

# **I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI**

## **DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I**

**JULIA MAURMANN XIMENES**

**SAMYRA HAYDÊE DAL FARRA NASPOLINI**

**SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

#### **Diretoria – CONPEDI**

**Presidente** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

**Vice-presidente Sudeste** - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

**Vice-presidente Nordeste** - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

**Secretário Executivo** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - Unimar/Uninove – São Paulo

#### **Representante Discente – FEPODI**

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

#### **Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

#### **Secretarias:**

##### **Relações Institucionais**

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

##### **Relações Internacionais para o Continente Americano**

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

##### **Relações Internacionais para os demais Continentes**

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

#### **Eventos:**

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

#### **Comunicação:**

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

**Membro Nato** – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

---

D597

Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Samyra Haydêe Dal Farra Napolini; Julia Maurmann Ximenes; Saulo De Oliveira Pinto Coelho – Florianópolis: CONPEDI, 2020.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-040-4

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Constituição, cidades e crise

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. I Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2020 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



# I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

## DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

---

### **Apresentação**

O ano de 2020 tem sido um marco na utilização de Tecnologias da Comunicação e Informação. Neste sentido, o Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito – CONPEDI adaptou o formato de seu evento presencial no meio do ano para o primeiro Evento Virtual do CONPEDI. Os painéis e grupos de trabalhos foram transmitidos pela plataforma virtual, com participação de alunos e professores do Brasil e do exterior.

No Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas I, a apresentação e debates dos trabalhos ocorreu tranquilamente no dia 27 de julho, sob a coordenação dos professores Julia Maurmann Ximenes, Samyra Haydêe Dal Farra Napoli e Saulo de Oliveira Pinto Coelho.

A primeira pesquisa apresentada, de Jorge Vieira e de Othoniel Ceneceu, analisa as peculiaridades das práticas de gestão na política públicas de saúde, nos atuais tempos de Pandemia da Covid19. A pesquisa envolveu revisão da bibliografia produzida sobre o assunto e a análise matemático-estatística dos dados existentes sobre as atividades do sistema de saúde nesse período. Essa análise quantitativa permitiu, segundo os autores, corrigir algumas inferências midiáticas sobre o desempenho brasileiro no combate à pandemia.

A pesquisa de Danúbia Rodrigues, Lucas Fagundes e Jéssica Miranda aborda a temática da proteção de dados pessoais, frente à ocorrência da crise da Covid19, que gera uma situação singular quanto ao direito ao sigilo e privacidade, nessas situações. Essa dicotomia entre dever de informar e direito à privacidade foi analisada quanto às situações possíveis em que haveria direito à reparação de dano à privacidade, nas práticas relativas à contenção da Pandemia.

A pesquisa de Anna Zeifert trata da questão da desigualdade, pobreza e inclusão, partindo nas análise do CEPAL e das series histórias recentes nessa análise, com especial foco e interesse em identificar os principais sujeitos atingidos socioeconomicamente pela atual Pandemia da Covid19. A relação entre pobreza e empoderamento (capacidade de participação política) é analisada criticamente no trabalho.

O Trabalho de Ygor Távora versa sobre o direito à saúde e as situações referentes à crise da Covid19, buscando verificar as situações de aplicabilidade do princípio da reserva do possível, seu uso e as situações de aplicação excepcional do princípio frente à atual pandemia.

Rita de Cássia e Juliana Araújo apresentaram trabalho sobre a luta anti-manicomial e a política pública de drogas no Brasil, analisando as transformações no sentido das políticas de cuidado e saúde do usuário e políticas e redução de danos. Analisam a questão das recentes alterações legislativas nessa seara e buscam sistematizar as críticas da literatura especializada a essas alterações legislativas recentes, avaliadas por essa literatura como retrocesso.

Rodrigo Tonel e Janaína Sturza abordam a questão das políticas públicas para a prevenção do suicídio e a necessidade de desenhos regulatórios de prevenção mais integrados a outras questões de saúde, como depressão e outros fenômenos. Fazem também considerações sobre as deficiências de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com essas situações e implementar adequadamente essas políticas.

O trabalho científico de Pablo Lemos aborda a judicialização da saúde pública na comarca de Niterói-RJ, para situações de doenças raras, quanto ao direito à duração razoável do processo. Essa pesquisa, com características de estudo de caso, se fez valer de trabalhos de campo para coletar dados mais refinados sobre o fenômeno analisado. Dentre os resultados, identificou que são fatores causadores dos problemas de celeridade a falta de comunicação sinérgica entre as instituições públicas envolvidas, além de um uso ineficiente dos núcleos de especialização técnica, por parte do judiciário.

A pesquisa de Marcus Resende, foca nas políticas públicas de dispensação de medicamentos, com recorte nas judicializações e nas contradições (em termos de regressividade) de determinadas judicializações frente ao orçamento público e a necessidade de progressividade da relação arrecadação-gasto.

Já a pesquisa de Liane Pimenta analisa, com técnicas de pesquisa empírica, nas bases de decisões judiciais, as contradições das políticas de dispensação de medicamentos e respectivas demandas judicializadas na área.

Flavia Cristina e André Pires apresentaram trabalho sobre o apoio, por meio de redes de contato, a mulheres vítimas de violência doméstica, na busca por inovar e promover melhorias incrementais na política pública de proteção instituída pela Lei Maria da Penha. As análises até então feitas pela dupla a respeito indicam que a rede de contatos produz empoderamento dessas mulheres vulnerabilizadas, permitindo maior eficácia das estratégias destinadas a evitar a reincidência dos atos de violência sofridos.

As pesquisadoras Luana Adriana e Georgia Araújo abordam a questão da igualdade de acesso ao ensino e o papel das políticas públicas de educação quanto às adaptações razoáveis para a acessibilidade na educação. Analisam a caracterização e buscam delimitar, bem como oferecer subsídios teórico-dogmáticos para operacionalizar a aplicação do conceito de adaptações razoáveis. Um dos focos de análise seria a superação da dicotomia normalidade-anormalidade, nas adaptações razoáveis.

O trabalho de Jeremias da Cunha versa sobre o Crédito Educativo como instrumento da política pública de acesso ao ensino superior no Brasil, buscando dar maior precisão as terminologias empregadas no marco regulatório deste instrumento de financiamento estudantil.

A pesquisa de Querino Tavares e Nilson Júnior trata do controle externo das políticas públicas educacionais, com análises destinadas a identificar pontos de aperfeiçoamento de tais políticas, com foco nas experiências de controle do TCE-GO e analisando a relação entre controle formal e controle material de contas, com vistas à efetividade do gasto público, para além do controle formal, mas também preocupado em evitar ativismo no controle de contas.

A pesquisa de Alberto Nogueira versa sobre a tentativa de localizar problemas nas práticas de gestão efetivadas nas políticas de acesso por cotas em concursos públicos, notadamente quanto a eventuais falhas nas comissões de hétero-identificação, segundo o autor.

A pesquisa de Caio Cela e de Amanda Alves tem por foco a análise e identificação de limites para a judicialização das políticas públicas educacionais, com foco na hipossuficiência e no mínimo existencial como dois dos importantes critérios de análise desses limites.

