



TERRITÓRIO E SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CRISE

Paula Santana (Coordenação)

2.1 A saúde mental e a crise económica

Manuela Silva ⁽¹⁾, Graça Cardoso ^(1, 2), Benedetto Saraceno ⁽²⁾ e José Caldas de Almeida ^(1, 2)

(1) Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

(2) Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_5

As crises económicas são consideradas períodos de alto risco para o bem-estar mental da população e, desde o início da atual crise económica, vários autores e várias organizações, nacionais e internacionais, vêm alertando para a necessidade de considerar este risco e de tentar minorar o seu impacto. A investigação sugere que as dificuldades financeiras e a incerteza económica aumentam a vulnerabilidade a problemas de saúde mental. Fatores como o desemprego, o empobrecimento, o endividamento e a perda de estatuto socioeconómico estão associados ao agravamento de perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, consumo de substâncias e suicídio.

As sociedades podem ser mais ou menos resistentes às crises económicas. A evidência disponível indica que políticas contracíclicas que apoiem as redes de saúde e de segurança social podem minorar os potenciais efeitos negativos da recessão. Cuidados de saúde acessíveis e programas ativos do mercado de trabalho, de apoio familiar e de alívio da dívida são algumas das recomendações para minimizar os riscos acrescidos para a saúde mental durante as recessões.

Economic crises are periods of high risk for mental well-being. Since the beginning of the current economic crisis, several experts and organisations, both national and international, have pointed out the need to address this risk and minimize its impact.

Research suggests that financial hardship and economic uncertainty increase the vulnerability to mental health problems. Factors such as unemployment, impoverishment, indebtedness, and loss of socioeconomic status are associated with depressive disorders, anxiety disorders, substance abuse and suicide.

Societies can be more or less resistant to economic crises. Evidence indicates that the potential negative effects of recessions can be mitigated by countercyclical policies that may support health and social safety nets. Accessible health care, active labour market support programmes, family and parenting support programmes and debt relief programmes are some of the recommendations to minimize the increased mental health risks during downturns.

1. Introdução

Desde 2008, muitos países vivem uma grave crise econômica, com queda significativa na atividade econômica, aumento do desemprego e da pobreza e cortes significativos nos gastos públicos.

Tem suscitado preocupação o impacto que a atual crise econômica poderá ter na saúde mental. Na verdade, existe a percepção geral, não apenas no meio acadêmico e no meio científico, que a saúde mental é precoce e particularmente atingida pela incerteza e pelas mudanças adversas de estatuto socioeconômico que acompanham uma crise econômica.

Este artigo pretende reunir a evidência científica sobre o impacto da crise econômica na morbidade psiquiátrica e perceber quais os mecanismos mediadores e moderadores dessa relação. Tem também por objetivo sistematizar as estratégias e intervenções que comprovadamente contribuem para a redução dos efeitos adversos da crise econômica na saúde mental.

2. Que impacto tem a crise econômica na saúde mental?

A saúde mental, que é muito mais do que a mera ausência de doença mental, é a base do bem-estar e do funcionamento equilibrado dos indivíduos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental é um estado de bem-estar subjetivo, que permite que o indivíduo concretize as suas potencialidades intelectuais, estabeleça relações interpessoais satisfatórias, enfrente as crises da sua vida, trabalhe de forma produtiva e dê um contributo para a sua comunidade (WHO 2014).

Os estudos epidemiológicos têm demonstrado que as perturbações psiquiátricas e as relacionadas com a utilização de álcool e de outras substâncias estão entre as principais causas da carga global das doenças, tendo aumentado 37,6% entre 1990 e 2010 (Whiteford et al. 2015). Em 2010, representaram 10,4% da carga global de doença (DALYs), 2,3% do número global de anos perdidos por morte prematura como consequência da

doença (YLLs) e 28,5% do número global de anos vividos com incapacidade (YLDs), tendo sido a principal causa de anos vividos com incapacidade (Whiteford et al. 2015).

“O bem-estar mental ou psicológico é influenciado não só por características ou atributos individuais, mas também pelas circunstâncias socioeconômicas em que as pessoas se encontram e pelo ambiente mais amplo em que vivem” (WHO 2012). Assim, a saúde mental de uma pessoa num determinado momento da sua vida é determinada por múltiplos fatores, que são sociais, psicológicos e biológicos.

Pobreza (Bruce, Takeuchi & Leaf 1991; Martikainen et al. 2003; WHO 2004), períodos de insegurança econômica (Fisher & Baum 2010), dificuldades financeiras (Zimmerman & Katon 2005; Skapinakis et al. 2006; Jenkins et al. 2008; Molarius et al. 2009), um baixo nível de educação (Power & Manor 1992; Dalgard et al. 2007), falta de apoio social (Stansfeld 1999), a exclusão social (Weich & Lewis 1998; Muntaner et al. 2004), controlo reduzido sobre o trabalho e a vida familiar (Ferrie et al. 2002), acontecimentos de vida críticos (Kendler, Kuhn & Prescott 2004), abuso ou negligência infantil (Schilling, Aseltine & Gore 2008; Kessler et al. 2010), insegurança laboral (Reine, Novo & Hammarström 2008) e desemprego (Montgomery et al. 1999) são riscos psicossociais que se acumulam ao longo da vida e que aumentam a probabilidade de uma pessoa ter problemas de saúde mental e morte prematura. Quanto maior a desvantagem social mais frequentes são estes fatores de risco, explicando a maior vulnerabilidade aos problemas de saúde mental.

