

Peso econômico do suicídio no Brasil e desafios no financiamento de políticas mitigadoras

Economic burden of suicide in Brazil and challenges in financing mitigating policies

Peso económico del suicidio en Brasil y desafíos en la financiación de políticas mitigadoras

Shirley Aparecida da Silveira¹
João Vitor Andrade²
Evandro Camargos Teixeira³

¹ Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-4473-4167>

² Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-3729-501X>

³ Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

<https://orcid/0000-0002-6470-2103>

RESUMO

Introdução: O suicídio configura-se como grave problema de saúde pública no Brasil, gerando custos diretos relacionados a internações e atendimentos de urgência, bem como custos indiretos, especialmente anos potenciais de vida produtiva perdidos e rendimentos não realizados, que impactam significativamente a economia nacional.

Objetivo: Analisar os impactos econômicos indiretos associados ao suicídio no Brasil e discutir desafios relacionados ao financiamento de políticas públicas de saúde mental.

Métodos: Realizou-se análise documental de registros oficiais de óbitos por suicídio, extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde e de documentos federais relacionados ao financiamento da saúde mental. Estimou-se o custo indireto mediante multiplicação dos anos potenciais de vida perdidos pelo salário-mínimo vigente em 2025 (R\$ 1.518,00). Por se tratar de dados secundários, dispensou-se apreciação de Comitê de Ética em Pesquisas.

Resultados: Três eixos principais emergiram: (1) revisão do quadro legal brasileiro relacionado à saúde mental e à prevenção do suicídio; (2) sistematização dos números de suicídios e estimativa dos custos diretos e indiretos por meio de tabelas; e (3) identificação de desafios relacionados à implementação das normas vigentes e à execução orçamentária das políticas públicas de saúde mental, incluindo limitações institucionais e financeiras.

Conclusão: Os resultados reforçam a relevância de mecanismos de financiamento mais estáveis e de estratégias de coordenação institucional voltadas à continuidade das ações de prevenção e cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Suicídio; Políticas Públicas de Saúde Mental; Custos Econômicos; Financiamento Público; Perdas de Produtividade.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a serious public health problem in Brazil, generating direct costs related to hospitalizations and emergency care, as well as indirect costs, especially potential years of productive life lost and unrealized income, which significantly impact the national economy.

Correspondência:

Evandro Camargos Teixeira

Email:

evandro.teixeira@ufv.br

Objective: To analyze the indirect economic impacts associated with suicide in Brazil and discuss challenges related to the financing of public mental health policies.

Methods: A documentary analysis was conducted using official records of deaths by suicide extracted from the Ministry of Health Mortality Information System and federal documents related to mental health financing. The indirect cost was estimated by multiplying the potential years of life lost by the minimum wage in force in 2025 (R\$ 1,518.00). As secondary data were used, approval by a Research Ethics Committee was waived.

Results: Three main axes emerged: (1) a review of the Brazilian legal framework related to mental health and suicide prevention; (2) the systematization of suicide statistics and the estimation of direct and indirect costs through tables; and (3) the identification of challenges related to the implementation of existing regulations and the budgetary execution of public mental health policies, including institutional and financial limitations.

Conclusion: The results reinforce the relevance of more stable financing mechanisms and institutional coordination strategies aimed at ensuring the continuity of prevention and mental health care actions.

Keywords: Suicide; Public Mental Health Policies; Economic Costs; Public Financing; Productivity Losses.

RESUMEN

Introducción: El suicidio constituye un grave problema de salud pública en Brasil, generando costos directos relacionados con hospitalizaciones y atención de urgencia, así como costos indirectos, especialmente años potenciales de vida productiva perdidos e ingresos no percibidos, que impactan significativamente la economía nacional.

Objetivo: Analizar los impactos económicos indirectos asociados al suicidio en Brasil y discutir los desafíos relacionados con la financiación de políticas públicas de salud mental.

Métodos: Se realizó un análisis documental utilizando registros oficiales de muertes por suicidio extraídos del Sistema de Información sobre Mortalidad del Ministerio de Salud y documentos federales relacionados con la financiación de la salud mental. El costo indirecto se estimó mediante la multiplicación de los años potenciales de vida perdidos por el salario mínimo vigente en 2025 (R\$ 1.518,00). Por tratarse de datos secundarios, se dispensó la evaluación por parte del Comité de Ética en Investigación.

