

ECONOMIST
IMPACT

Agindo contra o suicídio: entendendo uma grande ameaça à saúde pública na América Latina



Patrocinado por

Janssen  Neuroscience

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*

Conteúdo

- 3** Sobre este relatório
- 5** Resumo executivo
- 8** Entendendo o suicídio
- 13** O peso do suicídio na América Latina
- 19** Financiamento da saúde mental na América Latina
- 22** Política e prática: a prestação de serviços de saúde mental e suicídio
- 26** Lacunas, carências, atrasos e barreiras: necessidades de atenção à saúde para reduzir o ônus do suicídio na América Latina
- 31** Abordando as realidades do suicídio: principais áreas de foco para os formuladores de políticas e governos na América Latina
- 37** Apêndice 1: Dados epidemiológicos sobre suicídio nos países estudados
- 39** Apêndice 2: Tabela de pontuação da América Latina para o estudo Agindo contra o Suicídio
- 45** Referências

Sobre este relatório

Isenção de responsabilidade sobre o conteúdo: Este relatório aborda um tópico que pode ser desencadeador, sensível ou difícil para alguns leitores.

Agindo contra o suicídio: entendendo uma grande ameaça à saúde pública na América Latina é um relatório da Economist Impact. Ele descreve o ônus atual, as respostas políticas eficazes e as áreas que precisam de ação contra o suicídio na América Latina. Essa pesquisa também fornece uma avaliação das áreas de oportunidade em cinco países: Argentina, Brasil, Colômbia, México e Panamá. O relatório busca identificar os desafios enfrentados por esses países na abordagem do suicídio, colocando as necessidades dos indivíduos no centro da conversa sobre políticas. A pesquisa foi encomendada pela Janssen, mas conduzida de forma independente pela Economist Impact.

Gostaríamos de agradecer especialmente aos seguintes especialistas (listados em ordem alfabética) que contribuíram para este relatório por meio de entrevistas e de um painel de discussão entre especialistas:

- **Dra. Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro**, membro da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS)
- **Dr. Carlos Gómez-Restrepo**, Departamento de Epidemiologia Clínica e Bioestatística e Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia, Hospital Universitario San Ignacio
- **Dr. Gustavo Turecki**, MD, PhD, FRSC, diretor do McGill Group for Suicide Studies; professor e presidente do Departamento de Psiquiatria, McGill University, Montreal, Canadá
- **Dr. Humberto Correa**, professor titular de psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; ex-presidente da Sociedade de Suicidologia de Brasil e América Latina

- **Dr. Jose Miguel Ignacio Uribe Restrepo**, diretor, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Javeriana, Bogotá, Colômbia
- **Dra. Karen Scavacini**, psicóloga, professora e cofundadora da Vita Alere
- **Dra. Laura Ospina-Pinillos**, PhD, psiquiatra e professora assistente do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia
- **Dr. Martin Juan Etchevers**, psicólogo, professor e pesquisador da Universidade de Buenos Aires
- **Dra. Paulina Arenas Landgrave**, acadêmica, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde
- **Dra. Vanessa Flores**, psiquiatra, Panama-Psiquiatra-Para-Todos.com

A Economist Impact é a única responsável pelo conteúdo deste relatório. As conclusões e opiniões expressas no relatório não refletem necessariamente as opiniões do patrocinador. A pesquisa foi conduzida por **Taylor Puhl, Maryanne Sakai, Aanisah Khanzada, Giulia Garcia e Rachna Malik**. O relatório foi escrito por **Paul Tucker** e editado por **Melissa Lux, Amanda Stucke** e a equipe de pesquisa. Embora todos os esforços tenham sido feitos para verificar a precisão dessas informações, a Economist Impact não pode aceitar qualquer responsabilidade ou obrigação pela confiança depositada por qualquer pessoa neste relatório ou em qualquer uma das informações, opiniões ou conclusões apresentadas neste relatório.

Resumo executivo



A cada 40 segundos, alguém em algum lugar do mundo comete suicídio.¹ Em 2019, aproximadamente 700.000 mortes em todo o mundo resultaram de suicídio, a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos e a quinta principal causa entre jovens de 30 a 49 anos.² Em todo o mundo, mais de uma em cada 100 mortes (1,8%) resulta de suicídio.³ É importante observar que muitos suicídios são devidos a doenças psiquiátricas, sendo os fatores de risco mais comuns a depressão, os transtornos por uso de substâncias e a psicose.⁴ A depressão é a doença mental mais prevalente no mundo. Na América Latina, 5% da população adulta é afetada pela depressão e 3,4% pela ansiedade. De acordo com o Banco Mundial, 6 em cada 10 indivíduos na América Latina com depressão não recebem tratamento,⁵ e os indivíduos que sofrem de transtorno depressivo maior têm um risco 20 vezes maior de suicídio do que a população geral. Além disso, mesmo quando a depressão é menos grave, ela ainda pode ser prejudicial à vida cotidiana, aos relacionamentos pessoais e ao trabalho de um indivíduo e, portanto, ainda deve ser tratada.⁵

Em nível global, o suicídio e a automutilação são preocupações reconhecidas de saúde pública: as mortes por suicídio são um indicador-chave nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU, e a OMS estabeleceu uma meta mundial de redução de 10% nas taxas até 2030.^{6,7} Para que as taxas globais sejam reduzidas significativamente, devemos priorizar o combate aos fatores de risco associados ao suicídio. Além disso, os países de baixa e média renda (PBMRs) devem aumentar os esforços relacionados à redução das taxas de suicídio e à prevalência de doenças mentais, já que quase 80% dos suicídios em todo o mundo ocorrem aqui.^{3,8} A América Latina é uma região dominada por PBMRs onde, em contraste com um declínio global, as taxas de suicídio estão aumentando.⁹

Para avaliar essa questão mais detalhadamente, a Economist Impact realizou uma revisão pragmática da literatura para avaliar o panorama da saúde



mental com foco específico no suicídio e seus fatores de risco relevantes na América Latina (incluindo cinco países em foco - Argentina, Brasil, Colômbia, México e Panamá), complementada por uma revisão de literatura cinzenta para recuperar diretrizes, políticas e estruturas não estavam listadas em bancos de dados científicos.

Também conversamos com uma série de especialistas regionais, incluindo clínicos, acadêmicos, especialistas da comunidade, defensores e formuladores de políticas, para entender os detalhes em nível nacional e validar as conclusões.

Conclusões e chamadas para ação

Aumentar o financiamento destinado à saúde mental. O custo anual dos transtornos mentais na América Latina é estimado em US\$ 30,6 milhões (esse número se baseia no valor do capital mental perdido que as crianças e os jovens contribuiriam para as economias se não fossem afetados pelas condições de saúde mental).¹⁰ Atualmente, a saúde mental é subfinanciada na região, com os países observados por este estudo gastando apenas um quarto do que a OMS considera necessário. A falta de financiamento pode ser atribuída a recursos financeiros limitados ou a uma falta geral de priorização consistente com o nível de conscientização sobre a gravidade do suicídio como um problema de saúde pública. Como ponto de partida, os governos de toda a região devem trabalhar para priorizar a questão do suicídio/saúde mental nas agendas políticas como uma forma de aumentar a parcela de financiamento tanto para a promoção quanto para a proteção, de modo a corresponder ao valor recomendado pela OMS.¹¹

Tomar medidas para aumentar a conscientização sobre o suicídio devido à depressão e combater o estigma relacionado ao reconhecimento e à busca de ajuda para problemas de saúde mental.

A comunicação é fundamental. Portanto, em uma tentativa de superar a questão do estigma que envolve a busca por atendimento de saúde mental, os programas e campanhas de conscientização precisam ser orientados para melhorar o conhecimento da população sobre saúde mental. Ao mesmo tempo, deve ser criado um ambiente aberto para discussões sobre saúde mental entre amigos, familiares, colegas e assim por diante. É necessária uma abordagem multissetorial em que as partes interessadas trabalhem juntas para combater o estigma e quaisquer conceitos errôneos sobre suicídio, depressão e outros problemas de saúde mental predominantes. Em muitos casos, os indivíduos não são capazes de reconhecer sua depressão e, portanto, não procuram ajuda, o que aponta para a importância de melhorar o conhecimento sobre saúde mental. Embora a comunicação contínua sobre essa questão com a população seja vital, há uma oportunidade de implementar uma série de atividades, incluindo a conscientização durante campanhas, por exemplo, no Dia Mundial da Saúde Mental (10 de outubro), no Dia Mundial da Prevenção do Suicídio (10 de setembro) ou no Dia



Internacional dos Sobreviventes Enlutados por Suicídio. Isso já ocorre em alguns países da América Latina.

O relatório regular dos dados de mortalidade por suicídio e o monitoramento das condições de saúde mental, incluindo a depressão, podem ajudar no desenvolvimento e no planejamento de políticas.

A coleta de dados é fundamental para entender a escala do ônus e quais populações estão em maior risco. Atualmente, os governos e os serviços de saúde não têm uma compreensão confiável da escala e das complexidades do peso causado pelas doenças mentais e pelo suicídio em seus países, devido à coleta de dados deficiente e à baixa qualidade dos dados. Em parte, o mesmo estigma associado à doença mental e ao suicídio que faz com que os indivíduos não procurem ajuda pode afetar a plausibilidade dos casos relatados, levando à classificação incorreta de mortes por suicídio e até mesmo a descrições imprecisas de tentativas de suicídio e da prevalência de determinadas condições mentais, como a depressão. Portanto, é importante que os países invistam em vigilância para criar um quadro abrangente e preciso do ônus relacionado ao suicídio e à saúde mental e para monitorar consistentemente a saúde mental. Isso deve ser feito juntamente com a redução do estigma para que o relatório e o monitoramento dessa questão produzam dados sólidos para o desenvolvimento de políticas.

Trabalhar para combater as desigualdades geográficas, sociais e econômicas que criam barreiras ao acesso em toda a região. A região enfrenta divisões significativas entre as populações rurais e urbanas, bem como entre os indivíduos mais pobres e os mais ricos, o que cria uma disparidade na prestação de serviços de saúde, inclusive de saúde mental. É preciso adotar uma abordagem integrada na qual várias partes interessadas trabalhem juntas para garantir que o atendimento possa ser acessado prontamente, independentemente da renda ou da localização.

Entendendo o suicídio

Todos os transtornos mentais, inclusive a depressão, estão associados a um risco maior de suicídio. Pesquisas observaram que a depressão é um forte fator de risco para o suicídio¹²: os indivíduos que sofrem de transtorno depressivo maior (TDM) têm um risco 20 vezes maior de suicídio do que a população geral.¹³ O TDM é relatado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o maior contribuinte para a incapacidade em todo o mundo, afetando significativamente vários aspectos da vida de uma pessoa, inclusive a autoestima, os padrões de sono e as habilidades cognitivas. Um estudo de 2008, que incluiu 1.835 pacientes do departamento de emergência de hospitais de Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e México, constatou que a prevalência do TDM variou de 23% a 35%.¹⁴ Além disso, o UNICEF relatou em 2021 que a ansiedade e a depressão representam quase 50% dos transtornos mentais entre adolescentes de 10 a 19 anos na região.¹⁰ Infelizmente, a depressão na América Latina muitas vezes não é diagnosticada nem tratada. Em um artigo de 2012 da OPAS/OMS, observou-se que seis em cada dez pessoas que têm depressão na América Latina e no Caribe não procuram ou não recebem o tratamento de que precisam.¹⁵

É importante observar que, embora a depressão seja um dos principais fatores de risco associados ao suicídio/ideação suicida, também existem outros fatores de risco. A OMS organizou

os fatores de risco para o suicídio em cinco categorias: sistemas de saúde, sociedade, comunidade, relacionamentos e o indivíduo. A Tabela 1 apresenta, de um lado, os fatores de risco e, de outro, os fatores de proteção para o suicídio. Os fatores de risco referem-se a características de uma pessoa ou de seu ambiente que aumentam a probabilidade ou a tentativa de cometer suicídio, enquanto os fatores de proteção referem-se a características pessoais ou ambientais que reduzem a probabilidade ou a tentativa de cometer suicídio.^{16,17}

Portanto, este relatório busca criar um quadro completo do ônus do suicídio relacionado à depressão na América Latina, avaliar a elaboração de políticas nacionais sobre suicídio e saúde mental e analisar as medidas de vigilância e o estado da saúde mental (incluindo a força de trabalho e as necessidades não atendidas). O estudo inclui pesquisas e percepções coletadas em inglês, espanhol e português nos países da América Latina, com foco especial em Argentina, Brasil, Colômbia, México e Panamá. Esse relatório também inclui informações sobre suicídio, ideação suicida e tentativa de suicídio (conforme definido abaixo). Combinando uma análise da literatura com a contribuição de especialistas e pesquisa documental, o relatório aponta as ações que podem ser tomadas por diversas partes interessadas para atenuar os impactos para as pessoas da região que atingem o estágio de ideação suicida.

Tabela 1: Fatores de risco e de proteção para o suicídio nos sistemas de saúde, na sociedade, na comunidade, nos relacionamentos e no individual

Sistemas de saúde	
Fator de risco	Fator de proteção
<p>Recursos de saúde limitados (por exemplo, falta de profissionais especializados em saúde mental treinados) e o estigma associado à busca de atendimento para transtornos de saúde mental ou tentativas de suicídio podem atrasar o acesso imediato ao atendimento. Em toda a América Latina, a alta desigualdade, a pobreza e as altas taxas de analfabetismo podem piorar a falta de acesso a cuidados adequados de saúde mental.</p> <p>Por exemplo, a Colômbia descobriu que alguns casos de depressão foram causados ou agravados pela falta de recursos e pelas lutas diárias. Além disso, a vida na pobreza foi apontada como uma barreira para o atendimento de alta qualidade.¹⁸ Um prestador de serviços comentou que não tinha certeza de como tratar a depressão de um paciente sem abordar seu ambiente social.¹⁸ Além disso, o treinamento insuficiente para os prestadores de serviços de atenção primária na detecção e no tratamento da depressão (principalmente em faculdades de medicina fora da capital colombiana) pode resultar na perda de oportunidades de detectar casos precocemente e tratá-los adequadamente. Assim, a depressão pode não ser tratada até que a pessoa passe por uma crise e precise de um nível mais alto de atenção à saúde.¹⁸</p>	<p>A disponibilidade garantida de recursos em diferentes níveis de atendimento e a redução das desigualdades no acesso ao atendimento são melhorias estruturais para um ecossistema de proteção. Alguns países da América Latina estão tomando medidas para abordar questões relacionadas aos seus sistemas de saúde mental, como desafios estruturais, recursos limitados e desigualdades no acesso ao atendimento.¹⁹</p> <p>Em 2016, especialistas em educação em saúde mental de vários países da América Latina se reuniram para explorar maneiras de implementar o treinamento do Mental Health Gap Action Programme (mhGAP).²⁰ Os especialistas dessa reunião compilaram um documento com uma lista de recomendações para melhorar o treinamento em saúde mental em ambientes de atendimento não especializado.</p>
Sociedade	
Fator de risco	Fator de proteção
<p>O estigma, o fácil acesso aos meios de suicídio e a representação insegura do suicídio na mídia podem aumentar o risco de suicídio.</p> <p>O UNICEF relatou que, durante a pandemia de Covid-19, o estresse e a ansiedade resultantes da incerteza e da falta de contatos sociais afetaram a saúde mental dos adolescentes, juntamente com os níveis de motivação e o desempenho educacional.¹⁰</p>	<p>Programas de conscientização e educação para melhorar o apoio à saúde mental (no local de trabalho ou em uma instituição educacional) são fatores-chave para acabar com o estigma em torno da saúde mental e do suicídio de forma mais ampla em nível social.</p>
	<p>Os danos à saúde mental causados pela pandemia de Covid-19 em ambientes escolares/ universitários podem ser uma oportunidade para as escolas incorporarem educação e oficinas sobre saúde mental no currículo.</p>