O trabalho apresentado por Mariana Cesco e Vladimir Brega se volta para o fenômeno da educação familiar e sua inserção ou adaptabilidade ao modelo de política pública de educação no país.

O texto de Paulo Souza trata da política nacional de educação e a ideia de educação integral, bem como, segundo o autor, os impactos e peso do binômico política-religião no desenho dos planos de educação no Brasil, nos diferentes entes federativos, mas com enfoque na experiência específica do Estado do Rio de Janeiro. A análise se baseia na ideia da necessidade de conformação entre igualdade e diferenças na modulação dessas políticas.

Manoel Macêdo, em seu trabalho, aborda a questão do tratamento socioeducativo oferecido a adolescentes infratores, no conjunto da política pública da criança e adolescente, analisando

as possibilidades de distorção do uso dessa ferramenta (instrumento), para mera contenção e privação de liberdade ao adolescente. Valeu-se de análise de dados em bases públicas para discussão da questão. Conclui que a baixa eficácia do atendimento sócio-educacional está fortemente relacionada à priorização de medidas de contenção para o adolescente infrator.

A pesquisa de Urá Lobato Martins e Vinícius Ferreira aborda, com base na biopolítica, as situações de exclusão, desrespeito aos direitos das mulheres, ausências de segmentação adequadas, outras contradições nas questões relativas políticas de controle de natalidade, com especial enfoque na questão do uso da laqueadura como uma prática revestida de muitas contradições no sistema de saúde, segundo os autores.

Em outro artigo, Urá Martins e Vinícius Ferreira realizaram análises documentais e interpretaram dados empírico para pesquisar outra situação de exclusão social e violência, relacionado ao fenômeno da impunidade na violência policial frente a homicídios de pessoas moradoras de comunidades no Rio de Janeiro, questão que também foi analisada sob a lógica da estratificação sociais e da interseccionalidade.

A pesquisa de Rebeca de Souza aborda a questão das decisões estruturais e do processo estrutural na experiência brasileira de controle de políticas públicas. Fazendo valer uma metodologia baseada uma conjugação de técnicas, a pesquisa delimitou temas específicos na área de acessibilidade e mobilidade para verificar as dificuldades e desafios da realização de processos estruturais no Brasil.

Linara Assunção, apresentou estudo científico sobre os efeitos sociais da obra pública da ponte que liga o Oiapoque (fronteira, no Estado do Amapá) e o território francês vizinho. Avalia que essa ponte binacional produziu uma transformação das práticas de fronteira, mais informais, para práticas formais para as interações que já eram estabelecidas entre as duas cidades vizinhas, em cada respectiva realidade, produzindo, contraditoriamente, uma segregação e separação entre essas populações.

O trabalho de Miriane Willers analisa a questão do custo dos direitos e a relação entre Estado Fiscal (dependência de arrecadação para prestação de serviços e utilidades públicas) e a efetividade de direitos. Analisa as dificuldade e as escolhas difíceis com as quais o Direito precisa lidar frente a essa característica do modelo de Estado fiscal.

A pesquisa de Robert Bonifácio e de Lucas Velasco aborda a construção de uma metodologia de análise de impacto legislativo na Câmara Municipal de Goiânia, em abordagem interdisciplinar com enfoque na produção de um know-how de avaliação de impacto aplicável na experiência parlamentar pesquisada.

Por fim, o trabalho científico de Darléa Carine e Rogério Nery, lança bases teóricas no campo do Direito e Políticas públicas, ao analisar o pensamento de Rawls quanto à noção de justiça como equidade, com foco na complementariedade da abordagem das capacidades desenvolvida por Nussbaum.

O desafio do primeiro evento virtual foi alcançado com êxito e vamos continuar pesquisando!

Boa leitura!

#continuepesquisando

Julia Maurmann Ximenes - ENAP

Samyra Haydêe Dal Farra Napoli - FMU

Saulo de Oliveira Pinto Coelho - UFG

Os artigos do Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas I apresentados no I Encontro Virtual do CONPEDI e que não constam nestes Anais, foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals (<https://www.indexlaw.org/>), conforme previsto no item 8.1 do edital do Evento, e podem ser encontrados na Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas. Equipe Editorial Index Law Journal - [publicacao@conpedi.org.br](mailto:publicacao@conpedi.org.br).

**O DIREITO À SAÚDE MENTAL E A PRECARIEDADE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES SUICIDAS: A COMPLEXIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO**

**THE RIGHT TO MENTAL HEALTH AND THE PRECARIOUS CARE FOR SUICIDAL PATIENTS: THE COMPLEXITY OF PUBLIC POLICIES FOR SUICIDE PREVENTION**

**Janáína Machado Sturza <sup>1</sup>**  
**Rodrigo Tonel <sup>2</sup>**

**Resumo**

A saúde é o completo bem-estar físico, mental e social - não apenas ausência de doenças. O suicídio enquanto acontecimento físico e mental, não deve ser tratado somente com hospitalização e medicalização - é preciso um olhar social e jurídico através de políticas públicas. Este artigo objetiva uma reflexão sobre o direito à saúde mental, frente a precariedade no atendimento de suicidas, destacando a necessidade de políticas públicas de prevenção. Através de um estudo bibliográfico, tendo como método o hipotético dedutivo, verificou-se como essenciais políticas públicas estratégicas de prevenção ao suicídio e, conseqüentemente, de proteção e preservação da vida humana.

**Palavras-chave:** Direito à saúde, Prevenção, Políticas públicas, Saúde mental, Suicídio

**Abstract/Resumen/Résumé**

Health the complete physical, mental and social well-being - not just absence of disease. Suicide as a physical and mental event, should not be treated only with hospitalization and medicalization - a social and legal look through public policies is needed. This article aims to reflect on the right to mental health, in view of the precarious care of suicidal patients, highlighting the need public policies for suicide prevention. Through a bibliographic study, based on the hypothetical deductive method, it's been emphasized that strategic public policies for suicide prevention are essential and, consequently, aim to protect and preserve human life.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Right to health, Prevention, Public policy, Mental health, Suicide

---

<sup>1</sup> Pós doutora em Direito (UNISINOS). Doutora em Direito (UNIROMAIII). Professora no Programa de Pós Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado da UNIJUI.

<sup>2</sup> Mestre em Direito pela UNIJUI, com bolsa CAPES. Bacharel em Direito pela UNIJUI.



## **Introdução**

No presente artigo propomos uma abordagem acerca do fenômeno do suicídio e a dicotomia entre o direito à saúde mental e a negligência ao atendimento de pacientes que apresentam comportamento suicida nos serviços de emergência e, a ausência (ou insuficiência) de políticas públicas de saúde voltadas a prevenção do suicídio.

Muitos indivíduos acometidos por doenças mentais e que apresentam comportamento suicida, quando buscam auxílio nos serviços de emergência, são em algumas ocasiões discriminados pelos próprios profissionais de saúde e, em outras, não recebem o devido atendimento, cenários que configuram, portanto, a inobservância do direito à saúde mental dos cidadãos e, em certos momentos, também, violações de direitos humanos – destacando a precariedade na oferta das políticas públicas de prevenção.

