

UNISA – UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Pós-graduação *stricto sensu* do Mestrado

Acadêmico em Direito Médico

Maria Julia Kaial Cury

**SUPERIOR INTERESSE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
E O DIREITO FUNDAMENTAL A UMA POLÍTICA PÚBLICA DE
PREVENÇÃO AO SUICÍDIO**

São Paulo

2023

MARIA JULIA KAIAL CURY

**SUPERIOR INTERESSE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E O
DIREITO FUNDAMENTAL A UMA POLÍTICA PÚBLICA DE
PREVENÇÃO AO SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação *stricto sensu* do Mestrado Acadêmico em Direito Médico da Faculdade de Direito da Universidade Santo Amaro - UNISA.

Orientador: Prof. Dr. Reynaldo Mapelli Junior

São Paulo

2023

C988s

Cury, Maria Julia Kaial.

Superior interesse da criança e do adolescente e o direito fundamental a uma política pública de prevenção ao suicídio / Maria Julia Kaial Cury. – São Paulo, 2023.

119 p. : il., P&B.

Orientador: Prof. Dr. Reynaldo Mapelli Junior.

Dissertação (Mestrado em Direito) — Universidade Santo Amaro, 2023.

Bibliografia incluída.

1. Suicídio infanto-juvenil. 2. Políticas públicas de prevenção. 3. Propostas. I. Junior, Reynaldo Mapelli orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

CDD 369

Elaboradora pela Bibliotecária: Milena Braz Martins CRB-8/9974

Maria Julia Kaial Cury

**SUPERIOR INTERESSE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E O
DIREITO FUNDAMENTAL A UMA POLÍTICA PÚBLICA DE
PREVENÇÃO AO SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação *stricto sensu* do Mestrado Acadêmico em Direito Médico da Faculdade de Direito da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Reynaldo Mapelli Junior

Banca Examinadora

Prof. Dr. Leonardo Sarcedo

Profa. Dra. Maria de Fátima Rato Padin

Prof. Dr. Reynaldo Mapelli Junior

Conceito final

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi idealizado há muito tempo, desde que meu filho cometeu suicídio, aos 17 anos. Desde então, essa temática passou a fazer parte do meu cotidiano e de meus estudos e encontrei no Mestrado em Direito Médico da UNISA uma oportunidade de efetivamente estudar o tema e propor políticas públicas que possam alterar o cenário que vivemos.

Agradeço meu companheiro, Clilton Guimarães dos Santos, meu eterno professor que sempre me estimulou a nunca parar de estudar. À minha amiga/irmã, Daniela Priante Belline, pelo convite para cursar o mestrado. Ao amigo Giorgio Tomellin, por toda a ajuda e incentivo.

Agradeço também ao meu orientador, Prof. Dr. Reynaldo Mapelli Junior, pelo apoio e confiança no tema árduo por mim proposto, abrindo caminhos para que este trabalho pudesse ser realizado.

Foi através dele que conheci a SPDM – Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, onde seu Presidente, Dr. Ronaldo Laranjeira, me apresentou seu trabalho com tanta paixão que me contagiou e incentivou ainda mais na elaboração desta pesquisa.

Agradeço à Dra. Denise Amino, médica psiquiatra, Gerente e Diretora Médica da AME; à Dra. Jandira Masur, responsável pelo trabalho desenvolvido no local; ao Dr. Elson Asevedo, médico psiquiatra, diretor técnico do CAISM/UNIFESP – Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental; à Dra. Maria de Fatima Rato Padin, psicóloga e Doutora em Ciências (UNIFESP).

Por fim, agradeço imensamente a todos os profissionais que me incentivaram e participaram da elaboração deste trabalho. A paixão que cada um deles demonstrou pela própria profissão me encheu de entusiasmo e crença na possibilidade de mudanças no futuro.

Dedico este trabalho a meu filho, que foi a fonte de minha inspiração, e à minha filha que, com sua ternura, pegou na minha mão e me salvou.

RESUMO

Este trabalho teve como principal objetivo realizar um estudo acerca do suicídio infantojuvenil. Para tanto, foi realizada uma pesquisa acerca da legislação brasileira referente ao tema, passando pelo Direito à Saúde e à Infância e Juventude na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e Adolescente, na Lei Orgânica da Saúde, na Lei da Reforma Psiquiátrica, no Compromisso pela Saúde, no Decreto Federal nº 7.508/2011, na Política Nacional de Promoção à Saúde, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 687 de 30 de março de 2006, na Portaria do Ministério da Saúde nº 1.876, de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção ao Suicídio e na Lei nº 13.819, de abril de 2019, que instituiu a Polícia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Após, foram apresentados e analisados dados mundiais e nacionais acerca do suicídio infantojuvenil. Os dados mundiais foram obtidos junto à Organização Mundial de Saúde, enquanto os dados nacionais foram fornecidos pelos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde de números 33 e 37. Para que fosse possível verificar o que está sendo realizado no Brasil a nível de políticas públicas de prevenção ao suicídio infantojuvenil, foi feita uma pesquisa junto ao Ambulatório Médico de Especialidades em São Paulo, que atende diretamente esse público vulnerável, e na Escola Estadual Graça Aranha, no Espírito Santo. A escolha do tema com foco nos institutos de saúde e educação se justifica porque são estes os locais que recebem diuturnamente com o objeto desta pesquisa. Com base nos resultados obtidos, foi elaborada uma série de propostas de medidas a serem implementadas com urgência, com o escopo de inibir o aumento significativo do número de casos de suicídio infantojuvenil.

Palavras-chave: Suicídio adolescente e jovem adulto. Legislação. Propostas. Políticas Públicas. Prevenção ao suicídio de crianças e adolescentes.

ABSTRACT

The main objective of this work was to carry out a study on child suicide. To this end, research was carried out on Brazilian legislation relating to the topic, including the Right to Health and Childhood and Youth in the Federal Constitution, the Child and Adolescent Statute, the Organic Health Law, the Psychiatric Reform Law, the Commitment for Health, in Federal Decree no. established the National Guidelines for Suicide Prevention and Law No. 13,819, of April 2019, which established the National Suicide Prevention Police. Afterwards, global and national data on child and youth suicide were presented and analyzed. The global data were obtained from the World Health Organization, while the national data were provided by the Epidemiological Bulletins of the Ministry of Health numbers 33 and 37. So that it was possible to verify what is being done in Brazil in terms of public prevention policies regarding child suicide, research was carried out at the Specialty Medical Outpatient Clinic in São Paulo, which directly serves this vulnerable population, and at the Graça Aranha State School, in Espírito Santo. The choice of the theme focusing on health and education institutes is justified because these are the places that receive the object of this research on a daily basis. Based on the results obtained, a series of proposals for measures to be implemented urgently were drawn up, with the aim of inhibiting the significant increase in the number of cases of child suicide.

Keywords: Adolescent and young adult suicide. Legislation. Public Policy Proposals for preventing suicide among children and adolescents.

LISTA DE SIGLAS

SIPIA – Sistema de Informações para a Infância e Adolescência

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

SUS – Sistema Único de Saúde

AME – Ambulatório Médico de Especialidade

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

MS – Ministério da Saúde

EEEFM – Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio

CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

CT – Conselho Tutelar

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

IACAPAP - Associação Internacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência e Profissões Afins

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – DIREITO À SAÚDE E A PROTEÇÃO INTEGRAL, INTERESSE SUPERIOR DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E NO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	14
1.1 Direito à saúde na Constituição Federal: Dimensões do direito à saúde Saúde como um direito prestacional. A Saúde como um direito fundamental	14
1.2 Criança e Adolescente na Constituição Federal	21
1.3 Estatuto da Criança e do Adolescente Lei nº 8069/90	24
CAPÍTULO II – LEIS INFRACONSTITUCIONAIS REFERENTES À SAÚDE	28
2.1 Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90)	28
2.2 Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) – Portarias do Ministério da Saúde nº 366 de 19/02/2002 e 3.088/2011	29
2.3 Compromisso pela saúde	39
2.4 Decreto Federal nº 7.508/2011 – Regulamentou a Lei Orgânica da Saúde ..	40
2.5 Política Nacional de Promoção à Saúde, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 687 de 30 de março de 2006	41
2.6 Portaria do Ministério da Saúde nº 1.876 de agosto de 2006 que instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio	43
2.7 Política Nacional de Prevenção ao Suicídio (Lei nº 13.819 de abril de 2019)	44
CAPÍTULO III – SUICÍDIO INFANTOJUVENIL NA ATUALIDADE	47
3.1 Dados Mundiais Acerca do Suicídio entre Crianças, Adolescentes e Jovens Adultos	47
3.2 Dados Nacionais Acerca do Suicídio entre Crianças, Adolescentes e Jovens Adultos (Boletins Epidemiológicos nº 33 e 37 do Ministério da Saúde)	55
3.3 Estudo da EEEFM Graça Aranha, Espírito Santo	62

3.4 Trabalho Desenvolvido no Ambulatório Médico de Especialidades Drs. Jandira Masur – AME Dra. Jandira Masur – São Paulo	66
3.5 Rede Protetiva da Infância e da Juventude e Políticas Públicas	72
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E PROPOSTAS	79
5.1 Discussão	79
5.2 Propostas	89
CONCLUSÃO	108
REFERÊNCIAS	111

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno mundial, multifatorial e considerado uma das principais causas de morte entre crianças e adolescentes. Na maioria das vezes decorre de uma psicopatologia, mas também pode ter como causa fatores familiares, abuso físico e sexual, falta de uma rede de apoio, empobrecimento das relações com seus pares e sentimentos de isolamento social, associados à facilidade de acesso a meios letais. É também recorrente em casos de exposição ao suicídio, que acontece quando algum membro da família já morreu dessa forma (Jans; Vloet; Taneli; Warnke, 2018).

Os números de suicídio entre adultos e na faixa etária abrangida neste estudo tem aumentado expressivamente no Brasil e no mundo. O aumento no número de casos levou a Organização Mundial de Saúde a concluir, no relatório “*Suicide worldwide in 2019*, publicado em 17 de junho de 2021,¹ que o suicídio continua sendo uma das principais causas de morte em todo mundo.

Na pesquisa realizada para esta dissertação, os dados brasileiros foram analisados através dos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde n^{os} 33 e 37 e os dados mundiais foram obtidos através de uma pesquisa realizada junto à Organização Mundial de Saúde.

Tanto no Brasil quanto em outros países, identificar jovens em situação de risco e oferecer um tratamento preventivo eficaz devem ser o maior objetivo da elaboração de políticas públicas de **saúde mental**.

Assim, quanto à justificativa, este trabalho é **importante**, também, para que o tema suicídio deixe de ser um tabu e passe a ser considerado uma realidade cuja abordagem é necessária e, assim, deve ser discutido adequadamente e enfrentado pela sociedade. Os números estudados indicam que não há mais espaço para que este tema seja ignorado.

O **objetivo** deste trabalho foi analisar toda a normativa existente no Brasil acerca da Saúde e da Infância e Juventude. Foram analisados dispositivos da

¹ Cf. Estatísticas da OMS, divulgadas pela OPAS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 07 ago. 2023.

Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente, passando pela Lei Orgânica da Saúde e outras normas, como a Lei da Reforma Psiquiátrica, estudada para discorrer acerca dos Centros de Atenção Psicossocial. Foram analisadas, ainda, o Compromisso pela Saúde, de 2005, bem como a Portaria nº 687/2006 do Ministério da Saúde, que aprovou a Política de Promoção à Saúde. Finalmente, é analisada a Lei nº 13.819/2019, que instituiu no país a Política Nacional de Prevenção ao suicídio. Ao final, o cenário brasileiro de políticas pública brasileiro foi criticamente analisado. E, tendo este estudo também finalidade propositiva, foram apresentadas propostas de criação e implementação de políticas públicas eficazes, destinadas a realmente proteger, com prioridade absoluta, a infância e a juventude.

A **pesquisa** foi realizada através de consulta a doutrina, jurisprudência e legislação, com posterior realização de pesquisa junto ao Ambulatório Médico de Especialidades Dra. Jandira Masur, na Vila Maria, na cidade de São Paulo, local que atende os casos de tentativa de suicídio e autolesão praticados também por crianças e adolescentes, mas não exclusivamente.

Também foi pesquisada uma bibliografia específica acerca de uma pesquisa realizada junto à Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio (EEEFM) Graça Aranha, situada no município de Santa Maria de Jetibá – ES, sobre as práticas de prevenção ao suicídio infantojuvenil (Hoffman; Santos, 2020).

A saúde e a educação foram escolhidas como pontos de pesquisa porque se relacionam e atuam diretamente com esse público vulnerável e, por esta razão, possuem dados valiosos na análise do que deveria ser feito na sua proteção.

Como resultado, tem-se uma dissertação que pretendeu, a partir das pesquisas e observações realizadas, buscar embasamento jurídico para a formulação de políticas públicas eficazes para educar e proteger, efetivamente, o público infantojuvenil, que atualmente se vê totalmente exposto às práticas de autoextermínio.

Tendo em vista a finalidade também propositiva deste estudo, **foram sugeridos:** a capacitação dos professores para lidarem com a temática, já que se veem diuturnamente diante desse cenário; a contratação imediata de médicos psiquiatras e psicólogos na rede de saúde pública; a efetiva participação do

Conselho Tutelar na criação e implementação de políticas públicas na proteção deste público vulnerável, com a notificação dos casos de suicídio e autolesão ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente para que este edite Resolução que vinculará o poder executivo municipal na elaboração do orçamento público da infância de acordo com os programas aí decididos; a orientação familiar realizada por profissionais capacitados, uma vez que o autoextermínio é multifatorial; a criação dos Assistentes Sociais da Família que teriam como principal função o acompanhamento da alta hospitalar nos casos de tentativa de suicídio infantojuvenil, repostando aos médicos psiquiatras a eventual necessidade de nova internação hospitalar; a orientação da imprensa na divulgação deste tipo de informação, devendo ser determinado que qualquer matéria acerca do suicídio, infantojuvenil ou não, seja precedida de orientação técnica; a criação de um SAMU específico para o atendimento de tentativas de suicídio e autolesão infantojuvenil, formado por profissionais capacitados no atendimento desse público; a criação de Pronto Socorro Psiquiátrico Infantojuvenil em Hospitais Gerais e Especializados, composto de profissionais treinados para este público.

O **objetivo principal** de toda esta pesquisa foi prestar um serviço à sociedade, contribuindo na conscientização e na necessidade de se enfrentar este tema.

CAPÍTULO I – DIREITO À SAÚDE E PROTEÇÃO INTEGRAL, INTERESSE SUPERIOR DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

1.1 Direito à saúde na Constituição Federal: dimensão individual e coletiva do direito à saúde; saúde como direito prestacional; saúde como direito fundamental

A saúde é um direito social primordial, posto que sem saúde não há vida, não há trabalho, não há cidadania, não há dignidade. E mais: não se pode pensar em dignidade da pessoa humana sem a efetivação do direito à saúde. Com efeito, o direito à saúde está interligado a outros direitos como moradia, educação, bem-estar social, saneamento básico e o acesso a serviços médicos e de saúde física e mental, dentre outros.

A Constituição Federal o alocou topograficamente no artigo 6º, junto aos demais **direitos sociais**. Foi introduzido no texto constitucional originário, sendo também objeto de normatização em outros dispositivos do texto constitucional, como se verifica dos artigos 196 a 200.

Discorrendo sobre o direito à saúde, Nelson Nery afirma que a saúde deve ser entendida como um direito fundamental do ser humano (art. 6 e 196 Constituição Federal), bem como um dever do Estado (art. 196 CF) que, além da obrigação de implementá-lo, deve resguardá-lo, evitando assim que a proteção seja deficiente (Abboud; Nery, 2019, p.483).

O direito à saúde previsto no artigo 196 da Constituição Federal tem diversos elementos, a saber: **a)** direito de todos; **b)** dever do Estado; **c)** garantido mediante políticas sociais e econômicas; **d)** que visem à redução do risco e de doenças e de outros agravos; **e)** regido pelo princípio do acesso universal igualitário; **f)** às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Ao prever que a saúde é um direito de todos, o constituinte afirmou tratar-se de um direito tanto **individual** quanto **coletivo**. Daí se retiram as dimensões do direito à saúde: individual e coletiva.

A dimensão individual do direito à saúde foi destacada pelo Ministro Celso de Mello do Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Recurso Extraordinário em Agravo Regimental nº 271.286-8 – RS, em 12/09/2000.

Naquele julgamento foi reconhecido que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição Federal, traduzindo-se em um bem jurídico cuja integralidade deve ser tutelada pelo Poder Público de maneira responsável. A ele cabe a formulação e a implementação de políticas sociais e econômicas idôneas que visem garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência à saúde, consequência indissociável do direito à vida.²

Dessa decisão se extrai que, por ser a saúde um direito público subjetivo da pessoa humana, a relação entre o indivíduo e o poder Público será uma relação jurídica obrigacional, que impõe aos entes federados um dever de **prestação positiva**. Portanto, a omissão do Estado ao não implementar políticas públicas mínimas de saúde contraria a Constituição por violação ao princípio da proporcionalidade, na modalidade fundada na “proibição da proteção insuficiente” (2020, p. 1.438).

Porém, não há um direito absoluto a todo e qualquer mecanismo de proteção, recuperação e promoção à saúde, mas sim um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde (Branco; Mendes, 2015, p. 661).

Já em sua dimensão **coletiva**, a saúde representa um valor pertencente a toda humanidade, essencial para a obtenção da paz e da segurança, dependendo da cooperação de todos os indivíduos e dos Estados.³

O **caráter prestacional** do direito à saúde se extrai do dever do Estado previsto no artigo 196 da Constituição Federal, pois, para além do direito fundamental à saúde, há o dever fundamental de prestação de saúde por parte do Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios – art. 23, II da CF), dever

² Brasil. Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/779142>. Acesso em: 02 set 2023.

³ Disponível em: São Paulo. Ministério Público do Estado de São Paulo. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servi_cos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/RIPE_n.66.07.pdf. Acesso em: 29 ago. 2023.

de desenvolver políticas públicas que visem à redução de doenças, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (Branco; Mendes, 2015, p. 661).

A doutrina constitucional brasileira aponta para uma dupla vertente do direito social à saúde: uma de natureza **negativa**, onde o Estado ou terceiros devem se abster de praticar atos que prejudiquem terceiros, e outro de natureza **política**, onde o Estado tem o dever de implementar os direitos sociais, em especial a saúde (MENDES, 2013, p. 42).

Neste sentido, José Afonso da Silva:

Como ocorre com os direitos sociais em geral, o direito à saúde comporta duas vertentes, conforme anotam Gomes Canotilho e Vital Moreira” uma de natureza **negativa**, onde o Estado ou terceiro que se abstenha de qualquer ato que prejudique a saúde, e outra de natureza **positiva** que significa o direito às medidas e prestações estatais visando a prevenção das doenças e ao tratamento delas (grifos nossos) (SILVA, 2008, p. 185).

Discorrendo acerca desta característica **prestacional** do direito à saúde, Germano Schwartz e Franciane Woutheres Bortolotto classificaram o direito à saúde como um direito indisponível que exige do Estado prestações positivas no sentido de sua garantia e efetividade (Schwartz; Bortolotto, 2008).

Acerca da natureza **positiva** do direito à saúde na área da infância e juventude, importante citar a decisão proferida nos autos do Recurso Extraordinário com Agravo 1.267.879-SP, da lavra do Ministro Roberto Barroso (Brasil, STF). Na origem, o Ministério Público do Estado de São Paulo ingressou com Ação Civil Pública para impor aos pais a obrigação de proceder à vacinação obrigatória de filho menor, tendo sido preferida sentença de **improcedência**, sob o fundamento da existência de risco concreto da vacinação, da liberdade de consciência e de organização familiar.

Porém, o Tribunal de Justiça de São Paulo reformou a sentença, julgando a ação **procedente**, e determinando, em caso de descumprimento, a busca e apreensão da criança para regularização das vacinas obrigatórias. No acórdão, a Corte afirmou que não há base científica para os alegados riscos trazidos pela vacinação infantil. Argumentou, ainda, que os movimentos antivacina trazem grave risco à cobertura imunológica de doenças infecciosas na sociedade. Citou

o art. 14, §1º, do Estatuto da Criança e do Adolescente e demais normas infralegais, que determinam a vacinação de crianças nas hipóteses recomendadas pelas autoridades sanitárias. Por fim, a decisão ponderou a liberdade filosófica e religiosa dos pais com o direito à saúde pública, argumentando que as campanhas de vacinação contribuem decisivamente para a prevenção e propagação de doenças na sociedade.

O caso chegou até o Supremo Tribunal Federal, que entendeu que, no referido recurso extraordinário, o que estava em discussão eram os limites da liberdade dos pais na escolha dos meios pelos quais irão garantir a saúde dos filhos, segundo suas convicções morais, filosóficas, políticas e/ou religiosas.

O Ministro Barroso asseverou que o texto constitucional garante a **prioridade absoluta** da criança, devendo a sociedade, a família e o Estado garantirem, entre outros direitos, a saúde dos menores. (...) A controvérsia constitucional envolve, portanto, a definição dos contornos da relação entre Estado e família na garantia da saúde das crianças e adolescentes, bem como os limites da autonomia privada contra imposições estatais. De um lado, tem-se o direito dos pais de dirigirem a criação dos seus filhos e a liberdade de defenderem as bandeiras ideológicas, políticas e religiosas de sua escolha. De outro lado, encontra-se o dever do Estado de proteger a saúde das crianças e da coletividade, por meio de políticas sanitárias preventivas de doenças infecciosas, como é o caso da vacinação infantil (Brasil, STF).⁴

Ainda, no referido julgamento foi fixada a tese de que é constitucional a obrigatoriedade de imunização por meio de vacina que, registrada em órgão de vigilância sanitária, (i) tenha sido incluída no Programa Nacional de Imunizações ou (ii) tenha sua aplicação obrigatória determinada em lei ou (iii) seja objeto de determinação da União, Estado, Distrito Federal ou Município, com base em consenso médico-científico. Em tais casos, não se caracteriza violação à

⁴ Brasil, Supremo Tribunal Federal. <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=755520674>. Acesso em: 06 out 2023.

¹⁴ Brasil, Supremo Tribunal Federal. Disponível em: https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?classeNumeroIncidente=%22ARE%201267879%22&base=acordaos&sinonimo=true&plural=true&page=1&pageSize=10&sort=_score&sortBy=desc&isAdvanced=true. Acesso em: 06 out. 2023.

liberdade de consciência e de convicção filosófica dos pais ou responsáveis, nem tampouco ao poder familiar.⁵

Através deste julgado, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a **prioridade absoluta** das crianças e adolescentes na garantia da saúde, através da obrigação da vacinação, uma postura **positiva** da corte.

Porém, a realidade mostra que a “efetivação do direito à saúde encontra-se na fronteira tormentosa pouco nítida entre o campo do Direito e o do processo político majoritário; (...) a implementação judicial desse direito envolve necessariamente uma diminuição da esfera de decisão política do Poder Público” (Sarmiento, 2008, p. 824). E continua a autora:

(...) o que se tem em vista, diante do direito à saúde, não é algo de secundário ou supérfluo, mas a titularidade de uma posição subjetiva vinculada à satisfação de uma necessidade vital, pressuposto essencial da dignidade humana. Tratando-se, porém, de um direito prestacional, avolumam-se dificuldades teóricas e práticas relacionadas à sua exigibilidade em juízo. A tais dificuldades o direito à saúde agrega, ainda, e com especial evidência, os problemas psicológicos de se tomar uma decisão crucial à vida do jurisdicionado, sem perder de vista a unidade do Direito, uma visão global do Estado e da sociedade, e a escassez de recursos para fazer frente a necessidades ilimitadas (Sarmiento, 2008, p. 825-826).

É possível afirmar que o Estado brasileiro, através de uma conquista histórica da Constituição Federal de 1988, positivou a dignidade da pessoa humana como seu fundamento, e só existirá vida digna se o cidadão tiver **saúde**. Logo, o direito à saúde é um verdadeiro **direito fundamental**.

Com efeito, os direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988 são um dos primeiros e principais temas, diferentemente das constituições anteriores, que reservavam ao tema alguns artigos entre os últimos do texto legal. Isto reflete o espírito do constituinte originário, que colocou a pessoa humana no centro de suas preocupações.

Isto se percebe claramente no Preâmbulo da Constituição Federal de 1988:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático,

destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida na ordem interna e internacional, na solução pacífica das controvérsias (...) (Martins, 2020, p. 610).

Merece destaque um trecho do discurso de Ulysses Guimarães, proferido na sessão de 5 de outubro de 1988:

A Constituição é caracteristicamente o estatuto do homem. É sua marca de fábrica. O inimigo mortal do homem é a miséria. O estado de direito, conseqüente da igualdade, não pode conviver com estado de maresia. Mais miserável que os miseráveis é a sociedade que não acaba com a miséria. Topograficamente é hierarquizada a procedência e a preeminência do homem, colocando-o no umbral da Constituição e catalogando-lhe o número não superado, só no artigo 5º, de 77 incisos e 104 dispositivos. Não lhe bastou, porém, defendê-los contra os abusos originários do Estado e de outras procedências. Introduziu o homem no Estado, fazendo-o credor de direitos e serviços, cobráveis inclusive com o mandado de injunção. Tem substância popular e cristã o título que a consagra: “a Constituição cidadã” (Guimarães, 1988).⁶

Os direitos fundamentais são aqueles incorporados ao ordenamento de um país, normalmente direcionados à pessoa humana. São normas de conteúdo declaratório, reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional de um determinado Estado.

Citando Ruy Barbosa, Flavio Martins destaca que “os direitos fundamentais são aspectos, manifestações da personalidade humana em sua existência subjetiva, ou nas suas situações de relação com a sociedade, ou os indivíduos que a compõe” (Martins, 2020, p. 612).

José Afonso da Silva, citado por Nelson Nery Junior e Georgers Abbud (2019, 353-354), entende que direitos fundamentais correspondem às

⁶ GUIMARÃES, Ulysses. Discurso proferido na sessão de 5 de outubro de 1988. Brasília, Câmara dos Deputados - Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação Escrevendo a História - Série Brasileira, publicado no DANC de 5 de outubro de 1988, p. 14380-14382, Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/25-anos-da-constituicao-de-1988/constituente-1987-1988/pdf/Ulysses%20Guimaraes%20-%20DISCURSO%20%20REVISADO.pdf> p. 3. Acesso em: 24 ago. 2023.

prerrogativas e instituições que o direito positivo concretiza em garantia de uma vida livre, digna e com igualdade para todas as pessoas. A expressão *fundamentais* se reportaria à essencialidade desses direitos, de modo que, na sua ausência, a pessoa humana não se realiza e, às vezes, nem sobrevive (Nery Júnior, 2019, 353 e 354).