Comunidade	
Fator de risco	Fator de proteção
<p>Nossas comunidades podem ter um impacto sobre nossa saúde mental. As taxas de suicídio são altas entre populações vulneráveis ou que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes; povos indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e queer; e prisioneiros.²¹ Além disso, os riscos associados a eventos e comunidades, incluídos guerras e desastres, podem afetar a saúde mental e incitar comportamentos suicidas.</p> <p>A violência e o trauma são apontados como os fatores sociais mais importantes relacionados ao suicídio, pois viver nessas condições pode aumentar o estresse emocional. Por exemplo, em alguns países da América Latina, como Venezuela, Honduras e Colômbia, a instabilidade política e os altos índices de violência podem resultar em trauma e comportamento suicida. Estudos também mostraram que o conflito armado na Colômbia, que deslocou mais de 8,1 milhões de pessoas, aumentou a incidência de problemas de saúde mental, exacerbado pela falta de investimento em serviços de saúde mental.^{22,23}</p> <p>Os migrantes podem passar por eventos traumáticos, como agressão sexual e roubos ao atravessar a Região de Darién para o Panamá, que podem ser fatores de risco para suicídio ou piora da saúde mental se não forem tratados prontamente.</p>	<p>As comunidades também podem proporcionar aos indivíduos um sentimento de pertencimento. O apoio social nas comunidades pode ajudar a proteger grupos vulneráveis do suicídio por meio do estabelecimento de conexão social.²⁴ Um estudo que analisou os fatores de risco e de proteção para comportamentos suicidas em jovens mexicanos destacou que o apoio emocional por meio de relacionamentos sociais tem efeitos positivos na saúde mental.²⁵</p> <p>As comunidades também podem aumentar as tentativas de conscientização por meio de campanhas como forma de quebrar o estigma. A OMS destacou que um defensor da prevenção do suicídio (como um membro influente da comunidade, por exemplo, um líder religioso ou alguém com uma experiência vivida) pode acelerar a conscientização sobre o suicídio e a saúde mental e facilitar a discussão aberta desses temas.²⁶</p> <p>De modo geral, é fundamental entender a comunidade porque ela é o melhor lugar para identificar as necessidades e prioridades locais.²⁴ Da mesma forma, os especialistas consultados para este trabalho observaram que o treinamento de pessoas na comunidade pode abordar com mais eficácia os problemas de saúde mental da população do que o treinamento de profissionais de saúde.</p>
<p>O desemprego e a insegurança financeira podem induzir ao estresse e diminuir o bem-estar social. As taxas de suicídio aumentam durante períodos de crises econômicas, quando as taxas de desemprego e pobreza são altas.²⁷</p>	<p>O emprego e a segurança financeira, em geral, têm sido associados a um menor risco de comportamento suicida comparado com o desemprego.²⁸</p> <p>Alguns empregos relacionados a condições de trabalho desfavoráveis ou que são particularmente desgastantes para a saúde mental ou física podem ser um fator de risco para o comportamento suicida, conforme destacado pelas evidências sobre a associação entre riscos psicossociais do trabalho e suicídio.²⁸</p>

Relacionamentos	
Fator de risco	Fator de proteção
<p>As relações familiares podem ser consideradas um fator de risco se houver falta de comunicação entre os membros da família, violência ou abuso sexual, sentimentos de rejeição e conflitos constantes.²⁹ Por exemplo, no México, uma pesquisa para avaliar a coesão familiar e a adaptabilidade foi realizada com um grupo de adolescentes que haviam tentado suicídio e estavam internados em um hospital para transtornos de saúde mental. A pesquisa, que comparou esse grupo com um grupo de controle, descobriu que fatores como solidão, falta de compreensão e rejeição dos pais, além de uma percepção negativa do ambiente familiar, eram fatores de risco para o suicídio. Além disso, uma revisão sistemática realizada em 2018 constatou que, no México, os problemas familiares e o distanciamento da família estavam associados à ideia suicida.²⁹</p>	<p>As relações familiares desempenham um papel fundamental na cultura latino-americana e também podem ser consideradas um fator de proteção.</p> <p>Um estudo que investigou o familismo e o ambiente familiar entre latinas suicidas recrutadas em agências de serviço social e hospitais na cidade de Nova York constatou que famílias muito unidas tinham menos probabilidade de ter adolescentes que tentaram suicídio em comparação com famílias moderadamente unidas ou pouco unidas.³⁰ O familismo destaca as relações familiares de apoio e prioriza a família, e é frequentemente associado à saúde psicológica.³¹ Embora esse estudo não seja específico para nenhum dos nossos países pesquisados, a ideia de que o familismo poderia proteger os indivíduos contra o comportamento suicida poderia ser aplicada de forma ampla, uma vez que as relações familiares são consideradas um fator de proteção contra o suicídio.</p>
Individual	
Fator de risco	Fator de proteção
<p>Os fatores de risco individuais incluem transtornos mentais, como depressão, ansiedade, dependência de álcool, esquizofrenia e epilepsia. Outros fatores de risco são falta de educação formal, certos traços de personalidade, tentativa de suicídio, predisposição genética, dor crônica e histórico de trauma na infância.</p> <p>Uma pesquisa realizada na Colômbia constatou que a falta de educação impedia a identificação e o tratamento da depressão na atenção primária e no nível do paciente no país.¹⁸ As pessoas podem não reconhecer seus sintomas, e os idosos sem instrução podem ver a depressão como um sintoma da velhice.¹⁸</p>	<p>Os fatores de proteção individuais podem incluir habilidades de enfrentamento, atividade física e saúde, vínculo familiar, participação religiosa, atitude positiva em relação ao tratamento da saúde mental, resiliência biológica/psicológica e valores sociais positivos.²⁵ Por exemplo, os pacientes de um estudo realizado no Peru disseram que sua fé religiosa era o que os mantinha firmes.³²</p>

Neste relatório, usamos a seguinte terminologia:

Suicídio: *O suicídio* foi definido como a morte causada por danos autoinfligidos na tentativa deliberada de se matar.³³

Tentativa de suicídio: A tentativa de suicídio foi descrita como um comportamento não fatal, mas autodirigido e potencialmente prejudicial, com intenção de morte.³⁴ Uma tentativa de suicídio pode resultar em ferimentos e provavelmente terá consequências emocionais e sociais mais graves.^{1,35}

Ideação suicida: Pensamentos sobre se matar ou querer estar morto são denominados *ideação suicida*; no entanto, a ideação suicida não é acompanhada de comportamentos preparatórios.³⁶ Na maioria dos casos, ter pensamentos suicidas está ligado a um problema de saúde mental subjacente, como depressão, que pode ser tratado.³⁷ Por exemplo, foi relatado que a ideação suicida é alta entre as pessoas que sofrem de TDM.³⁸ Em escala global, mais de 60% dos indivíduos que tentaram suicídio são afetados por TDM.¹³ Sofrer de TDM pode envolver sentimentos de tristeza e desesperança, bem como perda de interesse em hobbies ou atividades diárias.

Autoagressão ou dano autoinfligido: *O dano autoinfligido ou autoflagelação* refere-se a uma situação em que um indivíduo se fere ou causa danos a si mesmo como forma de lidar com ou expressar extrema angústia emocional e turbulência interna. Todas essas áreas exigem uma intervenção adequada e oportuna, pois o impacto do suicídio, da tentativa de suicídio e da ideação suicida pode prejudicar não apenas o indivíduo, mas também membros da família, amigos, comunidades locais e profissionais de saúde.³ As intervenções incluem a conscientização sobre o suicídio e a saúde mental entre a população geral, em uma tentativa de reduzir o estigma, e entre os profissionais de saúde, para que possam identificar pacientes de saúde mental em risco, especialmente aqueles que sofrem de TDM. As consequências de um suicídio também devem ser priorizadas, um estágio conhecido como pós-intervenção.³⁹ Isso se concentra na redução do risco de suicídio entre aqueles que estão em alto risco após a exposição ao evento e na cura após o luto causado pelo suicídio.⁴⁰

O peso do suicídio na América Latina

Na América Latina e no Caribe, o suicídio é responsável por 10% dos ferimentos e inflige um custo emocional que vai além do indivíduo, atingindo a família e os amigos, os serviços de saúde e a sociedade e a economia em geral.^{3,8} À medida que sua incidência piora em toda a região, a necessidade de melhorar a formulação de políticas, a vigilância, o atendimento e a prevenção só aumentam.

45.800 mortes por suicídio ocorrem anualmente na América Latina.³

Em contraste com as tendências globais, o suicídio tem sido um problema crescente na América Latina nas últimas três décadas.² Enquanto a taxa global de suicídio diminuiu 36% entre 2000 e 2019, a taxa na América Latina e no Caribe aumentou 17% (embora tenha sido registrado um leve declínio nos últimos dois anos desse período).^{2,7} Embora fora do escopo deste relatório, vale ressaltar que um estudo estimou um aumento de 35% nos transtornos depressivos e um aumento de 32% nos transtornos de ansiedade na América Latina e no Caribe devido à pandemia de Covid-19.⁴¹

Além disso, em 2019, os suicídios foram uma das principais causas de mortes por lesões na região (mortes por lesões referem-se principalmente a mortes resultantes de acidentes de trânsito, quedas, afogamento, queimaduras, envenenamento e atos de violência contra si mesmo ou contra outros, entre outras causas).³ Atualmente, aproximadamente 45.800 mortes por suicídio ocorrem anualmente na América Latina, com uma taxa de suicídio padronizada por idade de 5,23 por 100.000 habitantes (8,39 para homens e 2,12 para mulheres).^{3,42} Um estudo de ônus de doença sobre suicídio na América Latina (1990-2019) constatou que os suicídios no Brasil representaram um terço do total de mortes por lesões autoprovocadas na América Latina em 2019, seguido pelo México (19,2%) e pela Argentina (12,4%).^{3,8} Nesse mesmo ano, as taxas de mortalidade por suicídio e os anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs)* associados ao suicídio foram mais altos na Argentina, no Equador e no Uruguai. As Tabelas 2 e 3 apresentam a mudança nas taxas de mortalidade padronizadas por idade e DALY para ambos os sexos de 1990 a 2019 para os cinco países cobertos em nosso estudo (dados completos fornecidos no Apêndice 1).

* Os DALYs são a soma de YLL (anos de vida perdidos) e de YLD (anos vividos com deficiência). Os DALYs na Tabela 3 quantificam a perda de vida saudável atribuível ao suicídio, medindo a diferença entre a situação real e a ideal, na qual se vive a expectativa de vida padrão com saúde perfeita.

Um estudo sobre o ônus do suicídio na América Latina entre 1990 e 2019 constatou que o índice sociodemográfico (SDI) (um indicador de composição de economia, educação e fertilidade) aumentou em todos os países da América Latina, incluídos nossos países de interesse, mas que a taxa DALY padronizada por idade diferiu por país durante o período do estudo.³ Por exemplo, o México registrou um aumento nos DALYs relacionados a suicídio, enquanto o Brasil e o Panamá registraram reduções (ver a Tabela 3). É interessante notar que, embora o Brasil seja

o maior país da região, ele tem a maior redução em sua própria taxa ao longo do tempo para taxas de mortalidade por suicídio e taxas DALY entre nossos países de interesse. Uma explicação poderia estar relacionada às imprecisões dos registros de morte por suicídio como resultado de dificuldades em estabelecer a intencionalidade da morte, bem como a estigmatização social. Além disso, também foi relatado que a morte por suicídio é geralmente codificada como morte por causa indeterminada, como afogamento ou envenenamento acidental.⁴³

Tabela 2: Variação percentual na taxa de mortalidade por suicídio, ambos os sexos, 1990-2019^{3,8}

Mudança percentual na taxa de mortalidade padronizada por idade (95% UI) por 100.000			
País	Homem	Mulher	Ambos
Argentina	26.7 [17.7, 36.9]	-3.0 [-11.4, 5.3]	21.5 [13.4, 29.7]
Brasil	-20.0 [-25.3, -11.2]	-27.2 [-31.9, -21.5]	-21.7 [-26.3, -14.3]
Colômbia	12.4 [-15.2, 45.0]	21.5 [-11.0, 59.6]	13.3 [-14.4, 45.6]
México	55.6 [28.7, 86.9]	79.2 [43.7, 121.0]	58.5 [34.1, 85.5]
Panamá	-1.1 [-26.9, 30.4]	-5.1 [-29.9, 26.3]	-2.4 [-27.3, 27.2]

Observação: os números negativos na tabela representam uma redução na taxa de mortalidade padronizada por idade, enquanto os números positivos representam um aumento.

UI = intervalos de incerteza.

Tabela 3: Mudança percentual na taxa de DALY, 1990-2019³

Mudança percentual na taxa DALY* padronizada por idade (95% UI) por 100.000			
País	Homem	Mulher	Ambos
Argentina	53.0 [40.7, 66.9]	7.7 [-1.9, 18.0]	42.1 [31.7, 53.0]
Brasil	-16.6 [-22.7, -7.8]	-24.7 [-29.5, -18.4]	-18.4 [23.2, -11.0]
Colômbia	13.7 [-14.4, 47.9]	23.5 [-9.1, 62.5]	16.1 [-11.8, 49.5]
México	66.0 [38.0, 98.7]	88.8 [53.4, 131.2]	70.2 [44.5, 97.2]
Panamá	-1.7 [-28.2, 30.5]	-6.1 [-30.5, 24.5]	-2.6 [-28.0, 27.5]

Observação: os números negativos na tabela representam uma redução na taxa de mortalidade padronizada por idade, enquanto os números positivos representam um aumento.

UI = intervalos de incerteza.

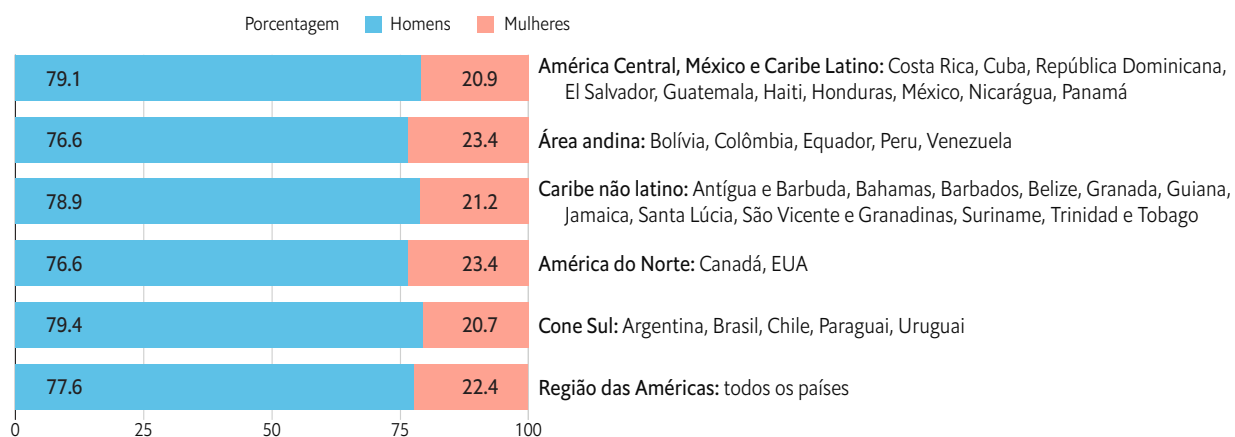
A diferença de gênero no suicídio - distinta globalmente, mas um abismo nas Américas

Globalmente, o suicídio não ocorre igualmente por gênero: em cada região do mundo, mais homens do que mulheres morrem por suicídio, embora mais mulheres tenham pensamentos suicidas.³ Na América Latina e no Caribe, esse fenômeno é ainda mais pronunciado (consultar a Figura 1). A proporção de suicídios entre homens e mulheres na América Latina e no Caribe em 2019 foi de cerca de 4 para 1, comparado com aproximadamente 2,3 para 1 globalmente.³ As altas taxas de suicídios de homens são consistentes nas sub-regiões da América Latina e do Caribe. Em nível nacional, a proporção de suicídios entre homens e mulheres em 2019 foi de 4,9 para 1 no Panamá, 4,1 para 1 na Argentina, 4 para 1 no México, 3,7 para 1 no Brasil e 3,5 para 1 na Colômbia.⁴⁴