A investigação indica que períodos de rápida mudança econômica e de mudança adversa do estatuto socioeconômico se traduzem em riscos adicionais para a saúde mental (Friedman & Thomas 2008). Como resultado da grave recessão econômica que atualmente vivemos, desencadeada pela crise financeira em 2008 nos EUA, observou-se em vários países uma baixa sustentada do Produto Interno Bruto, uma redução dos gastos públicos em saúde por pes-

soa e uma diminuição do compromisso dos governos com a saúde (WHO Regional Office for Europe 2014). Desde 2007 assistiu-se na União Europeia a uma subida das taxas de desemprego, a uma descida do rendimento médio, principalmente das pessoas já com menores rendimentos, e ao aumento da desigualdade de rendimentos. Muitas pessoas e famílias enfrentam hoje crescente pressão financeira e insegurança, com um aumento da percentagem de pessoas em risco de pobreza ou de exclusão social, e com um risco acrescido de viver problemas de saúde mental (WHO Regional Office for Europe 2014). Os efeitos negativos da crise são suscetíveis de se concentrar em alguns dos grupos mais vulneráveis, menos visíveis na sociedade e mais difíceis de alcançar pelos investigadores (WHO Regional Office for Europe 2012).

Em Portugal, como em muitos outros países, as principais consequências da crise têm sido a redução dos rendimentos, o aumento do desemprego e os cortes nos orçamentos das políticas públicas. Já antes do início da crise económica era conhecida a grave situação da saúde mental dos portugueses: o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado em 2009, mostrou uma prevalência anual de 22,9% e uma prevalência ao longo da vida de 42,7% para as perturbações psiquiátricas em Portugal, situando-se entre as taxas de prevalência mais elevadas na Europa (Caldas-de-Almeida & Xavier 2013). Por esta razão, há uma particular preocupação quanto aos potenciais efeitos negativos da atual crise económica na saúde mental dos portugueses. É plausível supor que estará a aumentar a exclusão social dos grupos vulneráveis (crianças, idosos, famílias monoparentais, desempregados, minorias étnicas, migrantes, sem-abrigo e utilizadores de substâncias), das pessoas de baixos rendimentos e das pessoas que vivem perto do limiar de pobreza, aumentando as desigualdades em saúde.

Fizemos uma revisão da literatura para resumir o que se sabe sobre o impacto das crises económicas na saúde mental da população.

2.1 Evidência de recessões anteriores

A experiência de anteriores crises económicas (Grande Depressão, choques do petróleo da década de 70, o colapso da União Soviética e a crise do Sudeste Asiático de 1997) sugere que as recessões, especialmente quando acompanhadas por aumento do desemprego, são prejudiciais para a saúde mental.

A crises económicas são um claro risco para o aumento do suicídio e da mortalidade relacionada com o álcool (Stuckler et al. 2009; Stuckler, Basu & McKee 2010; Suhrcke et al. 2011). Foi o que se observou durante a Grande Depressão nos Estados Unidos em 1929-1937, apesar de então ter havido uma diminuição da mortalidade global por redução das doenças infecciosas e dos acidentes rodoviários (Fishback, Haines & Kantor 2007). A recessão após o colapso da União Soviética, no início dos anos 90, traduziu-se em aumentos da mortalidade global de até 20% em alguns países (Stuckler, King & McKee 2009). É interessante perceber que as consequências adversas das rápidas reformas económicas na ex-União Soviética foram menores nos países em que muitas pessoas eram membros de organizações sociais, como sindicatos, grupos religiosos ou clubes desportivos (Stuckler, King & McKee 2009).

Os dados disponíveis sugerem que a crise económica do Sudeste Asiático da década de 90 aumentou as desigualdades na depressão relacionadas com o rendimento (Hong, Knapp & McGuire 2011) e a mortalidade por suicídio em alguns países (Chang et al. 2009). Este aumento da mortalidade por suicídio esteve associado ao aumento do desemprego. Saliente-se que as diferentes estratégias de recuperação dos países afetados se traduziram em diferentes resultados em saúde: a Tailândia e a Indonésia, que reduziram os gastos com a proteção social, tiveram aumentos da mortalidade global no curto prazo, enquanto que a Malásia, que manteve os programas de proteção social, não teve mudanças evidentes nas taxas de mortalidade (Waters, Saadah & Pradhan 2003; Hopkins 2006).

2.2 Evidência desta crise

Ainda não é conhecido o impacto integral da crise económica de 2008 na saúde, mas começam a surgir relatos de efeitos negativos na saúde mental. Tem havido um aumento significativo no número de suicídios em alguns países da União Europeia, muitas vezes revertendo uma anterior tendência constante de queda, e há alguma evidência de um aumento na prevalência de perturbações psiquiátricas (WHO Regional Office for Europe 2012). É importante repetir que as pessoas de grupos vulneráveis podem ser mais negativamente afetadas do que a população geral e que esta informação fica escondida nos dados agregados (WHO Regional Office for Europe 2012).

Os estudos realizados na Grécia, o país europeu mais atingido pela crise financeira, apontam para um agravamento da saúde mental da população (Economou et al. 2011; Madianos et al. 2011). Estudos transversais de âmbito nacional realizados em 2008 e 2009 (Madianos et al. 2011) e em 2011 (Economou et al. 2013a) encontraram uma associação entre depressão major e crise económica, particularmente no grupo das pessoas com dificuldades económicas graves.

Um estudo realizado nos cuidados de saúde primários em Espanha, em 2006-2007 e em 2010-2011, concluiu ter havido um aumento significativo da prevalência da maioria das perturbações psiquiátricas (Gili et al. 2013). O desemprego, as dificuldades de pagamento de hipotecas e os despejos foram os principais fatores de risco. Outros estudos em Espanha mostraram um agravamento da saúde mental nos homens (Bartoll et al. 2014) e nos trabalhadores migrantes (Agudelo-Suárez et al. 2013). Na Eslovénia, a sintomatologia depressiva e ansiosa aumentou significativamente após a crise económica entre os trabalhadores do setor privado e do setor público (Avčín et al. 2011). Um inquérito epidemiológico em Inglaterra concluiu que a saúde mental nos homens se deteriorou nos dois anos após o início da atual recessão (Katikireddi, Niedzwiedz & Popham 2012). Estudos em Alberta, Canadá (Wang et al. 2010) e em Hong Kong, China (Lee et al. 2010), concluíram que a atual crise econó-

mica esteve associada a um aumento no risco de perturbação depressiva major. Na Irlanda, a felicidade média auto-avaliada diminuiu de forma constante e significativa entre 2005 e 2012 e a utilização de medicação sedativa e tranquilizante (mas não de antidepressivos) aumentou (Kelly e Doherty 2013). Na Islândia, o sofrimento psicológico pode ter aumentado após o colapso económico, especialmente entre as mulheres de grupos economicamente vulneráveis (Hauksdóttir et al. 2013). Em Portugal houve entre 2004 e 2012 um aumento na incidência anual estimada de primeiros episódios de depressão nos cuidados de saúde primários (Rodrigues et al. 2014). Em 2011, 2012 e 2013 verificou-se um aumento do registo de utentes com perturbações mentais nos cuidados de saúde primários em todos os diagnósticos, nas cinco regiões de saúde de Portugal Continental (DGS 2014).