A esse respeito, Gilmar Mendes e Paulo Branco:

(...) a locução direitos fundamentais é reservada aos direitos relacionados com posições básicas das pessoas, inscritos em diplomas normativos de cada Estado. São direitos que vigem numa ordem jurídica concreta, sendo, por isso, garantidos e limitados no espaço e no tempo, pois são assegurados na medida em que cada Estado os garanta. (...) Há uma interação recíproca entre direitos humanos e direitos fundamentais. (...) No Brasil, os direitos fundamentais se definem como direitos constitucionais. Essa característica da constitucionalização dos direitos fundamentais traz consequências de evidente relevo. As normas que os obrigam impõem-se a todos os poderes constituídos, até ao poder de reforma da Constituição (Branco, Mendes, 2015, p. 147).

Sendo a saúde **um direito fundamental**, as normas que o garantem têm aplicabilidade plena e imediata, na forma do artigo 5º, §1º da Carta da República, cujo efeito prático é o de reconhecer o **dever** imposto ao Estado (art. 196) de implementar imediatamente políticas públicas de prevenção e atendimento.

Acerca desse dever estatal, no julgamento do Agravo Regimental nº Recurso Extraordinário nº 727864 do Estado do Paraná, em 04/11/2014, Relator Ministro Celso de Mello, o Supremo Tribunal Federal decidiu que quando configurada a inércia estatal em total desrespeito à Constituição Federal, o Estado tem o dever de custear serviços hospitalares prestados em instituições privadas em benefício de pacientes do SUS atendidos pelo SAMU em casos de urgência e inexistência de leitos na rede pública, sendo incabível a aplicação do princípio da reserva do possível, uma vez que a inação estatal atingiu e comprometeu o núcleo básico que qualifica o mínimo existencial.⁷

⁷ Brasil, Supremo Tribunal Federal. <https://portal.stf.jus.br/servicos/dje/listarDiarioJustica.asp?tipoPesquisaDJ=AP&classe=ARE&numero=727864#>. Acesso em: 16 nov. 2023.

Assim, a obrigação do Poder Público é garantir saúde a todos, incluindo também as crianças e adolescentes.

1.2 Criança e adolescente na Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 rompeu com a doutrina da *situação irregular* (Código de Menores – Lei nº 6.697/1979) e introduziu na Doutrina Constitucional a declaração especial dos Direitos Fundamentais da Infância-Adolescência, proclamando a “**Doutrina Jurídica da Proteção Integral**” e consagrando os direitos específicos que devem ser universalmente reconhecidos (Pereira, 2008, p. 19).

A **Doutrina da Proteção Integral** se assenta, basicamente, em três princípios, a saber: **a)** crianças e adolescentes como sujeitos de direito – deixam de ser objetos passivos para se tornarem titulares de direitos; **b)** destinatários de absoluta prioridade; **c)** Respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

O artigo 227 da Constituição Federal, topograficamente inserido no capítulo VII, Seção III, Da Família, Da Criança, Do Adolescente, Do Jovem e Do Idoso é reconhecido na comunidade internacional como a síntese da Convenção da ONU de 1989, ao declarar os direitos especiais da criança e do adolescente como um dever da família, da sociedade e do Estado: direito à vida, à alimentação, ao esporte e lazer, à profissionalização e ao trabalho, à cultura e educação, à dignidade, ao respeito e à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-lo a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Pereira, 2008, p. 20).

De fato, a doutrina da proteção integral deu às crianças e adolescentes um novo status como sujeitos de direito, conforme dito por Luiz Antônio Miguel Ferreira e Cristina Teranise Doi.⁸

⁸ Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/doutrina/protecao_integral_ferreira.pdf. Acesso em: 21 ago. 2023.

Paulo Afonso Garrido de Paula (2008, p. 20) esclarece que

a expressão **proteção integral** é autoexplicativa, acenando como “finalidade política do Direito da Criança e do Adolescente e que ela faz parte de sua própria essência” (...) “Os princípios da **prioridade absoluta** e **respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento** fazem do Direito da Criança e do Adolescente um ramo do direito cuja disciplina inspira a proteção integral da infância e adolescência” (grifos nossos).

Francismar Lamenza, em sua tese de doutorado, afirmou que a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, passou a vigor a doutrina da proteção integral, segundo a qual a população infantojuvenil, em qualquer situação, deve ser protegida e ter seus direitos garantidos, além de reconhecidas prerrogativas idênticas às dos adultos. A proteção integral compreende todas as iniciativas, por parte da família, da sociedade e do Estado no sentido de garantir à criança e ao adolescente um ambiente propício a seu regular e peculiar desenvolvimento (Lamenza, 2009, p. 18 e 20).

Martha de Toledo Machado (2003, p. 140) enfatizou que a base da noção da proteção integral

está na ideia de efetivação dos direitos fundamentais. Logo, na criação de instrumentos jurídicos que assegurem essa efetivação. Um deles, como dito, são as políticas sociais públicas. Outro é a tutela jurisdicional. Penso que o respeito a peculiar condição de pessoa em desenvolvimento está no centro, também, dos fundamentos de uma tutela jurisdicional diferenciada, que a noção de proteção integral demanda. Por outras palavras, a tutela jurisdicional diferenciada é uma das facetas da proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes, que deriva da condição especial desses sujeitos de direitos especiais.

Em matéria de infância e juventude, merece também destaque a determinação contida no artigo 227 da Constituição Federal, de **Prioridade Absoluta**, norma constitucional que determina a prioridade na elaboração das políticas públicas.

Prioridade, do latim *prioritas atis*, significa “condição do que ocorre em primeiro lugar, o primeiro em relação aos demais, preferência, primado⁹.

⁹ MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=prioridade>. Acesso em: 21 ago. 2023.

Absoluta, por sua vez, do latim *absolutas.a.um*, significa “sem restrições, total, completo, que não permite limitações, restrições ou reservas.”¹⁰

Segundo Andrea Rodrigues Amin (2022, p. 78):

O Princípio da Prioridade Absoluta possui alcance amplo e irrestrito. Estabelece a primazia em favor das crianças e adolescentes em todas as esferas de interesse. Seja no campo judicial, extrajudicial, administrativo, social ou familiar, o interesse infantojuvenil deve ser analisado com preponderância. Não comporta indagações sobre o interesse a tutelar em primeiro lugar, já que a escolha foi realizada pela nação por meio do legislador constituinte. (...) Ressalte-se que a prioridade tem um objetivo bem claro: realizar a proteção integral, assegurado a primazia, que facilitará a concretização dos direitos humanos enumerados no artigo 227, *caput* da Constituição da República e reenumerados no *caput* do artigo 4º do ECA. Mais. Leva em conta a condição de pessoa em desenvolvimento, pois a criança e o adolescente têm uma fragilidade peculiar de pessoa em formação, correndo mais riscos que adultos. A prioridade deve ser assegurada por todos, família, comunidade, sociedade em geral e Poder Público.

Ademais, o Supremo Tribunal Federal, como destacado, reafirmou o princípio da proteção prioritária da criança e do adolescente (art. 227, CF), ao confirmar a legitimidade de impor o caráter compulsório de vacinas que tenham registro em órgão de vigilância sanitária e em relação à qual exista consenso médico-científico.¹¹

Como se vê, a assertiva constitucional permite afirmar que todas as políticas públicas referentes à infância e juventude tem prioridade absoluta na sua elaboração, tanto no seu aspecto financeiro quanto no seu tempo de elaboração, em respeito à situação peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Ressalte-se que a base dos direitos fundamentais da criança e do adolescente citados no artigo 227 da Constituição Federal é o **cuidado** (Pereira,

¹⁰ DICIO. Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/absoluto/>. Acesso em: 21 ago. 2023.

¹¹ Brasil. Supremo Tribunal Federal, ARE 1267879, Rel. Min. Roberto Barroso, Tribunal Pleno, julgado em 17/12/2020, Processo Eletrônico Repercussão Geral - Mérito **DJe-064 08-04-2021**, Divulg. 07/04/2021. Disponível em: <https://www.buscadordizerodireito.com.br/jurisprudencia/detalhes/9c4e6233c6d5ff637e7984152a3531d5> Acesso em: 19 out. 2023.

2008, p. 73), como consequência lógica da sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento e de sua vulnerabilidade.

1.3 ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90, foi promulgado, rompendo definitivamente com a doutrina da situação irregular até então admitida pelo Código de Menores (Lei nº 6.697/79).

Com efeito, ao abandonar a doutrina da situação irregular,

e estabelecer como diretriz básica e única no atendimento de crianças e adolescentes a doutrina da proteção integral, o legislador pátrio agiu de forma coerente com o texto constitucional de 1988 e documentos internacionais aprovados com amplo consenso da comunidade das nações (Cury; Silveira; Veronese, 2018, p. 39).

Todo o microsistema do ECA se baseou na doutrina da proteção integral, com prioridade absoluta e no respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

O ECA positivou, em seu artigo 6º, sua própria hermenêutica, determinando que, na sua interpretação, devem ser sempre levados em conta os fins sociais a que ele se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.

Referindo-se a este artigo, assim se posicionou Antônio Carlos Goes da Costa (2018, p. 95):

Este artigo é a chave, do ponto de vista teleológico, para a leitura e a interpretação do ECA. Ao arrolar os aspectos a serem levados em conta na sua correta compreensão, o primeiro item refere-se aos “fins sociais” por ele perseguidos, inscrevendo o Estatuto num movimento mais amplo de melhorias, ou seja, de reforma de vida social no que diz respeito à promoção, defesa e atendimento dos direitos da infância e juventude. (...) a afirmação da criança e do adolescente como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento faz do ar. 6º o suporte do novo Estatuto ontológico da infância e da juventude na legislação brasileira. O

reconhecimento da peculiaridade dessa condição vem somar-se à condição jurídica de sujeito de direitos e à condição política de absoluta prioridade, para constituir-se em parte do tripé que configura a concepção de criança e adolescente do Estatuto, pedra angular do novo Direito da Infância e juventude no Brasil. A condição peculiar de pessoa em desenvolvimento implica, primeiramente, o reconhecimento de que a criança e o adolescente não conhecem inteiramente os seus direitos, não tem condições de defendê-los e fazê-los valer de modo pleno, não sendo ainda capazes, principalmente as crianças, de suprir por si mesmas as suas necessidades básicas.

O Estatuto introduziu na normativa jurídica brasileira um sistema de garantias à criança e ao adolescente, tendo como principal característica dar à infância e à juventude a necessária tutela dos direitos fundamentais. Está o Estado, portanto, obrigado a amparar as pessoas nessa situação peculiar de desenvolvimento em todos os sentidos, e não mais com relação aos ditos “menores em situação irregular” (de caráter bem menos abrangente), ao contrário do que era preconizado pela Lei nº 6.697/79 (Lamenza, 2011, p. 9). O antigo Código de Menores se referiu à saúde somente **uma vez**, quando definiu os menores em situação irregular, como sendo aqueles privados de condições essenciais à saúde (Lei nº 6.697/79, artigo 2º, inciso I). Por outro lado, a palavra saúde foi utilizada no ECA por **45 vezes**.

O ECA dedicou o primeiro capítulo dos Direitos Fundamentais ao direito à vida e à saúde, garantindo expressamente a todas as crianças e adolescentes o direito a proteção à saúde, com a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (artigo 7º da Lei nº 8.069/90).

Herbert de Souza (2018, p. 111), com toda sua sensatez e sensibilidade, assim se manifestou acerca do referido artigo 7º ECA:

A realização desse artigo implica a reformulação das prioridades nacionais tendo no nível da sociedade quando do Estado. Passa a ser prioridade o gasto público com crianças e adolescentes, de modo a garantir-lhes condições de vida plena. O orçamento público de todos os níveis deveria traduzir essa opção em números concretos. É necessário a mobilização de toda a sociedade, onde cada instituição, cada família, pessoa, empresa, rua, bairro, cidade assuma esse objetivo como uma prioridade a ser realizada a partir da participação de cada um. A tradição do Estado brasileiro é não levar a sério sua função social, é ter uma

relação perversa com sua própria sociedade. Para se romper essa tradição, cabe à sociedade civil tomar a iniciativa de obrigar o Estado, em todos os níveis, a reencontrar-se com sua função social. O artigo 7º ECA pode constituir-se na pedra de toque dessa conversão ao social do Estado e da própria sociedade brasileira, que se acostumou também a dormir em casa enquanto muitas de suas crianças dormem na rua. Somente a realização plena deste artigo devolverá ao Brasil a condição de uma sociedade digna, democrática e humana.

Com a entrada em vigor do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estado passou a ter o dever incondicional de zelar pelo bem-estar de todas crianças e adolescentes, garantindo a eles um desenvolvimento saudável, nos exatos termos do artigo 11, *caput* do ECA, proporcionando “atendimento médico à criança e aos adolescentes, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.”

E esta garantia de acesso universal da criança e do adolescente à saúde goza da garantia da prioridade absoluta, o que significa dizer que devem ter acesso a todos eles com preferência.

Para Martha de Toledo Machado (2003, p. 193):

há direitos fundamentais peculiarmente relevantes ao bom desenvolvimento da criança e adolescente, que não reúnem, no plano constitucional, o grau de especificidade em relação aos direitos dos adultos, que autorizasse afirmar que constituem em *direitos fundamentais especiais* de criança e de adolescentes. Refiro-me, particularmente ao direito à saúde e ao direito à educação.

O ECA se preocupou também em positivar a obrigação estatal de garantir a saúde das crianças e adolescentes com deficiência, que serão atendidos sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e especificidades de habilitação e reabilitação (artigo 11, § 1º ECA).

Acerca da saúde mental das crianças e adolescentes, assim se manifestou Andrea Rodrigues Amin (2022, p. 111):

A **saúde mental** é outro fator de grande preocupação. Há uma falsa ideia de que o período da infância e da adolescência seja de certa tranquilidade no que se refere à saúde. Mudanças de humor

são normalmente creditadas ao amadurecimento e às fases de mudanças físicas, mas por vezes escondem distúrbios mentais diagnosticáveis e tratáveis. Como os adultos, as crianças e os adolescentes têm temperamento variável. Alguns são tímidos e reticentes, outros são impulsivos e descuidados. Pode-se notar se uma criança tem o comportamento típico de uma criança ou se tem um distúrbio pela presença de debilidades relacionadas com os sintomas.

Aliás, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, em seu artigo 24, n. 1 asseverou que

Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados-Partes envidarão esforços no sentido de assegurar que nenhuma criança se veja privada de seu direito de usufruir desses serviços sanitários (Lamenza, 2011, p. 36).

É possível afirmar, assim, que o poder público, em todas as suas esferas, tem o dever de desenvolver políticas públicas voltadas à proteção integral da saúde de crianças e adolescentes, em regime da mais absoluta prioridade.

Para tanto, deve prever os recursos necessários diretamente no orçamento dos órgãos públicos encarregados da saúde, que devem ser utilizados tanto para implementação da política social básica de saúde, priorizando a infância e juventude, quanto para as políticas de proteção especial correlatas, como é o caso de programas de orientação e tratamento psicológico e psiquiátrico, prevenção e tratamento para drogadição etc., nos moldes do previsto nos arts. 101, incisos V e VI e 129, incisos II, III e IV, do ECA (Barros, 2013, p. 33).

CAPÍTULO II – LEIS INFRACONSTITUCIONAIS REFERENTES À SAÚDE

2.1 LEI ORGÂNICA DA SAÚDE – LEI Nº 8.080/90

A Lei Orgânica da Saúde foi promulgada em 1990, e reafirmou a saúde como direito de todos e um dever do Estado, resgatando a premissa constitucional insculpida no artigo 169 da Constituição Federal, concretizando-se pela formulação e execução de políticas que garantam acesso universal e igualitário às ações e serviços da saúde.

A norma reafirmou a universalidade, equidade, integralidade, controle social, preservação da autonomia, direito a informação, priorização epidemiológica, participação da comunidade, descentralização, intersetorialidade, conjugação de recursos, resolutividade, como **princípios e diretrizes** (artigo 7º).

É interessante destacar quais as intuições e órgãos **integram** o SUS e, portanto, são regidos pela Lei nº 8.080/90.

O artigo 4º da referida lei esclarece que administração direta, a administração indireta (autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista), as entidades paraestatais, estas compreendidas como instituições de natureza privada sem fins lucrativos – comumente chamadas de terceiro setor e as empresas privadas, em caráter complementar compõem o SUS.

Já o artigo 5º indica quais são as missões do SUS, quais sejam: **a)** identificar as necessidades de saúde de sua população, considerando o princípio da integralidade conforme abordamos no artigo sobre determinantes de saúde; **b)** formular políticas que sejam compatíveis ao atendimento dessas necessidades; **c)** executar ações que deem concretude a tais políticas.

Por fim, a Lei nº 8.080/90 organiza a Direção e Gestão do SUS, seu financiamento, as competências comuns e as específicas dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, define a atuação dos Serviços Privados de Assistência, recursos humanos, dentre outros.

2.2 Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) – Portarias do Ministério da Saúde nº 366 de 19/02/2002 e 3.088/2011

Importante trazer a este trabalho a Lei nº 10.216/2001, porque foi a primeira Lei Federal promulgada após a Constituição Federal de 1988, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, passando a privilegiar o tratamento deles em serviços comunitários em detrimento da internação em manicômios. Isto porque a realidade até então existente nos manicômios estava trazendo à tona uma faceta de total desrespeito aos direitos humanos das pessoas portadoras de transtorno mental.

Conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial, referida Lei foi promulgada após 12 anos de debates no Congresso Nacional.

Deve ser ressaltado que a reforma psiquiátrica brasileira seguiu os princípios estabelecidos na **Declaração de Caracas de 1990** (Antonelli; Delfini; Guimarães; Sato, 1990) da qual o Brasil foi signatário, importante documento em saúde mental que propôs a reestruturação da assistência psiquiatria na América Latina, baseada nos princípios da atenção primária da saúde, dos sistemas locais de saúde e do respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais, prestigiando o tratamento no meio da comunidade em detrimento da internação hospitalar, que isolava o paciente de seu meio social e criava condições desfavoráveis para a sua dignidade.

Esse documento baseou-se na constatação de que a assistência psiquiátrica convencional até então desenvolvida não estaria atingindo seus objetivos de modo compatível com um atendimento comunitário, descentralizado integrativo e preventivo. Isso porque os hospitais psiquiátricos, que eram a única modalidade de tratamento assistencial, isolavam o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social, além de violar os direitos humanos e civis dos enfermos.

Assim, reestruturou-se a assistência psiquiátrica, que deixou de ser centralizada nos hospitais psiquiátricos e passou a ser disponibilizada na comunidade e dentro de suas redes sociais.

Ademais, os cuidados e tratamentos dos pacientes psiquiátricos passaram a ter como objetivo principal a salvaguarda da dignidade da pessoa e a preservação dos direitos humanos e civis, com sua permanência em seu meio comunitário.

Toda a capacitação de recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiátrica passaria a ser feito através do serviço de saúde comunitária, com internação em Hospitais Gerais, sempre respeitando a dignidade da pessoa e a preservação dos direitos humanos e civis.

Assim, o debate iniciado em 1990 culminou com a edição da Lei nº 10.216/2001.

Sobre esta Lei, assim se manifestaram Bardaro e Mapelly Junior (2013):

O diploma legal dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. (...) Dessa forma, se consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, que defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como garanta do avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

O principal objetivo da Lei foi a reinserção social do paciente em seu meio, oferecendo a ele assistência integral a pessoa com transtorno mental, por meio de equipes multidisciplinares.

A partir de então, nos termos do artigo 4º da Lei nº 10.216/2001, a internação psiquiátrica passou a ser permitida somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes.

Ressalte-se: internação psiquiátrica depende de **avaliação** e **prescrição médica, quando realmente necessária**. Isto porque a intenção do legislador foi a de proteger o portador de transtorno mental, como enfatizaram Patrícia Abbou Mekanna e Rosália Bardaro:

É clara e incisiva, na Lei nº 10.2016/01 a intenção do legislador de proteger o portador de transtorno mental da exclusão social, da falta de tratamento adequado que o leve a alguma progressão, das informações adequadas sobre seu tratamento e da necessidade da internação, garantindo-lhe, principalmente, no caso de recusa à internação, o acompanhamento do Ministério Público tanto de sua necessidade, quanto de sua permanência, já que a lei estabelece que se dará somente na excepcionalidade e por curto período. Ainda que necessária a internação, deve ser conduzida somente até a estabilização do quadro, jamais podendo ser artifício de exclusão social ou mesmo proteção contra a sociedade ou proteção pela falta de retaguarda familiar. Outras alternativas devem ser buscadas para cada situação, nunca deixando o ambiente hospitalar servir como substitutivo da vida social.

Surgiram as três modalidades de internação: **a)** voluntária; **b)** involuntária; **c)** compulsória.

A internação **voluntária**, depende do consentimento do paciente e prescrição médica; a internação **involuntária** necessita da prescrição médica, mas ocorre sem o consentimento do paciente, mas a pedido da família ou algum responsável legal; por fim, a internação **compulsória** é aquela determinada pelo poder judiciário, com vistas de uma prescrição médica.

Com efeito, as **internações involuntária e compulsória** independem do consentimento do paciente e, por isso mesmo, vão de encontro à autonomia do portador de transtorno mental, princípio bioético que transformou o doente de objeto em sujeito de direitos e como tal, possuidor de direitos e garantias fundamentais na ordem jurídica constitucional, em especial o devido processo legal da internação psiquiátrica, garantia inalienável de toda pessoa que vivencia o sofrimento mental e que poderá vir a sofrer limitação em seu direito de ir e vir, o que atinge diretamente a dignidade da pessoa humana.

Neste sentido, Reynaldo Mapelly Junior e Rosália Bardaro (2013):

Restringir o direito à liberdade dos pacientes psiquiátricos involuntários é mecanismo garantidor de direitos fundamentais próprios (tentativa de suicídio, por exemplo) ou de terceiros (vida, integridade física, propriedade etc.). (...) A questão da internação do paciente acometido de transtorno mental regida pela lei em comento representou um marco no processo de valoração da vontade do paciente, mesmo tento reconhecido que, momentaneamente, a expressão da vontade ode não ser possível. Frise-se que a própria lei nº 10.2016/01 (art. 4º), determina a aludida internação como modalidade extraordinária, somente

admissível quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

No que tange a **internação compulsória**, é fundamental que seja o mais breve possível, e que o quanto antes o paciente for formalmente cientificado dos seus direitos, maior será a possibilidade de seu restabelecimento e reinserção social.

Com efeito, a Lei nº 10.216/01 elenca serem direitos da pessoa portadora de transtorno mental o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração; ter a garantia do sigilo nas informações prestadas; ter direito a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e do tratamento; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.¹²

Quanto aos seus requisitos, Reynaldo Mapelly Junior e Rosália Bardaro (2013):

Podemos resumir seus requisitos legais da seguinte forma: a) constatação de que “os recursos extra-hospitalares” disponíveis “se mostraram insuficientes” (art. 4º, *caput*); b) “laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (art. 6º, *caput*), a ser emitido por médico com registro no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se situa o estabelecimento (art. 8º, *caput*); c) projeto terapêutico interdisciplinar e individualizado que garanta a assistência integral do paciente (médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas corporais, atividades de lazer e outras), descaracterizando a instituição como meramente asilar (art. 4º, §§ 2º e 3º), e d) “finalidade permanente “ de “ reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, §1º). (...)

Não obstante toda esta legislação protetiva, a experiência vem mostrando que alguns juízes vêm internando compulsoriamente pessoas com transtorno

¹² Brasil. Lei nº 10.216/2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 16 nov. 2023.

mental. Para tanto, valem-se do Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903, revogado expressamente pelo Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934,¹³ que não exigia prescrição médica para as internações psiquiátricas e que seria permitida sempre que o indivíduo, com moléstia mental, cognitiva ou adquirida compromettesse a ordem pública ou a segurança das pessoas.¹⁴

Esta postura não é mais permitida, uma vez que a Lei nº 10.2016/01 exige prescrição médica para qualquer internação psiquiátrica, sendo certo que a internação persistirá enquanto houver indicação médica para tanto.

Neste sentido Reynaldo Mapelly Junior e Rosália Bardaro (2013):

Os critérios de duração são exclusivamente médicos. A internação compulsória, justamente por não conferir “carta branca” ao Poder Judiciário, não será determinada ao livre arbítrio do juiz. Entende-se que a desinternação sequer deva ser submetida ao crivo do Judiciário. Nosso entendimento é que, realizada a desinternação por indicação médica, o magistrado, ao ser comunicado, poderá apenas declarar cumprida a medida judicial. A internação de uma pessoa em hospital psiquiátrico de forma indevida é a maior tradução de má-fé e de maldade humana. É importante mencionar que após a alta médica, manter o paciente internado pode configurar crime de cárcere privado. Como já dito, os critérios são exclusivamente clínicos, não podendo o magistrado se manifestar sobre tal decisão, vale dizer, indiferente a persecução da periculosidade, da permanência da moléstia ou inquietação social. A internação durará enquanto presente o surto e cabe ao médico avaliar se o paciente deve ou não permanecer internado. Da mesma forma, e justamente pelas razões já expostas, não há o que se falar em duração prévia da internação. A internação durará enquanto persistente o quadro de surto do paciente, enquanto houver indicação médica para tanto, cujo enfoque será sempre o indivíduo, o seu sofrimento mental, sua saúde, nunca o perigo que ele supostamente represente para a sociedade.

Como a Lei previu uma hipótese de internação **sem** o consentimento do paciente, “foi dado grande proteção aos direitos do portador de saúde mental assim internado, criando-se um rito específico para a internação involuntária e

¹³ Brasil. Decreto nº 24.559/34. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 19 nov. 2023.

¹⁴ Brasil. Decreto nº 24.559/34. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 19 nov. 2023.

conferindo ao Ministério Público o papel de seu guardião” (Mekana; Bardaro, 2013).

Aqui merece destaque o que foi trazido por referidas autoras acerca das **internações compulsórias**:

Há um desvio da “compulsoriedade”, que por certo deveria estar relacionado à necessidade de tratamento obrigatório, considerando o comprometimento mental do indivíduo que praticou ato delituoso. Na prática, há um direcionamento da “compulsoriedade” contra o Estado, impondo-lhe a obrigação de internar interditados civis contrariamente à sua política de saúde mental, que tem por fundamento os valores instituídos na Lei nº 10.2016/01. Muitas destas internações, sem indicação médica, não têm a alta autorizada pela Justiça e o paciente segue institucionalizado e contido, sem tratamento “extra-hospitalar” e sem convívio social (Mekana; Bardaro).

Importante também ressaltar que não se pode mais pensar em medicina sem considerar o consentimento do paciente, que entra em conflito com a internação involuntária e compulsória.