Os motivos por trás da disparidade global de gênero nas taxas de suicídio não são claros, embora se acredite que o contexto social seja um fator importante. Por exemplo, muitas vezes é considerado mais aceitável que as mulheres busquem ajuda para problemas de

saúde.⁴⁵ Em algumas partes da América Latina, as expectativas de comportamento tradicional ou agressivamente masculino podem tornar os homens menos propensos a buscar ajuda. O machismo[†] não é exclusivo da América Latina, mas está longe de estar ausente na região; a própria palavra se origina do espanhol mexicano.⁴² Por exemplo, o tipo de masculinidade que subestima as emoções e, em vez disso, se concentra na força e na virilidade, é uma parte importante da cultura “gaúcha” que ainda se mantém em certas áreas rurais da Argentina e do Brasil.^{3,8,42} Essas expectativas são comuns em toda a região, e as pesquisas mostram que o enfraquecimento das emoções dos homens e sua necessidade de comunicá-las é um precursor da ideação suicida. Além disso, o uso e o abuso de álcool são vistos como mais aceitáveis para os homens, já que eles começam a consumir álcool mais cedo do que as mulheres e consomem álcool com mais frequência. Pesquisas, como um estudo da University College London, indicaram que o uso indevido de substâncias é frequentemente um fator de risco para suicídio e automutilação.^{3,8,46,47} Além disso, um estudo realizado no México descobriu que havia uma

Figura 1: Proporção específica por sexo do total de taxas de mortalidade por suicídio padronizadas por idade na região das Américas e sub-regiões, 2019⁷



Fonte: OPAS, Mortalidade por Suicídio nas Américas.⁷

Insight gráfico: Economist Impact

[†] *Machismo* é um termo que se refere a uma estrutura patriarcal da sociedade, na qual o homem é considerado o provedor e chefe de família.

diferença notável entre os sexos e o suicídio. Os dados destacaram a maior incidência de depressão e ansiedade nas mulheres, enquanto os homens foram mais afetados por comportamento antissocial e uso de substâncias. Para esclarecer, essas são análises separadas extrapoladas em conjunto.⁴⁸

O suicídio é a terceira causa mais comum de morte entre jovens de 15 a 19 anos na América Latina e no Caribe, com mais de dez adolescentes tirando a própria vida por dia.³⁹

Idade e suicídio

De acordo com as tendências globais, o suicídio é mais prevalente entre os grupos etários mais velhos (70 anos ou mais) do que entre os mais jovens (15 anos ou menos) na América Latina. Em um mundo em que os países estão se tornando proporcionalmente mais idosos, como é o caso da América Latina, os problemas de saúde mental, inclusive a ideação suicida, se tornarão um desafio cada vez maior para os sistemas de saúde. De acordo com um relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS),⁷ à medida que a idade aumenta, o mesmo acontece com a mortalidade por suicídio. A ligação entre adultos mais velhos e o suicídio envolve uma série de fatores, incluídas doença e dor crônicas, dependência de outras pessoas, solidão, instabilidade financeira, perda de propósito, sentimentos de abandono e incapacidade funcional.^{3,8,49} A depressão é frequentemente um fator de risco para o mau prognóstico de doenças crônicas, o que, por sua vez, afeta a qualidade de vida, a capacidade funcional e o bem-estar emocional.⁵⁰

No entanto, é importante reiterar as descobertas do UNICEF de que a ansiedade e a depressão são responsáveis por quase 50% dos transtornos de saúde mental entre os jovens de 10 a 19 anos na região.⁵¹ Portanto, os esforços para lidar

com os problemas de saúde mental, incluída a ideação suicida, devem ser distribuídos entre as populações jovens e idosas. De acordo com um relatório regional da OPAS de 2021 que analisa a mortalidade por suicídio nas Américas, as taxas de suicídio por 100.000 habitantes foram mais altas entre os idosos nos cinco países em foco neste estudo, especialmente na Argentina, com a taxa de suicídio de 14,25 por 100.000 habitantes entre pessoas de 80 a 84 anos de idade.⁵²

No Brasil, Colômbia, México e Panamá, a taxa de suicídio por 100.000 entre pessoas de 80 a 84 anos foi registrada em 12,09, 9,77, 9,51 e 8,76, respectivamente. A Argentina teve a maior taxa de suicídio entre indivíduos com 85 anos ou mais, com 17,19 por 100.000.⁵²

Embora haja uma prevalência elevada de suicídio entre pessoas mais velhas na América Latina, os DALYs ligados ao suicídio são mais altos entre homens de 10 a 49 anos.³ A idade adulta jovem e a adolescência envolvem períodos de mudança que podem ser caracterizados por instabilidade emocional, social e física que podem resultar em estresse e sintomas depressivos. Além disso, os impactos da recuperação do suicídio na saúde podem durar a vida inteira, afetando também a contagem de DALY. Em 2019, a prevalência estimada de transtornos mentais entre adolescentes (de ambos os sexos) de 10 a 19 anos em Argentina, Brasil, Colômbia, México e Panamá variou de 12,1% (no México) a 17,1% (no Brasil).⁵³ Sem controle, os impactos são graves: o suicídio é a terceira causa mais comum de morte entre jovens de 15 a 19 anos na região, com mais de dez adolescentes tirando a própria vida por dia.⁵³ Alguns especialistas consultados para este estudo sugeriram que o suicídio entre pessoas mais jovens está cada vez mais proeminente, especialmente à luz da pandemia: “Uma coisa que observamos em termos de tendências em nossa população é que o aumento [nas taxas de suicídio] disparou especialmente entre a população jovem”, diz Paulina Arenas Landgrave, doutora em psicologia da Universidad Nacional Autónoma de México na Cidade do México.

O ônus da tentativa de suicídio e da ideação suicida

As tentativas de suicídio, bem como os desafios de saúde mental que podem levar à ideação suicida, podem causar um ônus significativo. Por exemplo, os impactos sociais e psicológicos afetam o indivíduo em questão, sua família e seus colegas; além disso, a incapacidade de longo prazo pode resultar de uma lesão causada por uma tentativa de suicídio.⁵⁴ Todos esses fatores também podem ter um impacto econômico em termos de perda de produtividade, redução da capacidade de atendimento ou aumento de DALYs. No entanto, vale a pena observar que a forma como os DALYs são capturados (anos vividos com deficiência + anos de vida perdidos)⁵⁵ pode impor limitações à estimativa do ônus das condições de saúde mental, como a depressão. Em geral, os dados de mortalidade por suicídio dessa região são descritos como “irregulares” quando comparados com os dados dos países europeus.^{26,56} Além disso, o atraso na notificação de dados foi destacado como outro problema na região.²⁶ O estigma em torno da doença mental e do suicídio na região pode afetar a plausibilidade dos casos notificados, levando à classificação incorreta de mortes por suicídio e até mesmo a descrições imprecisas de tentativas de suicídio e à prevalência de determinadas condições de saúde mental, como a depressão.⁵⁶ Isso poderia explicar a alta variabilidade entre as taxas de suicídio nos diferentes países, conforme observado em um estudo sobre suicídio na América Latina, afirmando que as mortes relatadas destacam a variabilidade na região, de 0,5% no México a 24,7% em El Salvador.⁴² Portanto, como ponto de partida, o estigma associado ao suicídio, às tentativas de suicídio, à ideação e à doença mental de forma mais ampla na região deve ser abordado para melhorar os sistemas de monitoramento que medem a prevalência, a incidência e os padrões demográficos e para coletar efetivamente dados regulares e robustos. Com uma visão completa do cenário, os formuladores de políticas poderão desenvolver e avaliar com confiança estratégias e políticas para combater o suicídio.⁵⁴

Compreender melhor o ônus: as lacunas na vigilância

A adoção de sistemas de informações de saúde (HISs) e registros eletrônicos de saúde (EHRs) criou um recurso poderoso para estudos epidemiológicos e de previsão de riscos. Dados longitudinais modelados a partir de EHRs nos Estados Unidos mostraram o potencial de apoiar a detecção precoce de indivíduos com alto risco de suicídio e lesões autoinfligidas, permitindo que os pacientes recebam o atendimento profissional de que precisam.⁵⁷

Infelizmente, o uso de HISs e EHRs para rastrear e potencialmente prevenir o suicídio é inexistente na América Latina. Vários dos países estudados registram casos de suicídio (e, em alguns casos, tentativas de suicídio), o que pelo menos ajuda a informar o ônus existente. O Brasil coleta e analisa dados sobre a causa da morte, incluído o suicídio, pelo DATASUS, o departamento de TI do SUS, o Sistema Único de Saúde do Brasil. O Panamá compila dados sobre suicídio com base nos registros administrativos dos estabelecimentos de saúde pública (Minsa e CSS), cartórios de registro privados e civis. A Colômbia e o México também coletam dados sobre tentativas de suicídio (no caso da Colômbia, os relatórios devem ser semanais, coletados pela Saludata, uma agência governamental de dados de saúde), e o México reúne dados sobre DALYs e QALYs (anos de vida ajustados pela qualidade) relacionados ao suicídio para uso na elaboração de políticas. Os dados do México sobre suicídio são coletados pelo Instituto Nacional de Estatística e Geografía. Os dados de mortalidade da Argentina, incluídas mortes causadas por lesões autoinfligidas, são relatados pelo Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), embora os dados não sejam discriminados por suicídio.

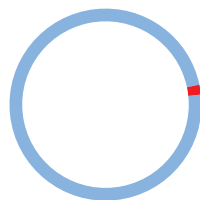
Embora esses países operem a vigilância relacionada ao suicídio, os especialistas com quem conversamos levantaram a preocupação de que a forma como os dados são coletados e monitorados dá margem a imprecisões. “Sabemos que [no Brasil] existe o DATASUS, um sistema de monitoramento e vigilância sobre tantas

tentativas e sobre suicídios”, diz Karen Scavacini, psicóloga e cofundadora do Instituto Vita Alere, um instituto de prevenção ao suicídio em São Paulo. “No entanto, realmente não sabemos quais são os dados corretos [a serem coletados] e nem mesmo sabemos se os dados que temos estão corretos.” Os especialistas consultados para

este relatório também apontaram a dificuldade de contar com sistemas de vigilância em áreas rurais, onde se acredita que a subnotificação seja significativa, especialmente entre as comunidades indígenas.

Financiamento da saúde mental na América Latina

Um desafio para a obtenção de um atendimento de saúde mental consistente e adequado em toda a América Latina é a variação na forma como os serviços de saúde são financiados.⁵⁸ Por exemplo, na Colômbia, a cobertura de saúde é quase universal para a população e exige que certos padrões de atendimento sejam mantidos em todo o país (porém, não na mesma proporção para todas as condições de saúde). Ao mesmo tempo, a cobertura no sistema federal da Argentina pode ser irregular. Os gastos com saúde mental variam entre as províncias argentinas de 0,5% a 5% dos gastos totais com saúde.⁵⁸ Ambos os exemplos mostram como a saúde pode ser fragmentada e ter um impacto significativo no acesso e na prestação de atenção à saúde.



O investimento em saúde mental é de apenas 1,8% dos gastos com saúde pública na América Latina e no Caribe.⁴³

Em geral, os custos dos transtornos mentais são altos, mas na América Latina eles são atendidos com gastos relativamente limitados de saúde pública. Por exemplo, o custo anual dos transtornos mentais na América Latina é

estimado em US\$ 30,6 milhões (com base no valor do capital mental perdido - que as crianças e os jovens contribuiriam para as economias se não fossem afetados pelas condições de saúde mental).¹⁰

Apesar da tentativa de aumentar a conscientização sobre o impacto das condições de saúde mental na região, ainda há um investimento inadequado em saúde mental em geral - apenas 1,8% dos gastos com saúde pública na América Latina e no Caribe.⁵¹ Esse número se compara a uma mediana global de gastos já insuficiente em serviços de saúde mental, 2,8% dos gastos governamentais com saúde.⁵⁹ Em geral, a OMS recomenda que o investimento em saúde mental seja de 5% do orçamento de saúde devido à prevalência de transtornos mentais e ao impacto na assistência médica.⁶⁰

Em nível nacional, o gasto com saúde mental como proporção do gasto total com saúde pública é consistente com a média regional na Argentina (1,6%),⁶¹ Brasil (1,6%), Colômbia (1,8%) e México (1,8%), mas o número é notavelmente maior no Panamá (3%). Além disso, nos cinco países, o custo da assistência à saúde mental está incluído nos esquemas de reembolso, embora os pacientes na Colômbia e no México paguem 20% dos custos totais da assistência à saúde mental e dos medicamentos (ver a Tabela 4).⁵⁸

Tabela 4: Gastos do governo com saúde mental e o total de pagamentos fornecidos para serviços e medicamentos na Argentina, Brasil, Colômbia, México e Panamá, 2020*

País	Gastos do governo com saúde mental como % do total de gastos com saúde do governo	Custo dos pacientes no ponto de atendimento para serviços de saúde mental para a maioria das pessoas	Custo dos pacientes com medicamentos psicotrópicos para a maioria das pessoas
Argentina ⁶²	1.6% †	0% (com seguro total)	0% (com seguro total)
Brasil ⁶³	1.6%	0% (com seguro total)	0% (com seguro total)
Colômbia ⁶⁴	1.8%	Pelo menos 20%	Pelo menos 20%
México ⁶⁵	1.8%	Pelo menos 20%	Pelo menos 20%
Panamá ⁶⁶	3.0%	0% (com seguro total)	0% (com seguro total)

* Esses pontos se referem a tratamentos que estão incluídos nos formulários e podem não se aplicar a todos os tratamentos disponíveis

† Os dados completos da Argentina não estavam disponíveis no Atlas de Saúde Mental da OMS de 2017 ou 2020⁶¹

A cobertura de seguro especificamente para cuidados relacionados ao suicídio é muito mais limitada, apesar do progresso em algumas áreas. “Recentemente, algumas empresas de seguros de saúde [no Brasil] têm oferecido cobertura para risco de suicídio por comportamento suicida, mas não é a maioria das empresas”, diz Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro, membro da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS). “A maioria das empresas de seguro de saúde ainda impõe uma barreira ao tratamento da saúde mental. Eles disponibilizaram uma grande quantidade de psicoterapia, mas com um número reduzido [de sessões] por ano, o que para alguns funciona [e] para outros precisaria ser mais longo do que as sessões padrão por ano.”

A seguir, apresentamos breves resumos do financiamento e do acesso aos serviços de saúde mental. O financiamento e a alocação de recursos para serviços de saúde mental variam muito em cada país (consulte o Apêndice 2 para obter mais informações sobre o financiamento da saúde mental por país). O acesso ao atendimento também difere, com alguns países apresentando melhor desempenho do que outros.

