2012.

SIMOU, E.; KOUTSOGEORGOU, E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. **Health Policy**, v. 115, n. 2-3, p. 111-119, 2014.

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economic: why austerity kills**. New York: Basic Books, 2013.

STUCKLER, D.; BASU, S.; SUHRCKE, M.; MCKEE, M. The health implications of financial crisis: a review of the evidence. **Ulster Med J**., v. 78, n. 3, p. 142-5, 2009.

STUCKLER, D.; BASU, S.; SUHRCKE, M.; COUTTS, A.; MCKEE, M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. **Lancet**, v. 374, p. 315-23, 2009.

SUHRCKE, M.; STUCKLER, D.; SUK, J.E.; DESAI, M.; SENEK, M.; MCKEE, M.; TSOLOVA, S.; BASU, S.; ABUBAKAR, I.; HUNTER, P.; RECHEL, B.; SEMENZA J.C. The impact of

economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. **PLoS One**, v. 6, n. 6, e20724, 2011.

UUTELA, A. Economic crisis and mental health. **Curr Opin Psychiatry**, v. 23, n. 2, p. 127-30, 2010.

VAN HAL, G. The true cost of the economic crisis on psychological well-being: a review. **Psychol Res Behav Manag.,** v. 8, p.17-25, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The financial crisis and global health. Report of a High-Level consultation. Geneva: World Health Organization, 2009.

ZIVIN, K.; PACZKOWSKI, M.; GALEA, S. Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities. **Psychol Med.**, v. 41, n. 7, p. 1343-8, 2011.

WAHLBECK K, MACDAID D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. **World Psychiatry**, v. 11, n. 3, p. 139-145, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Macroeconomics and health**: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization, 2001.

## APÊNDICE METODOLÓGICO

Para a elaboração desta nota técnica, realizou-se uma revisão de revisões sistemáticas e narrativas de literatura científica. As revisões são uma forma de pesquisa que utilizam fontes de informações bibliográficas, sendo categorizadas em dois tipos: as revisões sistemáticas e as revisões narrativas. As primeiras consistem em revisão planejada com o objetivo de responder a determina pergunta, utilizando-se de métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar os estudos, e as segundas têm por objetivo principal descrever o estado da arte de determinado assunto, sem necessariamente informar as fontes de informação, a metodologia para busca dos artigos, nem os critérios empregados para avaliação e seleção dos trabalhos (Rother, 2007).

As revisões sistemáticas observam um conjunto de métodos científicos para limitar o erro sistemático (viés), a fim de responder uma ou mais questões formuladas. Elas dão sentido ao grande volume de informação que se produz a partir de estudos primários e são um meio de contribuir com a formulação de respostas para questões sobre o funcionamento ou não de determinadas intervenções (Higgins e Green, 2008; Petticrew e Roberts, 2006). As revisões narrativas também têm sua utilidade. Em geral, são feitas por especialistas em determinada área do conhecimento e oferecem valioso resumo sobre assunto específico, não tendo pretensão outra do que apresentar uma visão geral das pesquisas sobre este tema (Petticrew e Roberts, 2006).

As revisões sistemáticas chamam a atenção de políticos e tomadores de decisão que estão interessados na tomada de decisão informada por evidências. Esses atores estão sob pressão para buscar na pesquisa soluções para problemas de política e para justificar programas por referência à base do conhecimento. Para os tomadores de decisão, as revisões sistemáticas podem oferecer resumo robusto e honesto da evidência mais confiável, ou seja, um valioso pano de fundo no qual as decisões sobre políticas podem ser tomadas (Petticrew e Roberts, 2006). Essas revisões também têm um papel relevante na produção do conhecimento e são parte do processo de interpretação e aplicação dos resultados de pesquisa em benefício da sociedade (Gough, Oliver e Thomas, 2012).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2015b), oferecem as seguintes vantagens em comparação com os estudos isolados para caracterizar a eficácia de uma opção em política: i) diminuem a probabilidade de que os tomadores de decisão sejam induzidos pela pesquisa (por serem mais sistemáticas e transparentes na busca, seleção, avaliação e síntese de estudos); ii) melhoram a confiança entre os formuladores políticos sobre os resultados de determinada intervenção, uma vez que consideram os achados de vários estudos); iii) possibilitam que os tomadores de decisão ganhem tempo e foquem seus esforços na avaliação da aplicabilidade dos

achados das revisões à realidade local; e iv) possibilitam que os diferentes grupos de interesse possam discutir as evidências apresentadas.

Quanto aos aspectos metodológicos, as revisões sistemáticas são realizadas em algumas etapas: i) definição da equipe de revisão; ii) estabelecimento da questão de revisão e da metodologia: formulação da pergunta, quadro conceitual e abordagem; iii) definição da estratégia de busca: pesquisa e varredura da literatura para inclusão de estudos utilizando critérios de elegibilidade; iv) descrição das características dos estudos: codificação dos trabalhos para agrupamento e elaboração de esquema conceitual; v) avaliação da qualidade e relevância dos estudos; vi) síntese dos resultados: uso do esquema conceitual, códigos dados aos estudos e julgamentos sobre a qualidade dos trabalhos; e vii) uso das revisões: interpretação e comunicação dos resultados (Gough, Oliver e Thomas, 2012).