Devido aos grandes atrasos na publicação de dados de mortalidade em muitos países, apenas se podem tirar conclusões preliminares sobre os efeitos da atual crise na Europa. No entanto, a investigação até à data confirma um aumento no número de suicídios nos países mais afectados (Stuckler et al. 2011). Após a crise económica de 2008, as taxas de suicídio aumentaram em 54 países europeus e americanos, particularmente nos homens e nos países com níveis mais elevados de perda de emprego (Chang et al. 2013). Antonakakis & Collins (2015) investigaram o impacto da austeridade fiscal na mortalidade por suicídio em cinco países periféricos da Zona Euro (Grécia, Irlanda, Itália, Portugal e Espanha), no período 1968-2012. Controlando várias diferenças socioeconómicas, estes autores concluíram que a austeridade esteve associada a aumentos do suicídio em homens do grupo 65-89 anos, a curto, médio e longo prazo. Observou-se um aumento das taxas de suicídio na Grécia (Simou & Koutsogeorgou 2014), na Irlanda (Kelly & Doherty 2013) e nos EUA (Reeves et al. 2012), bem como da taxa de suicídio masculino em Inglaterra (Barr et al. 2012) e em Itália (Pompili et al 2014). Em Portugal, entre 2008 e 2012 verificou-se uma mudança nos padrões do suicídio que provavelmente se deve à crise económica: a tradicional oposição norte/sul ate-

nuou-se, o padrão urbano/rural acentuou-se e quanto maior a ruralidade e a privação material, maior foi o risco de suicídio nos homens, mas não nas mulheres (Santana et al. 2015).

Estudos nacionais mostram que na Grécia houve um aumento substancial na prevalência de ideação suicida e de tentativas de suicídio reportadas (Economou et al. 2013b), enquanto que em Espanha a atual prevalência de ideação suicida e de tentativas de suicídio é semelhante à encontrada há dez anos (Miret et al. 2014).

3. Porque é que a crise económica tem impacto na saúde mental?

É fundamental perceber quais os mecanismos mediadores e moderadores do impacto da crise económica na saúde mental para poder desenhar estratégias e implementar intervenções efetivas que reduzam os efeitos adversos.

Em períodos de crise económica, os fatores protetores da saúde mental são enfraquecidos, os fatores de risco são reforçados e a saúde mental é negativamente afetada. À medida que o nível socioeconómico decresce, devido ao desemprego, empobrecimento e endividamento, as pessoas vivem maior incerteza, insegurança e perda, instalando-se a desesperança e os problemas de saúde mental. À subjetividade dos sentimentos de incerteza (financeira, laboral, em relação ao futuro) e de perda (de rendimento, de emprego, de rede social, de estatuto socioeconómico, de autoestima) associa-se muitas vezes um acesso a cuidados de saúde que é objetivamente inadequado e tardio, culminando no estabelecimento e/ou agravamento de uma perturbação psiquiátrica.

3.1 Pobreza e baixo estatuto socioeconómico

A investigação tem mostrado que o conceito de “pobreza” deve ser ampliado, não se podendo limitar ao indicador “rendimento”. Assim, do ponto de vista epidemiológico, pobreza equivale a baixo

estatuto socioeconómico (ESE), ou seja, baixo rendimento, desemprego, baixo nível de educação e baixa posição da família na hierarquia social.

Existe uma relação estreita entre pobreza, problemas de saúde mental e perturbações psiquiátricas. Desde o início dos anos setenta, vários autores têm demonstrado que o estatuto socioeconómico está inversamente relacionado com as taxas de prevalência de perturbações psiquiátricas, como esquizofrenia e depressão major (Dohrenwend & Dohrenwend 1969; Dohrenwend & Dohrenwend 1974; Kohn, Dohrenwend & Mirotznik 1998; Husain, Creed & Tomenson 2000). Foi claramente demonstrado por Patel et al. (1999) e por Patel e Kleinman (2003) que as chamadas “doenças mentais comuns” são cerca de duas vezes mais frequentes nos pobres do que nos ricos e que a depressão é 1,5 a 2 vezes mais prevalente no grupo de mais baixo rendimento de uma determinada população. Estudos epidemiológicos na comunidade em diversos países e ao longo do tempo têm consistentemente identificado uma associação inversa entre o estatuto socioeconómico e as taxas de prevalência de esquizofrenia. Uma revisão crítica de Saraceno, Levav e Kohn (2005) mostrou que as pessoas de estatuto socioeconómico mais baixo têm um risco relativo de esquizofrenia 8 vezes superior ao das pessoas com ESE mais elevado (Holzer, Shea and Swanson 1986). As pessoas com esquizofrenia, quando comparadas com pessoas sem doença mental, têm 4 vezes maior probabilidade de estarem desempregadas (Robins, Locke and Regier 1991) e 3 vezes maior probabilidade de serem divorciadas (Cohen 1993).