Resultados: Emergieron tres ejes principales: (1) revisión del marco legal brasileño relacionado con la salud mental y la prevención del suicidio; (2) sistematización de las cifras de suicidio y estimación de los costos directos e indirectos mediante tablas; y (3) identificación de desafíos relacionados con la implementación de las normas vigentes y la ejecución presupuestaria de las políticas públicas de salud mental, incluyendo limitaciones institucionales y financieras.

Conclusión: Los resultados refuerzan la relevancia de mecanismos de financiación más estables y de estrategias de coordinación institucional orientadas a garantizar la continuidad de las acciones de prevención y atención en salud mental.

Palabras-clave: Suicidio; Políticas Públicas de Salud Mental; Costos Económicos; Financiación Pública; Pérdidas de Productividad.

INTRODUÇÃO

Em nível mundial, registra-se uma tentativa de suicídio a cada três segundos e um óbito por suicídio a cada 40 segundos, totalizando aproximadamente 800.000 mortes anuais por essa causa (World Health Organization, 2021). No Brasil, entre 2001 e 2023, foram contabilizados 251.065 óbitos por suicídio, totalizando aproximadamente 8,6 milhões de anos potenciais de vida perdidos, indicador que representa a soma dos anos que as pessoas deixariam de viver caso atingissem a expectativa de vida média, sendo uma medida de mortalidade prematura. Os óbitos por suicídio no Brasil concentram-se predominantemente entre homens, adultos jovens de 20 a 29 anos, indivíduos que se declararam de cor/raça branca, solteiros e com escolaridade média (Andrade *et al.*, 2025).

Considerando o impacto socioeconômico do suicídio, estima-se que as perdas diretas e indiretas com custos de saúde, afastamentos laborais e redução da produtividade alcancem bilhões de reais anualmente no Brasil (Gonçalves; Gonçalves; Oliveira-Júnior, 2011; Santos *et al.*, 2025). Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecer o suicídio como um grave problema de saúde pública que exige respostas articuladas entre saúde, trabalho e assistência social, o país ainda apresenta limitações no financiamento de programas de prevenção e suporte psicossocial, agravando a sobrecarga econômica sobre famílias e serviços públicos (World Health Organization, 2021; Bonfim *et al.*, 2024).

As limitações observadas na implementação de políticas de saúde mental foram intensificadas após a Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu restrições ao crescimento dos gastos públicos e impactou o financiamento de áreas sociais, incluindo a saúde mental e a atenção psicossocial (Duarte, 2018; Schuerz, 2023). Em paralelo, estudos apontam que alguns países ampliaram investimentos em pesquisa e programas comunitários de prevenção durante períodos de crise econômica, enquanto, no Brasil, a expansão de iniciativas voltadas à prevenção do suicídio e ao fortalecimento da rede psicossocial ocorreu de forma mais limitada em razão das restrições orçamentárias e das dificuldades de continuidade do financiamento público (Behring, 2008; Schuerz, 2023).

A ausência de políticas robustas para enfrentamento do suicídio contrasta com o reconhecimento, pela doutrina do direito social, de que a assistência e a proteção social devem ser garantias fundamentais do Estado. Segundo Couto (2010), tratar o direito social apenas como variável de ajuste orçamentário compromete a eficácia das políticas públicas, sobretudo quando se trata de temas que envolvem vulnerabilidades psíquicas e socioeconômicas.

Segundo Souza-Filho (2016), a priorização de fundos públicos por áreas econômicas consideradas prioritárias pode resultar em limitações persistentes no financiamento da assistência social e de programas de saúde mental, contribuindo para dificuldades na implementação de ações preventivas ao suicídio.

Contrariando o discurso de que a saúde mental compete à esfera privada ou voluntária, há marcos normativos, como a Lei nº 10.216/2001 e a Política Nacional de Promoção da Saúde, que preveem a criação de redes de atenção psicossocial (Duarte, 2018). Entretanto, a efetiva operacionalização dessas redes esbarra na falta de financiamento estável e na baixa capacitação de profissionais, limitando parcialmente a efetividade de diretrizes voltadas à prevenção do suicídio (Draibe, 1993; Behring, 2008; Duarte, 2018).