Mais recentemente surgiram as revisões de revisões sistemáticas, também chamadas de *overview* de revisões sistemáticas, que são um tipo específico de estudo, voltado especialmente para os tomadores de decisão, com o objetivo de sintetizar e integrar as informações de vários estudos, a fim de reduzir as incertezas no processo decisório de políticas públicas (Silva et al, 2012; Silva et al, 2014). São particularmente úteis para a informação de políticas de saúde, considerando a crescente produção científica nesta área e a necessidade de tomar decisões apoiadas pela melhor evidência disponível.

Para a elaboração de resumos de evidências para políticas, recomenda-se que os resultados das revisões de revisões sistemáticas sejam apresentados em um documento sintético, que contemple os seguintes aspectos: i) discussão de uma questão de alta prioridade e descrição do contexto em que a questão está sendo discutida; ii) descrição dos problemas, custos e consequências das opções, para discutir as questões-chave de implementação; iii) emprego de métodos transparentes para identificar, selecionar e avaliar a evidência científica sintetizada; iv) consideração da qualidade, aplicabilidade local e equidade na discussão da evidência científica; v) formato padronizado, contendo, por exemplo, as mensagens-chave na primeira página e breve relatório dos achados nas páginas subsequentes; e vi) revisão quanto à qualidade científica e relevância para o sistema de saúde (Lavis et al, 2009).

Neste trabalho não se busca elaborar um resumo de evidências para a tomada de decisão em políticas específicas, ou seja, escolha entre diferentes opções de intervenção, mas sim sistematizar as evidências disponíveis sobre um problema de política mais amplo, qual seja, a possibilidade de deterioração do estado de saúde da população em momento de crise econômica e de ajuste fiscal que afete as políticas sociais, especialmente a política de saúde. Ainda que com essa diferença de abordagem, as recomendações para a elaboração de resumo de evidências para políticas são úteis e parte delas aplicáveis na realização deste trabalho. Assim, a seguir, apresentam-se as perguntas orientadoras desta revisão, a estratégia de busca da

literatura, os critérios de inclusão dos trabalhos, a sistematização dos resultados e a forma de apresentação da síntese das evidências.

As perguntas que orientaram esta revisão são: quais os efeitos das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal sobre a situação de saúde e sistema de saúde das populações afetadas e quais medidas podem ser adotadas para mitigar os possíveis efeitos negativos das crises econômicas?

A estratégia de busca adotada foi a de pesquisa de artigos de revisões sistemáticas e narrativas indexadas à base de dados da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (Pubmed), publicadas no período de junho de 2006 a maio de 2016 (últimos 10 anos). Foram utilizados os termos a seguir, no título ou resumo dos textos: ((crise financeira OU crise econômica OU recessão econômica OU austeridade) E (sistema de saúde OU política de saúde OU estado de saúde OU saúde)).[2]

Os critérios de inclusão dos artigos foram: a) texto completo da publicação nos idiomas português, inglês ou espanhol; b) revisão sistemática ou revisão narrativa como desenho do estudo; c) situação de saúde da população geral, de grupos específicos ou situação do sistema de saúde como objetos dos estudos; e d) crises econômicas ou medidas de austeridade como variáveis independentes.

Os artigos foram separados por tipo de revisão, se sistemática ou narrativa, em virtude da qualidade da evidência produzida. Como as revisões sistemáticas passam por processo mais rigoroso quanto ao desenho do estudo, a informação gerada é considerada mais robusta, na medida dos esforços feitos para rastrear sistematicamente os estudos realizados, a fim de responder determinada questão de pesquisa, evitando-se viés de seleção, o que não ocorre nas revisões narrativas.

Elaborou-se uma síntese configurativa dos estudos (Gough, Oliver e Thomas, 2012). A sistematização dos resultados foi feita por temas, classificando-os em três categorias quanto às consequências das crises econômicas e das medidas de austeridade encontradas: i) sociais mais amplas; ii) para a situação de saúde e iii) para o sistema de saúde. Em relação à proteção social, buscou-se identificar medidas para mitigação dos efeitos das crises sobre a situação de saúde das populações.

Com base nas evidências encontradas, produziu-se um diagrama a fim esquematizar as relações entre os efeitos observados (consequências) deflagrados pelas crises econômicas e medidas de austeridade fiscal, com o objetivo de resumir e facilitar a leitura dos resultados.

[2] Estratégia de busca em inglês: Search (((finantial crisis[Title/Abstract] OR economic crises[Title/Abstract] OR economic recession[Title/Abstract] OR austerity[Title/Abstract])) AND (health system[Title/Abstract] OR health policy[Title/Abstract] OR health status[Title/Abstract] OR health[Title/Abstract])) AND "last 10 years"[PDat])) AND review[Publication Type] Filters: published in the last 10 years.