

**Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB**

**Relatório sobre Direitos Humanos dos Pacientes em Risco de  
Suicídio no Brasil**

*Resumo*

O presente Relatório elaborado pelo Observatório de Bioética e Direitos Humanos apresenta estudo temático sobre os direitos humanos das pessoas em risco de suicídio no Brasil.

O suicídio é uma questão relevante para a saúde pública e os direitos humanos, notadamente, sob a ótica dos pacientes que apresentam risco, na medida em que violações a tais direitos impactam no seu cuidado à saúde e pode incrementar o risco de nova tentativa.

O Estado brasileiro por meio do Sistema Único de Saúde – SUS devem respeitar proteger e realizar os direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio, obrigações decorrentes dos tratados de direitos humanos ratificados pelo Estado.

## Relatório sobre Direitos Humanos dos Pacientes em Risco de Suicídio no Brasil

*Coordenação Geral de Organização:*

Aline Albuquerque

*Autoria:*

**Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes**

Aline Albuquerque

Artur Cândido Mamed

Bruno Wurmbauer Junior

Inaya Potyra

Laura dos Santos Boeira

Luana Lima

Milton Luiz Nascimento

Thatiana Ayres

*Revisão Técnica:*

**Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - Fiocruz Brasília**

André Guerrero

Barbara Coelho Vaz

Enrique Araujo Bessoni

Karine Dutra Ferreira da Cruz

*Revisão Textual e Gramatical:*

Sam Cyrous

## **Relatório sobre os Direitos Humanos dos Pacientes em Risco de Suicídio**

### Conteúdo

I. Introdução .....	4
II. Políticas de Suicídio .....	6
A. O problema do suicídio no mundo e no Brasil .....	6
B. A criminalização da tentativa de suicídio .....	10
C. Políticas de suicídio no Brasil .....	12
III. Arcabouço Conceitual .....	14
A. Direitos Humanos dos Pacientes.....	14
B. Direitos Humanos dos Pacientes em Risco de Suicídio .....	16
C. Quadro-Referência das Violações dos Direitos Humanos dos Pacientes em Risco de Suicídio.....	21
IV. Violações dos Direitos Humanos dos Pacientes em Risco de Suicídio no Brasil.....	25
A. Violações relatadas .....	26
B. Percepção dos atores envolvidos.....	33
C. As violações de direitos humanos do paciente em risco de suicídio e o impacto nos cuidados sem saúde.....	
D. Propostas de Medidas .....	36
V. Conclusões.....	40
VI. Recomendações.....	42

## I. Introdução

1. O Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes é uma iniciativa do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e da Cátedra de Bioética da UnB, cujo objetivo central é levantar e sistematizar informações normativas, bioéticas e jurisprudenciais sobre os direitos humanos dos pacientes no Brasil e em outros países, com a finalidade de disseminá-las, e promover o reconhecimento dos pacientes enquanto titulares de direitos humanos. O Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes se fundamenta na ideia de uma Bioética comprometida com os direitos humanos, como o proposto pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, adotada pela UNESCO, em 2005. Na esfera dos cuidados em saúde, a Bioética fundada nos direitos humanos tem como referencial os Direitos Humanos dos Pacientes.

2. Este Relatório contém o estudo temático sobre os direitos humanos das pessoas em risco de suicídio no Brasil. No processo de elaboração deste estudo, o Observatório de Bioética e Direitos Humanos do Paciente analisou as respostas de profissionais de saúde, familiares e pacientes a perguntas sobre violações de direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio por meio de pesquisa de campo realizada nos meses de julho e agosto de 2017.

3. O suicídio como processo sócio histórico se apresenta como um fenômeno de grande complexidade para o campo da saúde pública, da bioética e dos direitos humanos. Apesar da tendência internacional que delinea o dever do Estado de proteger a vida do paciente em risco de suicídio – questão incorporada pela política brasileira - o último relatório temático da Organização Mundial de Saúde - OMS evidencia a gravidade do tema pelo registro de mais de 800 mil óbitos anuais por suicídio no mundo<sup>1</sup>. No que tange à realidade local, apesar da adoção das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio em 2006<sup>2</sup>, observa-se uma curva ascendente do fenômeno no Brasil, que é o quarto país latino-americano com maior crescimento do número de suicídios entre 2000 e 2012<sup>3</sup>. Quanto a tais dados, registre-se que no Brasil, os dados sobre tentativa de suicídio são passíveis de notificação imediata e

---

<sup>1</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017.