Argentina

Na Argentina, há um departamento nacional de saúde mental (DGSM) responsável por emitir diretrizes e propostas para os Ministérios da Saúde. No entanto, essas diretrizes não têm autoridade vinculante direta porque a Argentina é um país federal e a gestão da saúde não é totalmente delegada ao governo federal.⁶⁷ Cada província aloca de forma independente fundos limitados para o setor de saúde mental, normalmente variando de 0,5% a 5% do orçamento total da saúde, o que é inadequado.⁶⁷ Tanto em nível nacional quanto provincial, o orçamento para a saúde mental fica abaixo dos padrões recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, em nível nacional, 65% do orçamento de saúde mental é direcionado para hospitais psiquiátricos, deixando recursos insuficientes para serviços comunitários.^{58,67}

México

O México está comprometido em garantir que a assistência médica esteja disponível para as populações mais vulneráveis. O programa INSABI (Instituto Nacional de Salud para el Bienestar) fornece acesso a serviços de saúde a mais de 43%

da população não coberta pela previdência social. E, ainda assim, os serviços de saúde mental são subfinanciados no México.⁵⁸

Os serviços de saúde mental cobertos são limitados à medicina preventiva, consulta externa e, em alguns casos, hospitalização breve. Além disso, dos 32 estados do país, apenas oito mencionam o financiamento da saúde mental nos documentos de financiamento da saúde. Além disso, apenas três estados estabeleceram orçamentos mínimos para a saúde mental.⁵⁸

Colômbia

A Colômbia oferece cobertura de saúde quase universal, embora a qualidade e o acesso ao atendimento possam variar entre os ambientes clínicos. O sistema de dois níveis do país oferece níveis mais baixos de atendimento para pessoas que não são complementadas por um seguro baseado no empregador; regimes mais pobres ou subsidiados tendem a ser encontrados em áreas rurais, onde os recursos de saúde são escassos.⁶⁸ Portanto, os serviços não estão disponíveis de maneira uniforme para toda a população. Em geral, o investimento em saúde mental é considerado baixo; além disso, a corrupção, as reformas dificultadas, as dívidas do sistema de saúde e o fechamento de hospitais e clínicas de saúde mental são todos obstáculos ao progresso.^{23,68}

Brasil

No Brasil, a saúde mental é relatada como uma área subfinanciada.⁶⁰ O Sistema Único de Saúde (SUS) do país organizou a gestão e o financiamento da saúde em três níveis federados (país, estado e município), sendo financiado por meio de contribuições fiscais e baseado em atendimento integral e acesso igualitário.⁶⁹

Panamá

A assistência comunitária recebe 56% dos gastos com saúde mental no Panamá, o que, entre outros benefícios, ajuda a distribuir o acesso de forma mais equitativa entre as áreas urbanas e rurais.⁵⁸ “Nas províncias, temos um sistema integrado em que tanto as pessoas seguradas quanto as não seguradas podem acessar qualquer tipo de estabelecimento de saúde”, diz Vanessa Flores, Coordenadora de Saúde Mental do Fundo de Previdência Social do Panamá. “Em cada instalação, geralmente há uma equipe de saúde mental ou eles [pacientes] são encaminhados para uma instalação que tenha a equipe de saúde mental.”

Política e prática: a prestação de serviços de saúde mental e suicídio

Outro desafio para se obter uma assistência médica mental consistente e adequada em toda a América Latina é a priorização da assistência médica mental na legislação e nas políticas.⁵⁸ A existência de políticas de saúde mental e suicídio não pode ser considerada um dado adquirido na região ou no mundo.⁵⁸ Em geral, essas políticas podem ser consideradas ferramentas poderosas para melhorar a saúde mental de uma população,⁷⁰ melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental,⁷¹ reduzir o ônus geral de transtornos mentais e aumentar a conscientização e criar um diálogo comunitário sobre problemas de saúde mental e suicídio. As políticas podem ser administradas de várias maneiras, por exemplo, na forma de programas, planos de saúde mental, estratégias e legislação em vários níveis.⁷⁰ Em 2021, a OMS introduziu LIVE LIFE, um guia de implementação para ajudar os países a reduzir o ônus do suicídio por meio de ações baseadas em evidências. O documento inclui seis domínios principais: (1) análise situacional, (2) colaboração multissetorial, (3) conscientização e defesa de direitos, (4) capacitação, (5) financiamento e (6) vigilância, monitoramento e avaliação.²⁶ O guia também fornece exemplos de atividades nesses domínios que foram realizadas em vários países como forma de inspirar os tomadores de decisão de outros países a adotar práticas semelhantes em seus contextos locais.²⁶

A OMS publica um Atlas de Saúde Mental a cada três anos, que fornece uma compilação perspicaz de dados sobre políticas, legislação, recursos humanos, financiamento, disponibilidade e utilização de serviços e sistemas de coleta de dados de saúde mental.⁵⁸ O documento destaca um objetivo do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2030, que é fortalecer a liderança e a governança eficazes para a saúde mental, incluindo leis, políticas e planos para a saúde mental (de acordo com os direitos humanos internacionais). O plano enfatiza a importância de ter essas atividades em vigor para que os formuladores de políticas acompanhem o progresso e identifiquem as áreas que precisam de atenção.⁵⁸

Guia de implementação LIVE LIFE da Organização Mundial da Saúde, domínios principais:

- análise situacional
- colaboração multissetorial
- conscientização e defesa de direitos
- desenvolvimento de capacidades
- financiamento
- vigilância, monitoramento e avaliação.²⁶

Para expandir o Atlas de Saúde Mental da OMS, a edição de 2020 inclui informações e dados de 171 dos 194 (88%) estados membros da OMS sobre o progresso em direção às metas de saúde mental: 86% têm uma política ou plano autônomo para a saúde mental e 65% dos estados membros têm uma lei autônoma de saúde mental.²

Para essas métricas, a abordagem política nas Américas é mista: impressionantes 91% dos estados membros têm uma política ou plano de saúde mental autônomo e/ou integrado (mais do que qualquer outra região), mas apenas 61% (n = 20) têm uma lei de saúde mental,⁵⁸ melhor apenas do que a África (49%, n = 19). Nesse contexto, a lei de saúde mental se refere a legislação para a proteção dos direitos civis e humanos de pessoas com transtornos mentais; internação e tratamento involuntários; tutela; e treinamento profissional e estrutura de serviços.⁵⁸ Em relação a políticas, estratégias ou planos de prevenção específicos para o suicídio, as Américas são melhores do que a insignificante média global de 21% de políticas, mas a política existe em apenas um terço (33%) dos países. Mais da metade dos países da região não tem nenhuma política de prevenção de suicídio (autônoma ou integrada).⁵⁸

A seguir, apresentamos um breve detalhamento por país do cenário de políticas relacionadas à saúde mental e ao suicídio. É importante analisar as atividades políticas em cada país para observar o que está sendo priorizado (se é que está) e o que precisa ser melhorado. Vale a pena observar que, como cada país tem níveis diferentes de ônus relacionados ao suicídio, tentativa e ideação de suicídio, as prioridades das políticas serão diferentes. (Consultar o Apêndice 2 para obter mais informações sobre políticas nacionais e regionais de suicídio por país)

Em 2010, a Argentina promulgou a Lei Nacional de Saúde Mental, que enfatiza os direitos do paciente e favorece o atendimento comunitário em vez da hospitalização.

Argentina

Em 2010, a Argentina promulgou a Lei Nacional de Saúde Mental, que enfatiza os direitos dos pacientes e favorece o atendimento comunitário em vez da hospitalização, tratando a hospitalização como último recurso. Essa lei visa ainda desenvolver abordagens para gerenciar a saúde mental em nível profissional, como a promoção de equipes multidisciplinares que envolvam todas as profissões relevantes na prestação de serviços de saúde mental. A Lei de Saúde Mental também observa que os hospitais gerais devem ter uma unidade psiquiátrica e não podem se recusar a admitir pacientes com doenças psiquiátricas. Além disso, a lei proíbe a criação de novos asilos, e o requisito de uma ordem judicial para hospitalização e alta foi removida. O critério para admissão foi alterado de “periculosidade” para si mesmo ou para outros para risco certo e “iminente”.⁷² Além disso, o Departamento de Saúde Mental (DGSM) divulgou um Plano Nacional de Saúde Mental em 2013. No entanto, houve falta de financiamento, falta de pessoal no DGSM, falta de orientação epidemiológica e falta de poder sobre políticas provinciais específicas. Muitas das províncias do país promulgaram suas próprias leis de saúde mental.⁷²

Um estudo menciona que a lei estabelece a presunção de capacidade; aplica-se a todos os provedores de saúde, dos setores público, privado e de seguridade social e reconhece a diversidade cultural e a proteção da identidade pessoal e coletiva. No entanto, como o sistema de saúde argentino é fragmentado, diferentes setores coexistem lado a lado, com pouca regulamentação central, e não há uma tradição democrática robusta e prolongada, o que resulta em outro obstáculo à subordinação de setores conflitantes do sistema de saúde aos princípios do Ministério da Saúde.⁷²

Uma lei específica tenta combater a natureza fragmentada do sistema federal do país,

observando que “o atendimento psicossocial, a pesquisa científica e epidemiológica, o treinamento profissional na detecção e tratamento de pessoas com risco de suicídio e a assistência às famílias das vítimas de suicídio são de interesse nacional para toda a Argentina”.⁷³ Essa lei exige “a abordagem coordenada, interdisciplinar e interagências do problema do suicídio, o desenvolvimento de ações e estratégias para alcançar a conscientização do público, o desenvolvimento de serviços de atendimento e o treinamento de recursos humanos, além de promover o apoio em rede da sociedade civil para fins de prevenção, detecção de pessoas em risco, tratamento e treinamento.” No entanto, não está claro até que ponto a lei está sendo implementada ou aplicada.

Brasil

A política de saúde mental do país - ecoando os princípios-chave da Declaração de Caracas, um acordo firmado entre a OPAS, a OMS e os governos latino-americanos em 1990 - baseia-se nos direitos humanos dos pacientes e em serviços baseados na comunidade.⁷⁴ O Brasil também tem a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, que visa fortalecer a educação permanente e as estratégias de saúde, especialmente em termos de comunicação, prevenção e atendimento.

Os serviços comunitários de saúde mental são baseados em uma rede de serviços de saúde mental (conhecida como Rede de Atenção Psicossocial).⁷⁴ As pessoas com problemas de saúde mental moderados a leves são tratadas por médicos da atenção primária sob a supervisão de especialistas em saúde mental.⁷⁴ As pessoas com transtornos mentais moderados a graves são tratadas por especialistas em saúde mental em serviços ambulatoriais. As pessoas com psicose ou transtornos relacionados a álcool ou drogas são tratadas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por equipes que oferecem tratamento contínuo para pessoas com transtornos mentais

graves e persistentes.⁷⁵ Entre 2004 e 2018, o número de CAPS aumentou de 424 para 3.013.⁷⁴ Apesar dessa expansão significativa, os serviços de saúde estão distribuídos de forma desigual pelo país, com a maioria dos serviços de CAPS concentrada na região sul do país, onde reside 56% da população; a maioria dos serviços de saúde mental está localizada em São Paulo.⁷⁴ Disparidades semelhantes estão em jogo na prestação de serviços de saúde mental para jovens. O número de centros de atendimento comunitário especializado para crianças e adolescentes (conhecidos como CAPSi) aumentou de 32 para 136 entre 2002 e 2022. No entanto, há uma média de um CAPSi para cada 1,3 milhão de pessoas no Brasil, um número que empalidece comparado com 1 em 200.000 nas áreas mais ricas do país.⁷⁶

424

3,013

No Brasil, entre 2004 e 2018, o número de Centros de Atenção Psicossocial aumentou de 424 para 3.013.⁷⁴

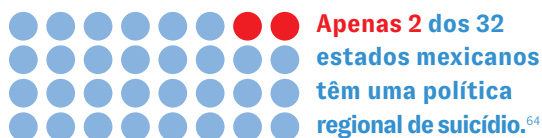
Colômbia

A pesquisa observou que o desenvolvimento de leis e políticas de saúde mental foi informado por dados epidemiológicos sobre as tendências de transtornos mentais no país,⁷⁷ bem como pelo período contínuo de 60 anos de conflito armado na Colômbia. A colaboração entre os sistemas judiciário e de saúde acelerou o processo de intervenções de saúde mental. Em 2011, embora o Plano Obrigatório de Saúde tenha observado que o sistema nacional de saúde do país deveria fornecer a cada paciente 30 sessões de psicoterapia individual ou em grupo (independentemente do estágio da doença do paciente) e sessões ilimitadas para vítimas de conflitos armados, não foram encontradas evidências relevantes que pudessem corroborar essa cobertura.

Em 2013, o governo colombiano aprovou a Lei 1616, que concedeu a todos os colombianos o direito a serviços de saúde mental e, em 2018, essa lei foi aprimorada para priorizar a integração da atenção à saúde mental na atenção primária.¹⁸ Foi realizado um estudo em todo o país para entender melhor as barreiras à atenção à depressão na Colômbia, examinando as experiências de várias partes interessadas, incluídos profissionais de saúde, administradores de saúde e representantes de organizações comunitárias. Suas percepções confirmaram a importância dos modelos de atendimento integrado, especialmente a incorporação do atendimento à depressão dentro do contexto de atendimento primário.¹⁸

Em 2021, o Ministério da Saúde e Proteção Social lançou uma estratégia para a prevenção do comportamento suicida como parte da Política Nacional de Saúde Mental.⁷⁸ Depressão, suicídio e uso de substâncias psicoativas estão entre os principais pontos focais da política, que visa promover a saúde mental como um direito individual, familiar e coletivo.⁷⁸

México



Apenas dois dos 32 estados mexicanos têm uma política regional de suicídio.⁷⁹ A Lei Nacional de Saúde não estabelece métodos aprofundados de prevenção de suicídio, embora a prevenção de suicídio seja um de seus artigos. A lei estabelece que a redução da incidência de suicídio é responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal. No entanto, essa mesma lei não menciona ideação suicida ou comportamento suicida, não considera o atendimento para ambos no serviço de saúde e não oferece uma estratégia de prevenção.

Panamá

Em 2020, a Assembleia Nacional do Panamá apresentou um projeto de lei que estabelecia regras e diretrizes gerais para a saúde mental, tornando o governo responsável pela coordenação de diagnósticos, tratamento e reabilitação com outras partes interessadas.⁸⁰ Esse projeto de lei também teria criado um plano nacional de saúde mental, com estratégias e ações a serem revisadas a cada sete anos, e seria coberto pelo sistema público de saúde para todos os cidadãos. No entanto, o projeto de lei foi parcialmente vetado pelo presidente e retornou à Assembleia Nacional na época deste estudo.⁵⁸

Um ano depois, em 2021, foi aprovada uma lei que estabelece cuidados obrigatórios para o comportamento suicida.⁸⁰ A lei torna a redução do suicídio uma responsabilidade de vários ministérios do governo e organizações de pacientes. Também estabelece o treinamento de profissionais de saúde para cuidar de pessoas afetadas por ideação suicida, promovendo redes de apoio dentro das comunidades e estabelecendo a conduta suicida como uma métrica no Sistema Nacional de Informação e Vigilância Epidemiológica.⁸¹

Lacunas, carências, atrasos e barreiras: necessidades de atenção à saúde para reduzir o ônus do suicídio na América Latina

Escassez de mão de obra e recursos

Uma das causas das lacunas de tratamento na América Latina é o número relativamente baixo de especialistas e instalações de saúde mental nos países da região.⁸² Um estudo teve como objetivo chegar a um consenso global sobre o número ideal de leitos psiquiátricos. Por meio do processo Delphi, os autores conseguiram chegar a um consenso de que 30 seria o número mínimo e 60 seria o número ideal de leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes.⁵⁸ A diferença nas taxas de leitos comunitários e leitos psiquiátricos em hospitais gerais é ainda mais acentuada (ver a Tabela 5). Muitas vezes, as pessoas não recebem tratamento especializado porque simplesmente não têm para onde ir.

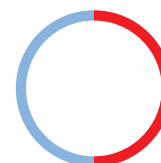
Também há escassez de pessoas treinadas e empregadas para tratar pessoas com transtornos mentais. De acordo com um relatório da OMS de 2022, metade da população mundial vive em países onde há um psiquiatra para atender a 200.000 ou mais pessoas.

Enquanto a força de trabalho em saúde mental nos EUA é de 125,2 por 100.000 pessoas, na América do Sul e Central a taxa é menos de um décimo disso, com 8,7 por 100.000. Até o momento deste estudo, não foi encontrada uma recomendação formal recente para a proporção-

alvo da força de trabalho de saúde mental per capita. Analisando mais de perto alguns dos países em que nos concentramos, os dados de 2020 mostram que o Panamá tinha 5,84 psiquiatras e 3,81 enfermeiros por 100.000 pessoas. Entre as principais lacunas na prestação de serviços está a falta de clínicas de reabilitação em centros de dia nas áreas rurais do país.⁵⁸

A distribuição desigual de profissionais de saúde também ocorre entre os sistemas de saúde público e privado. “Temos psiquiatras suficientes no Brasil”, diz o Dr. da Silva Meleiro. “Mas o problema é que eles não estão nos serviços públicos, apenas nos serviços de planos de saúde, porque [os serviços públicos pagam] muito mal.”