Assim, discutimos a possibilidade de formulação e implementação de políticas públicas de saúde voltadas a prevenção do fenômeno do suicídio, levando em consideração os diferentes contextos socioculturais. Entendemos que, as políticas públicas, aliadas as medidas já existentes, podem servir de instrumentos não só para a redução da ocorrência de suicídios em nossa sociedade contemporânea, como também podem permitir uma compreensão mais ampla e melhor esclarecida, acerca do referido fenômeno, desmistificando-o e desconstruindo preconceitos.

Com isso, objetivamos analisar e propor uma reflexão sobre o direito à saúde mental, especialmente frente a precariedade no atendimento de pacientes suicidas, além de apontar para a necessidade de políticas públicas bem sucedidas, voltadas para a prevenção do fenômeno do suicídio. A metodologia que empregamos nesta pesquisa é do tipo exploratória, tendo como base o método hipotético-dedutivo, ou seja, baseado na análise bibliográfica, bem como a utilização e acesso a todo o tipo de materiais e instrumentos disponíveis.

Por fim, a discussão que propomos encontra sua relevância quando confrontada dentro dos ramos do direito fundamental à saúde, direito à saúde mental e políticas públicas. Por consequência, a presente pesquisa também traz contribuições sociais, na medida em que apontamentos importantes são destacados acerca de um fenômeno que atinge a toda a sociedade.

### **1. O fenômeno do suicídio: um problema de saúde pública**

Na definição proposta por Durkheim (2011, p. 14, grifo do autor), “[...] *chama-se suicídio todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado*”. Em outras palavras, podemos afirmar que o suicídio é a abreviação da existência a partir de ação ou omissão deliberada e voluntária do próprio indivíduo tendo consciência do resultado morte.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 800.000 mil óbitos por suicídio acontecem todos os anos no mundo. Em um cálculo matemático, isso equivaleria a um suicídio a cada 40 segundos. A referida fonte ainda sustenta que a cada suicídio consumado, outros vinte foram tentados. O suicídio pode ocorrer em qualquer momento da vida, todavia, está em segundo lugar no ranking das causas de morte entre jovens de 15 a 29 anos no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Compreendemos que o suicídio é um fenômeno de abrangência interdisciplinar, podendo ser originado a partir de múltiplas causas. Todavia, em nossa sociedade contemporânea, a grande maioria dos suicídios que vem ocorrendo são, essencialmente, provenientes de algum tipo de doença mental, sendo a depressão considerada a principal doença associada ao suicídio (NETTO, 2013). Por conta disso, o suicídio tem se tornado um problema de saúde pública no mundo todo.

Sabemos que a saúde é um direito humano estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, art. 25, item 1, onde podemos observar que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica [...]”.

No Brasil, na Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito fundamental social disposto no art. 6º, e arts. 196 a 200. Destacamos aqui o art. 196, onde está expresso que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Neste cenário, esclarecem Sturza e Martini (2017, p. 174) que,

[...] encontra-se a saúde como um direito humano que todo o sujeito tem e pode exercer, sendo considerada, inclusive, como um dos importantes elementos da cidadania, como um direito à promoção da vida das pessoas, pois direito à saúde é direito à vida. Partindo desta análise, a questão do direito à saúde é universal e, porque não, cosmopolita, consolidando-se como um direito humano fundamental.

De igual modo, o direito à saúde mental também é amparado não só no viés constitucional, mas infraconstitucional, através da lei nº. 10. 216/2001 que, especificamente, dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais como o respeito, a proteção contra

abusos, tratamento em ambiente terapêutico, acesso aos meios de comunicação disponíveis, garantia à presença médica, entre outros (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO, 2012).

Deste modo, a perspectiva que veio a partir da Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946, p.1, tradução nossa), é uma definição mais ampla de saúde, e se dá da seguinte maneira: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Podemos vislumbrar uma definição mais ampla de saúde do que presenciamos no senso comum. Essa definição, muito além de incluir a ideia de combate e tratamento a doenças que comprometam o indivíduo física e mentalmente, também engloba o aspecto social. Assim, “[...] por ter uma amplitude maior, perpassa outras esferas como a qualidade de vida do indivíduo, a alimentação, a moradia, o trabalho, o ambiente em que vive etc.” (STURZA; TONEL, 2019, p. 83).

Neste sentido, analisemos a (in)efetivação do direito à saúde mental no cenário brasileiro aos pacientes suicidas que buscam auxílio nos prontos socorros e, igualmente, trazemos algumas situações que vem a evidenciar a negligência do adequado atendimento o que, conseqüentemente, configura violações de direitos humanos.

## **2. Violações de direitos humanos a pacientes suicidas e a não efetivação do direito à saúde mental**

As situações de vulnerabilidade que geralmente potencializam o risco de suicídio podem ser decorrentes de distúrbios mentais, traumas, violências, tentativas de suicídio anteriores, doenças degenerativas ou incuráveis, perda de ente querido, entre tantas outras. Destacamos, neste contexto, adicionalmente, fatores de risco associados ao indevido atendimento e a falta assistência nas instituições de saúde, evidenciando problemas não só técnicos, como também, éticos. Conforme relata Marcolan (2018, p. 2481),

verificamos ao longo de nossa vivência profissional a atenção prejudicial dada comumente por médicos e profissionais da enfermagem ao indivíduo que tentou se matar. Punição, falas preconceituosas, ameaças, julgamento moral e agressão verbal foram atitudes comuns vistas em prontos-socorros e outras unidades de saúde – infelizmente, vindas também de profissionais de saúde mental, que deveriam ter melhor entendimento do que ocorre.

Conseqüentemente, podemos concluir que, isso gera receio e medo nos indivíduos que apresentam comportamentos suicidas, ou mesmo, os sobreviventes de suicídio, pois esse tipo de atendimento agressivo por parte dos profissionais da saúde, além de ter o efeito de revelar o

quanto o fenômeno ainda é tabu em nossa sociedade e atinge até mesmo aquelas pessoas que, em tese, esperaríamos que fossem mais esclarecidas, e, todavia, quando confrontadas com casos práticos, ao invés de prestarem a devida assistência, acabam optando por seus conjuntos subjetivos de crenças pessoais, demonstrando desconhecer a complexidade do fenômeno. Isso comprova o quanto é necessário preparação e qualificação dos profissionais da saúde, para lidar com os comportamentos suicidas durante atendimentos emergenciais, dentro de hospitais e clínicas.

Outro absurdo diz respeito a desconsideração das razões que levaram determinado indivíduo a tentar se matar. Em algumas situações, muitos profissionais da saúde só prestam séria assistência após várias tentativas de suicídios ou os meios utilizados eram considerados letais. Para muitos deles, esses são os dois fatores predominantes para averiguar se o indivíduo estava legitimamente impelido a se matar ou só queria *chamar a atenção* (MARCOLAN, 2018).