Acerca do tema, Reynaldo Mapelli Junior, Luciene Angélica Mendes e Mauro Aranha de Lima:

A discussão ética sobre o tratamento proposto pelo psiquiatra é extremamente importante porque a autonomia do portador de transtorno mental, decorrente do princípio constitucional da dignidade humana e do regime jurídico de proteção de direitos já analisado, não pode ser desprezado, ainda mais quando a prática clínica pode exigir técnicas invasivas com a eletroconvulsoterapia, a psicocirurgia e a internação psiquiátrica involuntária e compulsória. Nesse sentido, embora o transtorno mental possa acarretar limitações no pensamento e na ação de seu portador, deve-se sempre buscar na relação médico-paciente o respeito ao princípio da autonomia, um dos pilares da Bioética e o Biodireito, procurando-se o consentimento informado e expresso do paciente e o tratamento menos invasivo possível, que lhe permita a reinserção na comunidade ou o afastamento dela menos restritivo possível e temporário. (...) Tratamento sem o consentimento do paciente e a internação psiquiátrica involuntária (sem a sua concordância) e a compulsória (por determinação do juiz) somente é ético e legal se respeitar a Lei nº 10.216/01, em especial os direitos fundamentais do art. 2º e a obrigatoriedade de laudo médico circunstanciado que demonstre a necessidade da restrição da liberdade.

Como o objetivo da lei foi fornecer ao paciente psiquiátrico tratamento no meio social, através de equipes multidisciplinares, este tratamento seria oferecido pelo município, através dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que foram instituídos pelas **Portaria nº 366 do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002 e Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011**¹⁵, que criaram a rede de atenção psicossocial para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Com efeito, esta Portaria 3.088/2011 definiu as diretrizes e os objetivos do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, ressaltando o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas.

Em seu artigo 4º, afirmou como objetivo específico da Rede de Atenção Psicossocial, promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis, como crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e população indígena, desenvolvendo políticas de prevenção ao consumo de substâncias psicoativas.

A Rede de Atenção Psicossocial é composta pela Unidade Básica de Saúde, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial, dentre outros.

Para fins deste estudo, merece destaque o **Centro de Atenção Psicossocial, CAPS-** que, nos termos acima, também atende crianças e adolescentes em situação de sofrimento psiquiátrico.

De fato, os “Centros de Atenção Psicossocial tiveram reconhecida sua relevância como principal serviço do Sistema Único de Saúde de atendimento de pessoas com transtorno mental grave e persistente, incluindo a dependência de álcool e outras drogas” (2011).

Eles são formados por equipes multidisciplinares que atuam sob a ótica interdisciplinar, oferecendo atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas e outras drogas, em regime de tratamento

¹⁵ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 22 ago. 2023.

intensivo, semi-intensivo e não intensivo. As atividades nestes centros serão realizadas, prioritariamente em espaços coletivos, de forma articulada com outros pontos de atenção da rede de saúde e demais integrantes da rede protetiva.

Os cuidados aos pacientes serão desenvolvidos através dos Projetos Terapêuticos Individuais, a serem elaborados com o envolvimento da família e da equipe de saúde.

Os CAPS são organizados nas seguintes modalidades: **a) CAPS I; b) CAPS II; c) CAPS III; d) CAPS AD; e) CAPS AD III; f) CAPS I.** Cada um destes Centros possui sua especialidade de atuação definida no artigo 7º, § 4º, da Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011.

Para fins deste trabalho, destaca-se a importância do **CAPS AD, CAPS AD III e CAPS I.**

CAPS AD - atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS AD III - atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos, leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.

CAPS I - atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

O número de habitantes do município será determinante para o funcionamento do serviço.

A **Portaria nº 366 do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002**¹⁶, por sua vez, definiu quais os profissionais que atuarão em cada CAPS e o número mínimo deles, de acordo com a população local e as modalidades de serviços que serão prestados.

Em 2004, por meio da **Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.608/04**,¹⁷ o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, sendo composto por 32 representantes de diferentes instâncias com assentos permanentes e vindos dos campos da saúde, educação, cultura, justiça, assistência social, saúde mental e direitos humanos. O colegiado do Fórum, através da realização de reuniões temáticas e de plenárias, objetiva “debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população”¹⁸. Com efeito, esse colegiado é um dos principais atores na construção das bases e das diretrizes para políticas públicas de saúde mental específicas para crianças e adolescentes, garantindo a construção e a consolidação de novos serviços estratégicos, os CAPS infantis, e inéditos modos de cuidado (2016).

Essas Portarias complementam a Lei nº 10.216/2001, na medida em que, com a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por recursos assistenciais, foram os Centros de Atenção Psicossocial que passaram a assistir os pacientes com transtorno mental, inclusive crianças e adolescentes.

Importante ressaltar que a Reforma Psiquiátrica no Brasil privilegiou os recursos extra-hospitalares, mas, segundo os Professores Reynaldo Mapelli Junior e Rosalia Bardaro (2013) não proibiu a internação psiquiátrica, quando prescritas por médicos.

Veja-se:

¹⁶ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 22 ago. 2023

¹⁷ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html. Acesso em: 25 ago. 2023

¹⁸ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf. Acesso em: 25 ago. 2023.

Verifica-se que a excepcionalidade da internação psiquiátrica somente é possível se os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, embora saliente o princípio da autonomia do paciente e estipule regras próprias para o caso da internação não corresponder à sua vontade. O tratamento deve ter por finalidade a reinserção social do paciente, razão pela qual se impõe a disponibilização de serviços médicos, psicológicos, de terapia ocupacional, de lazer, inclusive nos casos de internação.

Por fim, importante trazer o papel no Ministério Público previsto na Lei nº 10.2016/01.

Com efeito, o § 1º do artigo 8º da Lei nº 10.2016/01 determina a comunicação das internações psiquiátricas involuntárias ao Ministério Público no prazo de 72 horas.

Acerca deste assunto, Reynaldo Mapelly Junior (2013):

A restrição do direito de ir e vir, ainda que motivada por razões médicas ou de proteção social, somente pode ocorrer nas hipóteses excepcionais expressamente previstas em lei, sob a fiscalização do Ministério Público. O *parquet*, com extensa experiência na promoção de medida de proteção social a pessoas em situação de vulnerabilidade (crianças e adolescentes, idosos, moradores de rua), que podem ou não padecer de sofrimentos psíquicos (psicoses, transtornos ansiosos, transtornos afetivos, transtornos de personalidade etc.), foi constitucionalmente escolhido como órgão de “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (art. 127, *caput* da Constituição Federal). O Manual de Atuação Funcional dos Promotores de Justiça do Estado de São Paulo incluiu entre os deveres institucionais “zelar pelos direitos dos portadores de transtornos mentais de qualquer natureza, em tratamento ambulatorial ou em regime de internação, observando o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental promovido pela Lei nº 10.2016/01, em especial os direitos fundamentais enumerados no seu artigo 2º, inclusive promovendo o controle das internações psiquiátricas” (art.445). Não há dúvida, porém, que para uma tarefa de tal magnitude espera-se uma nova postura dos membros do Ministério Público, mais voltada para a contribuição na construção de políticas públicas, menos para a punição *a posteriori*, ou seja, “como agente político, o membro do Ministério Público deve assumir posição ativa na busca da solução dos problemas de natureza coletiva, nas áreas cível e penal” (preambulo do Manual). (...) Em última análise, o órgão do Ministério Público verificará o cumprimento pelo estabelecimento e pelos profissionais da saúde da Lei nº 10.2016/01 e outras normas sanitárias aplicáveis, bem como o respeito ao direito à saúde mental, pois, ainda que seja necessária uma internação psiquiátrica involuntária ou compulsória, “não se trata de defender ou não a internação involuntária, que deve ser utilizada sempre

que necessária com o intuito de ajudar o paciente e sua gestação (nesse caso, exemplificando com mulheres gestantes dependentes de *crack*), mas de se pensar o que ainda precisa ser criado e estruturado em termos de saúde pública para que esse tipo de indicação se torne cada vez mais improvável” (MOREEIRA, MITSUHIRO e RIBEIRO: p. 560).

2.3 Compromisso Pela Saúde

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agregou três grandes eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão.

O principal objetivo foi a promoção da qualidade de vida com a redução das vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados com o modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Dentre as **diretrizes traçadas**, merecem destaque o fortalecimento da participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde; o incentivo a pesquisas em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas e a divulgação de iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais da saúde, gestores e usuários do SUS.

Já dentre as **ações específicas**, ressalte-se a promoção de ações relativas a alimentação saudável visando a promoção da saúde e à segurança alimentar nutricional, contribuindo com a meta da redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada; ações de combate à fome e de aumento do acesso ao alimento saudável nas comunidades e grupos populacionais mais pobres, com a participação de instituições públicas, privadas e sociedade civil organizada; prevenção e controle do tabagismo através de ações educativas e modificações legislativas; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, com investimentos em

ações educativas sensibilizadoras para crianças e adolescentes; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.

Merece destaque o **Pacto em Defesa da Vida**, que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Entre as prioridades do **Pacto em Defesa da Vida**, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento .¹⁹

2.4 Decreto Federal nº 7.508/2011. Regulamentou a Lei Orgânica da Saúde

O Decreto Federal nº 7.508/2011 dispôs sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outras providências.

Com efeito, este Decreto previu que as **regiões de saúde** deveriam possuir, no mínimo, os serviços de atenção primária; de urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (artigo 5º do referido Decreto Federal). Outrossim, as **portas de entrada** aos serviços de saúde das Redes de Atenção à Saúde seriam os serviços de: atenção primária; atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial e especiais de acesso aberto (artigo 9º).

Aqui, ressalte-se que os serviços de **ambulatórios especializados serão referenciados pelas portas de entrada do SUS** ²⁰, o que equivale dizer que os

¹⁹ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023

²⁰ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 06 out 2023

Ambulatórios Médicos de Especialidades não são porta de entrada no Sistema Único de Saúde.

2.5 Política Nacional de Promoção de Saúde, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 687 de 30 de março de 2006

A **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**, do Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Com efeito, a promoção da saúde entrou na pauta de discussão nacional com o processo de redemocratização do Brasil, sendo certo que a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um dos grandes marcos na luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em devesa da vida.

Esta Portaria reconheceu a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida; considerou a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundamentais no processo de sua concretização e adotou como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade (artigos 3º e 4º da Portaria 687/06).

O objetivo primordial da Portaria foi promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Reconhecendo o direito a saúde como um direito social irrevogável como os demais direitos humanos e de cidadania, dentre os objetivos específicos da Portaria destacam-se: **a)** estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais redes de proteção social; **b)** contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, a fim de reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, respeitando as diferenças de

classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero; entre gerações; étnico-raciais; culturais; territoriais; e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais; **c)** estabelecer estratégias de comunicação social e de mídia direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis; **d)** contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrasetoriais com as agendas nacionais e internacionais.

O estímulo na promoção da saúde deve ser realizado pela Rede de Atenção à Saúde que prestará seus serviços à população articulada com os demais integrantes da rede de proteção social, uma vez que a saúde das pessoas não deve ser vista de maneira individual, mas sim de maneira integral. A garantia do direito à saúde deve ser analisada também sob o aspecto social.

A adoção de práticas sociais saudáveis está relacionada com a qualidade de vida do cidadão, com atuação necessária da assistência social e da educação pública na redução das desigualdades sociais, no respeito às diferenças de classes sociais, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero.

A mídia deve atuar junto à promoção da saúde, com a divulgação de todo tipo de atividade e campanhas na defesa das políticas públicas saudáveis.

A saúde só será garantida ao cidadão quando houve a atuação efetiva e a contribuição de todos os setores, nacional e internacional, uma vez que a saúde é multisetorial e exige a participação efetiva de todos na sua efetivação.

A portaria retificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação das ações de promoção da saúde e na gestão no SUS e, a partir de então, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes.²¹

²¹ Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 22 ago. 2023.

2.6 Portaria do Ministério da Saúde nº 1.876 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio

Deve-se fazer menção à **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.876 de agosto de 2006** do Ministério da Saúde, que instituiu Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades da federação.²²

Com efeito, referida portaria instituiu as diretrizes nacionais de prevenção a suicídio, reconhecido como um grave problema de saúde pública que afeta toda a sociedade, diante do aumento do comportamento suicida entre jovens de 15 a 25 anos que causa impactos e danos às famílias, aos locais de trabalho, escolas e instituições.

Estas diretrizes deveriam ser organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de saúde, instituições acadêmicas, organizações da sociedade civil, organismos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, o que evidencia que o suicídio é uma questão de epidemia mundial que demanda a discussão do tema por toda a sociedade.

Foram traçadas também estratégias a serem realizadas, como a comunicação e sensibilização de toda sociedade, educação permanente dos profissionais da saúde das unidades de atenção básica, disseminação de informações e do conhecimento, dentre outras. Não obstante, nada foi feito.

Passados 17 anos, não foram implantadas diretrizes de prevenção ao suicídio em todas as unidades da federação como previsto em 2006.

As informações divulgadas pelos Boletins do Ministério da Saúde evidenciam que as diretrizes traçadas pelo Ministério da Saúde em 2006 não saíram do papel por falta de comprometimento político dos detentores do poder.

²² Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 06 set 2023.

O suicídio vem aumentando e nada vem sendo feito no enfrentamento efetivo deste problema de saúde pública.

As diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio previstas na **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.876 de agosto de 2006** do Ministério da Saúde, por não terem sido efetivamente implementadas, não possuem nenhuma eficácia.

2.7 Política Nacional de Prevenção ao Suicídio (Lei nº 13.819 de abril de 2019)

Em 26 de abril de 2019, foi promulgada a **Lei nº 13.819/19**, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados e o Distrito Federal e os Municípios.

Com efeito, o artigo 2º da referida lei, prevê que a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio será instituída como estratégia permanente do poder público na prevenção destes eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados, e que referida política será implementada pela União, em cooperação com os demais estados membros e com a participação da sociedade civil e instituições privadas.

Dentre os objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio previstos no artigo 3º da Lei nº 13.819/2019 podemos destacar:

- a) A promoção da saúde mental, com o controle dos seus fatores determinantes e condicionantes;
- b) A prevenção da violência autoprovocada;
- c) A garantia de acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
- d) A abordagem adequada dos familiares e das pessoas próximas das vítimas de suicídio, garantindo-lhes assistência psicossocial;
- e) A informação e sensibilização da sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;

f) A promoção e a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;

g) A promoção da 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;

h) A promoção e a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas.

Estabeleceu-se também outra espécie de **notificação compulsória**, uma vez que os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada, esta entendida como suicídio consumado, suicídio tentado e ato de mutilação, com ou sem ideação suicida (artigo 6º, § 1º, alíneas I a III da Lei nº 13.819/19), serão de notificação compulsória às autoridades sanitárias, e ao **Conselho Tutelar**, pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados e estabelecimentos de ensino públicos e privados, respectivamente.

Na justificação da referida legislação é possível verificar a preocupação do legislador com o sofrimento das crianças e adolescentes, especialmente com o fenômeno chamado Baleia Azul, que repercutiu mundialmente e incentivava crianças e adolescentes a participarem de desafios progressivamente mais violentos com o próprio corpo, induzindo os jovens a autolesão e ao suicídio.

O jogo virtual Baleia Azul surgiu nas redes sociais russas e consistia em listar uma série de desafios que incluíam automutilação e suicídio.²³

A disseminação deste jogo virtual foi muito rápida e nefasta em todo mundo, culminando com inúmeros suicídios de adolescentes e jovens adultos também no Brasil.

²³ Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/baleia-azul>. Acesso em: 17 nov. 2023.

A preocupação com este fenômeno foi tão grande que alguns Estados da Federação se anteciparam à lei, editando Notas Técnicas de Atenção à Saúde, na tentativa de orientar as famílias e proteger o público-alvo.

Foi o caso do Estado do Paraná, que editou a Nota Técnica de Atenção à Saúde n. 01/2017, com o objetivo de esclarecer as equipes de Saúde do Estado, bem como orientar notificações compulsórias nos casos de atendimento a adolescentes e jovens que apresentassem sinais e sintomas comprovadamente resultantes da prática do jogo Baleia Azul.²⁴

Outrossim, no site do Ministério Público do Estado do Paraná foram publicados informativos e dicas para auxiliar os pais na proteção dos filhos face a rapidez da disseminação deste jogo nas redes sociais.²⁵

A Baleia Azul foi também a razão de ser da edição da **Lei nº 13.968/2019** que alterou a redação do artigo 122 do Código Penal.

Com efeito, referido artigo previa como crime a conduta de induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça; porém, com a alteração legislativa, passou a ser crime a conduta de instigar ou induzir alguém à prática da **automutilação** ou prestar-lhe auxílio para que o faça.

O legislador também fixou uma pena diferenciada para os casos em que, da automutilação, resulte lesão corporal grave ou morte; além disso, fixou como causa de aumento de pena a prática da conduta por meio da rede de computadores, de rede social ou transmitida em tempo real, aumentando-se ainda mais quando praticada por agente que seja líder ou coordenador do grupo ou de rede virtual. O crime cometido contra menor de 14 anos também recebeu tratamento diferenciado.

²⁴ Disponível em: https://educacao.mppr.mp.br/arquivos/File/informativos/2017/nota_tecnica_01_2017__baleia_azul__sesa_pr.pdf. Acesso em: 07 ago. 2023.

²⁵ Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/crianca/Pagina/Noticias-Jogo-Baleia-Azul>. Acesso em: 07 ago. 2023.

CAPÍTULO III – SUICÍDIO INFANTOJUVENIL NA ATUALIDADE

A diferença entre as modalidades de autoagressão ‘suicidalidade’, ‘parassuicídio’ e o ‘suicídio’ propriamente dito está na **intenção** da pessoa. Posto que há comportamentos auto lesivos **sem** intenção suicida e, também, tentativas de suicídio com intenção de morte e, ainda, comportamentos auto lesivos não suicidas que podem resultar em morte. Quanto à análise da intenção, no sentir dos médicos especialistas é algo muito difícil de se avaliar, posto que a intenção do agente nem sempre é perceptível.²⁶

Quanto ao conceito, **suicídio** (do latim *sui caedere*) é o ato intencional de causar a própria morte, sendo que a **tentativa de suicídio** envolve todos os atos ou preparações não fatais com a intenção de ter, como resultado, a morte, que acaba não acontecendo porque o ato foi abandonado, interrompido ou malsucedido. **Suicidalidade** se refere à cognição e às atividades de pessoas que buscam a própria morte, incluindo pensamentos, ações ou omissões, enquanto o **parassuicídio** se refere a um comportamento não habitual, potencialmente com risco de autoagressão, mas sem a intenção de morte.²⁷

Nesse trabalho, toda análise terá como objetivo a prevenção do ato **intencional** de causar a própria morte e este estudo envolve também a análise de dados relativos, portanto, ao suicídio, especificamente ocorrido entre crianças, adolescentes e jovens adultos.

3.1 Dados Mundiais Acerca do Suicídio entre Crianças, Adolescentes e Jovens Adultos

²⁶ Disponível em: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/351a2db40cf955eb1affa3c197e5eee3d32acb3f/E.4-Suicide-Portuguese-2020.pdf pag 3 –. Acesso em: 07 ago. 2023

²⁷ Por causa do comportamento não suicida, alguns autores preferem os termos “autolesão deliberada”, “autoagressão deliberada” ou “autolesão não suicida” (NSSI, em inglês). https://iacapap.org/_Resources/Persistent/351a2db40cf955eb1affa3c197e5eee3d32acb3f/E.4-Suicide-Portuguese-2020.pdf. Acesso em: 07 ago. 2023).

O suicídio infantojuvenil é um problema que há muito tempo vem preocupando os profissionais de saúde de todo o mundo. Em fevereiro de 2014, a Revista JAMA Psiquiatria Publicou um estudo acerca da tentativa de suicídio em jovens – *Um sinal de cuidados de saúde e necessidades sociais de longo prazo*, realizado na cidade de Dunedin, Nova Zelândia.²⁸

Os pesquisadores verificaram que o comportamento suicida aumentou desde o início da recessão global de 2007 nos EUA e na Europa, o que permitiu afirmar que crises econômicas contribuem para o aumento dos casos de suicídio e uma onda crescente de comportamento suicida em populações que enfrentam uma recessão grave tem sido notada, com implicações sociais e de saúde a longo prazo.

Ademais, concluíram que muitos jovens que tentaram suicídio permaneceram vulneráveis a problemas sociais e de saúde até a meia idade, possuindo duas vezes mais probabilidade de terem episódios persistentes de depressão e de problemas de dependência química, necessitando de serviços de saúde mental, o que representa um fardo econômico significativo para o sistema de saúde, assistência social e justiça criminal.

Interessante destacar que os pesquisadores verificaram que mais de 20% dos jovens que tentaram o suicídio, relataram tentativas adicionais entre as idades de 26 a 38 anos.

A Organização Mundial de Saúde também concluiu, através do relatório “*Suicide worldwide in 2019*”, publicado em 17 de junho de 2021,²⁹ que o suicídio continua sendo uma das principais causas de morte em todo mundo.

Entre os jovens de **15 a 29 anos**, o suicídio foi a quarta causa de morte depois de acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal.

Os homens e meninos são os responsáveis por três quartos das mortes por suicídio em muitos países.³⁰

²⁸ Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/1784715>. Acesso em: 31 out. 2023.

²⁹ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 07 ago. 2023.

³⁰ <https://www.iasp.info/suicide-prevention-for-boys-and-men/>. Acesso em: 23 ago. 2023.

Ainda de acordo com o relatório da OMS, as taxas mundiais de suicídio estão diminuindo, mas na região das Américas os números vêm crescendo.

Entre 2000 e 2019, a taxa global diminuiu 36%. No mesmo período, nas Américas, as taxas aumentaram 17%.

Um estudo realizado na Colômbia concluiu que naquele país

as tentativas de suicídio estão em constante aumento, manifestando-se significativamente no sexo feminino e em adolescentes de 15 a 17 anos, correspondentes ao regime subsidiado, de etnia negra, parda e afro-colombiana, além de serem residentes do município capital. Em relação às condições de vulnerabilidade, as mais frequentes são estar em centros psiquiátricos e no atendimento do ICBF. Pertencer ao gênero masculino representa um fator de proteção que reduz as tentativas de suicídio em adolescentes. Vale considerar, por outro lado, que na Colômbia a tentativa de suicídio como evento de interesse para a Saúde Pública é monitorada desde 2016, sendo, portanto, muito recente. No entanto, observa-se um aumento gradual na taxa de incidência nacional desde então.³¹

Em 17 de junho de 2021, de Genebra, na Suíça, Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde, assim se manifestou:

Não podemos – e não devemos – ignorar o suicídio. Cada um deles é uma tragédia. Nossa atenção à prevenção do suicídio é ainda mais importante agora, depois de muitos meses convivendo com a pandemia de COVID-19, com muitos dos fatores de risco para suicídio - perda de emprego, estresse financeiro e isolamento social - ainda muito presentes. A nova orientação que a OMS lança hoje fornece um caminho claro para intensificar os esforços de prevenção do suicídio."³²

Esse cenário já era de conhecimento da OMS desde 2014, quando identificou que em alguns países do mundo o suicídio era a segunda principal causa de morte na faixa etária de 10 a 24 anos.

³¹ Artigo publicado da Revista Latino-Americana de Enfermagem, em 2022, disponível no site <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QdWvfvbHkxX5Pc3PKNQBGjn/?lang=en>. Acesso em: 22 out. 2023.

³² Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 22 ago. 2023. **Original Article** • Rev. Latino-Am. Enfermagem 30 (spe), 2022.

Tabela 1³³

África:	Sudeste Asiático:	América do Sul/Caribe:
1. AIDS 2. Outras infecções 3. Homicídio/Guerra 4. Lesões não intencionais 5. Suicídio	1. Lesões não intencionais 2. Outras infecções 3. AIDS 4. Suicídio 5. Homicídio/Guerra	1. Homicídio/Guerra 2. Lesões não intencionais 3. Suicídio 4. Outras infecções 5. AIDS
Pacífico Ocidental:¹	Europa:	Mediterrâneo Oriental:²
1. Lesões não intencionais 2. Suicídio 3. Outras infecções 4. Homicídio/Guerra 5. AIDS	1. Lesões não intencionais 2. Suicídio 3. Homicídio/Guerra 4. Outras infecções 5. AIDS	1. Lesões não intencionais 2. Outras infecções 3. Homicídio/Guerra 4. AIDS 5. Suicídio
América do Norte:		
1. Lesões não intencionais 2. Suicídio 3. Homicídio 4. Câncer 5. Outras infecções 6. AIDS	¹ Austrália, Nova Zelândia, China, Japão, Coreia, Malásia, Micronésia, Filipinas, Singapura, Vietnã e outros países desta região ² Afganistão, Egito, Iraque, Jordânia, Arábia Saudita, Israel e outros países do Oriente Médio	

Fonte: Adaptado de Greydanus *et al* (2009). Principais causas de morte entre adolescentes e adultos jovens em ordem decrescente de frequência.

Nos Estados Unidos da América, de acordo com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), das taxas de tentativas de suicídio e mortes em geral, no ano de 2020, o suicídio foi a décima segunda principal causa de morte, ceifando a vida de mais de 45.900 pessoas; o suicídio foi a segunda principal causa de morte entre pessoas com idades entre 10-14 e 25-34, a terceira principal causa de morte entre pessoas com idades entre 15-24 anos e a quarta principal causa da morte de pessoas com idade entre 34 e 44 anos.³⁴

³³ Disponível em: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/351a2db40cf955eb1affa3c197e5eee3d32acb3f/E.4-Suicide-Portuguese-2020.pdf pagina 6 e 7 –. Acesso em: 22 ago. 2023.

³⁴ Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>. Acesso em: 22 ago. 2023.

Apesar dessas altas taxas, são raras as pesquisas e estudos realizados sobre os fatores de risco para suicídio nessa faixa etária.

Para responder a essa necessidade urgente de informações, pesquisadores americanos analisaram dados de 134 crianças entre 5 e 11 anos que morreram por suicídio entre 2013 e 2017. Os incluídos no conjunto de dados tinham em média 10,6 anos e eram principalmente brancos (59%) e do sexo masculino (75,4%).

Foram analisadas informações como método e local do suicídio; preocupações com saúde mental e uso de substâncias, família, escola e problemas relacionados com pares e eventos que ocorreram no dia do suicídio.

Quando os pesquisadores analisaram as características das crianças que morreram por suicídio, descobriram que a maioria das mortes por suicídio infantil ocorreu na casa da família (95,5%) e, mais especificamente, no quarto da criança (65,6%).

A forma mais comum de suicídio das crianças foi por enforcamento (78,4%), embora um número significativo de crianças tenha morrido por suicídio com arma de fogo (18,7%).

Quando os pesquisadores investigaram as mortes por arma de fogo, descobriram que, em todos os casos, os detalhes do acesso à arma eram conhecidos e que a arma de fogo utilizada não era armazenada com segurança (por exemplo, uma arma e munições armazenadas em uma mesa de cabeceira destrancada ou uma arma carregada armazenada em uma área de estar comum). Em mais da metade dos casos (58,4%) um dos pais estava em casa no momento da morte.

Preocupações com a saúde mental foram identificadas em um terço (31,4%) das mortes por suicídio examinadas, sendo os diagnósticos mais comuns o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou a depressão.