O facto da prevalência de doença mental ser mais elevada em pessoas de estatuto socioeconómico mais baixo sugeriu que este poderia ser um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, devido à associação entre baixo estatuto socioeconómico e maior adversidade ambiental — a chamada “explicação de causalidade social”. No entanto, esta explicação foi seriamente contestada com o argumento de que a prevalência de doença mental seria superior nos grupos de estatuto socioeconómico mais baixo simplesmente porque as pessoas com doença

“desceriam” para grupos de estatuto socioeconómico inferior — “explicação de seleção social”. A hipótese da seleção social na esquizofrenia é apoiada por vários estudos, que mostram que as pessoas com esta doença “descem” ou não conseguem “subir” de um estatuto socioeconómico mais baixo. Como afirmado por Dohrenwend et al. (1992): “embora esta evidência deva ser confirmada em diferentes locais, com diferentes grupos étnicos, fornece suporte preliminar à explicação de seleção social”. A hipótese da causalidade social na depressão é apoiada pela maioria, mas não todos, os inquéritos epidemiológicos.

Uma revisão sistemática da literatura sobre a associação entre pobreza e doença mental comum em países em desenvolvimento concluiu que o baixo nível de educação era o indicador de pobreza mais consistentemente associado ao risco de doença mental (Patel & Kleinman 2003). Esta revisão de artigos que exploraram o mecanismo de associação entre pobreza e doença mental comum sugeriu um fraco nível de evidência para apoiar uma associação específica apenas entre pobreza e nível de rendimento. “Fatores como a experiência de insegurança e de desesperança, a mudança social rápida e os riscos de violência física e de problemas de saúde podem explicar a maior vulnerabilidade dos pobres às doenças mentais comuns” (Patel & Kleinman 2003). Outros estudos, em países desenvolvidos, têm demonstrado uma associação entre o baixo rendimento e a depressão (Kahn et al. 2000), havendo pouca evidência de uma associação entre a desigualdade de rendimentos e as doenças mentais comuns (Sturm & Gresenz 2002).

Como já foi referido, a educação desempenha um papel fundamental na associação entre a pobreza e as perturbações psiquiátricas: o analfabetismo (Araya et al. 2001; Araya et al. 2003) e um baixo nível de educação (Araya et al. 2003) são fatores de risco bem estabelecidos para problemas de saúde mental, e alguns estudos têm demonstrado até uma relação dose-resposta entre o nível de escolaridade e o risco de doença mental comum (Araya et al. 2001). Não há dúvida de que o baixo nível de educação pode representar um sério obstácu-

lo ao acesso ao mercado de trabalho e, consequentemente, a recursos financeiros (Husain, Creed & Tomenson 2000).

A fome, as condições precárias de habitação e as dívidas (Turunen & Hiilamo 2014) são igualmente fatores de risco significativos para as doenças mentais comuns.

Em conclusão, todas as desigualdades sociais e, de forma mais geral, todas as condições de exclusão e de sofrimento social podem fazer parte de um conceito mais amplo de pobreza e da sua associação com as doenças mentais.

De um ponto de vista epidemiológico e clínico, é importante perceber se a pobreza também afeta o curso e o prognóstico das doenças mentais. Saraceno e Barbui (1997) argumentaram que a existência de uma associação entre o estatuto socioeconómico e a evolução implicaria que as doenças mentais, como a depressão e a esquizofrenia, não poderiam ser geridas sem ter em consideração o ambiente de pobreza, incluindo a “pobreza de cuidados de saúde mental e de serviços relacionados”. Em paralelo com a hipótese etiológica biopsicosocial clássica, Saraceno (2004) defendeu ser necessário idêntico paradigma para a intervenção terapêutica: “A dimensão social da doença mental deve ser um componente intrínseco da intervenção e não apenas uma concessão ao modelo etiológico”, requerendo uma dimensão social do tratamento.

3.2 Desemprego

A evidência sugere que perder o emprego e estar desempregado aumenta o risco de problemas de saúde mental (Araya et al. 2003; WHO Regional Office for Europe 2012; Van Hal 2015). Vários estudos demonstraram que as pessoas desempregadas, quando comparadas com as pessoas com emprego, têm piores resultados em vários indicadores de saúde mental, com diferenças significativas em sintomas depressivos, sintomas de ansiedade, sintomas psicossomáticos, bem-estar subjetivo e autoestima (Paul, Geithner & Moser 2009; Uutela 2010). Quanto

maior a duração do desemprego, piores as suas consequências para a saúde mental. Para além disso, o efeito do desemprego na saúde mental é mais negativo em países com baixo nível de desenvolvimento económico, distribuição desigual dos rendimentos ou reduzidos sistemas de proteção de desemprego. Uma limitação de muitos destes estudos é o facto de se focarem na taxa de desemprego como a variável independente, quando o impacto da contração económica pode envolver elementos complexos, como a perda de investimento, a redução de rendimentos, o aumento do volume de trabalho e alterações do horário de trabalho.

A insegurança laboral está também significativamente associada às doenças mentais comuns (Ten Have, Van Dorsselaer & De Graaf 2015).

Como afirmam Patel e Kleinman (2003), "a investigação epidemiológica em muitos países em desenvolvimento tem atribuído as elevadas taxas de doença mental comum a fatores como a discriminação, o desemprego e viver um período de mudança social rápida e imprevisível".

O desemprego está também associado a uma maior utilização de cuidados de saúde e a taxas de mortalidade mais elevadas. Stuckler et al. (2009) investigaram de que forma as mudanças económicas na Europa nas últimas três décadas afetaram as taxas de mortalidade. Verificaram que aumentos rápidos e importantes do desemprego se associaram a subidas a curto prazo dos suicídios nos homens em idade ativa e nas mulheres. Para cada 1% de aumento do desemprego encontraram uma subida de 0,79% do suicídio em idades inferiores aos 65 anos. Estes efeitos adversos no suicídio eram mitigados quando havia um elevado investimento em programas ativos do mercado de trabalho (>\$190 por pessoa).

A associação entre desemprego e problemas de saúde mental também existe no sentido inverso, ou seja, ter problemas de saúde mental é um preditor significativo de desemprego (WHO 2012) e os períodos de crise económica podem agravar a exclusão social das pessoas com problemas de saúde mental (Evans-Lacko et al. 2013).