Percebemos, com isso, que os pacientes que apresentam risco de suicídios, além de não receberem a atenção e compreensão devida por falta de qualificação dos profissionais da saúde, também são sujeitos a julgamentos discriminatórios, em alguns casos, seus direitos são desrespeitados e violados. Destacamos certa tendência por parte dos profissionais de saúde em apresentarem comportamentos preconceituosos àqueles indivíduos que apresentam comportamento auto agressivo e buscam o devido auxílio e ajuda. Atitudes negativas que apenas potencializam os sentimentos de raiva, medo, angústia, tristeza, decepção em indivíduos que sofrem de determinadas doenças mentais e aumentam as chances de morte voluntária. Isso implica evidente violação aos direitos humanos e ao direito à saúde mental. Ademais,

por razões culturais, o suicídio tem sido entendido como um ato imoral, tabu, pecado, ato de desaprovação pela maioria das pessoas, o qual, conseqüentemente, é responsável por não dar a esse fenômeno a devida atenção e, muitas vezes, ser dispensado de uma discussão clara. No senso comum, as pessoas que cometem suicídio ou tentam suicídio são erroneamente interpretadas como insanas, loucas, dementes, e isso é considerado um sintoma de doenças mentais e, portanto, precisam ser hospitalizadas e tratadas por psiquiatras. Mesmo assim, o próprio fato de contemplar o suicídio é evidência de que o indivíduo é louco. (STURZA; TONEL, 2019, p. 229, tradução nossa).

Neste contexto, trazemos em tela um estudo realizado por Vidal e Gontijo (2013), na cidade de Barbacena, Estado de Minas Gerais, que teve por objetivo investigar o atendimento de pacientes que sofriam de doenças mentais e sua recepção nos serviços de emergência após tentativa de suicídio. O referido estudo, através de uma abordagem metodológica descritiva e qualitativa, contou com a participação de 28 mulheres entrevistadas, que buscaram os serviços de emergência e o respectivo acolhimento advindo dos profissionais de saúde.

O estudo evidenciou a falta de capacidade dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de emergência de Barbacena, em lidar com situações de comportamento suicida. Todas as mulheres entrevistadas se dirigiram aos prontos atendimentos para buscarem ajuda. Em contrapartida, algumas equipes de saúde ministraram medicações, outras apenas insurgiram comentários negativos e aparentaram não dar muita atenção e, outras sugeriram as pacientes que agendassem consultas com psiquiatras ou psicólogos. De acordo com Vidal e Gontijo (2013, p. 111), foi possível averiguar que “[...] algumas tentativas de suicídio são vistas como manifestações histéricas e essa percepção desencadeia atitudes hostis e desumanizadas por parte da equipe de saúde, particularmente quando o risco de vida é mínimo ou nulo.”

Em outra situação, conforme aponta Tavares (2013), para o relato de um médico que prescreveu a administração de uma lavagem gástrica desnecessária em um paciente que apresentava comportamento suicida, como uma forma evidentemente punitiva frente a tendência do paciente a um ato considerado inconcebível *aos olhos* do médico. Uma situação como essa, indubitavelmente, nos revela uma verdadeira catástrofe em termos de mal preparo, insensibilidade e incompetência de um profissional da saúde, além da clara violação de direitos humanos. Nas palavras de Tavares (2013, p. 55),

[...] o sarcasmo transmite o conteúdo agressivo da ação. Isto é, uma atuação claramente perversa e, no contexto dos serviços de saúde, comunica ao paciente que ali não é o lugar efetivo de se buscar apoio para o seu sofrimento, que ninguém ali deseja ou é capaz de compreendê-lo. Considerando-se que essas pessoas já têm uma história de múltiplas relações de ajuda fracassadas, ações desse tipo aumentam o sentimento de desamparo e estão relacionadas a novas tentativas, muitas vezes mais graves, e apontam para a direção oposta ao ideal de eficácia terapêutica.

Portanto, todo aquele indivíduo que se identifica com comportamento suicida e busca auxílio em determinados prontos socorros no Brasil, corre risco de ser considerado um ser indesejado. O atendimento é feito de forma morosa, sendo que, frequentemente, são deixados nas filas de espera. A empatia é rara e tênue. Alguns profissionais de saúde demonstram irritação, rejeição e aversão a todo aquele que cogita abreviar sua existência. Outros afirmam que os prontos socorros são locais para tratarem e cuidarem de pessoas que querem viver, e que todo aquele que atenta contra a própria vida só assim age por excesso de ócio e falta de ocupação. Assim, podemos comprovar a carência técnica no atendimento ao indivíduo que apresenta comportamento suicida, falta de equipamentos e profissionais em nível de qualificação e competência necessários para prestar a devida assistência.

Compreendemos, no entanto, que os locais dedicados aos serviços de urgência e emergência são ambientes que, invariavelmente, encontram-se sob contínua tensão, estresse e vigília, justamente porque, a rápida e adequada intervenção em casos de emergência pode

significar a diferença entre vida e morte. O que podemos sorver do referido estudo é o fato de que, o fenômeno do suicídio não se enquadra dentro da percepção psicológica e profissional dos profissionais da saúde como uma questão de urgência e emergência, mas sim, uma questão que deve ser resolvida por *especialistas*, negligenciando, conseqüentemente, a atenção e os esforços em prevenção e intervenção ao suicídio.

Não só no Brasil, mas ao redor do mundo, podemos verificar práticas e determinados tipos de tratamento que desumanizam o paciente em risco de suicídio, realizadas, em muitos casos, pelos próprios profissionais da saúde. Conforme aduz Albuquerque (2017, p. 41-42),

[...] verifica-se a adoção de tratamentos mais dolorosos, a negligência no cuidado, a falta de alimentação do paciente e o excesso de medicação como meios usados por profissionais de saúde para punir os pacientes que tentam suicídio, o que caracteriza violação ao seu direito de não ser submetido a tratamento desumano ou degradante. A discriminação do “paciente suicida” é expressa via discursos acusatórios e julgamentos morais relacionados ao ato. A discriminação do paciente interfere negativamente nos cuidados em saúde. Manifestações expressas de preconceito, o emprego de tom jocoso, a condenação moral e até mesmo o uso de termos injuriosos concorrem para a menor adesão ao tratamento proposto, o aumento do sofrimento do paciente e do risco de nova tentativa.

Não podemos nos esquecer, contudo, que o suicídio não é um evento que ocorre de forma repentina, mas sim, um evento previsível, que vem tomando forma com o passar do tempo através da ideação, planejamento, tentativas até chegar à sua consumação. A fase da tentativa, no entanto, pode nos indicar a exteriorização de um pedido de ajuda. Em outras palavras, para um indivíduo chegar até essa fase, presumimos que ele já deve ter passado por um longo período de sofrimento, tentando resolver os problemas que o afligem de diversas formas, porém, sem ter êxito. E, diante de sua impotência em superar esses obstáculos, esse mesmo indivíduo tenta destruir sua existência, chamando a atenção não só de pessoas que convivem ao seu redor, mas de certa forma, de toda a sociedade. Portanto, entendemos que quando alguém chega a esse nível e se dirige a um pronto atendimento com o objetivo de buscar ajuda, os profissionais de saúde deveriam fornecer todo o amparo e atenção necessários, e não fazer piada da pessoa que já não tem mais forças, tampouco, esperanças em continuar vivendo.