O trauma, incluindo casos suspeitos ou confirmados de abuso, negligência e violência doméstica, foi observado em mais de um quarto (27,1%) das crianças que morreram por suicídio.

Das crianças que relataram ter sofrido trauma, quase metade (40,6%) havia sofrido múltiplos eventos traumáticos.

Problemas relacionados à família, como divórcio, disputas de custódia, uso de substâncias psicoativas pelos pais ou histórico familiar de suicídio ou problemas de saúde mental foram observados em mais de um terço (39,8%) dos casos de crianças que morreram por suicídio.

Enquanto uma história de comportamento suicida foi relatada para uma minoria de crianças (11,9%), uma história de pensamentos suicidas estava presente em quase um quarto (24,3%) das crianças que morreram por suicídio. Enquanto um pequeno número de crianças fez uma declaração suicida no dia de sua morte (11%), a maioria das crianças que morreram por suicídio fez uma declaração suicida no passado (79,6%).

Pesquisas sugerem que crianças pequenas que tentam suicídio têm seis vezes mais chances do que as demais de tentar suicídio novamente na adolescência.

Como o suicídio é uma das principais causa de morte entre os jovens americanos, o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) realizou outra pesquisa após a Pandemia COVID 19, mas, desta vez, entre os jovens americanos com idade entre 5 e 24 anos, com o objetivo de verificar se a pandemia afetou essa crise de saúde pública.

O período analisado foi dos primeiros 10 dez meses da pandemia – ou seja, de 01 de março de 2020 a 31 de dezembro de 2020.

Os pesquisadores identificaram 5.568 jovens que morreram de suicídio durante o período acima referido, número superior ao esperado se a pandemia não tivesse ocorrido.

O aumento das mortes variou de acordo com o sexo, idade, raça e etnia e método do suicídio. Entre 01 de março de 2020 a 31 de dezembro de 2020 houve mais mortes por suicídio do que o esperado entre homens, pré-adolescentes entre 5 a 12 anos de idade e jovens de 18 a 24 anos, índios americanos não hispânicos ou jovens nativos do Alasca e jovens negros não hispânicos em comparação com

o período anterior à pandemia. As mortes por suicídio envolvendo arma de fogo também foram maiores do que o esperado.

O aumento de mortes por suicídio entre pré-adolescentes sugere que mais atenção deve ser dada a essa faixa etária que tende a ser pouco estudada nas pesquisas de prevenção ao suicídio e tem necessidade de abordagem diferente do que nos casos de adolescentes mais velhos e jovens adultos.³⁵

Preocupada com o aumento expressivo das mortes decorrentes do suicídio entre crianças e adolescentes pelo mundo, a Organização Mundial de Saúde divulgou em 2021, o Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental 2013-2030, subscrito por todos os 194 Estados Membros que se comprometeram com metas globais para transformar o quadro de saúde mental da população.³⁶

Trata-se da maior revisão de saúde mental mundial feita pela OMS desde a virada do século, com a participação de governos, acadêmicos, profissionais da saúde, sociedade civil e outros, com o objetivo de apoiar o mundo no que diz respeito à transformação da saúde mental.

Isto porque constatou-se que, em 2019, quase meio bilhão de pessoas – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – vivenciavam algum tipo de transtorno mental.

O suicídio foi responsável por mais de 1 em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos.

Pessoas com condições graves de saúde mental morrem, em média, 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis.

O **abuso sexual infantil** e a **vitimização** por **bullying** são as principais causas da depressão.

³⁵ Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2023/youth-suicide-rates-increased-during-the-covid-19-pandemic>. Acesso em: 22 ago. 2023.

³⁶ Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>. Acesso em: 23 ago. 2023.

Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental.

A depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia.

Mesmo antes da pandemia do COVID-19, apenas uma pequena fração das pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade.

Por exemplo, 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não recebem serviços de saúde mental.

Enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com psicose recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda.

Para a depressão, as lacunas na cobertura dos serviços são amplas em todos os países: mesmo naqueles de alta renda, apenas um 1/3 das pessoas com depressão recebem cuidados formais de saúde mental, e estima-se que o tratamento minimamente adequado para depressão varie de 23% em países de alta renda para 3% em países de baixa e média renda.³⁷

O relatório chama todos os países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030. Faz várias recomendações de ações, agrupadas em três “caminhos para a transformação”, que se concentram na mudança de atitude em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção, a saber:

a) **Aprofundar o valor e o compromisso com a saúde mental**, aumentando os investimentos nessa área, garantindo recursos humanos adequados e capacitados pra atender às necessidades de saúde mental, buscando políticas e práticas baseadas em evidências e estabelecendo sistema robusto de informações e monitoramento;

³⁷ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 23 ago. 2023.

b) **Reorganizar os entornos que influenciam na saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho e serviços de saúde etc.**, fomentando a colaboração intersetorial para compreender melhor os determinantes sociais e estruturais da saúde mental para poder intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliência e derrubar as barreias que impedem as pessoas com problemas saúde mental de participarem da vida e sociedade;

c) **Reforçar a atenção à saúde mental mudando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços**, estabelecendo redes comunitárias de serviços interconectados que não se resumam aos cuidados somente em hospitais psiquiátricos, mas que cubram, também, a atenção e o apoio, através de serviços de saúde mental integrados à atenção geral de saúde, com serviços comunitários, junto à sociedade e com a sua participação.³⁸⁻³⁹

3.2 Dados Nacionais Acerca do Suicídio entre Crianças, Adolescentes e Jovens Adultos (Boletins Epidemiológicos nº 33 e 37 do Ministério da Saúde)

A morte de uma criança ou adolescente por suicídio é uma tragédia, acarretando impactos duradouros e profundos na família, nos amigos e na comunidade em geral.

O aumento no número de registros de tentativa de suicídio e suicídio entre crianças e jovens no país foi objeto de matéria elaborada por Stefhanie Piovezan e Claudinei Queiroz publicada no Jornal Folha de São Paulo, no dia 23 de agosto de 2023.⁴⁰

De acordo com a matéria, a cidade de São Paulo registrou, em média, dez casos de autoagressão e de tentativa de suicídio entre crianças e jovens de até

³⁸ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 23 ago. 2023.

³⁹ Disponível em: <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>. Acesso em: 23 ago. 2023.

⁴⁰ Matéria escrita por Stefhanie Piovezan e Claudinei Queiroz, disponível no site <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/08/aumenta-registro-de-autoagressao-e-de-tentativa-de-suicidio-entre-criancas-e-jovens.shtml>. Acesso em: 23 ago. 2023. 22.ago.2023 às 12h29

19 anos, dado correspondente aos registros dos seis primeiros meses de 2023. Foram 1.863 ocorrências, conforme informações das redes de saúde pública e privada reunidas pela Secretaria Municipal da Saúde.

Ainda de acordo com a matéria, “o suicídio tem atingido crianças cada vez mais novas. No ano de 2022, quatro crianças de **11 anos** foram atendidas e em 2021, um menino de apenas sete anos”, disse Rosane Brasil, coordenadora do serviço social do Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba. Para a psicóloga Daniela Prestes, do mesmo nosocômio, “o suicídio infantojuvenil é um problema de saúde pública multifatorial e de alta complexidade. Não é um problema só de um sujeito ou de determinada família”.

Na cidade de São Paulo, os casos de violência autoprovocada na faixa etária de 0 a 9 anos aumentou de 16 casos em 2019, para 30 casos até o mês de junho de 2023; já na faixa etária de 10 a 19 anos, este número passou de 1009 casos em 2019, para 1.833 até junho de 2023. Um aumento alarmante.

Ainda de acordo com o periódico, a depressão, os conflitos familiares por questões religiosas, de identidade de gênero e visões políticas, a ansiedade, a violência física, psicológica ou sexual, o racismo e a pandemia Covid-19 provocaram esse aumento nos casos de tentativa de suicídio ou autolesão. Veja-se:

A pandemia dificultou o cotidiano daqueles que tinham na escola um escape para os problemas domésticos e prejudicou o desenvolvimento pela redução da interação social. Eles voltaram para a sala de aula crescidos fisicamente, mas não emocional e socialmente. Além disso, o isolamento ampliou o tempo de tela, expondo os pequenos à felicidade tóxica e ao maior risco de violência. Quanto mais tempo a criança passa conectada, maior a chance de exposição ao cyberbullying e a conteúdos impróprios, lembra a psicóloga Karen Scavacini, fundadora do Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio e criadora do Mapa da Saúde Mental, que lista serviços públicos de saúde mental.⁴¹

O Jornal Estado de São Paulo também publicou uma matéria no dia 17 de dezembro de 2023, confirmando o aumento de 40% do número de óbitos por suicídio na faixa etária de 10 a 19 anos.

⁴¹ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/08/aumenta-registro-de-autoagressao-e-de-tentativa-de-suicidio-entre-criancas-e-jovens.shtml>. Acesso em: 23 ago. 2023

Fabiana Cambricoli, responsável pela publicação, verificou através dos dados tabulados pelo Estadão no Portal Datasus que 1.299 crianças e adolescentes (até 19 anos) tiraram a própria vida em 2021, o maior número desde 1966; em 2022 foram 1.194 nessa faixa etária, segundo os dados divulgados pelo governo federal.

Este aumento expressivo no número de crianças e adolescentes que chegavam à emergência após tentarem suicídio, chamou a atenção do Hospital Pequeno Príncipe, unidade de referência em Pediatria no País, localizado na cidade de Curitiba. Entre 2019 e 2022, o número destes atendimentos triplicou.

“Nos últimos três anos, tornou-se mais frequente atendermos pré-adolescentes que tentaram suicídio”, afirmou Marianne Bonilha, psicóloga do hospital.

O Boletim Epidemiológico n. 33 do Ministério da Saúde,⁴² constatou que, no Brasil, entre os anos de 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010 para 13.523 em 2019, um crescimento de 10,17%.

O aumento da taxa de suicídio ocorreu em todas as faixas etárias; porém, houve um aumento pronunciado nas taxas de mortalidade de adolescentes: um incremento de 81% no período referido, passando de 606 óbitos e de uma taxa de 3,5 mortes para cada 100 mil habitantes, para 1.022 óbitos e uma taxa de 6,4 suicídios para cada 100 mil adolescentes.

Destacou-se também o aumento das mortes por suicídio entre menores de 14 anos. Entre 2010 e 2013 houve um aumento de 113% na taxa de mortalidade por suicídio nessa faixa etária, passando de 104 óbitos e uma taxa de 0,3 por 100 mil habitantes, para 191 óbitos e uma taxa de 0,7 por 100 mil habitantes.

Em relação ao local da ocorrência, a maior parte dos casos de suicídio ocorreu dentro da própria residência das vítimas (82%), decorrentes de

⁴² Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 22 ago. 2023.

envenenamento (60,2%), seguido de objeto cortante (16,8%), estando a arma de fogo presente em 699 dos registros (0,5%).

Chamou a atenção o acelerado aumento das taxas de suicídio de adolescentes e jovens no Brasil nos últimos 10 anos. A literatura tem apontado para a adolescência e o início da fase adulta como os principais estágios da vida para o início de comportamentos suicidas. Nesse sentido, o suicídio configura a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos de idade.

Já o Boletim Epidemiológico Vol. 53, nº 37, do Ministério da Saúde⁴³ apontou o suicídio como a terceira maior causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos no Brasil e a nona maior causa na faixa de 10 a 14 anos, durante o período de 2016 a 2021. Isso antes do estado de calamidade pública decretado no Brasil em 20 de março de 2020 (Decreto nº 6, de 20/03/2020) em decorrência da Pandemia de Covid-19, encerrado em 20 de maio de 2022, pelo Decreto nº 11.077.

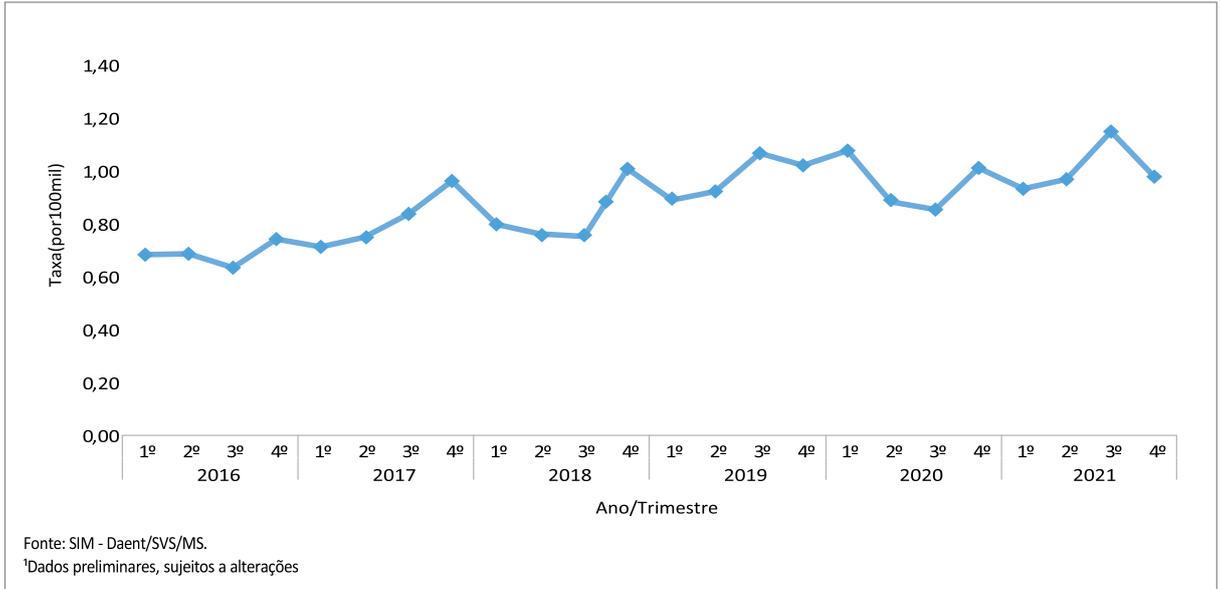
O número total de óbitos na população adolescente foi de 6.588, deste total, destaca-se:

O suicídio foi mais frequente, em adolescentes entre 15 e 19 anos (84,4%), do sexo masculino (67,9%) e em pretos/pardos (56,1%). O meio de agressão utilizado com maior frequência foi o enforcamento (76,1%) e verifica-se o domicílio como local de maior ocorrência de óbitos (63,4%). Em relação às taxas de mortalidade por suicídio, verificou-se um aumento dessas taxas entre 2016 e 2019, de 2,74 por 100 mil para 3,90 por 100 mil adolescentes. No ano de 2020, ano de início da pandemia do covid-19 no Brasil, a taxa foi de 3,82, e em 2021 foi de 4,02 por 100 mil. Ao analisar a mortalidade por suicídio em adolescentes **por faixa etária**, verificam-se maiores taxas entre adolescentes de 15 a 19 anos em todo o período estudado, apresentando crescimento ao longo dos anos. Entre 2016 e 2021 verificou-se um aumento de 49,3% nas taxas de mortalidade de adolescentes de 15 a 19 anos, chegando a 6,6 por 100 mil, e de 45% entre adolescentes de 10 a 14 anos, chegando a 1,33 por 100 mil (grifo nosso).

Figura 1 – Evolução das taxas de suicídio por trimestre em adolescentes

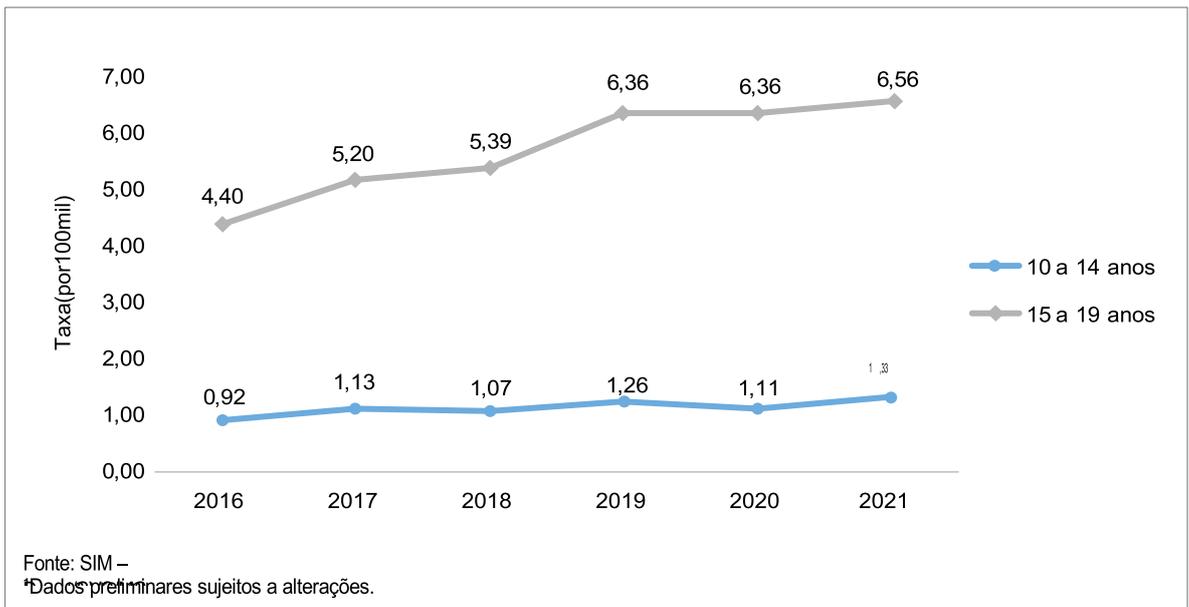
43

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no37/view> - acessado e 22 ago. 2023



Brasil, 2016 a 2021⁴⁴

Figura 2 – Taxas de mortalidade por suicídio em adolescentes, segundo faixa etária



Brasil, 2016 a 2021.⁴⁵

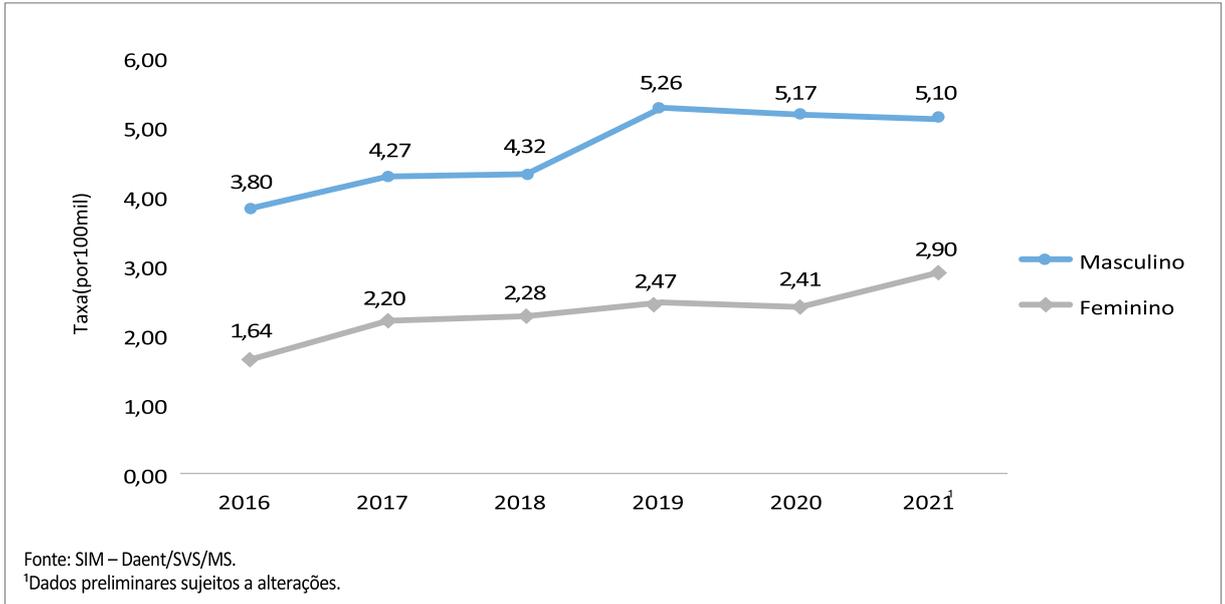
44

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no37/view pag 18->. Acesso em: 23 ago. 2023

45

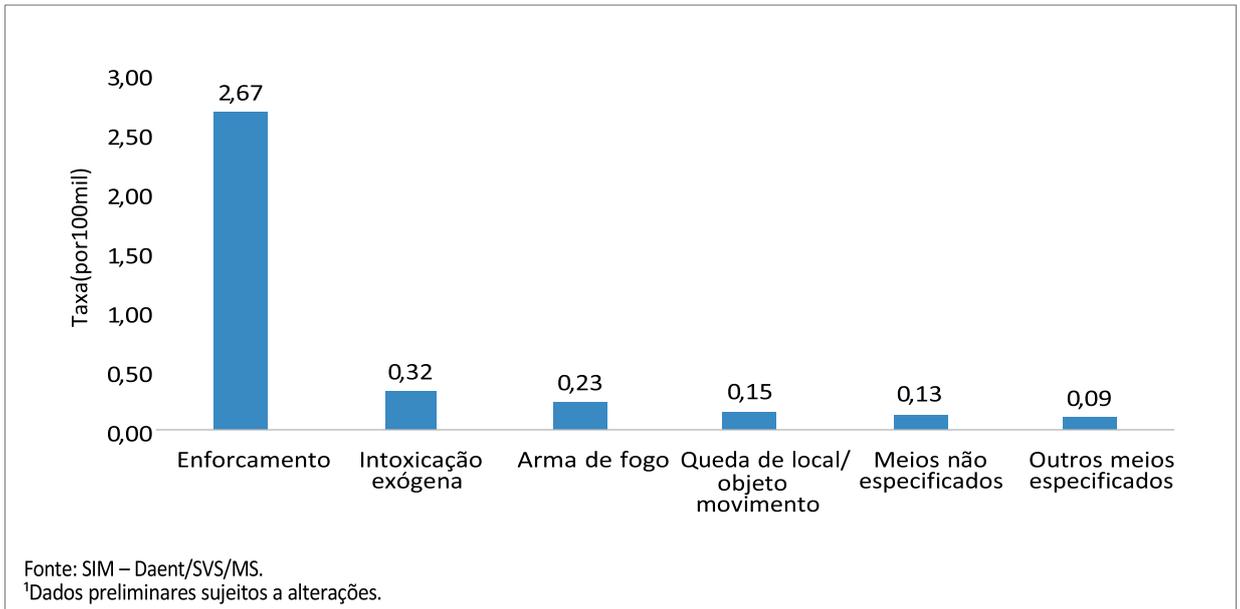
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no37/view -p. 19 ->. Acesso em: 22 ago. 2023.

Figura 3 – Taxas de mortalidade por suicídio em adolescentes, segundo sexo



Brasil, 2016 a 2021.⁴⁶

Figura 4 – Taxa média de mortalidade por suicídio em adolescentes segundo meio de agressão.



Brasil, 2016 a 2021.⁴⁷

⁴⁶ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no37/view> -p. 19. Acesso em: 22 ago. 2023.

⁴⁷ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no37/view> -p. 20 –. Acesso em: 23 ago. 2023.

Com esses dados, já é possível inferir que o grupo de maior vulnerabilidade são os **meninos** entre a faixa etária dos **15 aos 19 anos**; que o meio mais utilizado para o autoextermínio é o **enforcamento**, informações essenciais para a elaboração de políticas públicas.

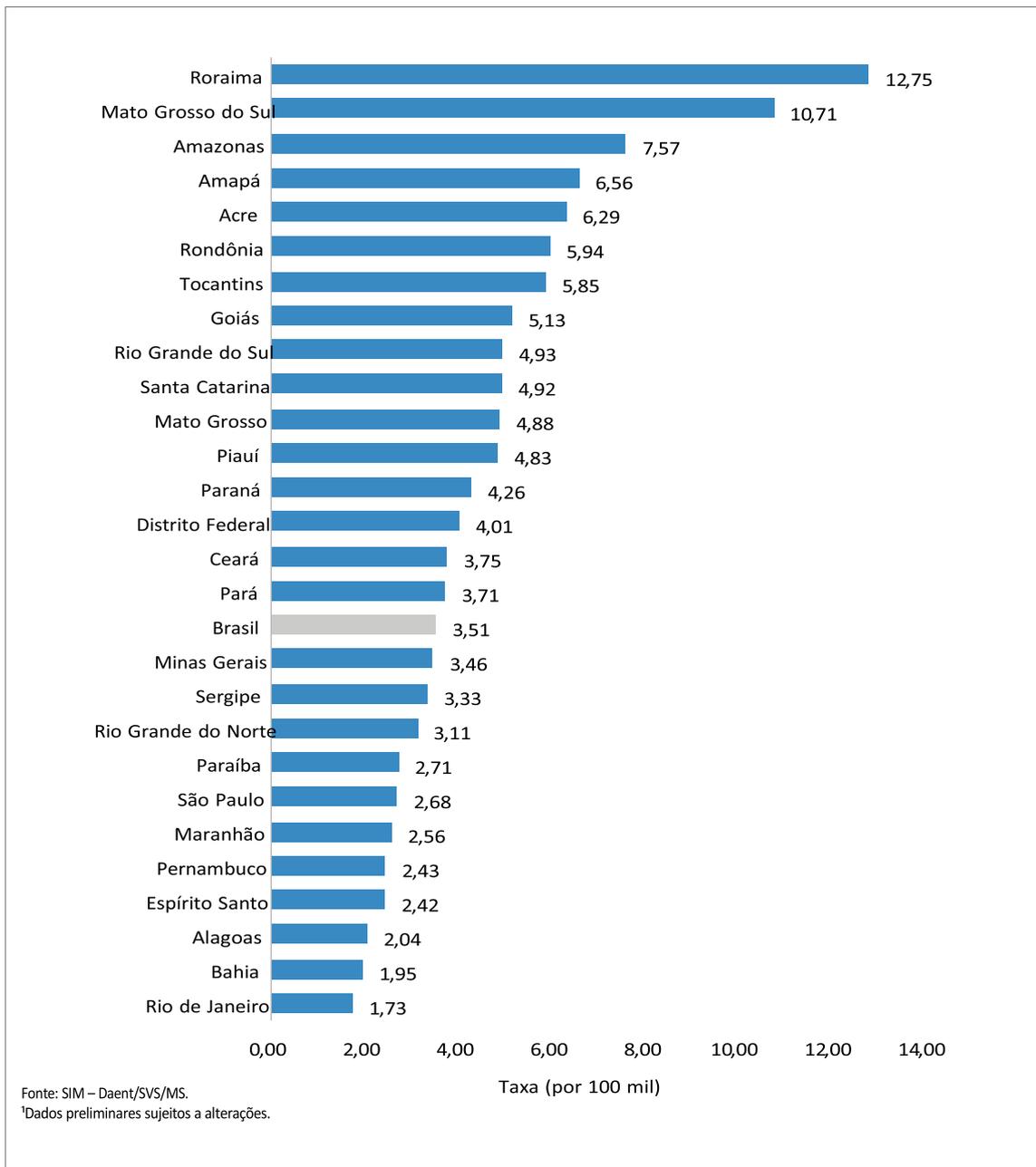
Já um estudo publicado em 2021, na Revista Brasileira de Enfermagem, realizado através da análise dos prontuários de adolescentes de 10 a 19 anos internados por tentativa de suicídio entre janeiro de 2015 a julho de 2020 em serviço de emergência de São Paulo, “identificou 88 ocorrências de atendimento, principalmente do **sexo feminino**, expostas a múltiplos fatores de risco; a **intoxicação exógena** foi o principal método utilizado, ocorrendo no domicílio e nos dias de semana; a **idade** média foi de 16,4 anos; 98,8 % eram **solteiros**; 87,5% moravam com os pais; 79,5% eram **estudantes**; 40,9% deles tinham algum problema de saúde mental prévio documentado em prontuário, prevalecendo a depressão (31,8%) e 29,5% faziam uso de medicação diária. Dentre os fatores de risco encontrados, destaca-se problema de saúde mental, tentativa anterior, conflito familiar e automutilação. Quanto aos fatores de risco em **relação à idade**, observou-se que os adolescentes mais jovens tiveram relação estatisticamente significativa com os seguintes fatores de risco: histórico de automutilação, bullying, abuso físico, conflitos familiares, morar com pais separados, morar com alguém próximo que tentou suicídio. Pertencer ao grupo LGBTQIA+ e uso frequente de álcool estiveram associados aos adolescentes do sexo masculino.⁴⁸

Foi constatado, também, que os adolescentes atendidos por tentativa de suicídio estiveram expostos a múltiplos fatores de risco, sendo a intoxicação o principal meio utilizado.