Diante desse cenário, este artigo tem como objetivo analisar os impactos econômicos indiretos associados ao suicídio no Brasil e discutir desafios relacionados ao financiamento de políticas públicas de saúde mental. Além desta introdução e da conclusão, o estudo encontra-se estruturado em quatro seções. Inicialmente, apresenta-se o percurso metodológico da pesquisa. Em seguida, realiza-se uma revisão do quadro legal brasileiro relacionado à saúde mental e à prevenção do suicídio. Na terceira seção, são sistematizados dados sobre mortalidade por suicídio e estimativas dos custos econômicos indiretos associados aos anos potenciais de vida perdidos. Por fim, discutem-se desafios relacionados à implementação das políticas públicas de saúde mental e à continuidade do financiamento das ações de prevenção e cuidado psicossocial.

MÉTODOS

Tratou-se de uma análise documental, na qual foram coletados registros oficiais sobre óbitos por suicídio e investimentos em saúde mental. Foram extraídos, inicialmente, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2024a), abrangendo o período posterior à promulgação da Lei nº 10.216/2001. Em paralelo, foram acessados arquivos de portais federais, com o objetivo de identificar os recursos empenhados em políticas de prevenção ao suicídio e em ações de atenção psicossocial.

Ademais, para estimar os custos de mortalidade por faixa etária, realizou-se o cálculo mediante multiplicação dos anos potenciais de vida perdidos pelo salário-mínimo vigente em 2025 (R\$ 1.518,00), conforme procedimento semelhante ao descrito por Souza, Andrade e Prates (2024). Para isso, considerou-se o salário anual equivalente a R\$ 18.216,00 como parâmetro de referência para estimar o valor econômico de cada ano de vida perdido. A análise foi restrita à população em idade economicamente ativa, compreendida entre 15 e 64 anos, de modo a refletir as perdas produtivas associadas aos óbitos precoces.

Os custos de mortalidade foram obtidos pela multiplicação direta dos anos potenciais de vida perdidos (APVP) de cada faixa etária pelo salário anual, resultando em uma estimativa dos rendimentos não realizados em decorrência da mortalidade prematura. A utilização do salário-mínimo nacional como referência buscou produzir uma estimativa padronizada e conservadora das perdas econômicas associadas ao suicídio. No entanto, reconhece-se que essa estratégia apresenta limitações, uma vez que não incorpora diferenças regionais de renda, variações salariais por escolaridade, ocupação e faixa etária, além de não considerar oscilações inflacionárias ao longo da série histórica analisada.

Dessa forma, os resultados devem ser interpretados como estimativas aproximadas do impacto econômico indireto do suicídio no Brasil, contribuindo para dimensionar a magnitude social e econômica do problema e subsidiar discussões sobre financiamento de políticas públicas em saúde mental. Por se tratar de dados secundários, dispensou-se a necessidade de apreciação de Comitê de Ética em Pesquisas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise foi organizada em três eixos principais. No primeiro, apresenta-se o quadro legal brasileiro relacionado à saúde mental e à prevenção do suicídio. No segundo, são apresentados os números de óbitos por suicídio e as estimativas de custos diretos e indiretos associados ao fenômeno, sistematizados em tabelas. Por fim, discute-se a relação entre as diretrizes normativas existentes e os desafios observados na execução orçamentária das políticas públicas de saúde mental.

Quadro legal brasileiro em relação à saúde mental e ao suicídio

Em 1911, o Decreto nº 51.591 instituiu os Hospitais-Colônias para “alienados”, transferindo à tutela estatal a custódia de pessoas em sofrimento psíquico. Nesse modelo inicial, não havia distinção entre cuidado psiquiátrico e internação civil, o que resultava em longos períodos de confinamento sem tratamento especializado. Essa lógica custodial perdurou até meados do século XX, quando começaram as primeiras críticas acadêmicas e sociais ao padrão asilar (Amarante, 2021; Duarte, 2018).