Além disso, nos cursos de saúde em geral, sejam cursos técnicos ou graduações acadêmicas, não existem disciplinas que contemplam o estudo do suicídio dentro de suas grades curriculares. A superficialidade na abordagem do tema e sua não inserção nessas áreas do conhecimento revela o reflexo de uma sociedade que ainda não superou os tabus históricos, que vem desde a Idade Média e continuam a percorrer os dias atuais. Tabus que coordenam e comandam o comportamento dos profissionais da saúde, prejudicando o atendimento, a assistência e potencializando o preconceito e, por conseguinte, a ideação suicida. Tabus que

não permitem a discussão aberta em nossa sociedade contemporânea. Aliás, enquanto o tabu sobre o fenômeno do suicídio imperar, seus efeitos, do mesmo modo, continuarão a operar em nossa sociedade.

A maioria dos cursos técnicos ou graduação nas áreas da saúde “[...] valoriza a formação pela técnica, não priorizando a análise crítica reflexiva, a cidadania, a mudança do paradigma social, o comprometimento com o SUS, a humanização e a integralidade da assistência.” (MARCOLAN, 2015, p. 2481). Podemos observar que esse fenômeno reflete não somente nas áreas da saúde, mas, de certa forma, acaba atingindo quase todas as áreas do conhecimento, ou seja, a formação voltada para o viés econômico e o mercado de trabalho, e não a responsabilidade de utilizar as habilidades e conhecimentos adquiridos durante o período de formação para contribuir dentro da perspectiva social.

Importante notarmos que, em outros países, na tentativa de prevenir com mais eficiência as mortes por suicídios, disciplinas são ofertadas em universidades, cursos e seminários são promovidos com o intuito de fomentar as discussões, possibilitar e instigar o incremento de novas ideias. Aliás, a suicidologia já vem se tornando um campo do saber em alguns países (MARCOLAN, 2018).

Diante disso, podemos destacar a relação cada vez mais intensa do comportamento suicida entre os profissionais e estudantes das áreas da saúde. Neste contexto, atentamos para os acadêmicos em áreas da saúde que revelam levar uma rotina de *burnout* durante todo o processo de formação. Marcolan (2018), analisando o perfil suicida de alguns acadêmicos de um curso de enfermagem, elenca como principais fatores instigadores ao suicídio, o excesso de atividades que ocasiona a redução de tempo dedicado a atividades de lazer, recreação e socialização, o que, por conseguinte, acaba levando muitos estudantes a contemplação da abreviação de suas existências. Para piorar, nos estágios práticas, o referido autor faz menção a relação interpessoal inadequada entre os discentes e os docentes que supervisionam o estágio. Muitos dos estudantes relataram falta de diálogo, humilhações e insensibilidade nas suas relações com os supervisores docentes quando se dirigiam a estes para sanar alguma eventual dúvida.

Casos como este nos fazem refletir e repensar que tipo de formação profissional em saúde queremos para a nossa sociedade? Uma formação que objetive meramente a obtenção de resultados econômicos e que se baseie na competitividade, ou uma formação que possa trazer contribuições na resolução dos problemas que assolam a sociedade?

Temos consciência de que no Brasil, a saúde e a educação estão sendo cada vez mais mercantilizadas por interesses políticos, ideológicos e econômicos, não permitindo o completo

desenvolvimento do SUS e de maior atenção à saúde mental, inserção de disciplinas e cursos em suicidologia, e da implementação de políticas públicas de saúde voltadas a prevenção ao suicídio. As consequências disso se traduzem em termos de aumento do número de mortes por suicídio, preconceito e tabu.

### **3. Políticas públicas de prevenção ao suicídio: uma alternativa viável (?)**

Na atual conjuntura política em que vivemos no Brasil, dentro do contexto da saúde mental, há apelos a volta dos manicômios, eletrochoques, camisas de força, acorrentamento, tortura, medicação pesada, mortes, violência etc. Para isso, basta analisarmos as propostas da Nota Técnica N.º 11/2019 (BRASIL, 2019), a qual, pretende fazer alterações na Política Nacional de Saúde Mental que correm em detrimento a Lei n.º 10.216 de 2001, também conhecida por Lei Antimanicomial, que veio a abolir os manicômios, dispondo sobre a proteção e preservação aos direitos daqueles indivíduos acometidos por transtornos mentais (BRASIL, 2001), objetivando *limpar as ruas da cidade*, ou seja, uma proposta estarrecedora e inconcebível.

Diante disso, o que podemos conjecturar, nas palavras de Guimarães e Rosa (2019), é uma tentativa de *remanicomialização* do cuidado e atenção à saúde mental no Brasil, desconsiderando completamente todo o processo histórico de reforma psiquiátrica, sinalizando para tendências neoliberais baseadas na privatização e, conseqüentemente, desrespeitando e ferindo o direito constitucional fundamental à saúde.

A partir disso, Binsfeld e Sousa (2017) aduzem que, diante de tempos de loucura coletiva e da tendência de repetir os atos bárbaros do passado, da selvageria pura, brutalidade e a perversidade, imprescindível a necessidade de intensificar o diálogo entre saúde mental e direitos humanos. Os referidos autores ainda sustentam que,

[...] vive-se em uma época em que a vida dos sujeitos tem preço e virou mercadoria; a saúde, que deveria ser um bem primordial do estado, não tem valor algum, pois é negado e não serve para o sistema. Não se tem preocupação com o outro, vive-se em pleno individualismo. [...] sobrevivem os que pagam um bom plano de saúde, os que tem cuidador e os que tem ainda a possibilidade de mover-se. (BINSFELD; SOUZA, 2017, p. 171).

Temos consciência das gigantescas violações de direitos humanos ocorridas na década de 1960, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, mais conhecido por Hospital Colônia, onde 60 mil vidas foram ceifadas no período que o referido hospital esteve em atividade. O local ficou conhecido pelo nome de *Holocausto Brasileiro*, por apresentar características



semelhantes aquelas ocorridas nos campos de concentração durante a Primeira e Segunda Guerras Mundiais (ARBEX, 2013).

Diante de todas as atrocidades ocorridas naquele local durante aquele período, o Brasil começou a se preocupar mais com pessoas acometidas por doenças mentais. Com isso, nosso país começou a adotar medidas em prol da preservação dos direitos mais mínimos a serem respeitados. A partir daí, com a reforma psiquiátrica no Brasil se sucedeu, sendo marcada pela sua respectiva anuência com a Declaração de Caracas de 1990, documento que desencadeou as reformas em atenção na saúde mental nas Américas (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990). Daí em diante, o Brasil passou a adotar maior compromisso, respeito e atenção as questões de saúde mental.

Posteriormente, no ano de 2001, foi instituída a política Nacional de Saúde Mental, através da Lei n.º 10.216, também conhecida como *Lei Antimanicomial*, isto é, uma ação do governo federal na proteção e preservação dos direitos daquelas pessoas acometidas por doenças mentais oriundas de causas diversas, incluindo dependentes de substâncias psicoativas, como são os casos mais conhecidos como o uso de drogas e alcoolismo. De acordo com o art. 1º da referida lei, tais direitos serão assegurados “[...] sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.” (BRASIL, 2001).