<sup>2</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-ms-1876-2006>. Acesso em: 5 maio 2017.

<sup>3</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017.

compulsória, contudo, reconhece-se o problema da sua subnotificação.

4. Em maio de 2013, a 66<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde adotou o Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020, e a sua Meta mundial 3.2 consiste na redução em 10% da taxa de suicídio nos países até o ano de 2020<sup>4</sup>.

5. A taxa de suicídio é considerada um indicador do Objetivo 3 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, adotados pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas – ONU, em setembro de 2015. A meta 3.4 do Objetivo 3 é reduzir em 1/3 a mortalidade prematura de doenças não infecciosas por meio da prevenção e tratamento e promover a saúde mental e o bem-estar<sup>5</sup>.

6. Segundo a OMS, embora a relação entre o suicídio e transtornos mentais esteja estabelecida em países de alta renda, vários atos suicidas ocorrem repentinamente em momentos de crise e da falta de habilidade para lidar com stress, tais como problemas financeiros, rompimento de relações, dor crônica e doença<sup>6</sup>. Assim, as situações de vulnerabilidade que implicam o risco de suicídio referem-se a: traumas, abuso, dor crônica, transtornos mentais, história familiar de suicídio, tentativa anterior, estigma frente ao comportamento de busca de ajuda, e ainda, fatores de risco associados aos sistemas de saúde, tais como barreiras no acesso que pode ser retroalimentado pelo estigma<sup>7</sup> - evidenciando problemas tanto éticos, quanto técnicos das instituições de saúde. A importância da tentativa anterior como fator de risco primordial ao suicídio é corroborada por outros estudos<sup>8,9</sup> que indicam a importância da condução dos profissionais que assistem a essas tentativas.

7. Além da questão do suicídio ainda não ser objeto de quantidade considerável de pesquisas e estudos, há no Brasil e na esfera internacional absoluta escassez de estudos acerca dos pacientes em risco de suicídio sob a perspectiva dos direitos humanos. Assim, este Relatório se mostra relevante sob o ponto de vista da produção

---

<sup>4</sup> OMS. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Genebra: OMS, 2013.

<sup>5</sup> WHO. Mental Health. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/). Acesso em: 28 ago. 2017.

<sup>6</sup> WHO. Mental Health. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/). Acesso em: 28 ago. 2017.

<sup>7</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017.

<sup>8</sup> BOTEGA, N.J.; BARROS, M.; OLIVEIRA, HB; DALGALARRONDO, P; MARINLEÓN, L. Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), p. 2-5, 2005.

<sup>9</sup> SEMINOTTI, E. P.; PARANHOS, M. E.; e THIERS, V. O. *Intervenção em crise e suicídio, análise de artigos indexados*. 2006. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0297.pdf>. Acesso em 23/09/2015.

acadêmica inovadora, bem como do tratamento de tema de inegável impacto social e individual. Ainda, agregue-se que a inserção do referencial teórico-normativo dos direitos humanos da esfera da saúde pública e dos cuidados em saúde é essencial para o fomento da atuação dos profissionais de saúde em prol do respeito, proteção e realização dos direitos humanos, na medida em que são atores sociais decisivos no enfrentamento das situações violadoras de direitos humanos.

8. O presente Relatório tem como base a abordagem baseada no referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes e suas implicações para os cuidados do paciente em risco de suicídio, com enfoque no atual contexto de violação dos direitos humanos de tais pacientes no Brasil, conforme a percepção de profissionais de saúde, familiares e pacientes. O referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes abarca os direitos humanos de qualquer pessoa que se encontra sob os cuidados em saúde, como exemplo, o direito à privacidade e o direito a não ser discriminado. Os Direitos Humanos dos Pacientes se entrelaçam com os demais direitos humanos em razão das características da interdependência e indivisibilidade dos direitos humanos e essa relação possui algumas dimensões significativas:

a) Os direitos humanos dos pacientes, como o direito à privacidade e o direito a não ser discriminado, são fundamentais para o disfrute do direito à saúde física e mental do paciente em risco de suicídio.

b) Os direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio não são essenciais apenas para sua sobrevivência e saúde imediata, mas também para a manutenção de condições saudáveis de saúde física e mental durante toda sua vida<sup>10</sup>.