3.3 Dificuldades financeiras

As recessões podem prejudicar a saúde mental através de reduções na segurança financeira do agregado familiar, particularmente como resultado da perda de emprego.

Alguns estudos demonstraram uma associação significativa entre as doenças mentais comuns e a insegurança financeira e a diminuição drástica do rendimento. Araya et al. (2003) encontraram uma forte relação entre a redução abrupta de rendimento nos últimos seis meses e o risco de doença mental. Sundar (1999) estudou o suicídio de agricultores indianos e concluiu que o fenómeno (também estudado em países como o Chile, o Sri Lanka e alguns países da América Central) poderia ser visto como evidência do impacto da insegurança financeira na saúde mental. Diversos estudos (McLaughlin et al. 2012; Keene et al. 2015; Tsai 2015) encontraram uma associação entre a dificuldade no pagamento de hipotecas e/ou despejos e o risco de ter problemas de saúde mental. Esta associação seria mediada por sentimentos de estigmatização, vergonha, ocultação e isolamento (Keene et al. 2015) e pela crescente degradação do ambiente dos bairros de habitação (Tsai 2015). Como observado por Patel e Kleinman (2003), o impacto psicológico de viver na pobreza é muitas vezes mediado pela vergonha, o estigma e a humilhação da pobreza (Narayan et al. 2000).

4. O que fazer para reduzir o impacto da crise económica na saúde mental?

Analisando alguns exemplos de crises económicas passadas, concluímos que os resultados em saúde após uma recessão podem variar, dependendo em parte do contexto e das causas da crise, mas também da resposta do país. Assim, a partir do conhecimento das consequências esperadas e dos mecanismos que associam a crise económica à saúde mental, é preciso ação política para minorar os potenciais efeitos negativos da atual recessão. Os efeitos da crise económica na saúde mental podem não se manifestar de

imediate, pelo que é também essencial manter uma monitorização atenta da situação. A incapacidade de vigiar e de agir terá graves consequências, em termos humanos e económicos.

4.1 Melhorar a organização dos serviços de saúde

Durante as crises económicas, as populações têm maior necessidade de cuidados de saúde mental acessíveis, descentralizados e de qualidade. Dramaticamente, a redução dos orçamentos para as políticas públicas tem tido como consequência o corte nos gastos públicos com saúde nos países da OCDE (WHO Regional Office for Europe 2014), afetando a prestação de cuidados de saúde mental quando estes são mais cruciais. Infelizmente, essa redução dos orçamentos da saúde tem sido acompanhada de reestruturações dos serviços apenas guiadas pela poupança imediata, sem reformas do sistema de saúde baseadas na evidência.

Porém, em tempos de crise económica é particularmente importante melhorar a organização dos serviços de saúde (Wahlbeck & McDaid 2012). Para que isso se verifique, é fundamental que o poder político tenha prioridades claras e baseadas na evidência, bem como sensibilidade para o risco de opções erradas aumentarem as desigualdades em saúde, as necessidades não atendidas de cuidados de saúde e os problemas de saúde mental. É preciso mobilizar para o setor da saúde mental recursos financeiros públicos que sejam adequados e estáveis, sem passar os custos dos cuidados de saúde para os utentes e para as famílias. É desejável que os orçamentos sejam transparentes e gastos de forma eficiente e sem desperdícios. São fundamentais políticas contracíclicas de saúde que assegurem a cobertura universal de cuidados de saúde mental e que acelerem as reformas dos serviços (Wahlbeck & McDaid 2012).

Para responder às necessidades que surgem em tempos de crise económica, é essencial apostar nos cuidados de saúde mental na comunidade, em soluções inovadoras de proximidade e na integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. É crucial que os serviços de saúde men-

tal se adequem às mudanças sociais, laborais e de estatuto socioeconómico da população, que melhorem a deteção precoce dos problemas de saúde mental, da ideação suicida e do consumo excessivo de álcool e que dêem particular atenção aos grupos mais vulneráveis e à prevenção.

Durante as crises económicas fica particularmente evidente a insuficiência do modelo biomédico em dar resposta às necessidades da população. O paradigma biomédico é linear (danos do sistema nervoso central provocam uma condição de doença e o tratamento visa reparar esse dano), individualista (a saúde e a doença são determinadas pelo acesso a meios de tratamento e os recursos são destinados exclusivamente ao indivíduo) e não contextual (ignora as interações entre o indivíduo e seu ambiente). As ciências provaram a complexa interação entre genes, cérebro e meio ambiente. O modelo biomédico é simples, reconfortante e rápido, mas exclui uma abordagem mais abrangente, que considere a dimensão social do tratamento. A mudança de uma abordagem biomédica para uma abordagem biopsicossocial e para uma psiquiatria assente num paradigma de saúde pública levaria a importantes mudanças na formulação de políticas de saúde mental, na prática diária dos serviços e no estatuto social e no papel dos psiquiatras. Tais mudanças implicariam o empoderamento (*empowerment*) das profissões não médicas e dos utilizadores e das suas famílias. Implicariam também o reconhecimento da importância da comunidade e da cooperação entre setores (como a segurança social, a educação e a economia em geral) para a concretização dos cuidados. Em outras palavras, a dimensão biopsicossocial exige uma visão muito mais complexa e orientada para a comunidade.

4.2 Reforçar as políticas de proteção social

A evidência demonstra que as populações dos países com sistemas de proteção social mais fortes são aquelas cuja saúde mental é menos afetada pelas crises económicas e que diferentes respostas políticas às crises económicas podem resultar em diferentes resultados de saúde ao ní-

vel populacional (Van Hal 2015). A Organização Mundial de Saúde e diversos especialistas vêm defendendo a necessidade de políticas contracíclicas de proteção social, de redes de segurança social para os grupos mais vulneráveis e de programas ativos de emprego para os desempregados de forma a reduzir os efeitos negativos da crise sobre a saúde (Uutela 2010). Todas as propostas se baseiam num vasto corpo de literatura que indica que o investimento em medidas de apoio social é protetor da saúde mental, custo-efetivo e tem ganhos económicos a longo prazo que superam os custos imediatos.