No México, a proporção de psiquiatras em relação à população é menor do que a do Panamá, com 1,56 por 100.000 pessoas (a média global é de 3,96 por 100.000).⁵⁸ No entanto, a distribuição desses especialistas é extremamente desigual: Eles estão concentrados nos três estados mais



Apenas 50% dos psiquiatras no México trabalham no setor de saúde pública.⁸⁵

Tabela 5: Força de trabalho* de saúde mental e número de leitos nas Américas⁸³

Por 100.000 habitantes, 2017

Sub-região	Força de trabalho em saúde mental*	Número médio de leitos em hospitais psiquiátricos	Número médio de leitos psiquiátricos em hospitais gerais	Número médio de leitos de instalações residenciais comunitárias
EUA	125.2	23.6	11.5	15.2
América Central [†]	8.7	3.9	0.2	0
América do Sul [‡]	8.7	9.0	0.3	0.8
Caribe [§]	69.2	75.3	4.7	2.8

* Inclui psiquiatras, psiquiatras infantis, outros médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais remunerados da área de saúde mental.

[†] América Central (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Panamá)

[‡] América do Sul (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela)

[§] Caribe (Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Dominica, Jamaica, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Granada, Guiana, Suriname, Trinidad e Tobago, Ilhas Virgens Americanas)

ricos e urbanos do país.⁸⁴ Esses números refletem amplas disparidades geográficas, desigualdade regional em riqueza e um sistema de saúde desigual e fragmentado, como é o caso em muitos dos grandes PBMRs da região.⁸⁴ Além disso, apenas 50% dos psiquiatras no México trabalham no setor de saúde pública, principalmente em hospitais psiquiátricos, criando uma escassez de especialistas em hospitais gerais.⁸⁵

Em termos de trabalhadores disponíveis, a Argentina está no outro extremo do espectro. Seus 14,52 psiquiatras por 100.000 habitantes superam em muito a média global e ultrapassam os 9 por 100.000 registrados na Europa.^{58,67} No entanto, esses números escondem pontos fracos. Há falta de assistentes sociais treinados, e enfermeiros especializados em psiquiatria também são escassos. Talvez o mais importante seja o fato de que o grande número de especialistas no país não tem necessariamente conhecimento suficiente para fazer o trabalho de forma eficaz.⁶⁷ “Há muitos psicólogos”, diz

Martín Juan Etchevers, professor e pesquisador de psicologia. “Mas talvez eles não sejam [sempre] treinados.”

Lacunas no tratamento

O financiamento inconsistente dos serviços de saúde mental na América Latina é, não surpreendentemente, ecoado por inconsistências no atendimento disponível. Globalmente, uma alta proporção de adultos e crianças (com números mais altos entre os grupos vulneráveis, como os indígenas) com doenças mentais graves permanece sem tratamento, o que aumenta a prevalência de transtornos mentais e o ônus da doença, com impactos indiretos sobre as taxas de suicídio, tentativas de suicídio e ideação suicida.⁸² Mas as lacunas de tratamento são especialmente pronunciadas na América Latina, com graves consequências. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Mental realizada na Colômbia em 2015, menos de 50% das pessoas com transtornos mentais receberam algum tipo

de atendimento.¹⁸ Um estudo realizado no México constatou que as lacunas no diagnóstico e no tratamento de condições de saúde mental podem ser os principais contribuintes para o aumento da taxa de suicídio no país de 3,5 para 5,3 por 100.000 habitantes com mais de 18 anos.⁸⁶ Esses exemplos mostram a realidade da diferença entre cobertura e acesso ao atendimento quando se trata de serviços mentais na região.⁸⁷

Na região, os atrasos no tratamento são comuns e podem ser drásticos - se é que o atendimento é prestado. As evidências sugerem que apenas uma minoria de indivíduos com transtornos mentais recebeu tratamento no ano anterior, e o contato inicial com o tratamento é frequentemente adiado por muitos anos.⁸⁸ A lacuna de tratamento para transtornos mentais moderados a graves é muito mais acentuada do que apenas para transtornos mentais graves.⁸⁸

Em um estudo de 2019 com 6.700 adultos realizado em seis países das Américas, o México apresentou uma grande lacuna de tratamento: apenas 20% das pessoas que precisam de atenção à saúde de saúde mental os recebem.^{89,90} As desigualdades sociais, incluídos níveis mais baixos

de educação e renda familiar, estão altamente associadas a essa disparidade.⁹⁰ Na região como um todo, os dados sugerem uma lacuna média no tratamento de 69,9% para transtornos mentais graves, 74,7% para transtornos graves a moderados, 76,7% para transtornos de ansiedade e 83,7% para um dos principais fatores de risco de suicídio da região, os transtornos por uso de substâncias.⁸²

Barreiras para procurar atendimento

Embora existam claramente lacunas no tratamento disponível, há uma série de barreiras que impedem ou desencorajam as pessoas a procurá-lo - incluída a já mencionada escassez de atenção à saúde e recursos. Mesmo em termos de suicídio e comportamentos suicidas, a maior barreira ao tratamento é que as pessoas têm uma baixa percepção da necessidade de ajuda. A pesquisa mostra que esse é um dos principais motivos em todo o mundo (entre 58% das pessoas com ideação suicida), bem como entre aquelas que executaram tentativas de suicídio planejadas e não planejadas.⁹¹ Consultar a Figura 2 para ver um detalhamento de atitudes mais específicas em relação à busca

Figura 2: Barreiras de atitude para buscar tratamento entre indivíduos que apresentaram qualquer comportamento suicida no último ano, mas não receberam tratamento, em pesquisas realizadas em 21 países⁹¹

Razões para não buscar tratamento, porcentagem



Fonte: Tratamento de pessoas suicidas em todo o mundo, 2011.⁹¹
Informações gráficas: Economist Impact

de tratamento, obtidas em pesquisas da World Mental Health (WMH) realizadas em 21 países em seis continentes (os participantes tinham 18 anos ou mais).⁹¹ Entre eles estão África (Nigéria, África do Sul), Ásia (Índia, Israel, Japão, Líbano, China [Pequim, Xangai e Shenzhen]), Australásia (Nova Zelândia), Europa (Bélgica, Bulgária, França, Alemanha, Itália, Holanda, Romênia, Espanha, Ucrânia) e América do Norte e do Sul (Brasil, Colômbia, México, EUA). O foco desse estudo global foi examinar o tratamento da saúde mental e as barreiras ao atendimento entre indivíduos suicidas.

O estigma em torno dos transtornos mentais é certamente um problema na América Latina, especialmente entre os homens.

De modo geral, os dados das Américas mostram que quase 43% dos indivíduos com transtorno mental (pelo menos durante 12 meses) que não acessam o tratamento não percebem a necessidade de fazê-lo. A barreira de atitude mais frequente é que eles querem resolver o problema por conta própria.⁹² As consequências são especialmente graves na região: Os dados da pesquisa da WMH para a Colômbia e o México mostram que 3,6% das pessoas na Colômbia e apenas 2,9% das pessoas no México com transtornos de ansiedade mostraram sinais de receber tratamento no ano seguinte ao início da doença; para os transtornos por uso de substâncias, as proporções foram de 0,9% na Colômbia e 3,6% no México. Na Argentina, os dados da pesquisa da WMH mostraram que as pessoas adiam a busca de tratamento por longos períodos de tempo, às vezes até duas ou três décadas e, no devido tempo, buscam tratamento se o transtorno persistir por muito tempo. Esses atrasos não só criam uma eventual carga para o sistema de saúde mental do país (devido à intensidade dos cuidados necessários em estágios posteriores), mas também afetam enormemente

o indivíduo, suas famílias e a sociedade.⁹³ Muitas vezes, os indivíduos com transtornos de ansiedade podem não procurar tratamento até que tenham desenvolvido uma comorbidade, exacerbando assim a gravidade geral da doença e o ônus de atenção à saúde.

O estigma é certamente um problema na América Latina, especialmente entre os homens. “No caso do Panamá, ainda há estigma, e temos que continuar trabalhando no estigma dos pacientes com doenças mentais”, diz o Dr. Flores. Da mesma forma, o Dr. Etchevers vê as mesmas questões em jogo em seu próprio país: “A perspectiva da sociedade [na Argentina] rejeita a ideia de doença mental, rejeita a ideia de tratamento e rejeita a ideia de diagnóstico.”

O impacto psicológico da pandemia de Covid-19, no entanto, ajudou a combater o estigma de procurar ajuda para (ou mesmo reconhecer) problemas de saúde mental. Os especialistas com quem conversamos mencionaram que a pandemia foi um catalisador que levou a comunidade e as mídias sociais a abordarem questões de saúde mental. “A pandemia fez com que mais pessoas se conscientizassem e se sensibilizassem com a questão”, diz o Dr. Flores. Quando a equipe do Dr. Etchevers realizou estudos sobre o bem-estar mental durante a pandemia, “quase 40% disseram que reconheciam que precisavam de alguma assistência.”

Além das barreiras relacionadas à percepção, as barreiras estruturais também são uma das principais razões pelas quais as pessoas não recebem tratamento para transtornos mentais, inclusive aqueles ligados ao suicídio e a pensamentos suicidas. Em todo o mundo, isso inclui finanças limitadas, falta de disponibilidade de tratamento, problemas com transporte e a inconveniência de comparecer às consultas de tratamento. Em uma região predominantemente de PBMRs como a América Latina e o Caribe, os três primeiros motivos são particularmente relevantes, sendo o transporte uma questão

especialmente importante na vasta extensão de áreas rurais da região, que podem estar longe dos centros de tratamento. De fato, pesquisas sobre ADM em 15 países (incluindo Argentina, Colômbia e México) relataram que a falta de procura por atendimento e os atrasos no recebimento de tratamento são maiores nos países em desenvolvimento, bem como entre pessoas mais velhas e homens.⁹³

Falta de esforços de conscientização

As barreiras baseadas na percepção que impedem que as pessoas na América Latina e no Caribe (e em outros lugares) procurem ajuda para problemas de saúde mental são muitas vezes exacerbadas pela falta de ação governamental para promover serviços de saúde. O suicídio, a automutilação e a ideação suicida muitas vezes podem ser evitados com intervenções oportunas, baseadas em evidências e de baixo custo, como a conscientização sobre as ferramentas e os recursos disponíveis para as pessoas afetadas.⁹⁴ Os programas eficazes de conscientização sobre o suicídio devem ser realizados em ambientes relevantes; devem ser multifacetados, abrangentes e incluir estratégias baseadas na comunidade; e devem adotar uma abordagem para garantir a edificação de grupos de risco.⁹⁵ Em geral, este estudo revelou uma grande falta de iniciativas desse tipo na América Latina, e as que foram encontradas eram limitadas em sua ambição. A Argentina e o México realizam um dia de conscientização sobre a prevenção do suicídio (10 de setembro), utilizando as campanhas da OMS que promovem ações de prevenção. No Brasil, desde 2014, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria firmaram parceria na campanha Setembro Amarelo para disseminar esforços de conscientização sobre o suicídio em todo o país. “Em termos de saúde mental,

[o governo brasileiro] realizou mais campanhas em comparação com outros anos, mas ainda falta muito em termos de atendimento”, diz o Dr. Scavacini. “Temos falado mais sobre saúde mental em geral e também de adolescentes e crianças, incluída [conscientização] por parte do governo, mas ainda há muito a ser feito.” Em 2019, a Colômbia e a Associação Colombiana de Psiquiatria lançaram a campanha #PrevenirEsPreguntar: o suicídio pode ser evitado. Essa campanha se concentrou em colocar a questão do suicídio e da ideação suicida em um diálogo aberto, levando as pessoas a fazer perguntas que salvam vidas e a detectar sinais de alerta (que incluem expressar pensamentos sobre morte ou suicídio, ter comportamentos autodestrutivos, mudanças no comportamento habitual) e divulgar o que pode ser feito para evitar o suicídio. A campanha recomendava que as pessoas perguntassem aos seus entes queridos, ou a pessoas conhecidas que estivessem mostrando sinais de alerta de suicídio, se eles estavam pensando em cometer suicídio e os incentivassem a procurar ajuda, marcando uma consulta com um psiquiatra.

Além disso, os especialistas mencionaram campanhas de saúde mental com pessoas conhecidas, como atores e atletas, que foram afetados por problemas de saúde mental. O objetivo dessas campanhas é aumentar a conscientização. Os especialistas observaram que também é importante que o sistema de saúde esteja preparado para acomodar a demanda extra que as campanhas podem gerar, dada a taxa crescente de suicídio na região, juntamente com o ônus das doenças mentais subjacentes. Ou seja, uma vez que as pessoas estejam mais conscientes e o estigma tenha sido reduzido, elas estarão mais propensas a procurar assistência médica.

Abordando as realidades do suicídio: principais áreas de foco para os formuladores de políticas e governos na América Latina



Aumentar o financiamento alocado para os cuidados com a saúde mental.

A saúde mental na região é criticamente subfinanciada, com os países alocando apenas 25% da parcela do orçamento recomendado pela OMS para a saúde mental em seus gastos gerais com saúde do governo. A falta de financiamento pode ser resultado de recursos financeiros limitados ou de uma falta geral de conscientização sobre a seriedade do suicídio/doenças mentais como problemas de saúde pública, subestimando a quantidade de financiamento necessária nessa área.²⁶ Aumentar a parcela de financiamento para corresponder ao valor recomendado pela OMS é uma das muitas maneiras de colocar as engrenagens em movimento em direção ao atendimento oportuno e abrangente e ao acesso equitativo para todos. Além disso, foi relatado que, ao fornecer financiamento adequado para a saúde mental, os retornos econômicos têm o potencial de serem altos. Por exemplo, a OMS relatou que o retorno sobre o investimento em intervenções de saúde mental no Peru foi de duas a cinco vezes maior do que o projetado.⁹⁶ Da mesma forma, as seguradoras devem tomar medidas definitivas (e ser incentivadas a fazê-lo, seja por meio de regulamentação, recompensa ou ambos) para garantir que cubram adequadamente todos os serviços necessários. Gastar um valor adequado na prestação de serviços de saúde mental ajudará os formuladores de políticas a fazer sua parte para cuidar da saúde mental das pessoas e enfrentar o suicídio. Uma parte crucial da evolução dos serviços de saúde envolverá o fortalecimento do foco do atendimento na prestação de serviços de saúde, melhorando o acesso oportuno para todos, reduzindo a necessidade de leitos hospitalares e facilitando o caminho para o atendimento de pessoas que vivem fora das grandes áreas urbanas. O financiamento adequado também reduzirá as barreiras relacionadas à infraestrutura e ao custo do acesso à saúde mental.⁹⁷ No entanto, ao mesmo tempo em que se trabalha para tornar o atendimento amplamente disponível por meio de programas comunitários, os governos



não podem se dar ao luxo de continuar a subfinanciar o atendimento hospitalar. O atendimento hospitalar ainda será necessário para os pacientes mais graves, que continuarão a existir, embora em menor número, se o atendimento oportuno for realizado.

Para combater o suicídio, os formuladores de políticas precisam analisar os fatores amplos e inter-relacionados que abrangem problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, problemas relacionados ao estilo de vida, como uso indevido de substâncias (inclusive álcool) e problemas socioeconômicos, como privação social e desigualdade de renda.

O suicídio, a ideação e a tentativa de suicídio, bem como a automutilação, são consequência de vários fatores de estresse; isso exigirá uma ação determinada e coordenada por parte de vários departamentos governamentais, bem como de outras partes interessadas.

O relatório regular dos dados de mortalidade por suicídio e o monitoramento das condições de saúde mental, incluída a depressão, podem ajudar no desenvolvimento e no planejamento de políticas.

Atualmente, os governos e os serviços de saúde não têm uma compreensão confiável da escala ou das complexidades do ônus de saúde mental e suicídio em seus países. Isso é resultado de muitos fatores, desde a falta de coleta de dados, a falta de qualidade dos dados e o atraso na comunicação dos dados. O estigma desempenha um papel fundamental, pois muitos indivíduos podem não se sentir à vontade para pedir ajuda em relação à sua doença mental, tentativa ou ideação de suicídio. O estigma também pode afetar a plausibilidade dos casos relatados, levando à classificação incorreta de mortes por suicídio e a descrições imprecisas de tentativas de suicídio e da prevalência de determinadas condições de saúde mental, como a depressão.