É curioso saber que o estado brasileiro onde ocorrem o maior número de mortes por suicídio entre adolescentes é Roraima, seguido do Mato Grosso do Sul e do Amazonas:

⁴⁸ Estudo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem, disponível no link <https://www.scielo.br/j/reben/a/7FCRYWmd3F96nhCb3Kjyx8S/?lang=en#>. Acesso em: 22 out 2023

Figura 5 – Número de casos por estado



3.3 Estudo da EEEFM Graça Aranha, Espírito Santo

De tudo o que foi estudado até o momento, é possível afirmar que a **escola**, definida por muitos como uma extensão da residência, é o local onde os jovens frequentam, e dentre eles estão os que desejam cometer suicídio.

Com efeito, os profissionais da educação são os primeiros a terem contato com estes adolescentes/crianças, assim como as famílias. Logo, são estes que convivem com esse público e podem identificar aqueles que manifestam ideação suicida e/ou sofrimento intenso.

Por isso, foi analisada a pesquisa desenvolvido por Lilian Hoffmann e Leonardo Bis dos Santos dentro da linha de Práticas Educativas, do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Humanidades do Instituto Federal do Espírito Santo – IFES-, no curso de mestrado profissional, cujo objetivo foi compreender a latência da invisibilidade do suicídio em Santa Maria de Jetibá-ES, por meio de práticas educativas dialógicas com os alunos do ensino médio do turno matutino da Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Graça Aranha, por livre demanda, a fim de produzir um produto educacional de prevenção acessível aos docentes.

A pesquisa foi realizada em duas etapas: **a)** exploratória e **b)** interventiva e de validação. A primeira buscou mapear a existência ou não da invisibilidade do suicídio na região e levantar informações acerca do tema junto aos alunos e professores. A segunda etapa foi realizada exclusivamente com quatro alunos da Escola referida, que participaram de toda a pesquisa desde o início, possibilitando assim a elaboração de material educativo.

O estudo discutiu o ensino e as práticas pedagógicas de prevenção a partir da Pedagogia Freiriana.

De acordo com os autores, quando da pesquisa, Santa Maria de Jetibá-ES possuía 38.290 habitantes, com área territorial de 734 km² (Santos, 2020, p. 46) e população local de maioria pomerana, ou seja, originária das atuais Alemanha

e Polônia⁴⁹, residentes na roça e na cidade, dominados pelo patriarcado, sob a ótica do estigma e do preconceito (Santos, 2020, p. 46-47).⁵⁰

A EEEFM Graça Aranha era a maior escola estadual da localidade, contando com número aproximado de 1.410 alunos matriculados.

A primeira fase da pesquisa contou com a participação de seis alunos do primeiro ano do ensino médio, entre a faixa etária de 15 e 17 anos, sendo três do sexo feminino e três do sexo masculino. O interesse em participar da pesquisa partiu dos próprios alunos selecionados.⁵¹

Num primeiro momento, foram estudados o contexto socioafetivo dos alunos e o cotidiano deles; após, todos foram indagados sobre “qual o sentido que cada um construiu para a sua vida”.

As respostas evidenciaram a falta de esperança; o preconceito com a população LGBT (um dos alunos afirmou sentir-se diferente e sem aceitação social). A exclusão social; a ciência de casos de suicídio na comunidade, apontando a falta de apoio; o bullying, a automutilação, o uso de drogas, o alcoolismo, a violência doméstica, os laços familiares fragilizados e a depressão

⁴⁹ Disponível em: https://www.google.com/search?q=significado+de+pomerana&sca_esv=559481520&sxsrf=AB5stBhIk8DHSdrHf-I7IZ1RSBnw676o9w%3A1692816660007&ei=FFXmZMMG0o7h1Q-ukKiABQ&ved=0ahUKEwjD4MG9ufOAAxVSR7gEHS4lCIAQ4dUDCA8&uact=5&oq=significado+de+pomerana&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiF3NpZ25pZmljYWVvIGRlIHVvWVYyYW5hMggQA BgWGB4YD0jaNFCZBVjjMnACeAGQAQSYAZoBoAGLKKoBBDEuNDK4AQPIAQD4AQGoAhTC AgoQABhHGNYEGLADwglEECMYJ8ICBxAjGOoCGCfCAhYQABgDGI8BGOoCGLQCGIwDGO UC2AEBwglWEc4YAXiPARjqAhi0AhiMAXjlAtgBAclCBxAjGloFGCfCAgsQLhiABBixAxiDAclCCxA AGIAEGLEDGIMBwglIREC4YgAQYsQMYgwEYxwEY0QPCAgcQABiKBRhDwglHEC4YigUYQ8I CERAuGIAEGLEDGIMBGMcBGK8BwglLEAAYigUYsQMYgwHCAg0QABiKBRixAxiDARhDwglIE AAYgAQYsQPCAgcQABiKBRixAxiDwglFEAAYgATCAGYQABgWGB7CAgoQABgWGB4YDxgK wglIEAAYFhgeGAriAwQYACBBiAYBkAYIugYGCAEQARGL&scient=gws-wiz-serp. Acesso em: 23 ago. 2023

⁵⁰ Disponível em: https://www.google.com/search?q=significado+de+pomerana&sca_esv=559481520&sxsrf=AB5stBhIk8DHSdrHf-I7IZ1RSBnw676o9w%3A1692816660007&ei=FFXmZMMG0o7h1Q-ukKiABQ&ved=0ahUKEwjD4MG9ufOAAxVSR7gEHS4lCIAQ4dUDCA8&uact=5&oq=significado+de+pomerana&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiF3NpZ25pZmljYWVvIGRlIHVvWVYyYW5hMggQA BgWGB4YD0jaNFCZBVjjMnACeAGQAQSYAZoBoAGLKKoBBDEuNDK4AQPIAQD4AQGoAhTC AgoQABhHGNYEGLADwglEECMYJ8ICBxAjGOoCGCfCAhYQABgDGI8BGOoCGLQCGIwDGO UC2AEBwglWEc4YAXiPARjqAhi0AhiMAXjlAtgBAclCBxAjGloFGCfCAgsQLhiABBixAxiDAclCCxA AGIAEGLEDGIMBwglIREC4YgAQYsQMYgwEYxwEY0QPCAgcQABiKBRhDwglHEC4YigUYQ8I CERAuGIAEGLEDGIMBGMcBGK8BwglLEAAYigUYsQMYgwHCAg0QABiKBRixAxiDARhDwglIE AAYgAQYsQPCAgcQABiKBRixAxiDwglFEAAYgATCAGYQABgWGB7CAgoQABgWGB4YDxgK wglIEAAYFhgeGAriAwQYACBBiAYBkAYIugYGCAEQARGL&scient=gws-wiz-serp. Acesso em: 23 ago. 2023

⁵¹ Idem, p. 74.

foram apontadas como eventuais causas dos suicídios. Um dos alunos chegou a revelar que já havia tentado se suicidar.⁵²

Após esse primeiro encontro, outros seis encontros semanais foram realizados, com leitura de livros específicos⁵³ e reflexões sobre eles. Foram realizadas dinâmicas sensibilizadoras sobre o sentido da vida, sobre a existência humana a partir do impacto das condições degradantes de vida produzidas pelo capitalismo; sobre as pressões sociais; sobre a análise do suicídio em todos os seus aspectos, indicando alternativas de solução.

Diversas atividades foram realizadas, dentre elas a pintura de painéis estéticos sobre a síntese das práticas educativas de prevenção ao suicídio; a apresentação coletiva de painel crítico para análise do mundo e suas produções; a produção de imagens que denunciam as pressões sociais e as condições materiais degradantes para a vida, com posterior criação de um painel, bem como a elaboração de cartas de prevenção aos que pensam ou planejam se matar.

Ao final, como resultado da pesquisa, constatou-se:

Com relação aos **métodos** utilizados para o suicídio consumado, os alunos citaram a utilização de corda, gilete e remédio, associadas a algum tipo de transtorno mental grave como a depressão e o alcoolismo. (...) Em relação aos fatores de **risco**, tanto para o suicídio consumado quanto para as tentativas, os alunos apontaram a depressão, família, ausência de diálogo, preconceito/exclusão, conflito/problemas e traição. (...) Como fatores de **prevenção** para o suicídio consumado e as tentativas, foi citado a família, o diálogo a inclusão, os laços de amizade, a força, a coragem, apoio/ajuda, a atenção, o lazer. (...) Para os alunos, a morte significa uma atitude sem volta: uma solução ou forma de resolver problemas.⁵⁴ (negrito meu)

Chamou a atenção a certeza obtida pelos relatos dos professores e alunos de que os parentes e amigos que morreram no trânsito não se tratou de um acidente, mas sim de suicídio:

⁵² Idem, p. 77.

⁵³ Idem, p. 80-86. Livros/ artigos utilizados: O Compadre da Morte (Cascardo, 1986); Sobe o Suicídio (Marx, 2006, p. 18-19); Nascimento e morte, Aliviar tensões, Caça às borboletas, Sair e ver, As flores, A estrela, Perda e Reconstrução, (livro de dinâmica de grupo IESP, 2002, p. 66, 154, 156, 79, 155, 56,146 respectivamente); Documentários O Sal da Terra, de Sebastião Salgado.

⁵⁴ Idem, p. 90.

Acreditamos que os altos índices de acidentes de trânsito no município - especialmente aqueles envolvendo motos – estejam correlacionados com suicídio. Essa conexão confirmou a impressão dos professores no relato de um jovem da comunidade: “Meu amigo morreu; não foi um acidente de moto. Antes dele (*sic*) sair de casa ele me disse: ‘ E vou entrar debaixo (*sic*) da primeira carreta que encontrar...”. A correlação entre acidentes de trânsito e suicídios no município também carece de maiores investigações. Dificilmente encontraremos foras de comprovar tal hipótese, principalmente nos casos consumados (Santos, 2020, p. 94).

Outrossim, a pesquisa revelou que o julgamento, a não compreensão e a não aceitação das diferenças, dificultam o diálogo acerca do tema suicídio, que continua sendo um tabu, especialmente em sociedades pequenas e conservadoras.⁵⁵

Os achados desta pesquisa indicaram que o suicídio é um problema invisível do ponto de vista das políticas públicas de saúde, e que os dados referentes ao seu crescimento entre os jovens são totalmente desconhecidos da população em geral. Essa invisibilidade afeta a existência e a criação de práticas educativas e de prevenção.

3.4 Trabalho Desenvolvido no Ambulatório Médico de Especialidades Drs. Jandira Masur – AME Dra. Jandira Masur – São Paulo

Os locais de atendimento à **saúde** são os lugares para onde os jovens em intenso sofrimento e/ou com ideação suicida são encaminhados pela escola, pela família, pelos amigos, dentre outros.

Isto porque cabe aos profissionais da saúde o acolhimento e tratamento adequado desse público em situação de vulnerabilidade.

⁵⁵ Idem, p. 91.

Tanto que a Reforma Psiquiátrica Brasileira realizada pela Lei nº 10.216, de abril de 2001, baseou-se nos princípios da **Declaração de Caracas de 1990**, da qual o Brasil foi signatário.⁵⁶

Esse documento político de saúde mental fixou os princípios gerais que os países signatários deveriam seguir em matéria de saúde mental, dentre eles: salvaguarda da dignidade pessoal e dos direitos humanos dos doentes mentais; critérios racionais e tecnicamente adequados; propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; promoção dos serviços comunitários de saúde mental (...).

Como se vê, o objetivo da Declaração de Caracas foi proteger o doente mental, privilegiando o seu tratamento junto aos serviços de saúde mental junto à comunidade.

Embora os ambulatórios médicos não tenham sido proibidos pela reforma sanitária brasileira (Declaração de Caracas de 1990 e Lei Federal nº 10.216 de 2001), somente se tornaram ponto de atenção da rede da Polícia Nacional de Saúde Mental com a Portaria do MS nº 3.588/2017.

Aqui é preciso destacar que no ano de 2017, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde apresentou na Comissão Intergestores Tripartite do SUS, um diagnóstico mostrando os graves problemas concernentes ao modelo assistencial de gestão, indicadores e resultados, onde ficou evidenciado que o modelo assistencial até então realizado causou uma total desassistência da população.

Isto porque os Ambulatórios foram retirados das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), deixando de receber financiamento do governo federal e, como consequência, acabaram sendo fechados, o que causou grande desassistência aos pacientes de saúde mental em todo país. Os Ambulatórios são extremamente resolutivos e capazes de realizar grande volume de atendimento e sua inativação nas redes de atenção causou um aumento expressivo no número de suicídio e de indivíduos com transtornos mentais graves em situação de rua, bem como o encarceramento de pacientes com transtornos mentais graves e

⁵⁶ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf . Acesso em: 14 out. 2023.

aumento da mortalidade desses indivíduos, aumento do uso de substâncias psicoativas, além do agravamento da superlotação de serviços de emergência com pacientes aguardando vaga para internação, dentre outros graves problemas.

Assim, diante desse grave cenário e suas consequências devastadoras para os pacientes e familiares, em 2017, os Gestores do SUS publicaram a “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, através da Resolução CIT nº 32/2017 e Portaria do MS nº 3.588/2017, com o objetivo de tornar o tratamento de saúde mental mais acessível, eficaz, resolutivo e humanizado, oportunizando atendimento a todos os casos, desde os mais simples até os mais complexos, através do SUS.⁵⁷

Como consequência desta nova visão da saúde mental, a RAPS foi ampliada, passando a contar, dentre outros, com Hospitais Psiquiátricos, Hospitais Dias, Urgência e Emergência, **Ambulatórios de Saúde Mental** e uma nova modalidade de CAPS: o CAPS IV Álcool e Droga, aumentando consideravelmente os pontos de atenção.

Além disso, o atendimento ambulatorial passou a ser incentivado através do custeio, pelo Ministério da Saúde, das Equipes Multidisciplinares especializadas em saúde Mental para atuarem nestes locais.

Por esta razão, foi colocado nesta dissertação o trabalho desenvolvido pelo Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria, Dra. Jandira Masur – Vila Maria (AME Dra. Jandira Masur).

A AME Dra. Jandira Masur foi inaugurada em 2010 e é referência em saúde mental nas especialidades de psicogeriatrica, álcool e drogas, psiquiatria da infância e adolescência, transtornos psicóticos, afetivos e de ansiedade. Está localizada na região norte da cidade de São Paulo, com atendimento fornecido em sua totalidade pelo SUS, gerenciada pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM, em parceria com a Secretaria Estadual

⁵⁷ Disponível em: <https://revistavisahospitalar.com.br/nova-politica-nacional/amp/>. Acesso em: 14 out. 2023.

de Saúde, atendendo pacientes com todos os níveis de transtorno mental, por meio de intervenções resolutivas da equipe multidisciplinar.⁵⁸

Recebe cerca de 280 pacientes novos por mês e conta atualmente com mais de cinco mil pacientes ativos; desde o início de suas atividades, a unidade atendeu cerca de 34 mil pacientes.⁵⁹

Para fins de pesquisa destinada a fornecer material para esta dissertação, foi encaminhado à Dra. Ariella Hasegawa Galvão dos Santos, Diretora Técnica do AME Psiquiatria, as seguintes perguntas:

a) Existe uma política Nacional/Estadual/Municipal de prevenção ao suicídio de adolescentes?

Resposta: Existe a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio que não é específica da infância/adolescência (https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm). Há um projeto de Lei nº 1773 de 2022 no Senado Federal não aprovado que institui a Política Nacional de Combate ao Suicídio de Crianças e Adolescentes (PNCSCA).

b) O AME Dra. Jandira Masur da Vila Maria possui uma linha de cuidado para prevenção ao suicídio de adolescentes? Em caso de resposta afirmativa, quais são essas linhas de cuidado?

Resposta: O AME possui uma linha de cuidado para prevenção ao suicídio que não é específica para adolescentes. A linha de cuidado tem como objetivo prevenir, reduzir e eliminar o risco de suicídio dos pacientes assistidos no AME Psiquiatria. Para isso há um protocolo para apoiar os profissionais na identificação do risco de suicídio, através de uma ferramenta padronizada (entrevista mini). Os

⁵⁸ Disponível em: <https://amepq.spdmfiliadas.org.br/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

⁵⁹ Disponível em: <https://spdm.org.br/noticias/mais-noticias/ame-psiQUIATRIA-DRA-JANDIRA-MASUR-completa-11-anos-de-cuidados-a-saude-mental-da-populacao/#:~:text=Gerenciada%20pela%20SPDM%2DAssocia%C3%A7%C3%A3o%20Paulista,interven%C3%A7%C3%B5es%20resolutivas%20da%20equipe%20multidisciplinar.> Acessado em 22 ago. 2023.

pacientes com risco de suicídio são gerenciados pela equipe multidisciplinar e reavaliados periodicamente a sua alta conforme os critérios do protocolo.

c) Como é a organização dos pontos de atenção (CAPS, UBS, Hospitais Psiquiátricos e Gerais, etc.) nesta linha de cuidado, da porta de entrada aos serviços de maior complexidade? Como se dá o sistema de regulação de vagas (referência e contrarreferência)?

Resposta: A ideia é que todos os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial realizem a avaliação do risco de suicídio e acompanhamento específico de acordo com o risco identificado. Os casos de menor gravidade permanecem na atenção primária da saúde e os de maior gravidade nos serviços especializados, utilizando a internação como último recurso. Caso o paciente/família tenham dificuldade em realizar o acompanhamento no local indicado, avaliamos as estratégias possíveis dentro da realidade de cada paciente. As UBS realizam acolhimento de demanda espontânea assim como os CAPS infantil. O AME é referenciado, porém também realiza acolhimento de demanda espontânea quando surge. O os da Vila Maria é porta aberta, mas não tem médico psiquiatra. Quando há necessidade de avaliação e/ou internação psiquiátrica, utiliza o sistema da Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS) pela Central de Regulação do Município de São Paulo.

d) Existe articulação com o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) e como é viabilizada a atuação dos outros órgãos de proteção (Conselhos Tutelares, Ministério Público, Poder Judiciário, Sistema Educacional, etc.)? Em todos os casos o Conselho Tutelar foi acionado? E o sistema de Justiça (Ministério Público e Poder Judiciário)?

Resposta: Realizamos uma reunião mensal que chamamos de Rede Protetiva em que participam unidades de saúde, escolar, da justiça e assistência social. De acordo com o que será discutido (principalmente quando envolvem casos) há uma participação maior das instituições.

e) Durante o período de 2 anos - 2021/2022 - quantos adolescentes foram atendidos, quais os tipos de transtorno mental (se é que havia transtorno mental), quantos continuam em tratamento no AME, quantos receberam alta, quantos se recuperaram, quantos cometeram suicídio.

Resposta: Total de Adolescentes (10a - 19a) atendidos de 2021-01-01 até 2022-12-31: 1000. Total de Adolescentes que se mantinham em tratamento em janeiro de 2023:439. Número de alta de adolescentes de janeiro de 2021 até dezembro de 2022: 441. Nenhum dos adolescentes assistidos no AME cometeu suicídio durante o período em que estiveram em tratamento.

f) Como é feito o processo de desligamento do adolescente do AME quando de sua alta médica e retorno ao convívio social e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município?

Resposta: O centro de comunicação da RAPS e é constituído pela APS (Unidade de APS ou equipe do PSF) no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde. O sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal desses pontos com distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Desta forma, durante o acompanhamento do adolescente no AME Psiquiatria é estabelecido um plano terapêutico singular (PTS) compartilhado com o paciente, familiares e acompanhantes, com revisão de prazos, expectativas, tarefas, objetivos, metas e resultados esperados e obtidos podem ajudar a manter o PTS ou introduzir e redirecionar as intervenções conforme as necessidades levantadas. A reavaliação deve ser feita em diversos momentos que incluem encontros entre a pessoa cuidada, seus familiares e o técnico de referência; reuniões de equipe e reuniões ampliadas com outros serviços e instituições implicados no PTS. Durante todo o tratamento no AME há sensibilização para que adolescente e família mantenham o contato com a APS e os demais equipamentos de rede protetiva, assim como estabelece ações no PTS para ampliar o convívio social com rede intersetorial de comunidade. Assim na alta do AME a transferência de cuidado para outros

equipamentos da RAPS de faz de forma fluída, pois há um vínculo do paciente com outros serviços da RAPS e da comunidade em que ele está inserido.

g) Quais as propostas ou medidas poderiam ser feitas para aprimorar a política pública e prevenir o suicídio entre adolescentes?

Resposta: Principais intervenções para prevenção do suicídio:

1. Limitar o acesso aos meios de suicídio
2. Interagir com a mídia para informações responsáveis sobre suicídio (conscientização para procurar ajuda e estigma)
3. Fomentar habilidades socioemocionais para a vida em adolescentes (alfabetização em saúde mental resolução de problemas, enfrentamento estresse)
4. Identificar, avaliar, gerenciar e acompanhar precocemente qualquer pessoa afetada por comportamentos suicidas.

3.5 Rede Protetiva da Infância e Juventude e Políticas Públicas

Para que se possa, efetivamente, pensar na proteção da infância e da juventude, é necessário passar pelo artigo 88 do ECA, que definiu as diretrizes das políticas de atendimento. Dentre elas, para fins deste trabalho, destacam-se os **incisos I e II**.

Da leitura do inciso I, se extrai que cabe ao **município** e à comunidade local a estruturação do atendimento da infância e juventude, sem a exclusão dos demais membros da federação a quem cabe a coordenação e a complementação da política de atendimento naquilo que ultrapassar as possibilidades dos municípios (Maciel, 2022, p. 551).

Ademais, cada ente federativo deverá criar seu Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, órgão responsável pela deliberação e controle das

ações relacionadas à política de atendimento em seu nível, como se verifica do inciso II do citado artigo.

Ainda sobre as funções do CMDCA, assim afirmou Patrícia Silveira Tavares:

Os CMDCA forma idealizados pelo legislador infraconstitucional no artigo 88, II do ECA como detentores da missão institucional de deliberar, bem como controlar as ações da política de atendimento nas esferas federal, estadual e municipal; devem, portanto, ser criados por todos os entes federativos. Tem como característica fundamental a composição paritária, ou seja, formação por igual número de representantes do governo e da sociedade civil, garantindo a participação desta última por meio de organizações representativas.⁶⁰

Um CMDCA forte e atuante junto ao município constrói as políticas públicas de atendimento à infância e juventude, uma vez que se trata de órgão colegiado e deliberativo, composto de forma paritária por integrantes do poder público e da comunidade, e suas decisões têm caráter cogente na tutela da população infantojuvenil.

Os Conselhos de Direito das Crianças e Adolescentes são os responsáveis pela elaboração das diretrizes de políticas públicas de atendimento aos direitos das crianças e adolescentes bem como pelo acompanhamento, controle e avaliação dos programas e ações desenvolvidas no município. É o local de discussão da efetividade ou não das políticas já existentes.

A criação dos conselhos evidencia a lógica do princípio federativo que regeu a elaboração da Constituição Federal de 1988, qual seja, a descentralização político-administrativa do governo federal para os municípios, com a participação popular na formulação das políticas e no controle das ações em todos os seus níveis.

Interessante ressaltar que os Conselhos de Direito nada mais são do que o próprio Poder Executivo exercendo a sua tarefa de gestão dos interesses da coletividade, de forma conjunta com representantes diretos da população. Os

⁶⁰ Idem, p. 609 e 610.

Conselhos são o local onde a sociedade participa da gestão Estatal, na definição das políticas públicas vinculadas à população infantojuvenil.

Acerca dos Conselhos de Direito, Patrícia Silveira Tavares e Katia Regina Maciel (2022, p. 612):

Devem, portanto, ser concebidos como órgãos situados na esfera do Poder Executivo, com capacidade decisória em relação à infância e à juventude, a cujas deliberações devem se submeter todos os demais, inclusive a chefia do ente federativo ao qual estiver vinculado.

Os Conselhos de Direitos são uma das formas mais eficazes de participação social nas formulações das políticas públicas, mas a prática profissional mostra sua total ineficácia.

Seus componentes, tanto governamentais como não governamentais, estão de alguma maneira vinculados ao poder executivo municipal e não deliberam nada que possa contrariar os interesses políticos do detentor do poder e, “por trás da aparente racionalidade econômica do debate, as decisões sobre programas de ação governamental expressam ideologias e arbitramento políticos”.⁶¹

A ideia de criar um conselho de composição paritária é proporcionar a participação social na elaboração das políticas públicas em defesa da infância e juventude. A sociedade civil sabe o que é necessário para a proteção de seus membros; porém, nada é feito.

Ainda a respeito da composição do Sistema de Garantias dos Direitos da Criança e do Adolescentes, é necessário trazer a este trabalho comentários sobre o **Conselho Tutelar**, que também integra a rede de proteção.

O Conselho Tutelar é um órgão formado por pessoas escolhidas pela sociedade e encarregados de adotar, em âmbito municipal, providências concretas destinadas à tutela dos direitos individuais das crianças e dos adolescentes. Essa regra decorre da ideia de uma democracia participativa, prevista na Constituição Federal (artigo 227).

⁶¹ Idem, p. 32.

É um órgão que surgiu com o ECA, uma vez que o então Código de Menores estabelecia que cabia ao Poder Judiciário a adoção das providências concretas com relação às crianças e adolescentes em situação irregular.