## **II. Políticas de suicídio**

### **A. O problema do suicídio no mundo e no Brasil**

9. Neste Relatório, adota-se a definição da OMS para suicídio e tentativa de suicídio. Assim, suicídio consiste no ato que alguém deliberadamente se mata e a tentativa de suicídio significa qualquer comportamento suicida não fatal e referente a auto-gestão

---

<sup>10</sup> PURAS, Dainius. *Report to GA (main focus: right to health in early childhood-right to survival and development)*. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>. Acesso em: 28 ago. 2017.

intencional de veneno, injúria ou autolesão que pode ou não ter um resultado ou intento fatal.<sup>11</sup>

10. De acordo com o último relatório da OMS, mais de 800 mil pessoas no mundo morrem por suicídio todos os anos, representando uma taxa global anual de 11.4 por 100.000 (sendo 15 para homens e 8 para mulheres)<sup>12,13</sup>. Diariamente, a cada 40 segundos, uma pessoa se mata no mundo. O relatório indica ainda que o suicídio ocorre em diversos segmentos sociais e etários, e para cada adulto que consuma o ato, mais de 20 outros tentam. A taxa é mais elevada entre pessoas de 70 anos ou mais. Apesar de a taxa de suicídio entre as pessoas idosas ser mais elevada, se comparada com pessoas em outra faixa etária, esse fenômeno já corresponde à 2ª principal causa de morte global entre pessoas de 15 a 29 anos.

11. Nos países ricos, em geral, os homens morrem de suicídio 3 vezes mais do que as mulheres. Em países de baixa e média renda, a relação entre a razão entre homens e mulheres que cometem suicídio é muito baixa, ou seja, 1.5 homens para cada mulher. Em nível global, o suicídio é responsável por 50% de todas as mortes violentas de homens e 71% de mulheres<sup>14</sup>.

12. O Brasil ocupa a 8ª posição no ranking mundial em números absolutos de óbitos por suicídio. Embora a média nacional não seja considerada alta, o Brasil é o quarto país latino-americano com maior crescimento no número de suicídios entre 2000 e 2012<sup>15</sup>. Considerando o coeficiente de mortalidade por suicídio, no Brasil, para homens é de 7.7 e para mulheres é de 2.0 por 100.000.<sup>16</sup> De acordo com Botega, do total de óbitos registrados no Brasil, 1% decorre de suicídios<sup>17</sup>.

13. No Brasil, os números podem ser ainda maiores, pois segundo Bertolote, tendo como base os estudos do IBGE, 15,6% dos óbitos não

---

<sup>11</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017.

<sup>12</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017.

<sup>13</sup> “O coeficiente de mortalidade por suicídio representa o número de suicídios para cada 100.000 habitantes, ao longo de um ano”. BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*. 2014 I volume 25 I número 3 I 231-236.

<sup>14</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017.

<sup>15</sup> BERTOLOTE, J. M. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp, 2012.

<sup>16</sup> WHO. Suicide rates per 100,000 by country, year and sex (Table). Disponível em: [https://web.archive.org/web/20120118050929/http://www.who.int:80/mental\\_health/prevention/suicide\\_rates/en/](https://web.archive.org/web/20120118050929/http://www.who.int:80/mental_health/prevention/suicide_rates/en/). Acesso em: 22 ago. 2017.

<sup>17</sup> BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*. 2014 I volume 25 I número 3 I 231-236.

são registrados e entre os registrados, 10% correspondem a “causa externa de tipo ignorado”, causa indefinida entre acidente, homicídio ou suicídio<sup>18</sup>. Este tipo de evento é subnotificado, assim como estudos sobre tentativas de suicídio sob a ótica dos direitos humanos são escassos e difíceis de serem realizados. Estima-se, assim que elevado número de ocorrências de tentativas de suicídio fiquem à margem de dados e das estatísticas oficiais<sup>19</sup>.

14. Além disso, no Mapa da Violência de 2016, dados apontam que os suicídios com armas de fogo, no Brasil, aumentaram 44,8% entre 1980 e 2014<sup>20</sup>.

15. As estatísticas brasileiras apontam para o uso dos seguintes métodos de cometimento de suicídio: enforcamento (47,2%), armas de fogo (18,7%), outros métodos (14,4%) e envenenamento (14,3%)<sup>21</sup>.