Um dos destaques desta lei foi a classificação apresentada no art. 6º, parágrafo único, incisos I, II, III, das internações que se dividem, taxativamente, em três tipos, quais sejam, internação voluntária, internação involuntária e, internação compulsória. A primeira, se supõe que seja dada com o consentimento do paciente. A segunda, é feita a partir da solicitação de terceiros, podendo discordar com o consentimento e vontade do paciente. A terceira, por fim, é aquela que é determinada pela justiça, na qual a vontade do paciente é indiferente. Nesta última, preleciona o art. 9º que “a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.”

Mesmo que a internação compulsória possa parecer compreendida negativamente justamente por forçar o paciente contra sua vontade a atender o devido tratamento para a doença que lhe acomete, a internação compulsória visa, acima de tudo, cuidar do paciente, impedindo que seu quadro psiquiátrico piore. Além disso, esse tipo de internação é um mecanismo para prevenir e evitar que situações de periculosidade, tanto para o paciente quanto para a sociedade em geral.

Posteriormente, tivemos ações mais práticas como é o caso da Resolução n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011, com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – e sua respectiva ramificação para os CAPS- Centros de Atenção Psicossocial -, que vem a dar amparo para os indivíduos que manifestam algum tipo de sofrimento mental, assim como, adicionalmente, para aqueles com necessidades decorrentes do uso de drogas e álcool (BRASIL, 2011).

Em 2006, através da Portaria n.º 1.876, foram instituídas as diretrizes para a prevenção do suicídio a serem implantadas por todas as unidades federadas, levando em consideração o suicídio como um problema de saúde pública que atinge a toda a sociedade, causando impactos para as famílias, locais de trabalho, escolas, entre outras, mas que pode ser prevenido (BRASIL, 2006).

Dentro dos objetivos elencados nos incisos do art. 2º, destacamos para o desenvolvimento de estratégias de informação e comunicação para sensibilizar e conscientizar a sociedade de que o fenômeno do suicídio é um problema de saúde pública, além de, desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, educação e recuperação da saúde.

Importante destacarmos que, recentemente, tivemos grande avanço na prevenção ao suicídio, dentro do contexto brasileiro, através da promulgação da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, cuja principal missão é a necessidade atual de notificação compulsória tanto para os casos que configurem situações de automutilação e suicídios, como também, a possibilidade de suas ocorrências. A notificação compulsória está prevista no art. 6º, inciso I, onde preleciona que estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão notificar as autoridades sanitárias. Já, o inciso II do referido artigo, aduz que estabelecimentos de ensino público e privado deverão comunicar ao conselho tutelar casos de automutilação ou suicídio. O § 3º do referido artigo, esclarece acerca do caráter sigiloso da notificação (BRASIL, 2019).

O art. 3º, em seus nove incisos, esclarece o rol de objetivos da política nacional, quais sejam:

I – promover a saúde mental; II – prevenir a violência autoprovocada; III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial; VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras; VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados,

envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão; IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas. (BRASIL, 2019).

Já, o art. 4º da referida lei, reforça a manutenção do serviço telefônico fornecido pelo Centro de Valorização da Vida – CVV. Esse serviço telefônico é proveniente de uma associação civil que não visa lucratividade, inicialmente, surgiu em São Paulo no ano de 1973. Essa associação civil, em linhas gerais, “[...] presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato.” (CVV, 2019, n.p.).

O § 1º do referido artigo ainda carrega a afirmação de que as formas de comunicação serão expandidas para além do serviço telefônico, ou seja, devido os avanços tecnológicos na área das comunicações através da Internet e redes sociais, que podem ser facilmente acessadas por dispositivos como smartphones, computadores, tablets etc. Assim, serão considerados os meios mais utilizados pela população com a intenção de alcançar o maior número de pessoas possíveis, permitindo que mais pessoas possam buscar ajuda caso necessitarem. Por este viés,

[...] a prevenção do suicídio também é abordada através de vieses sociais e legais. Em outras palavras, o suicídio não é um problema de responsabilidade apenas nas áreas de psiquiatria e psicologia, não se reduz a um mero problema de natureza biológica, mas percorre outras esferas que, conseqüentemente, fazem com que sua prevenção seja dada maneira mais ampla. (STURZA; TONEL, 2019, p. 75, tradução nossa).

Portanto, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio é um importantíssimo instrumento em nosso país na direção da prevenção ao suicídio e promoção de saúde mental, porque prevê a notificação compulsória tanto para os casos que configurem situações de automutilação e suicídios, fornecendo subsídios teóricos para a formulação e implantação de políticas públicas preventivas, além de configurar um novo mecanismo para a efetivação do direito à saúde mental.

Neste contexto, importante destacar a elaboração e implementação de políticas públicas de saúde mental para que os cidadãos possam ter acesso mais amplo aos programas e serviços de saúde. De acordo com Sturza e Lucion (2018, p. 29), “as políticas públicas de promoção da saúde, as quais, por meio da ações que favorecem o bem estar das pessoas e manutenção da saúde, acabam também por promover o direito à saúde.”

No que diz respeito ao fenômeno do suicídio e as políticas públicas, entendemos serem necessários maior atenção e esforços para a prevenção do suicídio no cenário brasileiro. O Brasil não dispõe de uma política pública especificamente voltada para a prevenção do suicídio

sendo, portanto, necessária a elaboração e efetivação de uma política pública de prevenção ao suicídio baseada numa perspectiva multidisciplinar, levando em consideração os contextos sociais e as diversidades culturais que constituem nosso país (KOCH; OLIVEIRA, 2015). Conforme apontam Teixeira et al. (2018, pp. 1-2),

Conhecer os fatores que predisõem uma pessoa a tentar tirar sua própria vida ou o primeiro passo para os programas reproduzidos e efetivos de prevenção, bem como para a estruturação de políticas públicas, ou seja, um exame de alternativas sobre o que fazer com esse problema de saúde pública através de instrumentos e definir um curso de ação.

Além disso, importante levarmos em consideração que, mesmo com a elaboração e execução de uma política pública de saúde voltada para a prevenção do suicídio no Brasil, é necessário que ocorra sua respectiva divulgação e publicação para que toda a população possa ter conhecimento e buscar auxílio quando necessite. Para isso, imprescindível atentarmos para o direito à informação e trazermos em tela os arts. 5º, XXXIII, CF/88, combinado com o princípio da publicidade art. 37, *caput* e §1º, da Administração Pública (BRASIL, 1988).

Isso porque, muitos aspectos importantes de políticas públicas são desconhecidos pela população em virtude de falta de clareza, informação e publicidade por parte da Administração Pública e, isso, acaba por dificultar sua efetivação impedindo que os resultados possam se concretizar integralmente e se estender para todos lugares e pessoas.

Sabemos que um país como o Brasil, devido à grande dimensão continental e a pluralidade de culturas, obstaculiza, em certa medida, o alcance das políticas públicas em saúde quando as pessoas não obtêm a devida informação sobre aquelas. Deste modo, “[...] o alcance e os objetivos das ações em saúde só serão cumpridos se houver conhecimento e aderência da população” (CORREA DE MELO; STURZA, 2018, p. 84).