Uma das características fundamentais do Conselho Tutelar é sua autonomia, que significa a sua não subordinação a qualquer órgão do Poder Público, pautando suas decisões e ações tão somente nos ditames legais, não se admitindo qualquer interferência externa na sua atuação (Maciel; Tavares, p. 641).

É certo que o Conselho Tutelar tem grande importância na proteção das crianças e adolescentes com ideação suicida, uma vez que cabe a eles a aplicação da medida protetiva de requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial previsto no artigo 101, inciso V do ECA. Os conselheiros tutelares são os primeiros a terem contato com a criança ou adolescente em situação de risco decorrente da própria conduta (nos casos de tentativa de suicídio/autolesão) e cabe a eles a aplicação da medida de proteção necessária para salvar a vida deste infante, com prioridade absoluta no que diz respeito ao atendimento necessário.

A lei também atribui aos conselheiros tutelares o poder de aplicar medidas protetivas aos pais ou responsáveis, com a inclusão da família em programas oficiais ou comunitários de auxílio e orientação (artigo 101, inciso IV, ECA).

Do exposto, tem-se que a lei criou uma forte rede de proteção da infância e juventude, composta pelo poder público, pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselho Tutelar, Ministério Público e Vara da Infância e Juventude e Defensores Públicos que devem atuar em conjunto, a sociedade civil com poder público, com vistas à integral tutela da criança e do adolescente.

Por outro lado, o que justifica a implementação de uma **política pública** é a própria existência dos direitos sociais, aqueles dentre o rol dos direitos fundamentais do homem, que se concretizam por meio de prestações positivas do Estado.

Neste sentido, Maria Paula Dallari Bucci,

A função estatal de coordenar as ações públicas (serviços públicos) e privadas para a realização de direitos dos cidadãos – à saúde, à habitação, à previdência, à educação – legitima-se pelo convencimento da sociedade quanto à necessidade de realização desses direitos sociais. (...) as políticas públicas são instrumentos de ação dos governos. (...) A função de governar - o uso do poder coativo do Estado a serviço da coesão social- seria, portando, o fundamento imediato das políticas públicas.⁶²

A política pública decorre de uma escolha das prioridades para o governo e expressam as ideologias de quem foi eleito pelo povo. Nesse sentido:

As escolhas das diretrizes da política, os objetivos de determinado programa não são simples princípios de ação, mas são vetores para a implementação concreta de certas formas de agir do poder público, que levarão a certos resultados. Em grande parte, porém, o sucesso da política pública, qualquer que seja ela, está relacionado com a qualidade do processo administrativo que precede a sua realização e que a implementa. As informações sobre a realidade a transformar, a capacitação técnica e a vinculação profissional dos servidores públicos, a disciplina dos serviços públicos, enfim, a solução dos problemas inseridos no processo administrativo, com o sentido lato emprestado à expressão pelo direito americano, determinarão, no plano concreto, os resultados da política pública como instrumento de desenvolvimento. Essa é a razão pela qual entendo que os administrativistas podem e devem voltar seus olhos para a temática das políticas públicas.⁶³

De qualquer modo, uma política pública só poderá ser considerada pública quando atender aos interesses da coletividade:

Uma política é pública quando contempla os interesses públicos, isto é, da coletividade — não como fórmula justificadora do cuidado diferenciado com interesses particulares ou do descuido indiferenciado de interesses que merecem proteção — mas como realização desejada pela sociedade. Mas uma política pública também deve ser expressão de um processo público, no sentido de abertura à participação de todos os interessados, diretos e indiretos, para a manifestação clara e transparente das posições em jogo". As políticas públicas são instrumentos capazes de

⁶² Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198/r133-10.PDF>. Acesso em: 04 set. 2023.

⁶³ Idem acima

proporcionar, mediante a ação conjunta dos poderes públicos, a efetivação de direitos fundamentais sociais, conferindo aos cidadãos as condições necessárias para usufruírem a real liberdade e a igualdade material e, tão logo, a dignidade humana.⁶⁴

Maria Paula Dallari Bucci (2021, p. 57) divide a realidade do Estado em três grandes planos sob os quais se pode ver a organização governamental:

Tem-se, no plano macroinstitucional, as decisões políticas fundamentais, a “grande política”, bem como os rumos do planejamento a longo prazo. No plano mesoinstitucional, da “média política”, os arranjos institucionais que desenham a ação governamental racionalizada, agregando e compondo os elementos disponíveis em uma direção determinada, tornada previsível, com base em regras e institucionalização jurídica, que define as situações a serem experimentadas em operações futuras, resultando na reiteração da ação. Finalmente, a ação governamental nas suas menores unidades, chamada de “pequena política”, no desenrolar dos processos jurídicos que levam a formação e desenvolvimento das políticas públicas (...). Essa dimensão é aquela em que sobressai o papel dos indivíduos.

Para a autora (Bucci, 2021, p. 32), a reconstrução do Estado social depois da pandemia será muito delicada, porque os efeitos das crises sanitária, econômica e política clamam pela presença do Estado, insubstituível nos papéis de coordenador, regulador e protetor diante das desigualdades produzidas:

De se destacar que a ideia do legislador do Estatuto da Criança e do Adolescente, foi a de transformar a criança e o adolescente, de objetos de proteção (Código de Menores) em sujeitos de direitos, prevendo uma série de ações conjuntas a serem desenvolvidas pela família, sociedade e Estado.

A experiência profissional mostra que os Conselhos dos Direitos da Criança do Adolescente, embora sejam órgãos de deliberação, detentores da prerrogativa legal e constitucional de decidir quais políticas públicas deverão ser implementadas em prol da população infantojuvenil, tornaram-se órgãos

⁶⁴ <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/376/edicao-1/Políticas-públicas>. Acesso em: 04 set 2023

meramente burocráticos, políticos, vinculados aos interesses dos detentores do poder local, tanto executivo quanto legislativo.

Uma deliberação do Conselho de Direitos **obriga** o administrador público, que não terá condições de discutir seu mérito, conveniência e oportunidade, devendo cumpri-la (Digiacomio, 2020, p. 158).

Não obstante o poder dado pela lei, seus componentes não o exercem de maneira a tutelar a infância e juventude, mostrando-se fracos e submissos aos desejos daqueles que exercem o poder, deixando de cumprir a lei e assim, de contribuir para o fortalecimento da rede protetiva infantojuvenil.

A realidade atual exige o fortalecimento dos Conselhos de Direitos e a participação responsável de todos seus membros, também porque a Pandemia COVID 19 causou sequelas negativas na população infantojuvenil que devem ser enfrentadas com responsabilidade e força.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO E PROPOSTAS

5.1 DISCUSSÃO

O presente trabalho visou demonstrar que a construção de políticas públicas de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes é um processo contínuo de luta para efetivação de direitos.

Claudia Pellegrini Braga e Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira (2019), entendem que:

(...) no campo de atenção à saúde mental infantojuvenil são notórios os avanços produzidos nas diferentes dimensões, com destaque para a crianças e expansão dos serviços para essa população garantidos por meio da legislação e para as mobilizações sociais e políticas na busca de garantir a escuta e a voz das crianças e adolescentes com experiência de sofrimento psíquico.⁶⁵

Todos os assuntos relacionados a infância e juventude devem ser regidos pelos Princípios da Prioridade Absoluta, Melhor Interesse da Criança e do Adolescente e Respeito à Condição Peculiar da Pessoa em Desenvolvimento.

Ora, por serem pessoas em constante estado de transformação, necessitam de prioridade na elaboração das políticas públicas para sua proteção. Não há possibilidade de se esperar o comprometimento político com a saúde mental infantojuvenil para só depois implementar as políticas públicas de proteção.

Não se pode negar que o tema morte deliberada (suicídio) – um problema grave e invisível – continua sendo um tabu, por questões morais e de difícil debate. Porém, o diálogo social precisa ser feito.

Fingir que nossas crianças e adolescentes não estão se auto lesionando ou tentando se matar só aumenta o problema à medida em que for dissociado da realidade. Os números mencionados neste trabalho são assustadores e apontam

⁶⁵ Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n2/401-410/>. Acesso em: 25 ago. 2023.

para um aumento nos casos de suicídio entre crianças e adolescentes no Brasil. Esta é a realidade.

E o problema é tão grave que o Jornal Folha de São Paulo Publicou em seu editorial do dia 06/09/2023, a necessidade de implantação de políticas preventivas para a faixa etária de até 19 anos, face os alarmantes índices de aumento do número de suicídios entre estes jovens, publicados na reportagem.⁶⁶

A matéria ainda informa que o SUS já segue as orientações da Portaria de Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio de 2006, que inclui treinamento para detecção precoce, avaliação e tratamento de pessoas que apresentam comportamento suicida. Mas é preciso mantê-la, reforçá-la e, talvez, expandi-la.

Muitas questões precisam ser debatidas pela sociedade, tais como a necessidade de limitar o acesso aos métodos de suicídio como armas, venenos, consumo nocivo de álcool e drogas; trabalhar habilidades de enfrentamento do problema; criar uma rede social de apoio, principalmente pela internet e em redes sociais; ampliar e fortalecer os vínculos de amizade e familiares.

A **mídia** também precisa se adaptar a esta realidade e reformular a maneira como um episódio de suicídio infantojuvenil é divulgado, tanto pela televisão como na internet. Em um Estado Democrático de Direito, a mídia tem papel fundamental que deve desempenhado com responsabilidade e seriedade. A esse respeito, é importante mencionar as diretrizes divulgadas no Tratado de Saúde Mental da Infância e Adolescência da Associação Internacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência e Profissões Afins - IACAPAP:

Prevenção do suicídio: recomendações para profissionais da mídia (WHO, 2008, p. 3)

- Aproveite a oportunidade para educar o público sobre o suicídio;

⁶⁶

Disponível

em:

<https://nam02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Facervo.folha.uol.com.br%2Fdigital%2Fcompartilhar.do%3Fnumero%3D50392%26anchor%3D6482895%26pd%3Dcd1592018f03a859e5bbcd2435eb5866&data=05%7C01%7Cmariacury%40mpsp.mp.br%7C7a8830cfce6643b65e5d08baef5f766%7C2dbd8499508d4b76a31dca39cb3d8f1d%7C0%7C0%7C638296143679621110%7CUnknown%7CTWFPbGZsb3d8eyJWljoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTil6lk1haWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=aRKzopmxLmaPFNsZxiLpc3Ei5oB98G4Zk8rBqxX89Gs%3D&reserved=0>. Acesso em: 06 set 2023.

- Evite linguagem que sensacionalize ou torne normal a prática do suicídio, ou o apresente como uma solução para os problemas;
- Evite colocação de destaque e repetição indevida de histórias sobre suicídio;
- Evite descrição explícita do método utilizado em um suicídio consumado ou tentado;
- Evite fornecer informações detalhadas sobre o local de um suicídio consumado ou tentado;
- Escreva as palavras das manchetes com cuidado;
- Seja cauteloso no uso de fotografias ou imagens de vídeo;
- Tome cuidado especial ao relatar suicídios de celebridades;
- Reconheça que os profissionais de mídia em si podem ser afetados por histórias sobre suicídio;
- Mostre a devida consideração para as pessoas em luto por suicídio;
- Forneça informações sobre onde procurar ajuda⁶⁷

Leis e diretrizes o Brasil possui. O que falta é aceitar que o suicídio é um problema grave de saúde pública, que vem ceifando a vida de inúmeros adolescentes e crianças e que *deve* ser debatido por toda a sociedade, com a participação das famílias, escolas e do Estado (artigo 227 da Constituição Federal), com absoluta prioridade e urgência.

E não se pode perder de vista o que foi verificado no estudo realizado na Nova Zelândia, referido anteriormente, que constatou o aumento expressivo nos gastos públicos relacionados a saúde pública, assistência social e justiça criminal provocados pelas tentativas de suicídio.⁶⁸

Ademais, para a participação da sociedade e da família nesse debate deliberativo, há os Conselhos da Criança e do Adolescente.

⁶⁷ Disponível em: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/351a2db40cf955eb1affa3c197e5eee3d32acb3f/E.4-Suicide-Portuguese-2020.pdf. Acesso em: 25 ago. 2023, p. 34.

⁶⁸ Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/1784715>. Acesso em: 31 out. 2023.

A pesquisa realizada junto ao Ambulatório Médico de Especialidades Dra. Jandira Masur levantou alguns apontamentos.

Os profissionais do local concluíram que, para a implementação bem-sucedida e a ampliação das intervenções-chaves, precisam, como pré-requisito, de seis pilares básicos transversais, conforme documentos da OMS, a saber:

Análise da situação: Uma análise da situação é essencial para informar o planejamento e a implementação de atividades de prevenção do suicídio. A análise da situação pode identificar onde há mais necessidade, onde há lacunas ou onde o benefício será maior (por exemplo, quais meios ou populações focar). A análise pode proteger contra esforços de implementação duplicados e identificar onde ações imediatas e viáveis podem ser tomadas.

Colaboração multissetorial: A prevenção do suicídio não pode ser abordada apenas pelo setor de saúde, pois os fatores de risco associados ao suicídio e sua prevenção atravessam muitas áreas. Por exemplo, ao restringir o acesso aos meios de suicídio, será necessária a colaboração entre os setores relacionados com os meios em questão (por exemplo, Ministério da Agricultura no caso de pesticidas altamente perigosos) e partes interessadas (por exemplo, registradores, varejistas, agricultores).

Conscientização e defesa de direitos:

Para os **tomadores de decisão**, a defesa de direitos pode:

- contribuir para aumentar o compromisso político e aumentar a alocação de recursos para medidas de prevenção do suicídio; e
- ser usado para influenciar as partes interessadas fora da saúde sobre seu papel na prevenção do suicídio, incluindo, entre outros, agricultura, transporte, judiciário, comunidade e setores privado e trabalhista.

Para o **público**, a conscientização pode:

- informar que o suicídio é um grave problema de saúde pública que merece atenção;

- reduzir o estigma do suicídio dissipando mitos ou equívocos e abordando atitudes ou crenças sobre saúde mental e suicídio, incluindo atitudes em relação a pessoas que tentaram suicídio e familiares enlutados;
- aumentar a conscientização sobre os papéis dos indivíduos no apoio aos que estão em risco;
- encorajar oferecendo ajuda e comportamentos de procura de ajuda; e fornecer informações sobre onde procurar ajuda.
- capacitação;
- financiamento; e
- vigilância, monitoramento e avaliação.

Capacitação

A construção de capacidade é importante para que as pessoas possam obter, melhorar e reter as habilidades e conhecimentos necessários para realizar seu trabalho com competência. Os serviços de saúde são muitas vezes o ponto de entrada para pessoas em perigo, onde são prestados cuidados de gestão e acompanhamento. A cobertura universal de saúde significa que todas as pessoas têm acesso aos serviços de saúde de que precisam, quando e onde precisam, sem dificuldades financeiras. Dado que muitas pessoas não têm acesso suficiente aos cuidados de saúde, também é importante capacitar os porteiros locais, cujo conhecimento e acesso à comunidade lhes permite identificar indivíduos em risco e mobilizar apoio.

Financiamento

Infelizmente, o financiamento dedicado à prevenção do suicídio é escasso. Fatores como más condições econômicas, falta de priorização do suicídio como um grave problema de saúde pública e falta de reconhecimento de que os suicídios são evitáveis resultam na crença de que o financiamento para outras áreas é mais importante para a sociedade.

Deve-se adotar uma abordagem focada na solução, adaptando as atividades de prevenção do suicídio às realidades da situação de financiamento. Isso pode significar uma abordagem integrada (com saúde mental ou outros setores) para se qualificar para financiamento multissetorial e aumentar a probabilidade de obtenção de fundos. Também pode significar concentrar

esforços em intervenções custo-efetivas com alcance máximo, como proibições nacionais de pesticidas altamente perigosos. Além disso, o financiamento deve ser conceituado para incluir um foco no desenvolvimento e implementação de políticas, estratégias e planos, e não apenas no desenvolvimento de serviços. Isto é vital porque a infraestrutura e intervenções que se prestam à política e regulamentação nacional (como restrição de meios), bem como desenvolvimento de serviços (como identificação precoce, avaliação, gestão e acompanhamento).

Vigilância

Os sistemas de vigilância ajudam a informar a implementação das ações, por exemplo, destacando tendências em comportamento suicida, grupos de subpopulações em risco, grupos de casos ou o surgimento de novos métodos ou métodos de contágio de suicídio que precisariam de ação imediata (Thomas, Chang & Gunnell, 2011).

Os dados sobre suicídio e automutilação também informam a prestação de serviços, a distribuição de recursos e as diretrizes para o gerenciamento do comportamento suicida, por exemplo, garantindo que as equipes médicas em locais específicos sejam treinadas para lidar com os efeitos de certos meios de suicídio (por exemplo, pesticidas) ou empregando enfermeiras especializadas em áreas onde ocorrem muitos suicídios.

Os dados são usados para monitorar o progresso (por exemplo, indicador de taxas de suicídio reduzidas) e contribuir para a avaliação e pesquisa de estratégias e intervenções de prevenção em andamento.

Ao se fazer o cotejo entre os objetivos da Lei nº 13.819/2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, com os apontamentos feitos pela AME que trabalha na cidade de São Paulo, diretamente com este tema, tem-se:

OBJETIVOS DA LEI	REALIDADE NA CIDADE DE SÃO PAULO
A promoção da saúde mental, com o controle dos seus fatores determinantes e condicionantes;	De acordo com o trabalho encaminhado pela AME, foi possível constatar a insuficiência de

A prevenção da violência autoprovocada;	<p>profissionais da área da saúde e a ausência de algumas especialidades necessárias, como, por exemplo, ausência de psiquiatra PS Vila Maria, o que inviabiliza a garantia de acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento agudo, como previsto na lei.</p> <p>Foi relatada a falta de capacitação dos funcionários que atuam diretamente com a saúde mental para que possam identificar indivíduos em risco e mobilizar o apoio, o que inviabiliza a abordagem adequada dos familiares e pessoas próximas das vítimas de suicídio.</p> <p>Financiamento. O recurso financeiro destinado à prevenção do suicídio é escasso, inviabilizando a promoção e</p>
A garantia de acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;	
A abordagem adequada dos familiares e das pessoas próximas das vítimas de suicídio, garantindo-lhes assistência psicossocial;	
A informação e sensibilização da sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;	
A promoção e a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;	

<p>A promoção da 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;</p>	<p>educação permanente dos gestores e dos profissionais da saúde.</p> <p>Falta de comprometimento estatal com a temática do suicídio como grave problema de saúde pública.</p> <p>Os suicídios são evitáveis, mas para que isso ocorra é necessário o financiamento público.</p> <p>É necessária uma atuação de toda a rede protetiva estatal e não só da saúde mental, uma vez que o suicídio é um problema multisetorial, o que não vem sendo feito, em desrespeito à lei.</p>
<p>A promoção e a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões.</p>	<p>É necessária uma atuação política firme na proibição de acesso fácil aos meios de suicídio, como os pesticidas altamente perigosos, arma de fogo.</p> <p>O financiamento deve incluir o desenvolvimento e implementação de políticas, estratégias e planos, e não apenas no desenvolvimento de serviços existentes. Serviço sem protocolo de atuação não surte efeitos. Sem a qualificação dos gestores e profissionais não há prevenção.</p>

	<p>Os dados/números acerca dos suicídios e autolesões é fundamental. Logo, faz-se necessário a implementação de um sistema de vigilância que informe os dados acerca destes eventos a fim de que seja identificada a tendencia em comportamento suicida, grupos de risco, surgimento de novos métodos ou métodos de contágio de suicídio que necessitem de ação imediata. Estes dados também auxiliam na prestação adequada do serviço, distribuição de recursos e elaboração de diretrizes para o gerenciamento com o comportamento suicida, garantindo a equipe médica adequada nos locais indicados e treinados para lidar com os efeitos de certos métodos suicidas. Os dados são fundamentais para a avaliação das estratégias de intervenção e prevenção.</p>
--	---

Como se pode verificar, a realidade é diametralmente oposta aos objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. O que ficou evidente é a necessidade de uma atuação conjunta entre todos os integrantes da rede protetiva. Referida rede deve se articular e conhecer o trabalho realizado por cada um dos seus integrantes.

O tema deste trabalho não é só um problema da área da saúde: é multidisciplinar e só será combatido com a articulação da rede protetiva, ou seja, todos os seus integrantes devem atuar juntos.

Não se pode mais aceitar que uma Lei tão importante fique apenas no papel.

Infelizmente, a sociedade ignora a gravidade da situação e a urgência na implementação de políticas públicas, tratando o suicídio como um tabu. E, como tal, o tema é relegado ao esquecimento ou a debates reduzidos e abordagens mínimas. Porém, não é mais possível ignorar este número crescente de autoextermínio dos jovens no Brasil, nem os seus impactos na área da saúde pública, também para a família dessas pessoas.

Conhecer e estudar o fenômeno é importante para a elaboração de políticas públicas que permitam o correto enfrentamento do problema e da sua prevenção.

As políticas públicas existentes e as serem criadas devem ser pautadas nos Princípios minoristas da Prioridade Absoluta e da Condição Peculiar de Pessoa em Desenvolvimento. Isso equivale a dizer que as crianças e os adolescentes têm prioridade na efetivação, na elaboração e na aplicação dessas políticas públicas. Até porque na sistemática do ordenamento jurídico nacional, a categoria de pessoa em desenvolvimento foi inserida como elemento central para o estabelecimento de direitos e procedimentos aptos e eficazes a serem realizados no atendimento às crianças e aos adolescentes.

Para prevenir a morte infantil por suicídio e as subsequentes tentativas de suicídio durante a adolescência, é importante intervir o mais rapidamente possível para ajudar as crianças em risco.

Os achados encontrados nesta pesquisa sugerem estratégias que promovam uma triagem mais robusta de saúde mental e risco de suicídio em ambientes de atenção primária, juntamente com aconselhamento sobre segurança de meios letais sobre armazenamento seguro de armas de fogo e intervenções baseadas na família, que podem ajudar a reduzir o risco de suicídio nessa faixa etária. Embora mais pesquisas sejam necessárias, os pesquisadores afirmam que esse estudo é um primeiro passo para identificar fatores de risco para suicídio em crianças e determinar a melhor forma de prevenir mortes infantis.¹

5.2 PROPOSTAS

O aumento do número de suicídios em todo mundo fez com que a Organização Mundial de Saúde passasse a considerá-lo como um grave problema de saúde pública mundial, e, diante deste cenário, a Associação Brasileira de Psiquiatria elaborou um estudo cujo objetivo foi fornecer **diretrizes** para o manejo de pacientes com comportamentos suicidas no Brasil, estudo este que foi publicado em três partes na Revista Brasileira de Psiquiatria, a saber, volume 43, Edição 5/2021, volume 43, Edição 5/2021 e volume 45, Edição 1/2023 respectivamente.⁶⁹

Médicos psiquiatras brasileiros especializados em emergências psiquiátricas, dentre outros profissionais de saúde mental, desenvolveram as diretrizes, valendo-se da análise da literatura, de artigos considerados relevantes e questões clínicas estruturadas, sempre com o objetivo de desenvolver diretrizes chaves para o manejo de pacientes com comportamento suicida no Brasil.

Neste estudo, foram analisados fatores de risco, fatores genéticos, dados demográficos, fatores psicológicos, estresse e fatores externos, fatores físicos e de saúde, além de história de comportamento suicida com autolesão não suicida, concluindo-se que há muitos fatores de risco para tentativa e suicídio completo, e não existe um fator único capaz de prever eventos de curto ou longo prazo.

Logo, a avaliação do paciente deve ser feita por equipe composta por profissionais devidamente treinados para avaliar se o paciente está em perigo iminente e escolher um curso de ação de forma completa, individualizada, com a consideração de vários fatores, em especial ênfase no histórico pessoal e familiar de comportamento suicida, presença de doença mental aguda e fatores estressantes com os quais os indivíduos têm dificuldade em lidar. Este paciente necessita de uma avaliação criteriosa com o objetivo de criar uma **aliança terapêutica desde o primeiro encontro**.

⁶⁹ Disponível em: <https://www.bjp.org.br/details/2122/en-US>, respectivamente. Acesso em: 18 out. 2023.

e <https://www.bjp.org.br/details/2109/en-US>, <https://www.bjp.org.br/details/2260/en-US>

Concluíram também que o paciente que tentou suicídio necessita de **acompanhamento** e **supervisão** para garantia dos resultados adequados. A vigilância deve começar enquanto o paciente ainda estiver no ambiente hospitalar. Pacientes que saem do pronto-socorro ou hospital após tentativa de suicídio ou que apresentam risco iminente e significativo de suicídio identificado em qualquer unidade de saúde necessitam de **acompanhamento imediato** e **proativo**. A frequência do contato deve ser determinada individualmente e intensificada quando houver aumento dos fatores de risco.

Interessante ressaltar que referidos profissionais apontaram que não há nenhum fator de proteção capaz de garantir que o evento fatal não ocorrerá. Outrossim, nos estudos realizados, observaram que um serviço de ajuda comunitária que visa prestar cuidados de longo prazo a pacientes com perturbações mentais **graves**, demonstrou fazer **pouca** ou **nenhuma** diferença na redução da morte por suicídio. A presença de fatores de proteção ajuda, mas não substitui o tratamento e o acompanhamento.

Como consequência desse estudo, e considerando que o suicídio é um problema de saúde pública mundial, pois a cada **40 segundos no mundo** e a cada **45 minutos no Brasil** alguém morre por suicídio e que cada suicídio impactará a vida de pelo menos outras seis pessoas, os profissionais criaram um protocolo para o manejo de pacientes em risco de suicídio por meio de um serviço de **linhas diretas**, geralmente por **telefone**, criados com o objetivo de prevenir o suicídio.

O objetivo foi verificar através das evidências científicas se uma **intervenção remota sob a forma de linha direta telefônica** poderia reduzir a mortalidade por suicídio.

Especificamente, encontraram evidências de que as linhas diretas de crise previnem o suicídio (pensamentos, planos ou tentativas) e a intenção de morrer, a desesperança e a dor psicológica; que tiveram resultados positivos na redução de pensamentos suicidas e, em idosos, a tele ajuda foi mais promissora na prevenção do suicídio.

Apontaram também que a implementação de um protocolo para acompanhamento telefônico precoce **após** uma tentativa de suicídio poderia

ajudar a prevenir futuras tentativas. Após a alta do Pronto Socorro, o acompanhamento por telefone foi capaz de reduzir a proporção de tentativas de suicídio.

Porém, deve ser ressaltado que a equipe que atuaria neste sistema de acompanhamento dos pacientes por **telefone** deveria ser composta de profissionais devidamente treinados para avaliar se o paciente está em perigo iminente e escolher outro curso de ação; é necessário a presença de médico psiquiatra para coordenação da equipe, planejamento e avaliações mais complexas, além de psicólogos e enfermeiros.

Contudo, de se ressaltar que nada substitui o tratamento direto com o paciente.