16. Quanto às pessoas que tentam o suicídio no Brasil, os mais acometidos são os menos escolarizados, indígenas (132% superior à população geral) ou maiores de 59 anos (29% superior). As taxas entre homens são três vezes maiores em todas as regiões, acompanhando a média dos países mais ricos, embora tenha maior crescimento entre as mulheres (35%). As mulheres tentam o suicídio nessa mesma proporção<sup>22</sup>.

17. Quando se trata de criança e adolescente no Brasil, no período de 1980 a 2013, os suicídios passaram de 0,2% para 1,0% do percentual de causas externas de mortalidade. Particularmente, na faixa etária entre 16 17 anos de idade, os suicídios elevaram de 156 para 282, representando um aumento de 80,8%. Quanto ao coeficiente de mortalidade por suicídio, o Brasil apresenta o coeficiente de 0,7 suicídios para cada 100 mil crianças e adolescentes de 10 a 14 anos de idade, ocupando a 43ª posição no mundo; a posição 51 entre os adolescentes de 15 a 19 anos, e a 53ª no conjunto de 10 a 19 anos de idade<sup>23</sup>.

---

<sup>18</sup> MENEGHEL, Stela Nazareth; MOURA, Rosylaine; HESLER, Lilian Zielke; GUTIERREZ, Denise Machado Duran. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6):1721-1730, 2015.

<sup>19</sup> BERTOLETE, J. M. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp, 2012.

<sup>20</sup> WASELFSZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violência 2016*. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016\\_armas\\_web.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf). Acesso em: 26 ago. 2017.

<sup>21</sup> LOVISI, G. M., SANTOS, A. S., LEGAY, L., ABELHA, L., VALENCIA, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(suppl), 86–93.

<sup>22</sup> MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEAGA, N. J. Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 32, n. 5, pp. 351–359, 2012.

<sup>23</sup> WASELFSZ, Julio Jacobo. *Violência letal contra as crianças e adolescentes no Brasil*. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/publicacoes/Violencia\\_Letal\\_web.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/publicacoes/Violencia_Letal_web.pdf). Acesso em: 24 ago. 2017.



19. Entre 2012 e 2014, o Brasil registrou mais de 31 mil mortes por lesões autoprovocadas. Embora a Região Sudeste apresente maior número bruto, é a população da Região Sul que, proporcionalmente, mais veio a óbito por suicídio<sup>24</sup>.

20. Ao longo da vida de cada 100 pessoas, 17 chegam a pensar em suicídio, 5 planejam e, entre elas, apenas uma chega a ser atendida por um serviço de emergência. Entre 15 e 25% dos pacientes cometem uma nova tentativa no ano seguinte e 10% conseguem consumir o ato nos 10 anos seguintes. Deste grupo, apenas uma pessoa em cada três chega aos serviços de emergência, mas nem sempre é encaminhada para os serviços territoriais (tais como as unidades básicas de saúde) e, quando a avaliação clínica demandar ou indicar, para os especializados, onde deveria receber os cuidados adequados<sup>25</sup>.

21. Entre 2010 e 2016, de acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS, foram realizados quase 50 mil procedimentos de tratamento clínico em saúde mental para pessoas em situação de risco elevado de suicídio nos hospitais do SUS. Destaca-se que, no mesmo período, foram mais de 60 mil internações hospitalares, no SUS, referentes a lesões autoprovocadas. Os dados hospitalares parecem corroborar para a estimativa de que cerca da metade das pessoas que cometem suicídio tem história de tentativa de suicídio anterior<sup>26</sup>. É importante, ainda, atentar para a subnotificação das tentativas de suicídio nos registros de internação hospitalar ou mesmo das portas de entrada de urgência. As notificações podem ser registradas baseadas em outros códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), tais como os de trauma ou intoxicação.

22. O número alarmante de suicídios e seu crescimento denotam, conforme o Relatório da OMS<sup>26</sup>, que este fenômeno ultrapassa o número de mortes por homicídios e conflitos armados/ guerra. No ano de 2001, a OMS indicou que o suicídio representou 1,4% no cômputo total de agravos à saúde e projetou um índice de 2,4% de

---

<sup>24</sup> DATASUS. Disponível em: Acesso em: 28 ago. 2017.