Albuquerque et al. (2017) faz um apelo a adoção de efetivas políticas públicas de prevenção ao suicídio como um elemento fundamental para assegurar ao direito à vida daqueles indivíduos que se encontram em condição de risco ao suicídio. Na perspectiva internacional, existe uma infinidade de pesquisas e publicações acadêmicas, como artigos, livros, seminários, conferências, falando sobre a prevenção do suicídio. Dentre as alternativas mais eficientes em termos de prevenção, urgem os especialistas para as políticas públicas, programas específicos que lidem com a questão do suicídio e estudos epidemiológicos (KOCH; OLIVEIRA, 2015).

No entanto, abordagens genéricas na formulação de políticas públicas para a prevenção do suicídio dificilmente irão angariar resultados satisfatórios e compensatórios. Não podemos nos esquecer de que “[...] devem ser pesadas as diferenças culturais e as especificidades das populações que as políticas querem ver atingidas por suas ações. A complexidade do fenômeno

suicida impõe um tratamento local para formulação de políticas públicas.” (KOCH; OLIVEIRA, 2015, p. 164). Dessa forma, tendo como exemplo, uma política pública de prevenção ao suicídio implantada no Canadá dificilmente produzirá os mesmos resultados no Marrocos, visto que cada país, devido seus próprios arranjos socioculturais fazem com que a prevenção do suicídio seja encarada a partir de diferentes abordagens.

Isso também pode ocorrer até mesmo dentro do próprio país, quer dizer, “[...] aquela política pública com bom desempenho na parte Sul de um país pode não apresentar os mesmos resultados no Norte, por exemplo. Isso se deve ao contexto sociocultural inserido em cada um dos grupos de risco” (STURZA; TONEL, 2019, p. 77, tradução nossa).

Ainda assim, algumas medidas genéricas implantadas em várias partes do mundo têm apresentado efeitos positivos em termos de prevenção. Poderíamos destacar as táticas situacionais, por exemplo, como as restrições aos meios e métodos, enquadrando a questão de regulação de aquisição de armas de fogo, medicamentos, agrotóxicos, construção de cercados em locais altos, como pontes, passarelas, arranha-céus etc (KOCH; OLIVEIRA, 2015).

No mesmo sentido, afirma Bertolote (2004, n.p. tradução nossa), “[...] uma visão geral das evidências indica que a redução do acesso a métodos (por exemplo, medicamentos, pesticidas, escapamentos de carros, armas de fogo) talvez seja a intervenção com maior impacto no nível da população.”

Muito embora, as táticas situacionais aparentem reduzir e/ou evitar a posse dos meios, sobre os quais, o indivíduo suicida possa utilizar para sua morte, tais táticas não são soluções de longo prazo, justamente porque só tem o condão de propiciarem situações seguras, porém, isso não significa *indivíduos seguros*. Em outras palavras, podemos afirmar que “[...] uma vez que o prisioneiro é libertado da prisão, as táticas situacionais para impedir o suicídio na prisão não são mais relevantes no mundo exterior” (LESTER, 2009, p. 8, tradução nossa).

Existem, no entanto, objeções as táticas situacionais, uma vez que a restrição de um meio irá proporcionar a opção e adoção de outro meio, o que implica dizer, que tais medidas geram prevenção temporária e não muito eficiente (LESTER, 2009). Mesmo assim, evitam aquelas situações de suicídios impulsivos e emotivos.

Dentro das medidas genéricas, utilizadas em várias partes do mundo, que apresentam certo alcance em termos de prevenção, destacamos os centros de prevenção ao suicídio, que normalmente, funcionam através de via telefônica, 24 horas por dia, onde voluntários se dispõem e se revezam ao atendimento e aconselhamento de pessoas que eventualmente estejam pensando em cometer suicídio. Em alguns países, alguns desses centros ainda podem contar com clínicas e equipes de emergência que podem até mesmo localizar e ir de encontro ao indivíduo aflito

para ampará-lo. No Brasil, por exemplo, temos o Centro de Valorização da Vida – CVV, um serviço telefônico para o atendimento de indivíduos que se encontrem em necessidade de ajuda e amparo.

Há, igualmente, o tratamento medicamentoso em pessoas diagnosticadas com transtornos mentais como a depressão e a esquizofrenia - doenças que estão associadas ao suicídio -, como medida de tratamento e, por conseguinte, prevenção. Contudo, de acordo com Bertolote (2004), estudos afirmam não haver significativa redução nas taxas de suicídios anuais em países onde esses tipos de medicamentos são amplamente usados. Mesmo com a introdução dos chamados medicamentos antidepressivos, seu impacto nas taxas de suicídio se demonstra controverso. Contudo, em doenças específicas os resultados são otimistas.

Necessitamos, portanto, de políticas públicas de prevenção ao suicídio, formação e qualificação de profissionais para assistência aos indivíduos acometidos por comportamento suicida, cursos e disciplinas de suicidologia, desenvolver pesquisas que reflitam de forma interdisciplinar o fenômeno do suicídio, entre outras.

Nas escolas, do mesmo modo, apontamos que programas de prevenção ao suicídio devem ser implantados com o objetivo de conscientizar os estudantes acerca dos fatores de risco, além de, fornecer o conhecimento necessário para que os estudantes possam identificar, não só colegas que apresentem características que possam constituir o comportamento suicida, mas também, toda a sociedade em geral. Portanto, “[...] muitos dos programas, portanto, parecem orientados para transformar todos os alunos em possíveis conselheiros de crise.” (LESTER, 2009, p. 3, tradução nossa).

Da mesma maneira, a mídia deve tomar certos cuidados ao noticiar suicídios quando, por exemplo, noticia o suicídio de uma determinada celebridade e isso acaba influenciando e/ou contagiando outras pessoas através do fenômeno da imitação. Em outras palavras, o sensacionalismo ou excesso de glamour no momento em que se noticia o fato, pode acabar sugerindo e/ou impactando a ideia de cometer suicídio em outras pessoas. Além do mais, Lester (2009) sustenta que, cada vez que a mídia noticiar histórias de suicídios, essas notícias devem vir acompanhadas de informações sobre prevenção.

## **Conclusão**

Conforme evidenciamos, a saúde pode ser traduzida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças e/ou enfermidades. A saúde configura, portanto, um direito humano fundamental de todos os cidadãos e dever do Estado. No que diz

respeito ao suicídio, não devemos somente tratar dos aspectos físicos e mentais através de hospitalização e medicação, mas também, nos valer da abordagem social e jurídicas através de políticas públicas, educação nas escolas e universidades, campanhas de esclarecimentos na mídia etc.

Deste modo, uma sociedade saudável é a maior expressão de onde há uma democracia que efetivamente funciona e um Estado que se preocupa com a sua população. Além disso, o direito à saúde é reconhecido em variadas legislações e constituições internacionais, o seja, isso demonstra uma espécie de moralidade comum entre as nações e uma ampla abrangência do direito à saúde. Além disso, a saúde deve ser tratada sob uma ótica global e universal, não mais sendo tratada somente no âmbito interno dos Estados, visto que é de responsabilidade de todos os Estados prezarem pela saúde, ultrapassando essa concepção para além das fronteiras nacionais afim de garantir o acesso à saúde a todos os povos.