A reforma psiquiátrica de 1934 reforçou o modelo hospitalocêntrico, mas inaugurou avanços na padronização de prontuários e no registro de óbitos por causas como o suicídio. Clínicas psiquiátricas ligadas a universidades, como o Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo em 1952, passaram a produzir dados sistematizados, embora o enfoque continuasse voltado à medicina institucional e ao isolamento dos pacientes (Amarante, 2021; Duarte, 2018). Essas mudanças prepararam terreno para a discussão sobre descentralização do cuidado (Machado; Leite; Bando, 2014).

A Conferência de Alma-Ata em 1978 e o movimento internacional pela atenção primária à saúde impulsionaram o debate no Brasil sobre alternativas ao modelo asilar. Em 1987, a I Conferência

Nacional de Saúde Mental já considerou o suicídio uma questão de saúde pública, propondo a criação de serviços comunitários e a inclusão de redes multiprofissionais. Essa etapa marcou o rompimento gradual com a internação indiscriminada, valorizando a reinserção social e o cuidado próximo à comunidade (Amarante, 2021; Duarte, 2018).

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde foi reconhecida como direito social (art. 196), e em 1993 a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) instituiu o Sistema Único de Assistência Social, estruturando mecanismos de financiamento para a proteção básica e especial (Brasil, 1988). Ainda que a LOAS não tratasse especificamente do suicídio, criou possibilidades de articulação entre saúde mental e assistência social, ampliando a visão de rede de apoio para pessoas em risco (Couto, 2010).

A promulgação da Lei nº 10.216/2001 instituiu formalmente a Política Nacional de Saúde Mental, definindo diretrizes para redução de leitos psiquiátricos e expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nos primeiros anos, houve crescimento orçamentário destinado à saúde mental, mas esse avanço sofreu contingenciamentos em períodos de ajuste fiscal, demonstrando a tensão entre direitos sociais e imperativos econômicos (Machado; Leite; Bando, 2014; Duarte, 2018).

Em 2005, a Portaria GM/MS nº 3.088 consolidou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criando blocos financeiros específicos para CAPS, leitos em hospitais gerais e atenção domiciliar. Embora tenha ampliado a estrutura de serviços comunitários, a execução orçamentária variou conforme crises econômicas, revelando fragilidades no plano de expansão e na continuidade dos atendimentos (Machado; Leite; Bando, 2014; Duarte, 2018).

A partir de 2013, o Plano de Ação em Saúde Mental da OMS (2013–2020) orientou países como o Brasil a fortalecer políticas de prevenção do suicídio e promoção da saúde mental. Contudo, avaliações recentes indicam que as taxas de suicídio não apresentaram redução significativa em diferentes regiões brasileiras ao longo do período analisado (Andrade *et al.*, 2025). Ademais, estudos apontam que limitações persistentes no financiamento e a fragmentação entre os setores de saúde, assistência social e educação ainda reduzem parcialmente a efetividade dessas políticas, evidenciando a necessidade de estratégias mais integradas de coordenação e financiamento contínuo (Duarte, 2018).

Em 2019, o Brasil instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819/2019) e alterou a Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006) para reforçar a atenção em serviços comunitários de saúde mental (Lei nº 13.840/2019) (Brasil, 2019a; 2019b). Em tramitação, o Projeto de Lei nº 1.777/2019 propõe o Programa Nacional de Proteção à Saúde Mental dos Estudantes da rede pública, e o Projeto de Lei nº 4.479/2024 exige que empresas com mais de cinquenta empregados implementem práticas preventivas em saúde mental (Brasil, 2019c; 2024b).

Apesar da existência de projetos e diretrizes voltados à ampliação das ações de prevenção e suporte em saúde mental, parte dessas iniciativas ainda enfrenta dificuldades relacionadas à regulamentação, ao financiamento e à implementação prática. Estudos apontam que limitações orçamentárias e entraves administrativos têm contribuído para a execução parcial de medidas previstas na legislação e para a baixa continuidade de programas voltados à prevenção do suicídio (Duarte, 2018; Schuerz, 2023).

Simultaneamente, trabalhos têm apontado dificuldades na manutenção e expansão da Rede de Atenção Psicossocial em diferentes localidades do país. Em alguns municípios, serviços dos CAPS passaram por redução de equipes, limitações estruturais ou readequações administrativas associadas à restrição de recursos e à baixa articulação intersetorial, limitando parcialmente a continuidade do modelo comunitário de cuidado em saúde mental (Duarte, 2018).