<sup>25</sup> BOTEGA, N.J.; WERLANG, B. S. G.; CAIS, C. F. S.; MACEDO, M. M. K. Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*, Porto Alegre, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006.

<sup>26</sup> BOTEGA, N.J.; WERLANG, B. S. G.; CAIS, C. F. S.; MACEDO, M. M. K. Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*, Porto Alegre, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006.

<sup>26</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017

óbitos por essa causa para o ano de 2020, com mais de um milhão e meio de pessoas com probabilidade de interromperem suas vidas<sup>27</sup>.

## B. A criminalização da tentativa de suicídio

23. A criminalização da tentativa de suicídio pode traduzir o modo negativo com o qual dada sociedade trata a questão. Sob a perspectiva histórica, a influência religiosa foi decisiva para moldar legislações penais sobre a prática da tentativa de suicídio<sup>28</sup>. A OMS encorajou os Estados a rechaçar legislações que criminalizam a tentativa de suicídio em razão do fato de que pessoas que tentam tal prática necessitam de ajuda e não de punição. Em resposta, vários países ocidentais formularam políticas nacionais de prevenção de suicídio e a descriminalização foi um dos pontos cruciais de tais políticas. Atualmente, o suicídio não é mais uma ofensa punível nos países nórdicos, na Europa ocidental e em alguns Estados dos Estados Unidos. Entretanto, na maior parte dos países africanos e asiáticos a tentativa de suicídio permanece sendo crime: notadamente nos países do Norte da África e do Sul da Ásia<sup>29</sup>. Na Índia, no ano de 2017, a Lei sobre Cuidados em Saúde Mental descriminalizou o suicídio de modo que o Código Penal Indiano não possa ser mais invocado em caso de tentativa de suicídio.<sup>30</sup>

24. A criminalização da tentativa de suicídio não se compatibiliza com as pesquisas que apontam para transtornos mentais como a maior causa para comportamentos suicidas não fatais. Com efeito, os fatores de risco para tentativas de suicídios não fatais de adultos e jovens incluem depressão e outros transtornos mentais. Constata-se, assim, a partir das pesquisas que sugerem a correlação entre transtornos mentais e tentativa de suicídio que as pessoas que o tentam demandam apoio de serviços especializados e não de medidas punitivas<sup>31</sup>.

---

<sup>27</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/).

Acesso em: 5 maio 2017

<sup>28</sup> RANJAN, Rajeev; KUMAR, Saurabh; PATTANAYAK, Raman Deep; DHAWAN, Anju; SAGAR, Rajesh. (De-) criminalization of attempted suicide in India: A review. *Ind Psychiatry J.* 2014 Jan-Jun; 23(1): 4–9.

<sup>29</sup> RANJAN, Rajeev; KUMAR, Saurabh; PATTANAYAK, Raman Deep; DHAWAN, Anju; SAGAR, Rajesh. (De-) criminalization of attempted suicide in India: A review. *Ind Psychiatry J.* 2014 Jan-Jun; 23(1): 4–9.

<sup>30</sup> INDIA. The Mental Healthcare Bill, 2016. Disponível em: <http://www.prsindia.org/uploads/media/Mental%20Health/Mental%20health%20care%20as%20passed%20by%20RS.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2017.

<sup>31</sup> RANJAN, Rajeev; KUMAR, Saurabh; PATTANAYAK, Raman Deep; DHAWAN, Anju; SAGAR, Rajesh. (De-) criminalization of attempted suicide in India: A review. *Ind Psychiatry J.* 2014 Jan-Jun; 23(1): 4–9.

25. No Brasil, é crime induzir, instigar, e auxiliar o suicídio. Caso haja a consumação do suicídio ou a tentativa resulte em lesão corporal de natureza grave, a pena é mais gravosa, bem como é duplicada nas hipóteses de prática do crime por motivo egoístico ou se a vítima é menor de idade ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência<sup>32</sup>.