Os programas ativos do mercado de trabalho têm por objetivo ajudar as pessoas a manter o emprego e a melhorar as perspetivas de que os desempregados encontrem um emprego remunerado. Estes programas incluem os serviços públicos de emprego, a formação para o mercado de trabalho, programas especiais para os jovens na transição da escola para o trabalho e programas para promover o emprego de pessoas com deficiência. Incluem ainda o apoio psicológico a grupos de pessoas desempregadas para promover a saúde mental e aumentar as taxas de reemprego (Wahlbeck & McDaid 2012).

Os programas de apoio à família incluem o apoio nos custos da educação dos filhos e nas despesas relacionadas com a maternidade e a licença parental (Wahlbeck & McDaid 2012).

Os programas de alívio da dívida pretendem orientar as pessoas para que não se sobreendividem, ajudar a enfrentar a dívida incontroável e apoiar no regresso a uma vida digna e economicamente ativa. Estes programas têm sido destacados como fundamentais para proteger a saúde mental. Também pode ser útil o acesso ao microcrédito, através de organizações como as cooperativas de crédito (Wahlbeck & McDaid 2012).

Particularmente importantes em tempos de crise são também as intervenções de combate à exclusão económica e de promoção da participação social dos indivíduos com problemas de saúde mental (Van Hal 2015).

4.3 Controlar o preço e a disponibilidade do álcool

Embora por vezes politicamente difícil de implementar, a decisão política de aumentar o preço do álcool e de restringir a sua disponibilidade resulta numa redução do consumo e dos riscos e das mortes associados às perturbações de utilização do álcool. Estas políticas de controlo devem ser complementadas com o acesso a intervenções dirigidas à patologia associada ao consumo de álcool (Wahlbeck & McDaid 2012).

4.4 Promover o reforço do capital social

O capital social é um importante fator de proteção, que deve ser reforçado em tempos de crise económica. A integração em redes sociais, como sindicatos, grupos religiosos ou clubes desportivos, a participação em atividades de grupo e a perceção de se ser útil na comunidade parecem constituir uma rede de segurança contra o efeito adverso na saúde mental das rápidas mudanças macroeconómicas (Wahlbeck & McDaid 2012).

4.5 Garantir uma cobertura responsável dos suicídios pelos media

Durante as crises económicas deve ser dada uma atenção especial à cobertura pelos *media* das notícias sobre suicídios. Se as notícias forem sensacionalistas ou fizerem descrições detalhadas, podem contribuir para o aumento do número de suicídios. Deve ser implementada uma estreita colaboração entre representantes dos meios de comunicação social e especialistas em saúde mental e devem ser acordadas em comum *guidelines* para as notícias sobre suicídios (Wahlbeck & McDaid 2012).

5. Conclusão

Este artigo procurou responder às questões de qual o impacto da crise económica na saúde mental, como é que se explica esse impacto e o que fazer para o minorar.

As crises económicas, por se traduzirem em desemprego, empobrecimento e insegurança, têm repercussões na saúde mental das pessoas, havendo um risco acrescido de perturbações depressivas e de ansiedade, do consumo de substâncias e de suicídio. Alguns grupos são mais vulneráveis ao efeito das crises económicas, nomeadamente o das pessoas que ficam desempregadas e o das pessoas com dívidas e dificuldades financeiras. São também mais vulneráveis os grupos com maior dependência, como as crianças, os idosos e as pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

O grau de resiliência dos países aos efeitos negativos da recessão dependerá das políticas que forem concretizadas. Estas decisões políticas não se restringem ao setor da saúde, já que os determinantes da saúde mental são transversais a toda a sociedade e se encontram maioritariamente fora do sistema de saúde. Em países com redes de segurança social mais robustas e com maior investimento em recursos de proteção social, o impacto da crise económica na saúde pode ser menos pronunciado. Programas ativos do mercado de trabalho, de apoio familiar e de alívio da dívida e cuidados de saúde de proximidade são algumas das intervenções e políticas recomendadas para minimizar os riscos acrescidos em tempos de crise económica.

É imprescindível que os riscos que a atual crise económica acarreta sejam considerados no desenho de políticas e que qualquer reforma dos cuidados de saúde mental que se faça nesta altura seja no sentido de possibilitar uma verdadeira aproximação e facilitação do acesso da população a cuidados.

Agradecimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação PTDC/ATP-GEO/4101/2012, SMAILE, Saúde Mental – Avaliação do Impacto das Condicionantes Locais e Económicas, financiado por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Agradece-se ao grupo de investigação do projeto SMAILE (Adriana Loureiro, Carla Nunes, Joana Lima, João Ferrão, Maria do Rosário Partidário, Paula Santana e Pedro Pita Barros) pelos contributos ao longo destes dois anos de desenvolvimento do projeto.

Referências Bibliográficas

Agudelo-Suárez, A., Ronda, E., Vázquez-Navarrete, M., García, A., Martínez, J., & Benavides, F. (2013). Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work? *International Journal of Public Health*, 58(4), 627–631. doi: 10.1007/s00038-013-0475-0

Antonakakis, N., & Collins, A. (2015). The impact of fiscal austerity on suicide mortality: Evidence across the 'Eurozone periphery'. *Social Science & Medicine*, 145, 63-78. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.09.033

Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., & Lewis, G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 228-233. doi: 10.1192/bjp.178.3.228

Araya, R., Lewis, G., Rojas, G., & Fritsch, R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(7), 501-505. doi: 10.1136/jech.57.7.501

Avčin, B., Kucina, A., Sarotar, B., Radovanovic, M., & Plesnicar, B. (2011). The present global financial and economic crisis poses an additional risk factor for mental health problems on the employees. *Psychiatria Danubina*, 23 Suppl 1, S142-148.