Todavia, pudemos observar que existem muitos obstáculos e desafios acerca da prevenção do suicídio. É necessário, antes de tudo, desmistificar, quebrar o tabu e desconstruir essa compreensão equivocada de que todo o indivíduo que contempla o suicídio é insano, desocupado, imoral, pecador etc, e buscar levar a toda a sociedade a devida informação e orientação a respeito desse fenômeno. Caso contrário, mais mortes ocorrerão, maiores serão as taxas anuais, e as violações de direitos humanos às pacientes vítimas de doenças mentais persistirão.

Ainda assim, necessitamos de medidas mais abrangentes em termos de prevenção ao suicídio. Reiteramos para a necessidade de implantação de políticas públicas voltadas para a prevenção do suicídio que, no momento atual, se mostram imprescindíveis frente as taxas que vem crescendo a cada ano. As políticas públicas, neste contexto, funcionam como mecanismo para a completa efetivação do direito à saúde e manutenção do bem-estar da população.

## Referências

ALBUQUERQUE, Aline et al. **Relatório sobre direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio no Brasil**. Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes. 2017. Disponível em:<  
<http://www.observatoriopaciente.com.br/wpcontent/uploads/2017/09/Relatoria-Observat%C3%B3rio-Paciente-em-Risco-deSuic%C3%ADdio.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BERTOLETE, José M. Suicide prevention: at what level does it work? **World Psychiatry**. 2004. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414695/>>. Acesso em: 03 jan. 2019.

BINSFELD, Carla Rosângela; SOUSA, Edson Luiz André de. Interface entre a psicanálise e os direitos humanos: estado, políticas públicas e o direito à saúde. In: STURZA, Janaína Machado & SIPPERT, Evandro. (Org.). **Estado, Políticas Públicas e Direito à Saúde - Diálogos ao Encontro dos Direitos Humanos**. 1ed. Porto Alegre: Criação Humana, 2017, v. 1, p. 169-197.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm)>. Acesso em: 26 fev. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 26 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)>. Acesso em: 04 jan. 2020

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota técnica no 11/2019-cgmad/dapes/sas/ms**. Disponível em:<[https://drive.google.com/file/d/13by1kfwEhYmJn8cOhse86bG\\_RtEDb-v8/view](https://drive.google.com/file/d/13by1kfwEhYmJn8cOhse86bG_RtEDb-v8/view)>. Acesso em: 03 dez. 2019.

BRASIL. **Resolução n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 26 fev. 2020.

CORREA DE MELO, Karen Cristina; STURZA, Janaína Machado. O direito à informação e o princípio da publicidade: interlocuções com as políticas públicas para a efetivação do direito à saúde. **Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas**, v. 4, n. 1, ISSN: 2525-9881, Salvador, 2018, pp. 83 – 98.

CVV. **O cvv**. Disponível em:<<https://www.cvv.org.br/o-cvv/>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

**DECLARAÇÃO DE CARACAS**. 1990. Disponível em:< [http://www.abrasme.org.br/resources/download/1358516130\\_ARQUIVO\\_DeclaracaodeCaracas.pdf](http://www.abrasme.org.br/resources/download/1358516130_ARQUIVO_DeclaracaodeCaracas.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2019.

**DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS**. 1948. Disponível em:< <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2019.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. Trad.: Mônica Stahel. 2º ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.



GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão – Revista do Departamento em Serviço Social**. Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019. Disponível em:< [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2020.

KOCH, Daniel Buhatem; OLIVEIRA, Paulo Rogério Melo de. As políticas públicas para a prevenção de suicídios. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.2, n.2, 2015. UNIVALI, Universidade do Vale do Itajaí. Disponível em:< <file:///C:/Users/User/Downloads/9226-25358-1-SM.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

LESTER, David. **Preventing suicide: closing the exits revisited**. New York: Nova, 2009. Disponível em:< [file:///C:/Users/USER/Downloads/epdf.pub\\_preventing-suicide-closing-theexits-revisited.pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/epdf.pub_preventing-suicide-closing-theexits-revisited.pdf)>. Acesso em: 03 jan. 2019.

MARCOLAN, João Fernando. Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, 2018. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt\\_0034-7167-reben-71-s5-2343.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2343.pdf)>. Acesso em: 30 dez. 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. **Cartilha direito à saúde mental**. Brasília, 2012. Disponível em:< <http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>>. Disponível em: 26 fev. 2020.

NETTO, Nilson Berenchtein. **Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica**. In: Conselho Federal de Psicologia. **Suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013. Disponível em:< <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINALrevisao61.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

TEMBROAMARELO. **Falar é a melhor solução**. Disponível em:<<http://www.setembroamarelo.org.br/>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

STURZA, Janaína Machado; LUCION, Maria Cristina Schneider. Entre teorias e dogmas: os anseios sanitários por um sistema público de saúde no Brasil. **Revista Duc In Altum Cadernos de Direito**, vol. 8, nº16, set.-dez. 2016, pp. 123-164.

STURZA, Janaína Machado; MARTINI, Sandra Regina. **O direito humano à saúde na sociedade cosmopolita: a saúde como bem da comunidade e ponte para a cidadania**. VI Encontro Internacional do CONPEDI - Costa Rica. Florianópolis: CONPEDI, 2017. Disponível em: <<https://www.conpedi.org.br/publicacoes/c7yrg601/3zyi731v/qti3VW5KDC6W5yOz.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2019.

STURZA, Janaína Machado; TONEL, Rodrigo. Do direito humano fundamental à saúde: o binômio vida e morte através de uma reflexão sociojurídica sobre o fenômeno do suicídio. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**, vo. 5, nº. 1, 2019. pp. 73 – 91. Disponível em:< <https://indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/5470>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

STURZA, Janaína Machado; TONEL, Rodrigo. The fundamental human right to health: the conjuncture life and death through a sociojuridical reflection on the phenomenon of suicide. **Revista Thesis Juris**, v.8, n°.2, 2019, pp. 227-243. Disponível em:< <https://periodicos.uninove.br/index.php?journal=thesisjuris&page=article&op=view&path%5B%5D=13706>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

TEIXEIRA, Selena Mesquista de Oliveira. et al. O suicídio como questão de saúde pública. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.31, n°. 3, 2018. Disponível em:< [https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8565/pdf\\_2](https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8565/pdf_2)>. Acesso em: 26 fev. 2020.

VARES, Sidnei Ferreira de. O problema do suicídio em Émile Durkheim. **Revista do Instituto de Ciências Humanas**, PUC Minas, vol. 13, n° 18, p. 13-36, 2017. Disponível em:< <http://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/15869/12785>>. Acesso em: 03 ago. 2019.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde Colet.**, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of suicidal behaviours: a task for all.** 2019. Disponível em:< [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/background/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/background/en/)>. Acesso em: 22 nov. 2019.