26. Embora no Brasil a tentativa da prática de suicídio não seja crime, o Ministério da Saúde ao tratar da notificação compulsória da tentativa de suicídio a insere no mesmo rol da violência sexual, que é enquadrada na legislação nacional como crime<sup>33</sup>. Apesar de se presumir que não houve qualquer intenção do Ministério da Saúde na associação na alínea “b” do item 46 do Anexo à Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a associação entre a tentativa de suicídio e uma ação criminosa não se revela adequada para o enfrentamento da discriminação e do estigma sofridos pelos pacientes que tentam suicídio. Estudos sugerem que a condenação moral do ato dificulta os cuidados em saúde desses pacientes, bem como podem acarretar “outras comorbidades, como a predisposição ao uso de substâncias psicotrópicas, ou ainda dificultar o processo de busca de ajuda.”<sup>34</sup> Apesar da relevância da notificação compulsória para fins de saúde pública, o Estado brasileiro tem a obrigação internacional de respeitar os direitos humanos das pessoas que tentam suicídio, ou seja, políticas e programas públicos devem abster-se de adotar padrões discriminatórios ou contribuir para tais.

27. Leis que tornam a tentativa de suicídio crime impedem a compreensão do fenômeno e a provisão de apoio adequado e de serviços a pessoas em crise<sup>35</sup>. As leis que criminalizam a tentativa de suicídio devem ser abolidas, pois atentam contra o direito à privacidade e à saúde das pessoas que tentam tal prática. Ademais, geram efeitos nocivos para a saúde física e mental dessas pessoas, pois além de terem seu acesso a serviços de saúde mental limitados em razão da sua submissão ao sistema de justiça penal, têm também sua condição mental agravada pelo fato de passarem pelo

---

<sup>32</sup> BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm). Acesso em: 28 ago. 2017.

<sup>33</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada – Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/15887-notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 28 ago. 2017.

<sup>34</sup> SILVA, Tatiana de Paula Santana; SOUGEY, Everton Botelho; SILVA, Josimário Silva. Estigma social no comportamento suicida: reflexões Bioéticas. *Rev. bioét.* (Impr.). 2015; 23 (2): 419-26.

<sup>35</sup> OSAFO, J, AKOTIA, CS, ANDOH-ARTHUR, J et al. *Judges and lawyers' views on suicide attempters and the law in Ghana*. Disponível em: <http://eprints.whiterose.ac.uk/117541/1/author%20accepted%20manuscript.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2017.

constrangimento e pressões decorrentes de uma ação penal. A promulgação e a manutenção de leis que penalizam a tentativa de suicídio pode constituir uma violação das obrigações dos Estados de respeitar, proteger e realizar os direitos humanos<sup>36</sup>.

### C. Políticas de suicídio no Brasil

28. No Brasil, a questão do suicídio é tratada por meio das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, veiculadas na Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, do Ministério da Saúde. As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio objetivam: desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; organizar linha de cuidados integrais; identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas; contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados; promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins; e promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência<sup>37</sup>.

29. O Ministério da Saúde considerou o fenômeno do suicídio como um grave problema de saúde e conferiu importância epidemiológica aos registros de mortes e tentativas de suicídio, o que se extrai da Portaria nº 1.721, de 6 de junho de 2014.

30. Considerando a descentralização do SUS, espera-se que cada Estado e Município desenvolvam suas próprias estratégias de promoção de qualidade de vida, de proteção e recuperação da saúde e de prevenção de danos que tratem o suicídio como um problema de saúde pública que pode ser prevenido.

31. Embora as políticas e programas de saúde mental não tratem especificamente do suicídio, determinadas medidas nesse campo repercutem positivamente nos direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio. Entre as políticas e programas, destaca-se, como, por exemplo, a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial com aumento

---

<sup>36</sup> GROVER, Anand. *Report to the General Assembly (main focus: criminalization of sexual and reproductive health)*. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>. Acesso em: 28 ago. 2017.

<sup>37</sup> BRASIL. Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html). Acesso em 21 ago. 2017

do número dos Centros de Atenção Psicossocial<sup>38</sup>. A Rede de Atenção Psicossocial articula e integra diversos serviços de saúde mental, e por se encontrar voltada para os cuidados de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a Rede se configura como uma das mais importantes ações de enfrentamento à problemática do suicídio.

32. Destacam-se outras iniciativas de âmbito nacional, como a adoção do primeiro Protocolo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) para autoagressão e risco de suicídio<sup>39</sup> em 2014; de diversos manuais sobre prevenção do suicídio, voltados para profissionais de saúde, publicados em parceria com a Organização Pan Americana de Saúde – OPAS; bem como a parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina para elaboração e oferta de curso na modalidade à distância sobre Crise e Urgência em Saúde Mental <sup>40</sup>, em que se aborda o tema do suicídio.