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

Bartoll, X., Palència, L., Malmusi, D., Suhrcke, M., & Borrell, C. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24(3), 415-418. doi: 10.1093/eurpub/ckt208

Bruce, M., Takeuchi, D., & Leaf, P. (1991). Poverty and psychiatric status – longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Archives of General Psychiatry*, 48(5), 470-474.

Caldas-de-almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1o relatório. [Portuguese psychiatric epidemiologic study – First report]*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Chang, S., Gunnell, D., Sterne, J., Lu, T. & Cheng, A. (2009). Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine*, 68(7), 1322–1331. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.010

- Chang, S., Stucker, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347: f5239. doi: 10.1136/bmj.f5239
- Cohen, C. (1993). Poverty and the course of schizophrenia: implications for research and policy. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(10), 951–958.
- Dalgard, O., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R., & Zahl, P. (2007). Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry*, 7, 20. doi: 10.1186/1471-244X-7-20
- Direção-geral da saúde. (2014). *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*. Direção-Geral da Saúde; Lisboa.
- Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B. S. (1969). *Social status and psychological disorders: a causal inquiry*. New York: J Wiley.
- Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B. S. (1974). Social and cultural influences on psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 25(1), 417–452. doi: 10.1146/annurev.ps.25.020174.002221
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B., Skodol, A., & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*, 255(5047), 946–952.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Theleritis, C., & STEFANIS, C. (2011). Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *The Lancet*, 378(9801), 1459. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61638-3
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Patelakis, A., & Costas, S. (2013a). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308–314. doi: 10.1016/j.jad.2012.08.008
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Theleritis, C., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013b). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, 12(1), 53–59. doi: 10.1002/wps.20016
- Evans-Lacko, S., Knapp, M., McCrone, P., Thonicroft, G., & Mojtabai, R. (2013). The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PLOS ONE*, 8(7), e69792. doi: 10.1371/journal.pone.0069792.
- Ferrie, J., Shipley, M., Stansfeld, S., & Marmot, M. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job insecurity on self-reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(6), 450–454. doi: 10.1136/jech.56.6.450
- Fishback, P., Haines, M., & Kantor, S. (2007). Births, deaths, and New Deal relief during the Great Depression. *Review of Economics and Statistics*, 89(1), 1–14.
- Fisher, M., & Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1057–1063. doi: 10.3109/00048674.2010.509311
- Friedman, J., & Thomas, D. (2008). Psychological health before, during, and after an economic crisis: results from Indonesia, 1993–2000. *World Bank Economic Review*, 23(1), 57–76.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103–108. doi: 10.1093/eurpub/cks035
- Hauksdóttir, A., McClure, C., Jonsson, S., Olafsson, O., Valdimarsdóttir, U. (2013). Increased stress among women following an economic collapse—a prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 177(9), 979–988. doi: 10.1093/aje/kws347
- Holzer, C., Shea, B., & Swanson, J. (1986). The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *The American Journal of Social Psychiatry*, 6(4), 259–271.
- Hong, J., Knapp, M., & McGuire, A. (2011). Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry*, 10(1), 40–44.
- Hopkins, S. (2006). Economic stability and health status: evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy*, 75(3), 347–357.
- Husain, N., Creed, F., & Tomenson, B. (2000). Depression and social stress in Pakistan. *Psychological Medicine*, 30(2), 395–402.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., Fryers, T., Weich, S., Singleton, N., & Meltzer, H. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 38(10), 1485–1493. doi: 10.1017/S0033291707002516.
- Kahn, R., Wise, P., Kennedy, B., & Kawachi, I. (2000). State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross-sectional national survey. *BMJ*, 321(7272), 1311–1315. doi: 10.1136/bmj.321.7272.1311
- Katikireddi, S., Niedzwiedz, C., & Popham, F. (2012). Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis

of the 1991-2010 Health Surveys of England. *British Medical Journal Open*, 2(5), e001790. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001790

Keene, D., Cowan, S., & Baker, A. (2015). When you're in a crisis like that, you don't want people to know: mortgage strain, stigma, and mental health. *American Journal of Public Health*, 105(5), 1008-1012. doi: 10.2105/AJPH.2014.302400

Kendler, K., Kuhn, J., & Prescott, C. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 161(4), 631-636. doi: 10.1176/appi.ajp.161.4.631

Kelly, B., & Doherty, A. (2013). Impact of recent economic problems on mental health in Ireland. *International Psychiatry*, 10(1), 6-8.

Kessler, R., McLaughlin, J., Greif Green, Gruber, M., Sampson, N., Zaslavsky, A., Gaxiola, S., Alhamzawi, A., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., MariaHaro, J., Hu, C., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tsang, A., Üstün, B., Vassilev, S., Viana, M., & Williams, D. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499

Kohn, R., Dohrenwend, B., & Mirotznik, J. (1998). Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. In Dohrenwend, B. (ed.). *Adversity, stress and psychopathology*. New York: Oxford University Press.

Lee, S., Guo, W., Tsang, A., Mak, A., Wu, J., Lam, k., Kwok, K. (2010). Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 125-133. doi: 10.1016/j.jad.2010.03.007

McLaughlin, K., Nandi, A., Keyes, K., Uddin, M., Aiello, A., Galea, S., & Koenen, K. (2012). Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis. *Psychological Medicine*, 42(7), 1441-1448. doi: 10.1017/S0033291711002613

Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., & Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10) 943-952. doi: 10.1007/s00127-010-0265-4

Martikainen, P., Adda, J., Ferrie, J., Davey, S., & Marmot, M. (2003). Effects of income and wealth on GHQ depression and poor self-rated health in white collar women and men in the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(9), 718-723. doi:10.1136/jech.57.9.718

Miret, M., Caballero, F., Huerta-Ramírez, R., Moneta, M., Olaya, B., Chatterji, S., Haro, J., & Ayuso-Mateos, J. (2014). Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *Journal of Affective Disorders*, 163, 1-9. doi: 10.1016/j.jad.2014.03.045

Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Eriksson, H., Lindén-Bostrom, M., Nordstrom, E., Persson, C., Sahlqvist, L., Starrin, B., & Ydreborg, B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*, 9, 302. doi: 10.1186/1471-2458-9-302

Montgomery, S., Cook, D., Bartley, M., & Wadsworth, M. (1999). Unemployment predates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. *International Journal of Epidemiology*, 28(1), 95-100.