Com dados não confiáveis, torna-se difícil entender a escala do ônus e quem são as populações mais difíceis de alcançar (geograficamente e em termos de atitudes em relação à saúde mental). Além disso, os serviços de saúde ficam com uma avaliação parcial ou imprecisa do ônus. Por exemplo, grande parte dos dados sobre as taxas de suicídio de jovens é de antes da pandemia, um evento que impactou drasticamente essas taxas. A pesquisa mostrou que a falta de dados consistentes e confiáveis sobre suicídio e tentativa de suicídio é um obstáculo para determinar a eficácia de estratégias e planos para reduzir o suicídio e as tentativas de suicídio. Portanto, é essencial desenvolver um sistema integrado de informações de saúde (HIS) para os dados de cada uma dessas ações, que podem ser registrados e analisados pelos profissionais de saúde e pelos formuladores de políticas. Esses dados poderiam ser usados com inteligência artificial (machine learning) para prever o comportamento suicida.⁹⁸ No entanto, sem quebrar o estigma primeiro, os dados coletados na região talvez nunca forneçam um quadro completo e preciso do ônus.



Tomar medidas para aumentar a conscientização sobre o suicídio devido à depressão e combater o estigma relacionado ao reconhecimento e à busca de ajuda para problemas de saúde mental.

A América Latina é afetada por uma série de barreiras relacionadas à atitude e à percepção para procurar atendimento para problemas de saúde mental e pensamentos suicidas. Muitas pessoas na região acreditam que uma questão de saúde mental é um problema a ser resolvido sozinho (ou que se resolverá com o tempo), enquanto outras são desencorajadas a falar, mesmo para amigos e familiares, devido ao estigma relacionado a atitudes culturais dominantes, como o machismo (para homens). As taxas de suicídio também são altas entre os grupos vulneráveis que sofreram discriminação (por exemplo, refugiados e migrantes; prisioneiros; e lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e queer).

Em nível nacional, os governos devem tomar medidas para criar um ambiente em que as pessoas possam falar abertamente sobre saúde mental umas com as outras por meio de uma melhor alfabetização em saúde mental. Isso pode ser feito aumentando e ampliando a comunicação sobre a gravidade e o impacto das doenças mentais, os benefícios de procurar ajuda e como acessar o atendimento. A OPAS lançou recentemente uma nova campanha conhecida como “faça sua parte para apoiar a saúde mental”, em uma tentativa de reduzir o estigma e a discriminação sofridos pelas pessoas que vivem com problemas de saúde mental. A campanha convida as pessoas a compartilharem suas histórias e experiências com saúde mental nas mídias sociais usando #DoYourShare. Além disso, os indivíduos podem acessar o site da OPAS para obter materiais sobre o que podem fazer para reduzir o estigma e a discriminação, e maneiras de compartilhar sua história.⁴¹ Além disso, alguns países da América Latina têm certas ferramentas implementadas, como linhas diretas de crise, como forma de reduzir as tentativas de suicídio e oferecer apoio à saúde mental por telefone. Na Colômbia, a linha SalvaVidas está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, por e-mail, WhatsApp, ligações telefônicas e Facebook. A linha oferece uma série de serviços, desde ferramentas para melhorar a convivência, aconselhamento sobre questões que não são fatores de risco imediatos, mas que podem se tornar causas de suicídio, encaminhamentos e primeiros socorros psicológicos.⁹⁹ Todos podem acessar esse serviço, embora seja dada prioridade a adolescentes e jovens com ideação suicida, migrantes, refugiados venezuelanos e mulheres vítimas de violência de gênero e intrafamiliar.¹⁰⁰ A linha é composta por psicólogos e voluntários com experiência em oferecer apoio emocional. Desde setembro de 2019, eles salvaram 612 vidas.⁹⁹

Como ponto de partida, os governos podem consultar a ferramenta de engajamento de comunicação fornecida pela OMS ou o guia de implementação LIVE LIFE para prevenção de suicídio em todos os países. O kit de ferramentas da OMS fornece orientação passo a passo para a




criação de um plano de ação contra o suicídio adaptado à comunidade. Por exemplo, os formuladores de políticas podem pensar em trabalhar com a mídia local para desenvolver campanhas educativas que informem as pessoas sobre o suicídio, incentivem a saúde mental e reduzam o estigma.²⁴ Da mesma forma, o guia de implementação LIVE LIFE²⁶ fornece seis domínios principais, incluída conscientização e defesa de direitos, que destacam a colaboração entre o ministério da saúde e a mídia, bem como outras partes interessadas. A comunicação contínua da questão é fundamental, e o guia de implementação de LIVE LIFE sugere que isso pode ser feito em ambientes acessados por indivíduos que possam estar em risco ou que estejam procurando ajuda (por exemplo, comunicação na forma de folhetos, anúncios e pôsteres colocados no transporte público, no local de trabalho ou nas escolas).²⁶ O guia de implementação de LIVE LIFE também fornece estudos de caso de esforços de conscientização implementados em outros países, tanto em nível nacional quanto comunitário, exemplos que nossos países de interesse poderiam considerar em utilizar como modelo.

Trabalhar para combater as desigualdades geográficas, sociais e econômicas que criam barreiras ao acesso em toda a região.

Cada país da América Latina enfrenta divisões significativas entre as populações urbanas e rurais, mais pobres e mais ricas. Muitas vezes, a divisão econômica reflete a divisão geográfica - assim como a prestação de serviços de saúde, inclusive de saúde mental. Foi relatado que as pessoas que vivem na pobreza têm acesso limitado a cuidados adequados de saúde mental, o que pode piorar a proliferação da desigualdade nos países da região. Também é amplamente reconhecido que as pessoas pobres têm um risco maior de sofrer de doenças mentais, como a depressão, pois esses indivíduos enfrentam mais dificuldades na vida e têm menos acesso a cuidados adequados.⁵

Da mesma forma, onde não há um sistema de saúde verdadeiramente universal, os residentes urbanos mais pobres podem se ver efetivamente impedidos de receber atendimento para problemas de saúde mental e ideação suicida. A exclusão social e econômica também pode ser causa de problemas de saúde mental e pensamentos suicidas. Os formuladores de políticas e outras partes interessadas nos setores governamentais, no setor de saúde pública em geral, nos serviços de saúde mental, nos grupos vulneráveis, nos sobreviventes de suicídio e em suas famílias, na mídia e nas organizações não governamentais (ONGs) devem trabalhar para garantir que as pessoas em situação de vulnerabilidade, onde quer que vivam e por mais que ganhem, possam ter acesso aos cuidados de que precisam quando precisam.


Olhando para o futuro, acreditamos que cada uma das ações acima é essencial para reduzir o impacto do suicídio. Priorizar a pós-prevenção também é vital, pois a continuidade do atendimento não termina quando ocorre ou é tentado um suicídio. A dor e o trauma não resolvidos daqueles



que foram deixados para trás devem ser abordados, pois a evidência empírica mostra que a exposição ao suicídio aumenta o risco de suicídio subsequente, bem como de outras sequelas negativas de saúde mental.⁴⁰ O Uruguai oferece um exemplo de pós-intervenção na região. Uma ONG conhecida como Último Recurso tem como objetivo impedir o suicídio por meio de linhas telefônicas de ajuda, atendimento clínico, workshops e grupos de pós-prevenção. Os grupos são formados por dois suicidologistas treinados em psicoterapia de grupo e psicologia social. No Brasil, as mídias sociais e as redes on-line desempenharam um papel fundamental no desenvolvimento de uma cultura pós-intervenção. Os sobreviventes de suicídio podem procurar informações sobre suicídio e apoio no luto por suicídio. O Brasil tem vários grupos de discussão de pós-prevenção disponíveis on-line, por exemplo, um grupo de apoio a sobreviventes on-line no Facebook conhecido como Grupo Virtual de Enlutados pelo Suicídio: Sobreviventes (Survivors: Suicide Bereaved Virtual Group) que inclui membros de diferentes partes do país.¹⁰¹

As atividades de pós-prevenção podem criar um mundo no qual o suicídio seja desestigmatizado, as pessoas afetadas recebam apoio e informações precisas estejam disponíveis. É possível progredir na redução dos efeitos dolorosos do suicídio, mas somente se as partes interessadas estiverem dispostas a se comprometer com as ações necessárias para mudar as barreiras estruturais e de atitude em toda a região.

Chamadas para ação:

- **Aumentar o financiamento alocado para os cuidados com a saúde mental**
 - **O relatório regular dos dados de mortalidade por suicídio e o monitoramento das condições de saúde mental, incluída a depressão, podem ajudar no desenvolvimento e no planejamento de políticas**
 - **Tomar medidas para aumentar a conscientização sobre o suicídio devido à depressão e combater o estigma relacionado ao reconhecimento e à busca de ajuda para problemas de saúde mental**
 - **Trabalhar para combater as desigualdades geográficas, sociais e econômicas que criam barreiras ao acesso em toda a região**
- 

Apêndice 1: Dados epidemiológicos sobre suicídio nos países estudados

Tabela 6: Taxa de mortalidade por suicídio padronizada por idade em ambos os sexos por 100.000^{3,8}

Taxa de mortalidade padronizada por idade (95% UI) por 100.000				
País	Gênero	1990	2019	Varição percentual
Argentina	Ambos	8.6 [8.3, 8.8]	10.4 [9.8, 11.1]	21.5 [13.4, 29.7]
	Homem	13.8 [13.3, 14.3]	17.5 [16.3, 18.7]	26.7 [17.7, 36.9]
	Mulher	4.1 [3.9, 4.3]	4 [3.7, 4.3]	-3.0 [-11.4, 5.3]
Brasil	Ambos	7.3 [7.1, 7.5]	5.7 [5.7, 6.2]	-21.7 [-26.2, -14.3]
	Homem	11.8 [11.4, 12.2]	9.5 [8.9, 10.5]	-20.0 [-25.3, -11.2]
	Mulher	3.1 [2.9, 3.2]	2.2 [2.1, 2.5]	-27.2 [-31.9, -21.5]
Colômbia	Ambos	4.7 [4.5, 4.9]	5.3 [4.1, 6.8]	13.3 [-14.4, 45.6]
	Homem	8 [7.6, 8.4]	9 [6.8, 11.5]	12.4 [-15.2, 45.0]
	Mulher	1.6 [1.5, 1.7]	2 [1.5, 2.6]	21.5 [-11.0, 59.6]
México	Ambos	3.8 [3.7, 3.9]	6 [5.1, 7]	58.5 [34.1, 85.5]
	Homem	6.7 [6.5, 6.8]	10.4 [8.6, 12.4]	55.6 [28.7, 86.9]
	Mulher	1.1 [1.1, 1.1]	2 [1.6, 2.4]	79.2 [43.7, 121.0]
Panamá	Ambos	4.8 [4.5, 5.2]	4.7 [3.6, 6.1]	-2.4 [-27.3, 27.2]
	Homem	8.1 [7.5, 8.8]	8 [6.1, 10.4]	-1.1 [-26.9, 30.4]
	Mulher	1.5 [1.4, 1.7]	1.4 [1.1, 1.9]	-5.1 [-29.9, 26.3]

UI = intervalos de incerteza

Os dados apresentados nessa tabela compreendem apenas as categorias homem e mulher e não incluem a população transgênero ou queer.

Tabela 7: Taxa de suicídio DALY* padronizada por idade em ambos os sexos por 100.000^{3,8}

Taxa DALYs* padronizada por idade (95% UI) por 100.000				
País	Gênero	1990	2019	Varição percentual
Argentina	Ambos	368.6 [355.5, 383.2]	523.7 [490.7, 560]	42.1 [31.7, 53.0]
	Homem	553.9 [529, 579.6]	847.7 [783.7, 918.3]	53.0 [40.7, 66.9]
	Mulher	197.4 [186.9, 207.8]	212.6 [195.2, 230.2]	7.7 [-1.9, 18.0]
Brasil	Ambos	326.9 [317.6, 338.2]	266.7 [253, 290.4]	-18.4 [23.2, -11.0]
	Homem	520.7 [503.2, 539.6]	434 [407.9, 480.1]	-16.6 [-22.7, -7.8]
	Mulher	143 [137.4, 149.5]	107.7 [101.1, 118.5]	-24.7 [-29.5, -18.4]
Colômbia	Ambos	239.1 [227.6, 251.1]	277.5 [211.2, 354.4]	16.1 [-11.8, 49.5]
	Homem	393.3 [370.7, 416.3]	447.2 [339.3, 571.9]	13.7 [-14.4, 47.9]
	Mulher	93.4 [86.2, 100.4]	115.3 [86.2, 149]	23.5 [-9.1, 62.5]
México	Ambos	180.7 [176.8, 184.6]	307.6 [262.3, 357]	70.2 [44.5, 97.2]
	Homem	310.4 [303.2, 317.5]	515.2 [430, 616.3]	66.0 [38.0, 98.7]
	Mulher	59.1 [57, 60.9]	111.6 [90.2, 135.3]	88.8 [53.4, 131.2]
Panamá	Ambos	238.9 [220.7, 257.6]	232.8 [176.2, 302.9]	-2.6 [-28.0, 27.5]
	Homem	392.7 [357.7, 427.8]	386.1 [291.6, 504]	-1.7 [-28.2, 30.5]
	Mulher	82.6 [73.4, 93.3]	77.5 [57.8, 100.5]	-6.1 [-30.5, 24.5]

UI = intervalos de incerteza

Os dados apresentados nessa tabela compreendem apenas as categorias homem e mulher e não incluem a população transgênero ou queer.

*Os DALYs são a soma de YLL (anos de vida perdidos) e de YLD (anos vividos com deficiência). Os DALYs nessa tabela quantificam a perda de vida saudável atribuível ao suicídio, medindo a diferença entre a situação real e a ideal, em que se vive a expectativa de vida padrão com saúde perfeita.

Apêndice 2: Tabela de pontuação da América Latina para o estudo Agindo contra o Suicídio

Avaliação para lidar com o ônus do suicídio

Metodologia

A. Ideação da estrutura

- A fim de fornecer uma pesquisa baseada em evidências para endereçar as necessidades não atendidas relacionadas à ideação suicida, a equipe da Economist Impact desenvolveu uma estrutura de comparação entre países para contrapor os principais indicadores entre os países selecionados. Essa estrutura foi adaptada com base nos resultados da pesquisa secundária e incluiu uma perspectiva multidimensional e de várias camadas sobre a redução do ônus do suicídio.

B. Pesquisa

- Um componente central desse programa de pesquisa foi aumentar a conscientização sobre as lacunas no atendimento e as necessidades não atendidas para pessoas com ideação suicida e depressão grave, com foco regional na América Latina e em cinco países foco. Uma pesquisa aprofundada sobre os domínios ofereceu uma visão holística dos fundamentos e das alavancas políticas para promover um atendimento melhor e mais precoce, além de uma análise dos indicadores das políticas de saúde mental e dos resultados de suicídio nos países.

C. Pontuação dos indicadores

- Os indicadores foram avaliados principalmente com base em tendências obtidas por meio de extensa pesquisa secundária, com justificativas fornecidas.
- Para indicadores qualitativos que podem ser subjetivos e não comparáveis por país, uma medida de pontuação de três pontos proporcionou graus adicionais de confiabilidade e comparabilidade.
- Cada indicador recebeu uma pontuação de impacto “alto”, “médio” ou “baixo” com base na análise do Economist Impact, que é traduzida em um sistema de pontuação de três pontos (2) alto, (1) médio, (0) baixo.

De acordo com a pesquisa realizada, cada um dos países em foco foi avaliado para entender melhor suas capacidades de lidar com o suicídio.