33. Na esfera estadual, ainda são escassos os programas e políticas públicas sobre o tema, excepcionalmente, o Distrito Federal lançou em 2012 o Plano de Prevenção do Suicídio, que se encontra alicerçado em cinco eixos: avaliação e monitoramento; compromisso político; prevenção; tratamento e pós-prevenção; e capacitação e informação<sup>41</sup>. No Estado do Rio Grande do Sul, tem-se a instituição do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, cujas atividades envolvem: articulação intersetorial com reuniões periódicas; capacitações; campanhas e participações em eventos e mídias<sup>42</sup>. No Estado do Piauí foi aprovada a implantação do Plano Estadual de Ações de Prevenção ao Suicídio no Estado do Piauí, em abril de 2017<sup>43</sup>. Em Salvador, no ano de 2007, foi criado o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio, que mantêm o acompanhamento aos

---

<sup>38</sup> BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 28 ago. 2017.

<sup>39</sup> Protocolo Samu 192 - Emergências Clínicas - SUPORTE BÁSICO DE VIDA - BC32 - Autoagressão e risco de suicídio p.87-91 in *Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 87-91.

<sup>40</sup> UNASUS. Capacitação a Distância - Crise e urgência em saúde mental. Disponível em <https://unasus.ufsc.br/crise/>. Acesso em: 28 ago. 2017.

<sup>41</sup> GDF. DF foi pioneiro na implementação de políticas de prevenção ao suicídio. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/7770-df-foi-pioneiro-na-implementa%C3%A7%C3%A3o-de-pol%C3%ADticas-de-preven%C3%A7%C3%A3o-ao-suic%C3%ADdio.html>. Acesso em: 28 ago. 2017.

<sup>42</sup> RIO GRANDE DO SUL. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/19110633-comite-estadual-de-promocao-da-vida-e-prevencao-do-suicidio-2017.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2017.

<sup>43</sup> PIAUÍ. Disponível em: [http://www.diariooficial.pi.gov.br/diario/201705/DIARIO15\\_decdfi451.pdf](http://www.diariooficial.pi.gov.br/diario/201705/DIARIO15_decdfi451.pdf). Acesso em: 29 ago. 2017.

pacientes que tentaram o suicídio, mas também oferece tratamento àqueles que não tentaram, mas que correm o risco de fazê-lo<sup>44</sup>.

34. Conforme dados oficiais, 28 hospitais universitários no país oferecem cuidados em saúde a pacientes em risco de suicídio, entre os quais o Hospital Universitário da Universidade de Juiz de Fora<sup>45</sup>.

35. No Brasil, entidades não-governamentais, tais como o Centro de Valorização da Vida, prestam serviços de prevenção ao suicídio<sup>46</sup>.

36. A prevenção efetiva do suicídio requer a manutenção de ciclo contínuo entre o aprendizado permanente sobre como enfrentar o problema do suicídio e a implantação de ações concretas pelo Estado na esfera da saúde, enquanto decorrentes de sua obrigação de direitos humanos de proteger e realizar os direitos das pessoas em risco de suicídio<sup>47</sup>. Com efeito, os Estados têm a obrigação de adotar medidas operacionais preventivas para proteger o indivíduo cuja vida se encontra em risco<sup>48</sup>.

### III. Arcabouço Conceitual

#### A. Direitos Humanos dos Pacientes

37. Os Direitos Humanos dos Pacientes são um ramo do Direito Internacional dos Direitos Humanos, que abarcam a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, o conjunto de convenções, pactos, declarações internacionais em matéria de direitos humanos; e a jurisprudência internacional construída pelos órgãos de monitoramento dos direitos humanos da ONU, do Sistema Europeu de Proteção dos Direitos Humanos, do Sistema Interamericano de Direitos Humanos e do Sistema Africano de Proteção dos Direitos Humanos. Dessa forma, nota-se que os Direitos

---

<sup>44</sup> CENTRO ANTIVENENO DA BAHIA. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/ciave/index.php?option=com\\_content&view=article&id=378&Itemid=283](http://www.saude.ba.gov.br/ciave/index.php?option=com_content&view=article&id=378&Itemid=283). Acesso em: 29 ago. 2017.

<sup>45</sup> PORTAL BRASIL. Hospitais universitários oferecem serviços de prevenção ao suicídio. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/05/hospitais-universitarios-oferecem-servicos-de-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em: 29 ago. 2017.