Assim, e tendo em vista que **o propósito deste trabalho** é contribuir com a formulação de propostas de políticas públicas efetivas para a proteção deste público vulnerável, é necessário enfatizar o serviço de atendimento telefônico realizado pelo Centro de Valorização da Vida, que já vem atendendo a este público.

Ademais, de tudo o que foi estudado, retiram-se diversos conteúdos para a elaboração de futuras políticas públicas educativas e preventivas do suicídio, a saber:

PRIMEIRO

O trabalho desenvolvido no estado do Paraná foi feito com a escuta direta dos alunos que se sentiram acolhidos e falaram sobre o suicídio. Assim, a única maneira de tornar o suicídio um assunto a ser debatido com maior frequência e seriedade, deixando de ser um tabu, é a acolhida, a escuta protegida feita através de equipe técnica/profissional capacitada.

De fato, os alunos participantes do grupo de trabalho sugeriram palestras, conversas/roda de conversas conduzidas por profissional treinado para a tarefa de conscientização (Santos, 2020, p. 91, 94-95). Diálogo é a única forma de contato com o jovem em sofrimento, e a participação desses jovens, sujeitos de

direitos no debate, torna-se fundamental para que sejam protagonistas de seus processos de cura.

Aí se evidencia a importância de se dar voz à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico, seja no espaço político, seja nos serviços de atenção psicossocial, seja no cotidiano. Isso porque,

[...] na dimensão da saúde, enquanto produção de uma comunidade de sujeitos responsáveis pelo cuidado de si e do outro, questão essencial é a garantia do direito à palavra. Não há responsabilização possível sem que seja garantida a escuta daquele a quem se quer responsabilizar. Ao falar sobre si e identificar-se com sua própria história, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família.⁷⁰

Aqui também é necessário destacar a importância de um profissional adequado e devidamente capacitado para a realização dessa escuta. Nota-se a importância que os alunos deram ao **psicólogo** na tarefa da prevenção.

Através da escuta é possível identificar o sofrimento psíquico de forma precoce, com encaminhamento ao profissional de saúde mental.

Ressalte-se que a Lei nº 13.935/2019, de 11 de dezembro de 2019, tornou obrigatória a criação de equipes multiprofissionais através da contratação e psicólogos e assistentes sociais em todas as escolas da rede pública de educação básica, com a participação da comunidade escolar, atuando na mediação das relações sociais e institucionais.

Porém, decorrido o prazo de um ano estipulado para que as providências fossem adotadas (artigo 2º da Lei nº 13.935/2019), a lei continua sendo letra morta.

Artigo publicado por Luany Galdeano, no Jornal Folha de São Paulo, na data de 18 de novembro de 2023, destacou a Escola Pública Joaquim Bastos Gonçalves, na cidade de Carnaubal, interior do Ceará, que ganhou o prêmio de

⁷⁰ Brasil. Ministério da Saúde (MS). Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Brasília: MS; 2013.- retirado do artigo Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. De autoria de Claudia Pellegrini Braga e Ana Flavia Pires Lucas d'Oliveira, dezembro de 2016.

melhor escola pública do mundo, na área de apoio a vida saudável, desbancando instituições privadas dos Estados Unidos da América e do Reino Unido.

A cidade é muito carente, e um professor percebeu o aumento dos sintomas de depressão entre seus alunos, que relatavam episódios de ansiedade, dificuldade de interação e até de automutilação. Assim, o docente procurou pelas redes sociais psicólogos dispostos a atenderem os alunos voluntariamente, envolvendo também os pais dos alunos no projeto, os quais foram orientados sobre a importância do profissional da psicologia.

Assim, nasceu o projeto “Adote um Estudante”, voltado à promoção de vidas saudáveis.

Atualmente, cerca de 20 profissionais estão atendendo aos alunos à distância, na casa deles ou em sala de aula reservada no próprio colégio para aqueles que não possuem estrutura em suas residências, contando também com arteterapia que oferece oficinas de artes disponibilizadas a todos os alunos.

De acordo com o diretor da escola, “Eles têm um olhar sensível para o aluno, então conseguem identificar isolamento e crises. O envolvimento no projeto é de todos que fazem parte da escola.”

Com o valor recebido com o prêmio, a escola vai construir uma sala de acolhimento, onde os alunos poderão ser atendidos em momentos de crises psicológica.⁷¹

SEGUNDO

Os profissionais da educação estão sobrecarregados de demandas ligadas à aprendizagem e necessitam de apoio imediato.

O ambiente escolar é o principal local de identificação do risco de suicídio juvenil.

Assim, faz-se necessária e urgente a contratação do profissional de saúde mental para atuação direta com os alunos, em cada escola, treinado para o

⁷¹ Disponível em: <https://acervo.folha.uol.com.br/digital/leitor.do?numero=50465&maxTouch=0&anchor=6486684&pd=a7eeb312634dcfd9c57c03325e3d363a>. Acesso em: 19 11 2023

diálogo e percepção dos casos de sofrimento psicológico, com posterior encaminhamento dos estudantes para o médico psiquiatra e o psicólogo da rede de saúde pública municipal.

É importante mencionar a diretriz publicada pelo IACAP:⁷²

Prevenção ao suicídio: recomendações para os professores e funcionários da escola (WHO, 2000, p. 16).

O suicídio não é uma peça incompreensível da tristeza: estudantes suicidas dão às pessoas ao seu redor advertências e espaço suficientes para intervenção. Em trabalho de prevenção do suicídio, professores e outros funcionários da escola enfrentam um desafio de grande importância estratégica, em que é fundamental:

- Identificar os alunos com distúrbios de personalidade e oferecer-lhes apoio psicológico;
- Forjar laços mais estreitos com os jovens, conversando com eles e tentando compreender e ajudar;
- Aliviar o sofrimento mental;
- Estar atento e treinado para o reconhecimento precoce da comunicação suicida seja por meio de declarações verbais e / ou mudanças de comportamento;
- Ajudar os estudantes menos habilidosos com seus trabalhos escolares, para ser observador da evasão escolar;
- Reduzir a estigmatização da doença mental e ajudar a eliminar o abuso de álcool e drogas para encaminhar os estudantes ao tratamento de transtornos psiquiátricos e de abuso dessas substâncias;
- Restringir o acesso dos alunos aos meios de suicídio - drogas tóxicas e letais, pesticidas, armas de fogo e outras armas, etc;
- Dar aos professores e aos demais profissionais da escola acesso aos meios de aliviar o seu stress no trabalho.

⁷² Disponível em: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/351a2db40cf955eb1affa3c197e5eee3d32acb3f/E.4-Suicide-Portuguese-2020.pdf. Acesso em: 25 ago. 2023 p. 33.

Ademais, os professores **devem** ser capacitados para lidar com esta nova realidade, bem como ter acesso aos meios de aliviar o stress do trabalho.

Por esta razão, a Lei nº 13.935/2019 determinou a contratação de profissionais de psicologia e de serviço social para atender às necessidades e prioridades definidas pelas políticas de educação, através de uma atuação multidisciplinar e a implementação dessas medidas é também necessária e urgente.

TERCEIRO

Contratação imediata de médicos psiquiatras e psicólogos pela saúde pública municipal.

Atualmente os CAPS estão desprovidos desses profissionais. A política de atenção da saúde mental nos municípios tem sido abandonada pelo Estado.

As regras das Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011 e Portaria nº 366 do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002 não estão sendo obedecidas. Falta profissional capacitado e, também, o próprio serviço, uma vez que há escassez também dos próprios Centros de Atenção Psicossocial.

Essa ineficiência para dar efetividade às normas protetivas infringe princípios de proteção às pessoas por elas protegidas, eis que toda atuação na área da infância e juventude deve pautar-se no princípio da prioridade absoluta, tendo em vista o melhor interesse da criança e do adolescente, pessoas em condição especial de desenvolvimento.

Logo, a implementação dos serviços e a contratação de profissionais capacitados são primordiais e, se os Conselhos de Direitos da Infância atuassem adequadamente, deveriam deliberar acerca desta contratação como política pública infantojuvenil que obrigaria o poder executivo local na sua execução (artigo 88, inciso II do ECA).

O profissional que atende quem tentou suicídio deve ser **treinado** para cuidar das pessoas nessa situação, evitando culpá-los por colocar em risco a

própria vida ou fazendo tentativas bem-intencionadas de animá-lo, ignorando a gravidade da situação.

Se houver necessidade de internação hospitalar, é essencial elaborar um plano de tratamento futuro antes da alta médica, com um suporte de contato 24 horas por dia.

A cidade de New South Wales, (NSW), na Austrália, desenvolveu um “passo-a-passo” do plano de contingência em cooperação com os pacientes e o os cuidadores/médicos: ⁷³

- Aconselhar pacientes e familiares sobre os efeitos desinibidores de drogas ou álcool
- Checar que armas de fogo, bem como medicamentos ou substâncias letais, podem ser efetivamente mantidos em segurança ou removidos
- Checar se há uma pessoa que possa dar apoio em casa
- Confirmar o agendamento de uma consulta de acompanhamento

Com o constante crescimento dos índices do suicídio juvenil, os profissionais de saúde mental serão mais solicitados por seus pacientes e por aqueles que virão a ser, para com eles criarem e organizarem uma rede de apoio, para incentivá-los a pedir ajuda, orientá-los sobre a melhoria do relacionamento interfamiliar e entre amigos, dentre outras.

E não se diga que a contratação desses profissionais com salário justo, ocasionaria um déficit orçamentário. A Lei nº 8080/90, em seu artigo 10⁷⁴, autoriza a constituição de **consórcio** entre os municípios, para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde⁷⁵, o que diminuiria consideravelmente os gastos, uma vez que cada integrante do consórcio teria a sua participação financeira e

⁷³ Disponível em: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/351a2db40cf955eb1affa3c197e5eee3d32acb3f/E.4-Suicide-Portuguese-2020.pdf. Acesso em: 25 ago. 2023.

⁷⁴ Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. § 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância. § 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

⁷⁵ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 set. 2023.

todos os municípios integrantes seriam beneficiados com a prestação do serviço de saúde objeto do consórcio. É importante lembrar, ainda, os gastos que oneram o Estado quando não são feitos investimentos na prevenção e cuidados.

Nessa esteira, o consórcio de municípios poderia implantar **um PRONTO SOCORRO PSQUIATRICO INFANTOJUVENIL**, com sede na maior cidade integrante do consórcio, atendendo a toda a população abrangida pelo consórcio.

E há também a possibilidade de utilização da **teleinterconsulta**, atualmente regulamentada pelo artigo 7º da Resolução CFM nº 2.314 de 20 de abril de 2022,⁷⁶ definida como a troca de informações e opiniões entre médicos, com auxílio da tecnologia, com ou sem a presença do paciente, para auxílio do diagnóstico ou tratamento terapêutico, clínico ou cirúrgico.

Assim, uma das maneiras de se utilizar a teleinterconsulta seria a seguinte: o médico generalista, ao atender um adolescente ou uma criança, percebendo traços de ideação suicida ou histórico de autolesão, se entender necessário, poderia entrar em contato com um médico especialista (por exemplo, um psiquiatra infantil). Por meio da telemedicina, transmitiria a ele suas impressões, obtidas através do contato direto com o paciente, obtendo do especialista informações técnicas precisas acerca de eventual doença psíquica, traçando em conjunto a conduta médica a ser adotada na proteção da vida do paciente, concluindo até pela necessidade de internação psiquiátrica, se for o caso.

Esta troca de experiência é benéfica no tratamento da criança/adolescente, tornando-o eficaz e protetivo.

QUARTO

O SIPIA – Sistema de Informações para a Infância e Adolescência, é um sistema de comunicação informatizado que alimenta o banco de dados nacional, de responsabilidade da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do

⁷⁶ Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/3920/resolucao-cfm-n-2.314#:~:text=Define%20e%20regulamenta%20a%20telemedicina,07%20de%20agosto%20de%202002>. Acesso em: 26 set. 2023.

Adolescente da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, vinculada à Presidência da República.⁷⁷

É uma ferramenta importante na **identificação diagnósticas dos casos de violação de direitos da infância e juventude**, e vem de encontro com a observação feita pelo AME da necessidade de contabilização dos casos. Embora tenha sido criado há mais de 10 anos, ainda não foi implementado em boa parte dos Conselho Tutelares do Brasil. Os dados já contabilizados indicam que a violação ao direito à vida e a saúde estão no terceiro lugar dos tipos de violação de direitos.⁷⁸

A Lei nº 13.819/2019 previu também a **notificação compulsória** dos casos de suicídio ou automutilação tentados ou consumados, ao Conselho Tutelar, órgão incumbido pela aplicação das medidas protetivas previstas no ECA.

Ao receber essa **notificação compulsória**, o conselheiro tutelar deverá lançá-la no SIPIA para que haja uma contabilização dos casos, com indicação do local de acontecimento, faixa etária, sexo, modo de execução, dados necessários para a elaboração das políticas públicas de prevenção do suicídio e autolesão.

Como apontado pela AME, é necessária uma atuação conjunta de toda a rede protetiva e não somente da saúde. Assim, faz-se necessária a **qualificação** dos conselheiros tutelares para que saibam atuar diretamente no atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psicológico, para fazer o imediato e adequado direcionamento deles para sua proteção, prevenindo o suicídio. Como isto leva um certo tempo, de imediato seria necessária a contratação de psicólogos e assistentes sociais para atuarem diretamente com os conselheiros tutelares.

Se assim não for, de que vale a notificação compulsória do Conselho Tutelar prevista na Lei? E não se pode esquecer que a lei não possui palavras inúteis: tem elas uma finalidade que deve ser cumprida.

⁷⁷ Teoria e Prática dos Conselhos Tutelares e dos Conselhos dos Direitos da Criança e da Adolescência – Simone Gonçalves de Assis e outros – Fundação Osvaldo Cruz; Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, 2009, p. 167-169.

⁷⁸ Teoria e Prática dos Conselhos Tutelares e dos Conselhos dos Direitos da Criança e da Adolescência – Simone Gonçalves de Assis e outros – Fundação Osvaldo Cruz; Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, 2009, p. 167-169.

Ademais, nos termos do artigo 23, § 1º da Resolução 231/2020 do CONANDA⁷⁹, o Conselho Tutelar deve encaminhar trimestralmente relatório ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, contendo, dentre outros, relatório dos atendimentos realizados.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, por sua vez, formaliza suas decisões através de Resoluções, as quais obrigam o Poder Executivo local.

Neste sentido o artigo 2º, § 2º da Res. CONANDA nº 105/2005: § 2º. As decisões do Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, no âmbito de suas atribuições e competências, vinculam as ações governamentais e da sociedade civil organizada, em respeito aos princípios constitucionais da participação popular e da prioridade absoluta à criança e ao adolescente.⁸⁰

Vale a pena citar os esclarecimentos de Murillo José Digiacomio (2005) sobre este assunto:

(...) Uma deliberação do Conselho de Direitos vincula (obriga) o administrador, que não terá condições de discutir seu mérito, conveniência e oportunidade. Isto ocorre, primeiramente, porque uma deliberação do Conselho de Direitos estará invariavelmente revestida dos princípios constitucionais da soberania popular (e democracia participativa - cf. art. 1º, par. único, da CF) e da prioridade absoluta à criança e ao adolescente (art. 227, caput, da CF) que, na forma do art. 4º, par. único, do ECA, importa na preferência na formulação e execução das políticas sociais públicas e na destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas à proteção à criança e ao adolescente. Em segundo, é de se considerar que a administração pública já está devidamente representada pela ala governamental que integra o Conselho de Direitos, participando assim diretamente dos debates e da tomada de decisões pelo órgão. O Conselho de Direitos não é, de modo algum, um órgão “alienígena” à estrutura de poder do ente federado, mas sim a integra, detendo uma competência Executiva típica em relação às políticas públicas para a infância e adolescência a serem implementadas nos mais diversos setores da administração. Desta forma, havendo uma deliberação do Conselho de Direitos, ao “chefe” do Poder Executivo (que presumivelmente dela participou, através de seus representantes junto ao órgão), resta apenas a obrigação de cumprir com o que foi decidido, devendo para tanto adequar os órgãos, serviços e, é

⁷⁹ Disponível em: [file:///C:/Users/Maria%20Julia/Downloads/resoluCAo-n-231-de-28-de-dezembro-de-2022-resoluCAo-n-231-de-28-de-dezembro-de-2022-dou-imprensa-nacional%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Maria%20Julia/Downloads/resoluCAo-n-231-de-28-de-dezembro-de-2022-resoluCAo-n-231-de-28-de-dezembro-de-2022-dou-imprensa-nacional%20(1).pdf) – Acesso em: 24 ago. 2023.

⁸⁰ Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/conselhos_direitos/RESOLUC_AO_N__105_DE_15_DE_JUNHO_DE_2005.pdf. Acesso em: 24 ago. 2023.

claro, o orçamento público, valendo neste sentido transcrever o seguinte aresto do E. **STJ**: ADMINISTRATIVO E PROCESSO CIVIL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. ATO ADMINISTRATIVO DISCRICIONÁRIO: NOVA VISÃO. 1. Na atualidade, o império da lei e o seu controle, a cargo do Judiciário, autoriza que se examinem, inclusive, as razões de conveniência e oportunidade do administrador. 2. Legitimidade do Ministério Público para exigir do Município a execução de política específica, a qual se tornou obrigatória por meio de resolução do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. 3. Tutela específica para que seja incluída verba no próximo orçamento, a fim de atender a propostas políticas certas e determinadas. 4. Recurso especial provido. (STJ. ^aT. R. Esp. nº 493811/SP. Rel. Min. Eliana Calmon. J. em 11/11/2003). O caráter normativo dos atos dos Conselhos de Direitos é também reconhecido de maneira expressa pelo art. 90, §3º, inciso I, do ECA, bem como pelos arts. 3º, §§ 2º e 3º; 4º, §§ 1º e 2º e 5º, §§ 2º e 3º, da Lei nº 12.594/2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE. A Lei nº 12.594/2012, aliás, reafirma o caráter deliberativo dos Conselhos de Direitos, a eles conferindo a responsabilidade pela deliberação quanto aos “Planos de Atendimento Socioeducativo” (arts. 3º, §§2º e 3º; 4º, §§1º e 2º e 5º, §§2º e 3º) e pelo registro dos programas a estes correspondentes (arts. 9º e 10). Sistemática semelhante se aplica em relação a outras políticas públicas destinadas à efetivação dos direitos infanto-juvenis, que a exemplo da “Política Socioeducativa” se traduzem em “Planos de Atendimento” e estes, por sua vez, se materializam em programas e serviços públicos dos mais variados. Ainda sobre o poder normativo e deliberativo dos Conselhos de Direitos, interessante observar o contido nos arts. 7º, 12-A, §4º, 16, par. único, 17 e 18, da LOAS (que também se aplicam, por analogia, aos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente - que, vale lembrar, com aquele partilham uma origem constitucional comum – o art. 204, inciso II, da CF) .⁸¹

Para efetiva da medida, propõe-se o seguinte fluxo:

O Conselho Tutelar, no exercício de suas funções é cientificado de uma tentativa de suicídio/automutilação → alimenta o SIPIA, para que se possa ter ciência das ocorrências preponderantes → comunica o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, que, ciente dos fatos, debate e delibera qual a política pública deve ser implementada na prevenção do suicídio → edita Resolução → o Poder executivo local recebe a resolução do CMDCA e *deve*

⁸¹ Disponível em: https://www.mpmg.mp.br/data/files/F4/D7/BE/6B/C6BD281008C8628760849A8/Cartilha%20CMDCA-Perguntas%20e%20Respostas%20_MPMG-CAODCA-2%20Edicao_.pdf. Acesso em: 24 ago. 2023.

obedecê-la, sem questionar acerca da conveniência e oportunidade (artigo 88, inciso II ECA).

QUINTO

Orientação familiar realizada por profissionais capacitados, já que o autoextermínio é multifatorial.

Aprimorar o debate com as famílias, levar o assunto autoextermínio para os genitores. É necessário falar desse assunto com os responsáveis pelo poder familiar, orientando-os a incentivar o diálogo com seus filhos, a observar sinais de isolamento, alteração de comportamento, uso abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas e comportamentos de autolesão, pois só assim os olhos de cuidado serão aprimorados.

É necessário que a orientação familiar seja realizada por profissionais capacitados com escopo de diminuir a violência intrafamiliar.

As famílias precisam ser orientadas quanto à necessidade de aprimorar o diálogo interfamiliar.

O tema das mídias sociais precisa estar presente neste diálogo, na vida da família. De fato, este assunto é tão preocupante que a Revista *Psychology Today* publicou recente artigo, no dia 27/10/2023, acerca das mídias sociais e os suicídios de adolescentes.⁸²

O estudo constatou que 97% dos adolescentes dos EUA, definidos aqui como indivíduos de 10 a 19 anos, relatam acessar a internet diariamente. Não obstante existam benefícios nas mídias sociais, a Associação Americana de Psicologia emitiu alerta sobre os efeitos potencialmente prejudiciais do uso das mídias sociais na saúde mental dos adolescentes, especialmente no aumento do risco do suicídio.

Isso porque, segundo a matéria, o uso das mídias sociais potencializa o risco do suicídio porque *umenta a depressão e a ansiedade na adolescência*;

⁸² Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/preventing-suicide/202310/social-media-and-adolescent-suicide>. Acesso em: 31 out. 2023.

expõem o jovem a automutilação digital, ou seja, postagem on-line, envio ou compartilhamento de incidentes de automutilação de terceiros nas mídias sociais; glorificação e normalização do comportamento suicida que pode aparecer nas mídias sociais.

Para tentar combater este problema, o artigo sugere algumas medidas a serem feitas pelos pais, a saber:

- a) *Educar seus adolescentes sobre como se comunicar com segurança on-line sobre suas dificuldades. Muitos recursos para melhorar a comunicação adolescente sobre suicídio nas mídias sociais estão disponíveis on-line.*
- b) *Limitar o uso das mídias sociais;*
- c) *Desenvolver um plano de mídia para ajudar os adolescentes a usar de forma segura as mídias sociais e fornecer aos jovens recursos para obter ajuda.*

Precisamos nos instruir acerca desses novos meios de comunicação que encontram acesso e entrada fácil nas vidas de crianças e adolescentes, de maneira velada e altamente destruidora.

SEXTO

Diante da instabilidade emocional e do aumento da violência, seria interessante a contratação de **ASSISTENTES SOCIAIS DA FAMÍLIA**, que fossem até a casa das pessoas para verificar a situação da violência familiar, organização do núcleo familiar.

Esse profissional teria como principal função verificar os núcleos familiares vulneráveis ao suicídio, para poder fazer uma análise posterior do grau de risco ali existente.

Após, essas informações seriam repassadas ao profissional da saúde capacitado e analisadas, podendo ele prescrever técnicas de atuação capazes de diminuir a violência interfamiliar, protegendo os filhos nessas famílias, de eventual ideação suicida.

Aqui poderia ser também utilizada a teleinterconsulta já referida.

SÉTIMO

Criação do Pronto Socorro Infantojuvenil Psiquiátrico – em Hospitais Gerais e Especializados, Unidades de Pronto Atendimento Psiquiátricas 24 horas. SAMU PSQUIATRIA INFANTOJUVENIL.

Através da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 32/2017 e Portaria do Ministério da Saúde nº 3.588/2017, o SUS ampliou a rede de serviços aos usuários de saúde mental para atingir as diferentes demandas, desde a mais simples até as mais complexas.

Passou a integrar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS - a Urgência e Emergência, também através da criação do CAPS AD IV, com funcionamento 24 horas. ⁸³ Porém, a CAPS AD não é porta de entrada do SUS nem o AME.

Então, o que fazer com as urgências e emergências nos casos de tentativa de suicídio infantojuvenil?

Diante do aumento dos números dos suicídios na população infantojuvenil, é necessária a criação de um **Pronto Socorro Infantojuvenil Psiquiátrico nos Hospitais de Especialidades e/ou nos já existentes Hospitais Gerais.**

O jovem seria atendido no Pronto Socorro Psiquiátrico em Hospitais Gerais e/ou Hospitais Especializados em Psiquiatria por médicos e enfermeiros com expertise no atendimento adequado de jovens nessas condições e treinados quanto aos meios de proteção. Fariam o primeiro contato com o paciente e, após a avaliação inicial, os médicos deliberariam por seu encaminhamento para a rede secundária de atendimento do SUS, como a AME Psiquiatria ou eventualmente sua internação, se necessário.

A partir de 2017, os Hospital Psiquiátricos Especializados passaram a compor a RAPS. O artigo 9º da Resolução CIT nº 32/2017, previu a ampliação da oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais, com a qualificação e ampliação de leitos em enfermarias especializadas nos Hospitais Gerais.

⁸³ Artigo 7º da Resolução nº 32 de 14/12/2017.

Em se tratando de Público **infantojuvenil**, a internação psiquiátrica deveria dar-se em ala separada dos adultos, de acordo com sua faixa etária e seu grau de desenvolvimento físico e maturidade, além do gênero, com necessidade de acompanhante todo tempo, nos termos dos princípios orientadores do ECA.⁸⁴

É necessário que as Equipes Multidisciplinares Especializadas em Saúde Mental, parte integrante da RAPS (artigo 50-J da Portaria nº 3.588/2017) tenham acesso às notificações das tentativas de suicídio infantojuvenil, para que possam elaborar estratégias de atenção integral deste público que lhe será encaminhado pela **atenção básica**.

Ressalte-se que a Lei não proibiu a internação psiquiátrica quando determinada por médico. A internação é a *ultima ratio*, dando-se preferência para os tratamentos junto ao meio social.

O **SAMU** também deveria estar preparado para atender aos chamados de tentativa de suicídio infantojuvenil e sua condução para os Pronto Socorro Infantojuvenis em Hospitais Especializados em Psiquiatria e/ou Hospitais Gerais e, na sua ausência, nos Pronto Atendimentos Infantojuvenis, onde deveria existir sempre um médico psiquiatra de plantão, 24 horas.

A atuação profissional vem demonstrando que as crianças e adolescentes que tentam o suicídio são levados às Unidades de Pronto Atendimento pelo SAMU, e lá permanecem aguardando vaga em algum Hospital psiquiátrico através da fila do CROSS.

A Lei nº 16.657/2018, criou, na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo a CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde, cuja finalidade é a interligação e a integração de toda e qualquer oferta disponível às necessidades imediatas do cidadão, visando promover a equidade, a agilidade e eficiência do acesso, garantindo a integridade da assistência ao paciente do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo.⁸⁵

⁸⁴ Parecer nº 6769/2010 CREMESP.

⁸⁵ Íntegra da Lei nº 16.657/2018 disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2018/lei-16657-12.01.2018.html> . Acesso em: 19 nov. 2023.

Porém, são insuficientes os leitos psiquiátricos infantojuvenis em Hospitais infantis no Estado de São Paulo para atender a toda a demanda, o que evidencia a incapacidade do Estado de cuidar desse público.