Números e estimativa de custos diretos e indiretos do suicídio

Os dados de mortalidade por suicídio utilizados neste estudo foram obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (Brasil, 2024a). Os custos diretos de internação psiquiátrica representam uma parcela significativa dos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com o enfrentamento do suicídio. Com base em dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), observou-se que o custo médio de uma diária em leito psiquiátrico em hospital

geral foi de aproximadamente R\$ 1.200,00 em 2022, valor que contempla despesas relacionadas à assistência hospitalar, incluindo equipe multiprofissional, alimentação e insumos básicos (Brasil, 2023). Considerando permanências médias de 10 a 14 dias para casos graves de tentativa de suicídio, cada internação pode chegar a R\$ 12.000 – R\$ 16.800, gerando custos anuais estimados em centenas de milhões de reais somente com internações relacionadas a autolesões intencionais.

Além disso, os atendimentos de urgência e os procedimentos de média complexidade, como avaliações psiquiátricas em pronto-socorro, exames laboratoriais e tomografias necessárias para excluir comorbidades físicas, acrescentam custos adicionais. Estudos da OMS apontam que, globalmente, os gastos hospitalares diretos correspondem a cerca de 25 % do total dos custos médicos associados ao suicídio (World Health Organization, 2013).

No Brasil, esse percentual reflete as internações e a utilização de CAPS em regime de urgência, cuja manutenção exige financiamento fixo de recursos humanos, infraestrutura e aquisição de medicamentos psicotrópicos, totalizando aproximadamente 30 % das despesas hospitalares em saúde mental (Souza-Filho, 2016).

No tocante aos custos indiretos, os dados indicam que, entre 2001 e 2023, o suicídio esteve associado a perdas econômicas estimadas em R\$ 151,47 bilhões em rendimentos não realizados e 8.315.348,5 anos potenciais de vida perdidos em toda a população brasileira (Tabela 1). Os valores apresentados correspondem a estimativas indiretas construídas a partir de parâmetros padronizados de renda e devem ser interpretados como aproximações da magnitude econômica associada à mortalidade prematura por suicídio.

Quando comparados aos resultados de Santos *et al.* (2025), que analisaram exclusivamente trabalhadores formais, observam-se diferenças de magnitude, mas relativa convergência quanto à concentração das perdas econômicas nas faixas etárias economicamente ativas. Enquanto o presente estudo considerou uma estimativa mais abrangente, incluindo indivíduos de diferentes inserções ocupacionais, Santos *et al.* (2025) restringiram a análise ao mercado formal de trabalho, estimando perdas indiretas de produtividade de aproximadamente R\$ 26,31 bilhões.

Tabela 1 - Estimativa de óbitos por suicídio, anos potenciais de vida perdidos (APVP) e rendimentos não realizados entre pessoas em idade economicamente ativa no Brasil, por faixa etária, no período de 2001 a 2023.

Faixa Etária	Número de óbitos	APVP	Rendimentos não realizados (R\$)
15 a 19 anos	17.286	1.011.231	R\$ 18.420.583.896,00
20 a 24 anos	26.997	1.444.339,50	R\$ 26.310.088.332,00
25 a 29 anos	27.410	1.329.385	R\$ 24.216.077.160,00
30 a 34 anos	26.503	1.152.880,50	R\$ 21.000.871.188,00
35 a 39 anos	26.003	1.001.115,50	R\$ 18.236.319.948,00
40 a 44 anos	24.522	821.487	R\$ 14.964.207.192,00
45 a 49 anos	22.187	632.329,50	R\$ 11.518.514.172,00
50 a 54 anos	19.306	453.691	R\$ 8.264.435.256,00
55 a 59 anos	16.269	300.976,50	R\$ 5.482.587.924,00
60 a 64 anos	12.438	167.913	R\$ 3.058.703.208,00
Total	218.921	8.315.348,50	R\$ 151.472.388.276,00

Fonte: Elaborado com base nos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (Brasil, 2024a); no estudo de Souza, Andrade e Prates (2024) e no estudo de Andrade *et al.* (2025).