Muntaner, C., Eaton, W., Miech, R., & O'Campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 26(1), 53-62. doi: 10.1093/epirev/mxh001

Narayan, D., Patel, R., Schafft, K., Rademacher, A., & Koch-Schulte, S. (2000). *Voices of the poor: can anyone hear us?* New York: Oxford University Press for the World Bank.

Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 81 (8), 609-615.

Patel, V., Araya, R., Lima, M., Ludermit, A., & Todd, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*, 49(11), 1461-1471.

Paul, K., Geithner, E., & Moser, K. (2009). Latent deprivation among people who are employed, unemployed, or out of the labor force. *The Journal of Psychology*, 143(5), 477-491. doi: 10.3200/JRL.143.5.477-491

Pompili, M., Vichi, M., Innamorati, M., Lester, D., Yang, B., Leo, D., Franzcp, M., & Girardi, M. (2014). Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health & Social Care in the Community*, 22(4), 361-3677. doi: 10.1111/hsc.12086

Power, C., & Manor, O. (1992). Explaining social class differences in psychological health among young adults: a longitudinal perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(6), 284-291.

Reeves, A., Stuckler, D., McKee, M., Gunnell, D., Chang, S., & Basu, S. (2012). Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *The Lancet*, 380(9856), 1813-1814. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61910-2

- Reine, I., Novo, M., & Hammarström, A. (2008). Does transition from an unstable labour market position to permanent employment protect mental health? Results from a 14-year follow-up of school-leavers. *BMC Public Health*, 8, 159. doi: 10.1186/1471-2458-8-159
- Robins, L., Locke, B., & Regier, D. (1991). *An overview of psychiatric disorders in America*. New York: Free Press.
- Rodrigues, A., Uva, M., Nunes, B., Marques, L., Antunes, L., & Dias, C. (2014). Taxas de incidência de primeiros episódios de depressão nos cuidados de saúde primários em 2004 e 2012: dados da Rede Médicos-Sentinela. *Boletim Epidemiológico INSA*, 7, 28-29.
- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, 35, 85-94. doi: 10.1016/j.healthplace.2015.07.001
- Saraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry*, 3(1), 3-5.
- Saraceno, B., & Barbui, C. (1997). Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(3), 285-290.
- Saraceno, B., Levav, I., & Kohn, R. (2005). The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*, 4(3), 181-185.
- Schilling, E., Aseltine, R., & Gore, S. (2008). The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: measures, models and interpretations. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1140-1151. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.023
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy*, 115(2-3), 111-119. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.02.002
- Skapinakis, P., Weich, S., Lewis, G., Singleton, N., & Araya, R. (2006). Socio-economic position and common mental disorders – longitudinal study in the general population in the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 109-117. doi: 10.1192/bjp.bp.105.014449
- Stansfeld, S. (1999). Social Support and Social Cohesion. In Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (eds.). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Stuckler, D., Basu, S., & Mckee, M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*, 340, c3311. doi: 10.1136/bmj.c3311
- Stuckler, D., King, L., & Mckee, M. (2009). Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *The Lancet*, 373(9661), 399-407. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60005-2
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet*, 378(9786), 124-125. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61079-9
- Sturm, R., & Gresenz, C. (2002). Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ*, 324(7328), 20-23.
- Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J., Desai, M., Senek, M., McKee, M., Tsoлова, S., Basu, S., Abubakar, I., Hunter, P., Rechel, B., & Semenza, J. (2011). The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLOS ONE*, 6(6), e20724. doi: 10.1371/journal.pone.0020724
- Sundar, M. (1999). Suicide in farmers in India. *The British Journal of Psychiatry*, 175(6), 585-586. doi: 10.1192/bjp.175.6.585c
- Ten Have, M., Van Dorsselaer, S., & De Graaf, R. (2015). The association between type and number of adverse working conditions and mental health during a time of economic crisis (2010-2012). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(6), 899-907. doi: 10.1007/s00127-015-1009-2
- Tsai, A. (2015). Home foreclosure, health, and mental health: a systematic review of individual, aggregate, and contextual associations. *PLOS ONE*, 10(4), e0123182. doi: 10.1371/journal.pone.0123182
- Turunen, E., & Hiilamo, H. (2014). Health effects of indebtedness: a systematic review. *BMC Public Health*, 14, 489. doi: 10.1186/1471-2458-14-489
- Uutela, A. (2010). *Economic crisis and mental health*. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 127-130. doi: 10.1097/YCO.0b013e328336657d
- Van Hal, G. (2015). The true cost of the economic crisis on psychological well-being: a review. *Journal of Psychology Research and Behavior Management*, 8, 17-25. doi: 10.2147/PRBM.S44732
- Wahlbeck, K., & Mcdaid, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*, 11(3), 139-145.
- Wang, J., Smailes, E., Sareen, J., Fick, G., Schmitz, N., Patten, S. (2010). The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(9), 598-605.

Waters, H., Saadah, F., & Pradhan, M. (2003). The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy and Planning*, 18(2), 172–181.

Weich, S., & Lewis, G. (1998). Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(1), 8–14.

Whiteford, H., Ferrari, A., Degenhardt, L., Feigin, V., Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS ONE*, 10(2), e0116820. doi: 10.1371/journal.pone.0116820

WHO (2004). *Prevention of mental disorders – effective interventions and policy options*. World Health Organization; Geneva.

WHO (2012). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO Secretariat for the development of a comprehensive Mental Health Action Plan*. World Health Organization; Geneva.

WHO (2014). *Mental health: strengthening our response*.

WHO Regional Office for Europe (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen.

WHO Regional Office for Europe (2014). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen.

Zimmerman, F., & Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? *Health Economics*, 14(12), 1197–1215.