Tabela 8: Avaliação para lidar com o ônus do suicídio

Domínio	Indicador	Pontuação/ Unidades	Justificativa	Argentina	Brasil	Colômbia	México	Panamá
1. Fardo do suicídio	1.1 Taxa de mortalidade por suicídio padronizada por idade, variação % entre 1990-2019, ambos os sexos	Variação percentual	Para avaliar as taxas atuais de suicídio ^{s1}	21.50%	-21.70%	13.30%	58.50%	-2.40%
	1.2 Taxa DALY de suicídio padronizada por idade, variação % entre 1990-2019, ambos os sexos	Variação percentual	Para entender o ônus do suicídio ^{s1}	42.10%	-18.40%	16.10%	70.20%	-2.60%
	1.3 Tendência das taxas de mortes por suicídio entre 1990 e 2019	Aumento/ diminuição	Para entender as tendências em todo o país ^{s1}	Aumento	Diminuir	Aumento	Aumento	Diminuir
	1.4 Taxas de hospitalização (devido a tentativa de suicídio ou automutilação deliberada)	por 100.000	Para entender o ônus para os hospitais	Não há dados	Não há dados	Não há dados	Não há dados	Não há dados
2. Políticas nacionais e regionais de suicídio	2.1 Lei nacional de saúde mental	1 - Sim 2 - Não	Avaliar a disposição do governo de priorizar a saúde mental	1 ^{s2}	1 ^{s3}	1 ^{s4}	0 ^{s5}	0 ^{s6}
	2.2 Programa nacional de prevenção de suicídios	2 - Programa nacional 1 - Programas regionais 0 - Nenhum programa	Para avaliar a disposição de abordar o suicídio	0 ^{s2}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	2 ^{s5}	0 ^{s6}
	2.3 Programa de conscientização sobre saúde mental em todo o país	2 - Programa nacional 1 - Programas regionais 0 - Nenhum programa	Avaliar a disposição de promover a saúde mental em nível nacional	0 ^{s2}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	0 ^{s5}	0 ^{s6}
	2.4 Programa nacional e/ou regional de promoção contra o estigma	2 - Programa nacional 1 - Programas regionais 0 - Nenhum programa	Avaliar a disposição de reduzir o estigma da saúde mental em nível nacional e/ou regional	0 ^{s2}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	0 ^{s5}	0 ^{s6}
	2.5 Programa de promoção da saúde mental baseado na escola	2 - Programa nacional 1 - Programas regionais 0 - Nenhum programa	Para avaliar a disposição de ajudar a prevenir doenças mentais e educar precocemente	2 ^{s2}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	2 ^{s5}	2 ^{s6}

Agindo contra o suicídio: compreendendo uma grande ameaça à saúde pública na América Latina

Domínio	Indicador	Pontuação / Unidades	Justificativa	Argentina	Brasil	Colômbia	México	Panamá
3. Financiamento da saúde mental	3.1 Gasto total do governo com saúde mental como uma porcentagem do gasto total do governo com saúde (2020)	%	Avaliar os gastos com saúde do governo mental	Sem dados ^{s2}	1,6% ^{s3}	1,8% ^{s4}	1,8% ^{s5}	3,0% ^{s6}
	3.2 Recursos alocados para investir em profissionais de saúde e atender às necessidades de saúde mental	1- Suficiente 0 - Insuficiente	Avaliar a disposição de financiar a força de trabalho de saúde mental	Sem dados ^{s2}	Sem dados ^{s3}	Sem dados ^{s4}	Sem dados ^{s5}	Sem dados ^{s6}
	3.3 Os serviços de saúde mental são cobertos financeiramente para os pacientes (incluindo terapia de conversação, medicamentos, etc.)	2 - Todos os serviços cobertos (terapia de conversação, medicação, psiquiatria) 1 - Alguns serviços cobertos 0 - A saúde mental não é coberta	Compreender a eficácia da cobertura de seguro para saúde mental	1 ^{s2}	1 ^{s3}	1 ^{s4}	1 ^{s5}	1 ^{s6}
4. Necessidades de atenção à saúde	4.1 Departamento/ serviços separados para atendimento de saúde mental em hospital geral (alocação de leitos para saúde mental em hospital geral)	2- Alocação suficiente em nível nacional (>60 leitos psiquiátricos por 100.000) 1- Alocação suficiente em alguns hospitais (30-60 leitos psiquiátricos por 100.000) 0 - Alocação insuficiente (<30 leitos psiquiátricos por 100.000) ^{s7,s8}	Para entender se os hospitais gerais estão preparados para tratar pacientes de saúde mental ^{s7}	1 ^{s2}	2 ^{s3}	0 ^{s4}	0 ^{s5}	0 ^{s6}
	4.2 Equipe especializada e multidisciplinar disponível para atendimento ao paciente em ambientes hospitalares e ambulatoriais - Especializado refere-se a um médico com experiência em saúde mental (por exemplo, psiquiatra) - Equipe multidisciplinar refere-se ao atendimento disponível para pacientes que têm necessidades de saúde juntamente com necessidades de saúde mental	2 - Disponível em todas as configurações 1 - Disponível em algumas configurações 0 - Não disponível	Avaliar o tipo de atendimento especializado fornecido (psicólogo, psiquiatra)	0 ^{s2}	2 ^{s3}	1 ^{s4}	2 ^{s5}	2 ^{s6}

Agindo contra o suicídio: compreendendo uma grande ameaça à saúde pública na América Latina

Domínio	Indicador	Pontuação / Unidades	Justificativa	Argentina	Brasil	Colômbia	México	Panamá
4. Necessidades de atenção à saúde	4.3 Teleterapia disponível e reembolsada	2 - Disponível e reembolsado 1 - Disponível e não reembolsado 0 - Não disponível	Verificar a disponibilidade de atenção à saúde aos quais uma pessoa poderia ter acesso	1 ^{s10,s11}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	Sem dados ^{s5}	Sem dados ^{s6}
	4.4 Linhas de ajuda de emergência disponíveis	2 - Disponível nacionalmente 1 - Disponível em algumas regiões 0 - Não disponível	Verificar a disponibilidade de atenção à saúde aos quais uma pessoa poderia ter acesso	2 ^{s12}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	2 ^{s5}	2 ^{s6}
	4.5 Cuidados de acompanhamento disponíveis após tentativa de suicídio	2 - Disponível nacionalmente 1 - Disponível em algumas regiões 0 - Não disponível	Determinar as necessidades de atenção à saúde de acompanhamento	0 ^{s2}	0 ^{s3}	0 ^{s4}	0 ^{s5}	2 ^{s6}
5. Vigilância	5.1 Sistema de monitoramento/vigilância em vigor que monitora a automutilação deliberada	2 - Sim, nacionalmente 1 - Somente em algumas regiões 0 - Nenhum estabelecido	Avaliar o uso de sistemas de TI para monitorar indicadores e apoiar a gestão, a responsabilidade e fornecer evidências para a tomada de decisões	2 ^{s13}	2 ^{s14}	2 ^{s15}	2 ^{s16}	2 ^{s17}
	5.2 O país coleta o uso autorrelatado de serviços ou transtornos de saúde mental	2 - Sim, nacionalmente 1 - Somente em algumas regiões 0 - Não coletado	Avaliar o uso de pesquisas nacionais para compreender o uso de serviços e o ônus autorrelatado	0 ^{s18}	2 ^{s19}	2 ^{s20}	2 ^{s21}	2 ^{s22}
6. Força de trabalho	6.1 Psiquiatras	por 100.000 ^{s9}	Avaliar a capacidade dos especialistas de detectar e tratar transtornos de saúde mental	14,52	3,69	2,5	1,56	5,84
	6.2 Enfermeiros de saúde mental	por 100.000 ^{s9}	Avaliar a capacidade de detectar e tratar transtornos de saúde mental	Não informado	0,13	147,17	4,86	3,81
	6.3 Psicólogos	por 100.000 ^{s9}	Avaliar a capacidade dos especialistas de detectar e tratar transtornos de saúde mental	286,33	13,68	128,32	5,85	5,20

Agindo contra o suicídio: compreendendo uma grande ameaça à saúde pública na América Latina

Domínio	Indicador	Pontuação / Unidades	Justificativa	Argentina	Brasil	Colômbia	México	Panamá
6. Força de trabalho	6.4 Assistentes sociais	por 100.000 ^{s9}	Avaliar a capacidade de contato de acompanhamento para indivíduos com transtornos de saúde mental	4,95	7,57	Não informado	1,36	Não informado
	6.5 Outros profissionais especializados em saúde mental (como terapeutas ocupacionais)	por 100.000 ^{s9}	Avaliar a capacidade dos serviços em toda a continuidade do atendimento	16,66	139,23	14,88	1,05	0,24
	6.6 Programas de treinamento em saúde mental disponíveis para HCPs na forma de educação médica continuada	Sim/Não	Para entender a qualidade do atendimento prestado	Não ^{s2}	Sim ^{s23,s24}	Não ^{s25-s27}	Não ^{s28,s29}	Sim ^{s30}

Fontes para a Tabela 8

s1. Dávila-Cervantes CA. Suicide burden in Latin America, 1990-2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Public Health*. 2022;205:28-36.

s2. WHO. Mental health atlas 2020 country profile: Argentina. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/arg.pdf?sfvrsn=8b84795d_6&download=true.

s3. WHO. Mental health atlas 2020 country profile: Brazil. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/bra.pdf?sfvrsn=d6086f32_7&download=true.

s4. WHO. Mental health atlas 2020 country profile: Colombia. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/col.pdf?sfvrsn=2e4c18c7_6&download=true.

s5. WHO. Mental health atlas 2020 country profile: Mexico. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/mex.pdf?sfvrsn=c3c55383_6&download=true.

s6. WHO. Mental health atlas 2020 country profile: Panama. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/pan.pdf?sfvrsn=f29d8ea_6&download=true.

s7. Mundt AP, Rozas Serri E, Irrarázaval M, et al. Minimum and optimal numbers of psychiatric beds: expert consensus using a Delphi process. *Mol Psychiatry*. 2022;27(4):1873-9.

s8. WHO. Supporting Argentina's regional leadership in telehealth [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/countrystory/2020/supporting-argentina-s-regional-leadership-intelehealth> (Consultado 1 Fevereiro 2023).

s9. DLA Piper. Telehealth regulation [Internet]. Buenos Aires: DLA Piper Intelligence. Disponível em: <https://www.dlapiperintelligence.com/telehealth/countries/index.html?t=02-regulation-of-telehealth&c=AR> (Consultado 1 Fevereiro 2023).

s10. Centre for suicide prevention. The Suicide Assistance Center of Buenos Aires. Buenos Aires: Centre for suicide prevention. Disponível em: <https://www.suicideinfo.ca/resource/sieco-19910675/> (Consultado 1 Fevereiro 2023).

Fontes para a Tabela 8

- s11. Argentina Presidencia. Abordaje intersectorial de la problemática del suicidio y de las autolesiones. Argentina: 2022. Disponível em: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-08/abordaje_intersectorial_2022.pdf.
- s12. Governo Federal. Índices de Suicídios - Pedido 25820003581202061 [Internet]. Brazil: Governo Federal, 2020. Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Item/displayifs.aspx?List=0c839f31-47d7-4485-ab65-ab0cee9cf8fe&ID=903917&Web=88cc5f44-8cfe-4964-8ff4-376b5ebb3bef>.
- s13. Gutierrez-Martinez MI, Del Villin RE, Fandiño A, et al. The evaluation of a surveillance system for violent and non-intentional injury mortality in Colombian cities. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2007;14(2):77-84.
- s14. INEGI. Intentos de suicidio y suicidios [Internet]. Colombia. Disponível em: <https://www.inegi.org.mx/programas/suicidio/>.
- s15. Ruíz Arango JA, Ku Pecho V. Factores asociados al suicidio en Panamá según casos realizados en la Morgue Judicial 2011-2013. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2015;32(1):45-50.
- s16. Alonso MM, Klinar D. Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2012. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; 2013: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- s17. Ministério da Saúde. Saúde Mental em dados 4. Brazil: 2007. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf.
- s18. Zamora-Rondón DC, Suárez-Acevedo D, Bernal-Acevedo O. Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2020;21:175-80.
- s19. Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, et al. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Publica de Mexico*. 2022;62:72-9.
- s20. Ministerio de Salud. Estadísticas de Salud [Internet]. Panama. Disponível em: <https://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/estadisticas-de-salud>.
- s21. da Silva Cais CF, da Silveira IU, Stefanello S, et al. Suicide prevention training for professionals in the public health network in a large Brazilian city. *Archives of Suicide Research*. 2011;15(4):384-9.
- s22. Scafuto JCB, Saraceno B, Delgado PGG. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2017;28(03/04):350-8.
- s23. Bartels SM, Cardenas P, Uribe-Restrepo JM, et al. Barriers and facilitators to the diagnosis and treatment of depression in primary care in Colombia: Perspectives of providers, healthcare administrators, patients and community representatives. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English Edition)*. 2021;50:64-72.
- s24. Gómez-Restrepo C, Cepeda M, Torrey WC, et al. Perceived access to general and mental healthcare in primary care in Colombia during COVID-19: A cross-sectional study. *Frontiers in public health*. 2022;10.
- s25. Shannon CL, Bartels SM, Cepeda M, et al. Perspectives on the Implementation of Screening and Treatment for Depression and Alcohol Use Disorder in Primary Care in Colombia. *Community Ment Health J*. 2021;57(8):1579-87.
- s26. Miguel-Esponda G, Bohm-Levine N, Rodríguez-Cuevas FG, et al. Implementation process and outcomes of a mental health programme integrated in primary care clinics in rural Mexico: a mixed-methods study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2020;14(1):21.
- s27. Lagunes-Cordoba E, Davalos A, Fresan-Orellana A, et al. Mental Health Service Users' Perceptions of Stigma, From the General Population and From Mental Health Professionals in Mexico: A Qualitative Study. *Community Ment Health J*. 2021;57(5):985-93.
- s28. Moreno P, Saravanan Y, Levav I, et al. Evaluation of the PAHO/WHO training program on the detection and treatment of depression for primary care nurses in Panama. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(1):61-5.

Referências

1. WHO. Suicide: one person dies every 40 seconds. World Health Organization [citado 05 Dezembro 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>.
2. Organization WH. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. 2021.
3. Dávila-Cervantes CA. Suicide burden in Latin America, 1990-2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Public Health*. 2022;205:28-36.
4. Brådvik L. Suicide Risk and Mental Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9).
5. World Bank. Poor mental health, an obstacle to development in Latin America. Disponível em: <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2015/07/13/bad-mental-health-obstacle-development-latin-america>.
6. Global SDG Indicator Platform. 3.4.2 Number of Deaths Attributed to Suicide. [citado 05 Dezembro 2022]. Disponível em: <https://sdg.tracking-progress.org/indicator/3-4-1-number-of-deaths-attributed-to-suicide/>.
7. PAHO. Suicide Mortality in the Americas. Washington (DC): Pan American Health Organization; [citado 05 Dezembro 2022]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55297>.
8. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, et al. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*. 2014;9(4):e91936.
9. Pompili M. *Suicide: A global perspective*: Bentham Science Publishers; 2012.
10. UNICEF. *On my mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health*. New York (NY): United Nations Children's Fund, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/lac/media/28666/file/SOWC2021-Regional-brief-LAC.pdf>.
11. WHO. *Investing in Mental Health: Evidence For Action*. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf%3Bjsessionid=E9EFAEA5F30B05468CE6EABCDF29A0BC?sequence=1.
12. WHO. Mental disorders. World Health Organization; [05 May 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
13. Borentain S, Nash AI, Dayal R, et al. Patient-reported outcomes in major depressive disorder with suicidal ideation: a real-world data analysis using PatientsLikeMe platform. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):384.