Além disso, ambos os levantamentos indicam maior concentração de perdas nas faixas etárias economicamente ativas (20–39 anos). Conforme a tabela apresentada, essas faixas acumulam aproximadamente 4.927.720,50 anos potenciais de vida perdidos e cerca de R\$ 89.763.356.628,00, alinhando-se aos resultados apresentados por Santos *et al.* (2025), segundo os quais a faixa de 25–34 anos foi a mais impactada devido ao pico de produtividade nesse período.

Embora a estimativa apresentada utilize um parâmetro nacional padronizado de renda, é possível

supor que os impactos econômicos associados ao suicídio apresentem diferenças relevantes entre regiões e grupos populacionais. Em localidades com maior renda média e maior participação de ocupações formais, a interrupção precoce da trajetória produtiva tende a produzir perdas econômicas mais elevadas. Além disso, a concentração dos óbitos nas faixas etárias entre 20 e 39 anos evidencia que parcela substantiva das perdas ocorre em períodos de maior produtividade potencial e inserção no mercado de trabalho (Souza; Andrade; Prates, 2024; Santos *et al.*, 2025).

Em conjunto, os resultados indicam que o suicídio produz impactos simultâneos sobre o sistema público de saúde e sobre a dinâmica econômica, especialmente em razão das perdas de produtividade associadas à mortalidade precoce. Nesse sentido, estratégias de prevenção e fortalecimento da assistência em saúde mental podem contribuir não apenas para a redução do sofrimento social, mas também para minimizar custos econômicos de longo prazo relacionados às internações, afastamentos e perdas de renda (World Health Organization, 2013; Bonfim *et al.*, 2024).

Desafios na implementação e financiamento das políticas de saúde mental

A literatura sobre financiamento de políticas sociais sugere que mecanismos de orçamento plurianual vinculados a metas específicas de prevenção ao suicídio podem contribuir para maior estabilidade na continuidade das ações ao longo do tempo, reduzindo a exposição a contingenciamentos anuais e permitindo planejamento financeiro de médio prazo (Souza-Filho, 2016).

Os resultados econômicos apresentados neste estudo indicam que parcela expressiva das perdas associadas ao suicídio concentra-se nas faixas etárias economicamente ativas, especialmente entre 20 e 39 anos. Esse padrão amplia os impactos sobre renda, produtividade e proteção social, evidenciando que limitações na continuidade do financiamento e na articulação entre saúde, assistência social e educação podem produzir efeitos econômicos e sociais de longo prazo (Draibe, 1993; Duarte, 2018).

Além dos impactos sobre o sistema de saúde, a mortalidade prematura por suicídio pode gerar efeitos indiretos sobre famílias, mercado de trabalho e sistemas de proteção social. Nesse sentido, a elevada concentração das perdas econômicas em indivíduos jovens e adultos reforça a relevância de políticas intersetoriais de prevenção e da estabilidade do financiamento público voltado à saúde mental (World Health Organization, 2013; Bonfim *et al.*, 2024).

A implementação das políticas de prevenção ao suicídio ainda enfrenta desafios relacionados à continuidade administrativa, à coordenação intersetorial e à estabilidade do financiamento público. A alternância de prioridades governamentais e as dificuldades de articulação entre diferentes esferas administrativas podem limitar a execução continuada de programas de médio e longo prazo (Draibe, 1993).

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar os impactos econômicos indiretos associados ao suicídio no Brasil e discutir desafios relacionados ao financiamento das políticas públicas de saúde mental. Os resultados evidenciaram que o suicídio produz relevantes perdas econômicas indiretas, especialmente entre indivíduos em idade economicamente ativa, reforçando a magnitude social e econômica do problema para o sistema de saúde e para a sociedade brasileira.

Além disso, verificou-se que, embora o país disponha de um amplo arcabouço normativo voltado à saúde mental e à prevenção do suicídio, persistem desafios relacionados à continuidade do financiamento e à implementação das ações previstas nas políticas públicas da área. Nesse sentido, o estudo pode contribuir para ampliar o debate acerca das repercussões econômicas da mortalidade por suicídio e da importância da estabilidade institucional e orçamentária para a continuidade das ações de prevenção e cuidado psicossocial.