Logo, o jovem permanece na Unidade de Pronto Atendimento, local inadequado para recebê-lo, aguardando a liberação da vaga pela CROSS. Como a vaga raramente é liberada, o paciente é liberado para a família, sem receber os cuidados necessários, em total desrespeito aos mínimos princípios constitucionais referentes à vida, saúde, infância e juventude, violando a dignidade da pessoa humana.

OITAVO

Imprensa.

É necessário regulamentar a veiculação de notícias envolvendo tentativas de suicídio e suicídio consumados.

Somente profissionais da área da comunicação devidamente treinados poderiam veicular este tipo de notícia, nunca referindo-se a ele como um ato de coragem, como ato normal ou compreensível, mas sim enfatizando situações de superação e a necessidade de prevenção.

Aqui é importante ressaltar o chamado *Efeito Werther*, nome proposto por David Philips em 1974, para descrever o aumento de casos de suicídio após um caso amplamente divulgado pela imprensa e o *Efeito Papageno*, que provoca uma diminuição no comportamento suicida porque a divulgação das informações voltadas à prevenção foi feita adequadamente.

Recentemente, algumas redes de televisão exibiram a série *13 Reasons Why*, que contava a história de *Hanna Baker*, uma jovem estudante que tirou a própria vida. Cada episódio da trama culpava uma pessoa ou algum acontecimento e glorificava *Hanna*. Ainda foram mostrados detalhes sobre o método que ela usou para se matar. Como consequência do efeito Werther, alguns meses após a estreia do programa houve um aumento no número de suicídios. O efeito foi tão devastador que a cena do suicídio da personagem foi removida da série.

Da mesma forma que uma notícia pode causar efeitos negativos (*Wether*), pode também causar efeitos positivos (*Papageno*), a depender da maneira como é veiculada.

A divulgação da valorização da resiliência de uma pessoa que consegue superar a vontade de tirar a própria vida causa o chamado efeito *Papageno*, nome inspirado na Flauta Mágica, opera de Mozart, cuja personagem desiste do plano de se matar.

A Revista Galileu Galilei publicou uma matéria em 18 de setembro de 2019, escrita por Carina Brito, com supervisão de Luiza Monteiro, onde foi enfatizado que o primeiro passo para evitar a imitação do suicídio é contextualizar a morte, ou seja, não mostrar o suicídio como um ato heroico, mas sim como um ato de desespero e muita dor, que teve uma história ao longo da vida.⁸⁶

O papel preventivo da mídia em defesa da vida é fundamental. A informação correta direcionada à população é muito importante para orientar e prevenir o suicídio.

Preocupada com essa situação, a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP- disponibilizou uma cartilha de orientações “Comportamento Suicida: Conhecer para Prevenir”, para profissionais da imprensa. Além disso, trouxe também para o Brasil a campanha internacional setembro Amarelo, cujo objetivo é a prevenção do suicídio.⁸⁷ A cartilha reconhece a importância da **imprensa** no mutirão em defesa da vida e, por esta razão elenca diversas maneiras de agir.

Toda notícia envolvendo suicídio deve pautar-se no equilíbrio entre o dever de informar sem ferir a suscetibilidade das pessoas. Por isso, os critérios que norteiam a publicação e a composição da reportagem assumem contornos que diferem das veiculações usuais, ainda mais quando quem pôs fim à própria vida era uma pessoa pública ou celebridade.

⁸⁶ Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2019/09/efeito-werther-como-um-suicidio-pode-afetar-outras-pessoas.html>. Acesso em: 30 nov. 2023.

⁸⁷ Disponível em: <https://revistardp.org.br/abp/article/view/590/472>. Acesso em: 19 out. 2023.

Uma veiculação de casos de suicídio feita de maneira inapropriada poderia ser não apenas chocante, como também estimular o ato em pessoas vulneráveis, em especial a população infantojuvenil.

Assim foi publicado:

Há vários registros mostrando que, dependendo do foco dado a uma reportagem pode haver aumento no número de casos de suicídio ou o contrário, ou seja, ajudar pessoas que se encontram sob risco de suicídio ou mesmo enlutadas pela perda de um ente querido que pôs fim à sua vida. Pesquisas evidenciam o impacto das notícias nas taxas de suicídio em alguns países. Na Áustria, por exemplo, segundo o *British Journal of Psychiatry* (2010), o relato repetitivo de casos de suicídio, ou matérias relacionadas a um mesmo suicídio, esteve diretamente ligado ao aumento das taxas de suicídio. O mesmo estudo ainda aponta que matérias sobre indivíduos que relataram ideação suicida sem consumir o fato estiveram associadas à diminuição das taxas de suicídio, ou seja, o impacto das notícias sobre suicídio não é sempre negativa: falar sobre casos de superação das adversidades pode ajudar a prevenir.⁸⁸

A Associação Brasileira de Psiquiatria desenvolveu a cartilha com o objetivo de fomentar a parceria dos profissionais da imprensa com os psiquiatras, além de ter se posicionado contrária ao compartilhamento de notícias sobre suicídio, especialmente aqueles que contenham informações explícitas sobre meio letal, fotografias, entre outras. Veículos de comunicação e pessoas, de um modo geral, precisam ter cautela ao noticiar óbitos por suicídio ou compartilhar notícias, prezando pelas orientações fornecidas pela ABP na cartilha direcionada aos profissionais de comunicação.⁸⁹

Assim, toda matéria a ser veiculada pela imprensa versando sobre suicídio ou automutilação deve ser precedida de uma análise feita por um psiquiatra ou outro profissional do ramo. A Associação Brasileira de Psiquiatria já se tomou a iniciativa por meio da cartilha. Agora é necessário regulamentar este tipo de veiculação midiática da notícia.

⁸⁸ Cartilha. Disponível em: <https://revistardp.org.br/abp/article/view/590/472>. Acesso em: 19 out. 2023. p. 5.

⁸⁹ Nota da ABP disponível em: <https://www.abp.org.br/noticias/tags/suic%C3%ADdio>. Acesso em: 22 out. 2023.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo a pesquisa e a análise dos dados referentes ao suicídio infantojuvenil no mundo e no Brasil, valendo-se dos dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde e pela Secretaria de Saúde do Brasil.

Analisou-se também a legislação brasileira acerca do direito à saúde e da infância e juventude, passando-se pela Constituição Federal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde, Lei da Reforma Psiquiátrica e pela Lei nº 13.819/2019 que instituiu a Política Nacional de Prevenção ao Suicídio, analisando-se também as Portarias nº 366 de 19/02/2002 e 3.088/11, do Ministério da Saúde, o Decreto Federal nº 7.508/2011 que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde e a Portaria 1.876 de agosto de 2006 que instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.

Em seguida, foi abordado um estudo realizado em uma escola do Espírito Santo e, após, o trabalho desenvolvido pela AME Dra. Jandira Masur, na prevenção do suicídio, atendendo também a crianças e adolescentes, ambos os casos citados como exemplos de experiência positiva.

AME instituição que trabalha diretamente com a temática, sugeriu que, para a ampliação e efetivação bem-sucedida das intervenções que já vem sendo realizadas, seis eixos deveriam ser implementados, como pré-requisitos, a saber: Análise da situação; Colaboração multissetorial; Conscientização e defesa de direitos tanto para os tomadores de decisão quanto para o Público em geral; capacitação; financiamento; vigilância.

Foi destacada também a experiência de uma escola pública do interior do Estado do Ceará, reconhecida como melhor escola pública do mundo na área de apoio a uma vida saudável, que desenvolveu um trabalho junto aos alunos, na tutela da saúde mental deles.

Por tudo o que foi pesquisado e analisado, e tendo em vista que um dos objetivos deste estudo foi a propositura de políticas públicas eficazes na proteção

da infância e juventude, foram feitas algumas propostas nesse sentido, com vistas a combater o aumento no número de casos de suicídio infantojuvenil.

A **primeira** proposta foi a realização de **debates** nas escolas acerca do tema suicídio, coordenada por profissionais capacitados, treinados na acolhida com os alunos e familiares, trazendo este tema para a discussão social, combatendo o tabu que o cerca.

A **segunda** proposta foi a imediata contratação de profissionais de **psicologia** e **assistência social** para atuarem diretamente nas escolas, auxiliando os professores na lida com os alunos em intenso sofrimento físico e mental, nos termos da Lei nº 13.935/19, ainda sem aplicação, nos termos como foi desenvolvido pela escola do Ceará.

A **terceira** proposta foi a imediata contratação de médicos psiquiatras e psicólogos para atuarem na rede de saúde municipal, junto aos CAPS, local de acolhida e tratamento das pessoas com transtornos mentais junto à comunidade, nos termos da reforma psiquiátrica brasileira (Lei nº 10.2016/2001). As Portarias do Ministério da Saúde nº 3088/2011 e 366/2002 definiram a forma como os Centros de Atenção Psicossocial deveriam trabalhar, bem como o número de funcionários no local, algo totalmente inexistente nos municípios, o que caracteriza o abandono da saúde mental no Brasil, necessitando de intervenção urgente, uma vez que os pacientes hoje não contam com esses profissionais.

A **quarta** proposta foi a atuação efetiva do Conselho Tutelar, abastecendo o Sistema de Informações para a Infância e Juventude – SIPIA – com os casos de tentativa de suicídio, suicídio e autolesão. Essa sistema tem o objetivo de retratar a realidade da infância e juventude do município para que o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente possa definir quais as políticas públicas deverão ser implementadas no município em prol da infância e juventude e que vinculará o chefe do executivo local (artigo 88, inciso II do ECA).

A **quinta** proposta foi a orientação familiar feita por profissionais capacitados, aprimorando o debate acerca do tema em ambiente extra escola e face a influência que a mídia social tem sobre os jovens.

A **sexta** proposta foi a criação dos **Assistentes Sociais da Família**, responsáveis por acompanhar os núcleos familiares vulneráveis ao suicídio,

repassando as informações captadas diretamente nas residências aos profissionais da saúde com vistas a proteger a infância e juventude.

A **sétima** proposta foi a criação do **Pronto Socorro Infantojuvenil Psiquiátrico, em Hospitais Gerais e Especializados; as Unidades de Pronto Atendimento Psiquiátricas 24 horas e o SAMU psiquiatra infantojuvenil**, todos compostos por profissionais capacitados na acolhida do paciente (criança e adolescente), com os encaminhamentos adequados. O primeiro contato com aquele que está em intenso sofrimento físico e mental é de suma importância, assim como a orientação aos familiares e amigos.

A atuação profissional evidencia que não existem leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais ou Especializados no Estado de São Paulo em número suficiente para acolher criança e adolescente. Este público está sendo tratado nos Prontos Socorros, sendo atendidos por médicos clínicos gerais e liberados para a família, não obstante haja prescrição médica de internação hospitalar psiquiátrica. Essa situação viola os direitos da infância e juventude e os coloca em risco de vida.

A **oitava** proposta foi a determinação de que o profissional da imprensa, escrita ou falada, deverá ser treinado por profissional de saúde psiquiátrica antes de divulgar a notícia acerca do suicídio cometido por qualquer pessoa. É importante entender o papel da mídia na saúde da população infantojuvenil, evitando que a notícia mal veiculada cause o efeito Werther, ou seja, aumento dos casos de suicídio após sua divulgação.

De tudo o que foi estudado se concluiu que, não obstante os dados indiquem um aumento expressivo nos índices de suicídio infantojuvenil no país, o Brasil ainda não possui uma Política Nacional de Prevenção do Suicídio da população infantojuvenil.

É necessário que a população tenha ciência desses dados e passe a discutir a respeito, cobrando o poder assumindo sua parcela de responsabilidade para atuar na identificação de políticas públicas capazes de proteger a população infantojuvenil que se encontra totalmente vulnerável diante do cenário descrito.

As propostas apresentadas neste estudo indicam que é possível trazer o tema suicídio infantojuvenil para a pauta social como prioridade absoluta, passando a ser enfrentado pela sociedade civil e poder público, desde que haja comprometimento social e político.

REFERÊNCIAS

ABBOUD, Georges; NERY JUNIOR, Nelson. **Direito Constitucional Brasileiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2017.

AME. Psiquiatria Dra. Jandira Masur completa 11 anos de cuidados à saúde mental da população. Disponível em: <https://spdm.org.br/noticias/mais-noticias/ame-psiquiatria-dra-jandira-masur-completa-11-anos-de-cuidados-a-saude-mental-da-populacao/#:~:text=Gerenciada%20pela%20SPDM%2DAssocia%C3%A7%C3%A3o%20Paulista,interven%C3%A7%C3%B5es%20resolutivas%20da%20equipe%20multidisciplinar>. Acesso em: 22 ago. 2023.

ANTONELLI, Patrícia de Paulo; DELFINI, Patrícia Santos de Souza; GUIMARÃES, Paulo Otávio da Silva; SATO, Miki Takao. Declaração de Caracas. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.

ASSIM, Simone Gonçalves de; BARCINSKI, Marian; SANTOS, Benedito Rodrigues dos; SILVEIRA, Liane Maria Braga da (Org.). **Teoria e Prática dos Conselhos Tutelares e dos Conselhos dos Direitos da Criança e da Adolescência**. Rio de Janeiro: Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz - Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), 2009.

Associação Brasileira de Psiquiatria. Comportamento Suicida: Conhecer para Prevenir – Dirigido para profissionais da imprensa. ABP, set. 2023, p. 5. Disponível em: <https://revistardp.org.br/abp/article/view/590/472>. Acesso em: 19 out. 2023.

BARDARÓ, Rosário; MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. Saúde Mental – Legislação e normas aplicáveis. *In*: CERQUEIRA, Luiz R. (Org.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental** do CAPS. São Paulo. SPDM - Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 2013. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf Acesso em: 20 out 2023.

BARDARÓ, Rosália; MEKANNA, Patricia Abou. A Internação Compulsória na Contramão da Lei 10.216/01. *In*: **Coletânea Direito à Saúde – Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. Disponível em: <https://goo.gl/daXiB3>. Acesso em: 22 out 2023.

BARROS, Guilherme Freire de Melo. **ECA Comentado**. Salvador: Juspodivm, 2013. Disponível em: https://www.academia.edu/39736358/ECA_COMENTADO. Acesso em: 04 set. 2023.

BERNARDON, Rafael; CORDEIRO, Quirino. **Nova política nacional de saúde mental**. nov. 2020. Disponível em: <https://revistavisaohospitalar.com.br/nova-politica-nacional/amp/>. Acesso em: 14 out. 2023.

BORTOLOTTO, Franciane Woutheres; SCHWARTZ, Germano. A dimensão prestacional do direito à saúde e o controle judicial de políticas públicas sanitárias. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 45, n. 177, p. 257-264, jan./mar. 2008. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/160191/Dimens%C3%A3o_prestacional_direito_saude_177.pdf?sequence=7&isAllowed=y. Acesso em: 28 ago. 2023.

BRAGA, Claudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciências & Saúde Coletiva**, Scielo Saúde Pública, Londrina, 24 (2), p. 401-410, 24 fev. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n2/401-410/> Acesso em: 25 ago. 2023.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet; MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva Jur, 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 jun. 2023.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância e Saúde. **Boletim Epidemiológico**, 33, v. 52, set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf.4.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância e Saúde. **Boletim Epidemiológico**, 37, v. 53, set. 2022. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no37/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, n. 37, v. 53, 03 out. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, n. 33, v. 52, set. 2021. Hepatites agudas graves de etiologia a esclarecer em crianças e adolescentes;

Suicídio em adolescentes no Brasil, 2016 a 2021; Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – semanas epidemiológicas 1 a 33 de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no37/view>. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental em Recurso Extraordinário- 2000 – Ministro Celso de Mello, publicado em fevereiro de 2001 - Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/779142>. Acesso em: 02 set. 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal, ARE 1267879, Rel. Min. Roberto Barroso, Tribunal Pleno, julgado em 17/12/2020, Processo Eletrônico Repercussão Geral - Mérito **DJe-064** 08-04-2021, Divulg. 07/04/2021. Disponível em: <https://www.buscadordizerodireito.com.br/jurisprudencia/detalhes/9c4e6233c6d5ff637e7984152a3531d5> Acesso em: 19 out. 2023

Brasil. Supremo Tribunal Federal RE com Agr. 1.267.879-SP, Rel. Min. Roberto Barroso, j. 17/12/2020, Publicado acórdão no DJE em 26/08/2021 Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=755520674> - Acesso em: 06 out. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ARE 745745 AgR, 2ª Turma, Rel. Min. Celso de Mello, julgado em 02/12/2014, **DJ** 19/12/2014. Disponível em: https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=acordaos&pesquisa_inteiro_teor=false&sinonimo=true&plural=true&radicais=false&buscaExata=true&page=1&pageSize=10&queryString=proibi%C3%A7%C3%A3o%20da%20prote%C3%A7%C3%A3o%20insuficiente%20saúde&sort=_score&sortBy=desc. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 23 dez. 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), **DOU** nº 247, de 26/12/2011. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336. Brasília, 19 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.608. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Brasília, 03 ago. 2004. **DOU** 19 ev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil – Recomendações de 2005 a 2012. Brasília, 2014. Disponível em:

https://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saúde_mental_infantojuvenil.pdf Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3.ed. Série B. Textos Básicos de Saúde - Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7, Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saúde_3ed.pdf Acesso em: 18 ago. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, Brasília, 2014-2015. Disponível em: https://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf Acesso em: 22 ago. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 14 ago. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/saúdelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html Acesso em: 06 set. 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei Nº, DE 2018 (do Sr. Osmar Terra) Estabelece a notificação compulsória de casos de violência autoprovocada, incluindo tentativas de suicídio e a automutilação. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1664547 Acesso em: 07 ago. 2023.

BRIDGE, J. A.; BROCK, G., Campo, FONTANELLA, C. A.; HOROWITZ, L. M.; RUCH, D. A., SHEFTALL, A. H.; HAHM, H. C.; O'KEEFE, V. M., J. V. (2023). Youth suicide during the first year of the COVID-19 pandemic. **Pediatrics**, 151(3), Article e2022058375. National Intitute for Mental Health, Cidade, 22 maio 2023. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2023/youth-suicide-rates-increased-during-the-covid-19-pandemic> Acesso em: 22 ago. 2023.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma Teoria Jurídica das Políticas Públicas**. 2. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas públicas e direito administrativo**. Revista do Senado Federal. Brasília a. 34 n. 133, jan./mar. 1997. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198/r133-10.PDF>. Acesso em: 04 set. 2023.

CAODCA - Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes do Estado de Minas Gerais - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Ministério Público de Minas Gerais. **Perguntas e Respostas**. 2. ed. Belo Horizonte: MP-MG, ano. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/data/files/F4/D7/BE/6B/C6BD281008CC8628760849A8>

/Cartilha%20CMDCA-Perguntas%20e%20Respostas%20_MPMG-CAODCA-2%20Edicao_.pdf. Acesso em: 24 ago. 2023.

CHESIN, Megan. **Social Media and Adolescent Suicide**. Important information for parents and youth to know. Posted October 27, 2023. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/preventing-suicide/202310/social-media-and-adolescent-suicide>. Acesso em: 31 out. 2023.

COSTA, Ana Paula Motta. **Os Adolescentes e seus Direitos Fundamentais – Da Invisibilidade à Indiferença**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

COSTA, Antonio Carlos Gomes da e CURY, Munir; SILVEIRA, Maíra; VERONESE, Josiane Rose Petry (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado** Cidade: editora, 2018. p. 95.

SILVA, Antônio Fernando do Amaral e CURY, Munir; SILVEIRA, Maíra; VERONESE, Josiane Rose Petry (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado** Cidade: editora, 2018, p. 39.

DE PAULA. Paulo Afonso Garrido. Direito da Criança e do Adolescente e Tutela Jurisdicional Diferenciada, p. 31 e 37, *apud* PEREIRA, Tânia da Silva. **Direito da Criança e do Adolescente – Uma proposta Interdisciplinar**. 2. ed. Recife: Renovar, 2008. p. 20.

DICIO. Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/absoluto/>. Acesso em: 21 ago. 2023.

EUA. Wikipedia. Baleia Azul (jogo). São Francisco, 03 jul. 2023 (editada). Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Baleia_Azul_\(jogo\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Baleia_Azul_(jogo)) Acesso em: 07 ago. 2023.

FOLHA DE SÃO PAULO. São Paulo, 06 set. 2023. Disponível em: <https://nam02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Facervo.folha.uol.com.br%2Fdigital%2Fcompartilhar.do%3Fnumero%3D50392%26anchor%3D6482895%26pd%3Dcd1592018f03a859e5bbcd2435eb5866&data=05%7C01%7Cmariacury%40mpsp.mp.br%7C7a8830cfce6643b65e5d08dbaef5f766%7C2dbd8499508d4b76a31dca39cb3d8f1d%7C0%7C0%7C638296143679621110%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJB> Til6lk1haWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=aRKzopmxLm aPFNsZxiLpc3Ei5oB98G4Zk8rBqxX89Gs%3D&reserved=0. Acesso em: 06 set. 2023.

GUIMARÃES, Ulysses. Discurso proferido na sessão de 5 de outubro de 1988. Brasília, Câmara dos Deputados - Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação Escrevendo a História - Série Brasileira, publicado no DANC de 5 de outubro de 1988, p. 14380-14382, Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/25-anos-da-constituicao-de-1988/constituente-1987-1988/pdf/Ulysses%20Guimaraes%20-%20DISCURSO%20%20REVISADO.pdf> p. 3. Acesso em: 24 ago. 2023.

GUTIÉRREZ, Lauren Camila Murillo; MESA, Mónica Paola Quemba. **Epidemiological behavior of suicide attempt in Colombian adolescents years 2016-2019: An ecological study.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Scielo Brasil, Londrina, 22 nov. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QdWvfvbHkxX5Pc3PKNQBGjn/?lang=en> Acesso em: 22 out 2023.

HOFFMANN, Lilian; SANTOS, Leonardo Bis dos. **Borboletar** – Um passeio pelas subjetividades – Prevenção ao suicídio na prática educativa com jovens e adolescentes. Curitiba: Appris, 2020.

JANS Thomas; VLOET, Timo D.; TANELI, Yesim; WARNKE, Andreas. **Suicídio e Comportamento Autolesivo.** Transtornos do Humor, cap. 4: Tratado de Saúde Mental da Infância e Adolescência da IACAPAP, 2018. Disponível em: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/351a2db40cf955eb1affa3c197e5eee3d32acb3f/E.4-Suicide-Portuguese-2020.pdf. Acesso em: 07 de ago. 2023.

LAMENZA, Francismar. **Os Direitos Fundamentais da Criança e do Adolescente e a Discricionariedade do Estado.** 1. ed. Barueri: Manole, 2011.

MACHADO, Martha de Toledo. **A Proteção Constitucional de Crianças e Adolescentes e os Direitos Humanos.** 1. ed. Barueri: Manole, 2003.

MACIEL, Kátia Regina Lobo Andrade. **Curso de Direito da Criança e Adolescente** – Aspectos Teóricos e Práticos. 14. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2022.

MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. Saúde mental: legislação e normas aplicáveis. *In*: MATEUS, Mário Dinis (Org.) **Políticas de saúde mental:** Baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental do CAPS Luiz R Cerqueira – disponível em https://www.saúde.sp.gov.br/resources/instituto-de-saúde/homepage/outras-publicacoes/políticas_de_saúde_mental_capa_e_miolo_site.pdf. Acesso em: 21 out 2023.

MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. O Papel do Ministério Público nas Internações psiquiátricas e nos abrigamentos compulsórios. Disponível no link <https://www.cremesp.org.br/index/www.%20cve.saúde.sp.gov.br?siteAcao=Noticias&id=2259>. Acesso em: 22 out 2023.

MARTINS, Flávio. **Curso de Direito Constitucional.** São Paulo, Saraiva Jur, 2020.

MASUR, Jandira. Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria. Disponível em: <https://amepq.spdmafiladas.org.br/> Acesso em: 22 ago. 2023.

MENDES, Karyna Rocha. **Curso de Direito da Saúde.** São Paulo: Saraiva Jur, 2013.

MICHAELIS - Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=prioridade>. Acesso em: 21 ago. 2023.

NERY JY, Nelson; ABOUD, Georges, **Direito Constitucional Brasileiro**. Curso Completo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019. p. 483.

MOREIRA, José Cláudio Domingues; RODRIGUEIRO, Daniela Aparecida. O Direito Social à Saúde na Perspectiva da Constituição de 1988: Um Direito Individual, Coletivo e em Construção. **RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 50, n. 66, p. 143-159, jul./dez. 2016. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/RIPE_n.66.07.pdf. Acesso em: 29 ago. 2023.

NUNES, Andréia R. Schneider Nunes. Políticas públicas. Tomo Direitos Difusos e Coletivos. **Enciclopédia Jurídica da PUC-SP**, ed. 1, jul. 2020. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/376/edicao-1/politicas-publicas>. Acesso em: 04 set. 2023.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. OMS, Genebra. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>. Acesso em: 23 ago. 2023.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. OPAS, 17 jun. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 23 ago. 2023.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Who highlights urgent need to transform mental health and mental health care. OMS, Genebra, 17 jun. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care> Acesso em: 23 ago. 2023.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS. OPAS, 17 jun. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-Suicidio-revelam-estatisticas-da-oms> Acesso em: 07 ago. 2023.

PARANÁ. Ministério Público do Paraná. CAOP – Da Criança e Adolescente e da Educação. Notícias: Jogo "Baleia Azul". Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/crianca/Pagina/Noticias-Jogo-Baleia-Azul> Acesso em: 07 ago. 2023.

PEREIRA, Tânia da Silva. **Direito da Criança e do Adolescente** – Uma proposta Interdisciplinar. 2. ed. Recife: Renovar, 2008.

PEREIRA, Tânia da Silva. **O Melhor Interesse da Criança: Um debate Interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

PIOVEZAN, Stefhanie; QUEIROZ, Claudinei Queiroz. Aumenta registro de autoagressão e de tentativa de suicídio entre crianças e jovens. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 ago. 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/08/aumenta-registro-de-autoagressao-e-de-tentativa-de-Suicidio-entre-criancas-e-jovens.shtml>. Acesso em: 23 ago. 2023.

SARMENTO, Daniel; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. **Direitos Sociais. Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

SEIDLER, Zac; KING, Kylie King. Dr Zac Seidler. Prevenção ao Suicídio para Homens e Meninos. Associação Internacional para Prevenção do Suicídio. **IASP**. Disponível em: <https://www.iasp.info/suicide-prevention-for-boys-and-men/>. Acesso em: 23 ago. 2023.

SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. São Paulo: Malheiros, 2008.

SILVEIRA, Mayra; CURY, Munir; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado**. 13. ed. São Paulo: Malheiros, 2018.

SIDRA, J. Goldman-Mellor; Avshalom Caspi; HonaLee Harrington; Shyamala Nada-Raja; Richie Poulton; Terrie E. Moffitt. Suicide Attempt in Young People. A Signal for Long-term Health Care and Social Needs. *AMA Psychiatry*. feb., 2014;71(2):119-127. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.2803. CONFIRMAR AUTORES Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/1784715>. Acesso em: 31 out. 2023.