14. Soares B, Kanevsky G, Teng CT, et al. Prevalence and Impact of Treatment-Resistant Depression in Latin America: a Prospective, Observational Study. *Psychiatr Q.* 2021;92(4):1797-815.
15. PAHO. World Mental Health Day: Depression, the Most Common Mental Disorder. Washington (DC): Pan American Health Organization; [citado 02 Dezembro 2023]. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depression-trastornamental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0.
16. Western Michigan University. Suicide Prevention Program: Protective Factors. Disponível em: <https://wmich.edu/suicideprevention/basics/protective>.
17. Suicide Prevention Resource Center. Risk and Protective Factors. Disponível em: <https://sprc.org/risk-and-protective-factors/>.
18. Bartels SM, Cardenas P, Uribe-Restrepo JM, et al. Barriers and facilitators to the diagnosis and treatment of depression in primary care in Colombia: Perspectives of providers, healthcare administrators, patients and community representatives. *Revista Colombiana de psiquiatria (English ed).* 2021;50 Suppl 1:64-72.
19. Mascayano F, Irrazabal M, W DE, et al. Suicide in Latin America: a growing public health issue. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2015;72(4):295-303.
20. PAHO. Implementing mhGAP training in Latin American universities. Washington (DC): Pan American Health Organization; [citado 02 Dezembro 2023]. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13018:implementing-mhgap-training-in-latin-american-universities&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0.
21. WHO. Suicide. World Health Organization; [citado 05 Dezembro 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
22. Fleck A. How Many Victims Has Colombia's Armed Conflict Claimed? : Statista; [citado 05 Dezembro 2023].
23. Tamayo-Agudelo W, Bell V. Armed conflict and mental health in Colombia. *BJPsych Int.* 2019;16(2):40-2.
24. WHO. Preventing suicide: A community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272860/9789241513791-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
25. Alvarado H. Risk and protective factors for suicidal behaviors in Mexican youth: Evidence for the interpersonal theory of suicide. [Master's thesis] Toldedo (OH): University of Toledo. 2013.
26. WHO. Live Life: An implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>.
27. Machado DB, Rasella D, Dos Santos DN. Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. *PLoS One.* 2015;10(4):e0124934.
28. Greiner BA, Arensman E. The role of work in suicidal behavior - uncovering priorities for research and prevention. *Scand J Work Environ Health.* 2022;48(6):419-24.
29. Ortiz-Sánchez FA, Brambila-Tapia AJL, Cárdenas-Fujita LS, et al. Family Functioning and Suicide Attempts in Mexican Adolescents. *Behavioral Sciences.* 2023;13(2):120.
30. Peña JB, Kuhlberg JA, Zayas LH, et al. Familism and family environment among suicidal Latinas: Three family types. *Suicide & Life-Threatening Behavior.* 2011;41(3):330.
31. Campos B, Ullman JB, Aguilera A, et al. Familism and psychological health: the intervening role of closeness and social support. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2014;20(2):191-201.

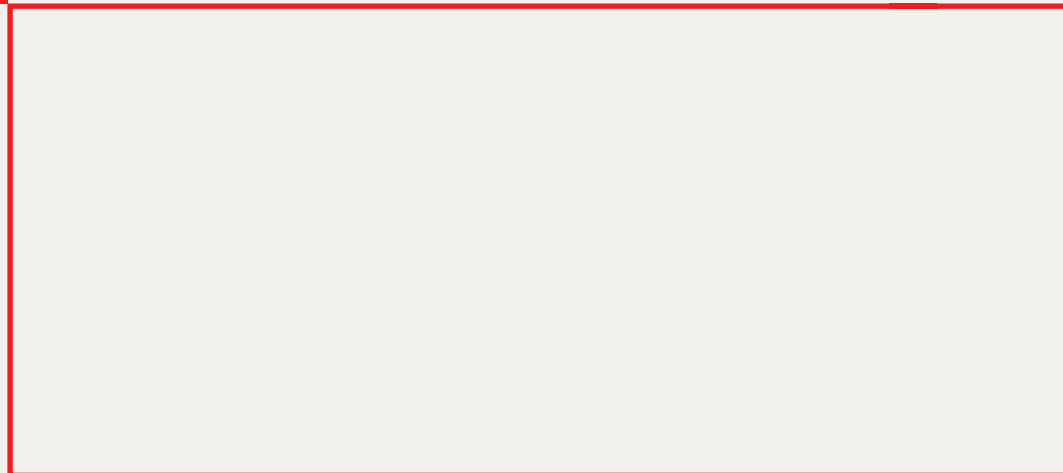
32. Alonzo D, Zapata Pratto DA. Mental health services for individuals at risk of suicide in Peru: Attitudes and perspectives of mental health professionals. *Int J Soc Psychiatry*. 2021;67(3):209-18.
33. WHO. Suicide. Geneva: World Health Organization; [consultado 17 Janeiro 2023]. Disponível em: <https://www.emro.who.int/health-topics/suicide/feed/atom.html>.
34. Serrano CC, Dolci GF. Suicide prevention and suicidal behavior. *Prevencion del suicidio y la conducta suicida*. 2021;157(5):547-52.
35. O'Connor E GB, Burda BU, et al. Screening for Suicide Risk in Primary Care: A Systematic Evidence Review for the U.S. 2013.
36. O'Connor E GB, Burda BU, et al. A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force.
37. MFMER. Diagnosis. Scottsdale (AZ): Mayo Foundation for Medical Education and Research; [citado 17 Janeiro 2023]. Disponível em: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/suicide/diagnosis-treatment/drc-20378054>.
38. Sousa CMS, Mascarenhas MDM, Gomes KRO, et al. Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. *Revista de saude publica*. 2020;54:33.
39. SPRC. Provide for Immediate and Long-Term Postvention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; [citado 07 Dezembro 2022]. Disponível em: <https://sprc.org/comprehensive-approach/postvention#:~:text=%5BPostvention%20is%5D%20an%20organized%20response,effects%20of%20exposure%20to%20suicide>.
40. RHIhub. Postvention. Rural Health Information Hub; [citado 07 Dezembro 2022]. Disponível em: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/suicide/2/postvention>.
41. PAHO. PAHO Launches New Campaign to Curb Stigma Against People with Mental Health Conditions. Washington (DC): Pan American Health Organization; [citado 05 Dezembro 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/7-10-2022-paho-launches-new-campaign-curb-stigma-against-people-mental-healthconditions>.
42. Franco M, Matías I, Wyatt D. SUICIDE IN LATIN AMERICA: A GROWING PUBLIC HEALTH ISSUE. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* 2015;73(3):295-303.
43. Bonadiman CSC, Naghavi M, Melo APS. The burden of suicide in Brazil: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55(suppl 1):e0299.
44. PAHO. Prevention of suicidal behavior. Washington (DC): Pan American Health Organization, 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31166/9789275119198-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
45. Sagar-Ouriaghli I, Godfrey E, Bridge L, et al. Improving Mental Health Service Utilization Among Men: A Systematic Review and Synthesis of Behavior Change Techniques Within Interventions Targeting Help-Seeking. *Am J Mens Health*. 2019;13(3):1557988319857009.
46. Ledden S, Moran P, Osborn D, et al. Alcohol use and its association with suicide attempt, suicidal thoughts and non-suicidal self-harm in two successive, nationally representative English household samples. *BJPsych Open*. 2022;8(6):e192.
47. Assarsson R, Petersen S, Högberg B, et al. Gender inequality and adolescent suicide ideation across Africa, Asia, the South Pacific and Latin America - a cross-sectional study based on the Global School Health Survey (GSHS). *Glob Health Action*. 2018;11(sup3):1663619.
48. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

49. De Leo D. Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*. 2022;2(1):7-12.
50. Oliveira JMBd, Vera I, Lucchese R, et al. Aging, mental health, and suicide. An integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018;21:488-98.
51. UNICEF. Over US\$30 billion is lost to economies in Latin America and the Caribbean each year due to youth mental health disorders. New York (NY)[citado 06 Dezembro 2022]. Disponível em: <https://www.unicef.org/cuba/en/press-releases/over-us30-billion-lost-economies-latin-america-and-caribbean-each-year-due-youth>.
52. Pan American Health Organization. Suicide Mortality in the Americas – Regional Report 2015-2019. 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55297>.
53. UNICEF. THE STATE OF THE WORLD 'S CHILDREN 2021. New York (NY), 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/108126/file/SOWC-2021-Latin-America-and-the-Caribbean-regional-brief.pdf>.
54. WHO. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564878_eng.pdf?jsessionid=FBB80011E42B92C461651438BDA568A5?sequence=8.
55. WHO. Disability-adjusted life years (DALYs).
56. WHO. Suicide Mortality in the Americas. World Health Organization, 2014. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53903/9789275118436%20_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
57. Yuvar Barak-Corren, M.S. ,, Victor M. Castro, M.S. ,, Solomon Javitt, M.D. ,, et al. Predicting Suicidal Behavior From Longitudinal Electronic Health Records. *American Journal of Psychiatry*. 2017;174(2):154-62.
58. WHO. Mental health atlas 2020. 2021.
59. WHO, PAHO. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y.
60. Trapé TL, Campos RO. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev Saude Publica*. 2017;51(0):19.
61. PresupuestoParaLosDerechos. Presupuesto para la salud mental. Buenos Aires: 2022. Disponível em: http://acj.org.ar/wp-content/uploads/2022/11/Salud-Mental_-_Semana_-_Presupuesto-y-Derechos_-2022-1.pdf?utm_source=mailup&utm_medium=email&utm_campaign=general#:~:text=%E2%89%AB%20Si%20bien%20la%20Ley,ser%C3%A1%20del%201%2C68%25.
62. WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Argentina. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/arg.pdf?sfvrsn=8b84795d_6&download=true.
63. WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Brazil. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/bra.pdf?sfvrsn=d6086f32_7&download=true.
64. WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Colombia. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/col.pdf?sfvrsn=2e4c18c7_6&download=true.
65. WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Mexico. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-mex-2020-country-profile>.
66. WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Panama. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Panama.

67. Stagnaro JC. The current state of psychiatric and mental healthcare in Argentina. *BJPsych Advances*. 2016;22(4):260-2.
68. Chaskel R, Gaviria SL, Espinel Z, et al. Mental health in Colombia. *BJPsych international*. 2015;12(4):95-7.
69. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Towards comprehensive mental health care: experiences and challenges of psychosocial care in Brazil. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1352.
70. Zhou W, Yu Y, Yang M, et al. Policy development and challenges of global mental health: a systematic review of published studies of national-level mental health policies. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):138.
71. Bhugra D, Pathare S, Joshi R, et al. Mental health policies in Commonwealth countries. *World Psychiatry*. 2018;17(1):113-4.
72. Moldavsky D, Cohen H. The new mental health law in Argentina. *Int Psychiatry*. 2013;10(1):11-3.
73. Ley 27.130 Ley Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Act). WHO,. Disponível em: <https://extranet.who.int/mindbank/item/5624>.
74. Razzouk D, Caparrocce DC, Sousa A. Community-based mental health services in Brazil. *Consortium Psychiatricum*. 2020;1(1):60-70.
75. Heidt R. Prevent Depression: Improving Access to Brazil's Mental Health Services. *Clinical Social Work and Health Intervention*. 2016;7(4):20-4.
76. de Jesus Mari J. Mental healthcare in Brazil: modest advances and major challenges. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2014;20(2):113-5.
77. Chaskel R, Shultz JM, Gaviria SL, et al. Mental health law in Colombia. *BJPsych Int*. 2015;12(4):92-4.
78. Minsalud. Ministry of Health Launched strategy to Prevent Suicidal Behavior. Washington (DC): Ministerio de Salud y Protección Social; [citado 12 Dezembro 2023]. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/The-PrevenirEsPreguntar-Campaign-is-Launched-to-Prevent-Suicidal-Behavior.aspx>.
79. Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Torres-Falcón M. Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *salud pública de méxico*. 2021;63(4):554-64.
80. Panama AN. Normas integrales para la protección de la salud mental. 2020.
81. APA Dictionary of Psychology. Suicidal ideation. [citado 08 Dezembro 2022]. Disponível em: <https://dictionary.apa.org/suicidal-ideation>.
82. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e165.
83. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, Saldivia S, Vicente B. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 Oct 10;42:e165. doi:10.26633/RPSP.2018.165. PMID: 31093193; PMCID: PMC6386160. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386160/>
84. Heinze G, Bernard-Fuentes N, Carmona-Huerta J, et al. Physicians specializing in psychiatry of Mexico: An update 2018. *Salud mental*. 2019;42(1):13-24.
85. WHO. IESM-OMS Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México (WHO-AIMS Report on Mental Health System in Mexico). Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <https://extranet.who.int/mindbank/item/448>.

86. INEGI. Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019. Disponible em: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/suicidio0.pdf>.
87. Robles EC, Belfort EG. The reality of the management of mental health services in Latin America, reflexions from the perspective of a vision of strategic planning. *International Review of Psychiatry*. 2010;22(4):401-7.
88. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, et al. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*. 2012;138(1-2):165-9.
89. Borges G, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, et al. Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:e53.
90. Durand-Arias S, Cordoba G, Borges G, et al. Collaborative care for depression and suicide prevention: a feasible intervention within the Mexican health system. *salud pública de méxico*. 2021;63(2, Mar-Abr):274-80.
91. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, et al. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry*. 2011;199(1):64-70.
92. Orozco R, Vigo D, Benjet C, et al. Barriers to treatment for mental disorders in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*. 2022;303:273-85.
93. Stagnaro J, Cia A, Vommaro H, et al. Delays in making initial treatment contact after the first onset of mental health disorders in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019;28(2):240-50.
94. PAHO. Suicide Prevention. New York (NY): Pan American Health Organization, 2022. Disponible em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56387/PAHONMHMH220028_eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
95. Menon V, Subramanian K, Selvakumar N, et al. Suicide prevention strategies: An overview of current evidence and best practice elements. *International Journal of Advanced Medical and Health Research*. 2018;5(2):43-51.
96. Kovacevic R, Garcia J, Gordillo-Tobar A. As demand for mental health services soar, countries in Latin America and the Caribbean strengthen their response. [citado 12 Dezembro 2022]. Disponible em: <https://blogs.worldbank.org/health/demand-mental-health-services-soar-countries-latin-america-and-caribbeanstrengthen-their>.
97. Campo-Arias A, Ceballos-Ospino GA, Herazo E. Barriers to access to mental health services among Colombia outpatients. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(6):600-6.
98. Simon GE, Shortreed SM, Johnson E, et al. What health records data are required for accurate prediction of suicidal behavior? *J Am Med Inform Assoc*. 2019;26(12):1458-65.
99. ACDIVOCA. Línea salvavidas 24/7, una herramienta de contención de crisis en época de pandemia. [citado 05 Dezembro 2023]. Disponible em: <https://www.acdivoca.org.co/linea-salvavidas-24-7-una-herramienta-decontencion-de-crisis-en-epoca-de-pandemia/>.
100. InfoPa'lante. Línea SalvaVidas 24/7: Una herramienta para la prevención del suicidio - Fundación Sergio Urrego. 2023.
101. Andriessen K, Krysinska K, Grad O. Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support: Hogrefe Publishing GmbH; 2019.

Embora todos os esforços tenham sido feitos para verificar a precisão dessas informações, a Economist Impact não pode aceitar nenhuma responsabilidade ou obrigação pela confiança depositada por qualquer pessoa neste relatório ou em qualquer uma das informações, opiniões ou conclusões apresentadas neste relatório. As conclusões e opiniões expressas no relatório não refletem necessariamente as opiniões do patrocinador.



LONDRES

The Adelphi
1-11 John Adam Street
London WC2N 6HT
Reino Unido
Tel: (44) 20 7830 7000
E-mail: london@economist.com

GENEBRA

Rue de l'Athénée 32
1206 Geneva
Suíça
Tel: (41) 22 566 2470
Fax: (41) 22 346 93 47
E-mail: geneva@economist.com

SÃO PAULO

Rua Joaquim Floriano,
1052, Conjunto 81
Itaim Bibi, São Paulo,
SP, 04534-004
Brasil
Tel: +5511 3073-1186
E-mail: americas@economist.com

NOVA YORK

900 Third Avenue
16th Floor
New York, NY 10022
Estados Unidos
Tel: (1.212) 554 0600
Fax: (1.212) 586 1181/2
E-mail: americas@economist.com

DUBAI

Office 1301a
Aurora Tower
Dubai Media City
Dubai
Tel: (971) 4 433 4202
Fax: (971) 4 438 0224
E-mail: dubai@economist.com

HONG KONG

1301
12 Taikoo Wan Road
Taikoo Shing
Hong Kong
Tel: (852) 2585 3888
Fax: (852) 2802 7638
E-mail: asia@economist.com

SINGAPURA

8 Cross Street
#23-01 Manulife Tower
Singapura
048424
Tel: (65) 6534 5177
Fax: (65) 6534 5077
E-mail: asia@economist.com