Importante ressaltar que o estudo apresenta limitações relacionadas ao uso de dados secundários e agregados, uma vez que subnotificações e inconsistências nos sistemas de informação podem impactar a precisão das estimativas epidemiológicas e econômicas. Além disso, a estimativa dos custos indiretos foi construída a partir de um parâmetro nacional padronizado de renda, sem incorporar diferenças regionais salariais, níveis de informalidade, escolaridade ou variações inflacionárias ao

longo do período analisado. Dessa forma, os valores apresentados devem ser interpretados como estimativas aproximadas do impacto econômico indireto associado ao suicídio no Brasil.

Por fim, os resultados reforçam a relevância de estratégias de financiamento mais estáveis e de mecanismos de coordenação institucional capazes de ampliar a continuidade das ações de prevenção e cuidado em saúde mental no país. Trabalhos futuros poderão ampliar essa mensuração mediante utilização de rendimentos médios regionais e técnicas analíticas mais abrangentes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucura e transformação social**: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Zagodonj, 2021.

ANDRADE, J. V. *et al.* Suicídio no Brasil: expressão, magnitude e impactos dos óbitos no século XXI. **Revista UniVap**, São José dos Campos, v. 31, n. 72, 2025. DOI: <http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v31i72.4697>.

BEHRING, E. A. A contrarreforma do Estado brasileiro: projeto e processo. *In*: BEHRING, E. A. (Org.). **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008. p. 23-54.

BONFIM, C. *et al.* Conditional cash transfers and mortality in people hospitalised with psychiatric disorders: A cohort study of the Brazilian Bolsa Família Programme. **PLOS Medicine**, Califórnia, v. 21, n. 1, p. e1004486, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004486>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1–2, 29 abr. 2019a.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera a Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas), inclusive quanto à rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1–2, 06 jun. 2019b.

BRASIL. Projeto de Lei nº 1.777, de 2019. **Institui o Programa Nacional de Proteção à Saúde Mental dos Estudantes das Escolas Públicas Brasileiras (PROTESAUM) e dá outras providências**. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 2019c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2192835>. Acesso em: 05 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Produção Hospitalar (SIH/SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>. Acesso em: 05 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 05 jun. 2025.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 4.479, de 2024**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de práticas de promoção de saúde mental e prevenção de transtornos psicológicos no ambiente de trabalho, tanto no setor público quanto no privado. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 2024b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2470896>. Acesso em: 05 jun. 2025.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2010. Cap. 2, p. 45-78.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista USP**, São Paulo, n. 17, p. 89-109, 1993. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revusp/article/view/25959> . Acesso em: 05 jun. 2025.

DUARTE, M. J. O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Libertas**, São Paulo, v. 18, n. 2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2018.v18.18604> . Acesso em: 05 jun. 2025.

GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JÚNIOR, L. B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 281–316, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-63512011000200005> .

MACHADO, M. F. S.; LEITE, C. K. S.; BANDO, D. H. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 334-356, 2014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v4p334-356>.

SANTOS, D. P.; CHAUBAH, A.; OLIVEIRA, H. N. Epidemiology and economic burden of suicide among Brazilian workers: trends, occupational disparities, and gender differences. **Value in Health Regional Issues**, v. 49, e101143, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2025.101143>.

SCHUERZ, V. C. A saúde como política pública de estado: o Sistema Único de Saúde, trajetória e financiamento. **Revista de Direito Tributário e Financeiro**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 35–51, 2023. DOI: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0138/2023.v9i1.9652>.

SOUZA, J. C. M.; ANDRADE, J. V.; PRATES, J. G. Histórias apagadas: mortalidade prematura por uso de substâncias psicoativas no estado de São Paulo de 2014 a 2018. **Revista Pró-UniversUS**, Vassouras, v. 15, n. 1, p. 01-07, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v15i1.3900>.

SOUZA-FILHO, R. Fundo público e políticas sociais nos Estados dependentes: considerações teóricas. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 37, p. 174-198, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2016.25401>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Mental health action plan 2013–2020**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/89966>. Acesso em: 05 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Comprehensive mental health action plan 2013–2030**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>. Acesso em: 05 jun. 2025.