<sup>46</sup> PORTAL BRASIL. Hospitais universitários oferecem serviços de prevenção ao suicídio. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/05/hospitais-universitarios-oferecem-servicos-de-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em: 29 ago. 2017.

<sup>47</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017.

<sup>48</sup> CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS. CHAMBER JUDGMENT RENOLDE v. FRANCE. 16.10.2008

Humanos dos Pacientes, enquanto ramo de uma disciplina específica, o Direito Internacional dos Direitos Humanos, é essencialmente internacional, na medida em que os direitos humanos dos pacientes são aqueles previstos em documentos internacionais adotados no âmbito de organismos internacionais<sup>49</sup>.

38. Sendo assim, os Direitos Humanos dos Pacientes se fundamentam nos estudos de Albuquerque e de Cohen e Ezer sobre os Direitos Humanos nos Cuidados do Paciente. Contudo, a abordagem de Cohen e Ezer tem uma proposta mais ampla, a de articular uma referência que abarque todos os tipos de violação de direitos humanos que ocorram no âmbito dos cuidados em saúde<sup>50</sup>.

39. Cabe destacar que embora os Direitos Humanos dos Pacientes se entrelacem com os direitos dos pacientes não são semelhantes, os primeiros derivam de a dignidade humana inerente de todo ser humano e os segundos de bases consumeristas e centradas na perspectiva individualista do paciente.<sup>51</sup>

40. Com efeito, sob a perspectiva dos Direitos Humanos dos Pacientes, os cuidados com o paciente, como elemento interligado aos direitos humanos, merecem especial atenção. Verificam-se, cotidianamente, no contexto dos cuidados ao paciente, variadas violações de direitos humanos. Tais abusos de direitos humanos, consubstanciados na ofensa ao direito à privacidade, à confidencialidade de informações pessoais, na prática de atos discriminatórios, no tratamento desumano ou degradante, no desrespeito à autodeterminação e à escolha esclarecida, dentre outros, não apenas violam os direitos, como também impactam negativamente nos resultados do tratamento<sup>52</sup>. Nessa linha, cumpre assinalar que os Direitos Humanos dos Pacientes compreendem os seguintes direitos previstos em normas internacionais que se conectam diretamente com o contexto dos cuidados em saúde dos pacientes: direito à vida; direito a não ser submetido à tortura, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; direito à liberdade e segurança pessoal; direito ao respeito à vida privada; direito à informação; direito de não ser discriminado; e direito à saúde. A abordagem dos Direitos Humanos dos Pacientes extrai seu arcabouço teórico da jurisprudência internacional, conforme a pesquisa desenvolvida por Albuquerque<sup>53</sup>.

41. A análise das condições do cuidado do paciente em risco de suicídio implica a identificação de direitos humanos específicos que

---

<sup>49</sup> ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos Humanos dos Pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016.

<sup>50</sup> COHEN, Jonathan; EZER, Tamar. Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. *Health and Human Rights Journal*, v.15, n. 2, 2013.

<sup>51</sup> ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos Humanos dos Pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016.

<sup>52</sup> COHEN, Jonathan; EZER, Tamar. Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. *Health and Human Rights Journal*, v.15, n. 2, 2013.

<sup>53</sup> ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos Humanos dos Pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016.

lhes são aplicáveis. Com vistas à identificação dos direitos humanos aplicáveis a tais pacientes, primeiramente, se ancorou no elenco de direitos humanos dos pacientes proposto por Albuquerque<sup>54</sup> e posteriormente, realizou-se uma busca na literatura especializada sobre o paciente em risco de suicídio para a exemplificação de condutas que expressam violações a tais direitos com o objetivo de melhor enuncia-los, cujo resultado se encontra no Quadro-referencial constante do item subseqüentemente.

42. Assim, quanto aos direitos humanos dos pacientes, sob o prisma da Bioética, registram-se os princípios da autonomia e responsabilidade individual; consentimento; indivíduos sem capacidade para consentir; respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade Individual; privacidade e confidencialidade; e responsabilidade social e saúde da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. No âmbito do Sistema de Direitos Humanos da ONU, destacam-se o art. 4º do Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, que prevê o direito à vida, seu art. 7º, o qual estabelece o direito de não ser submetido à tortura ou a tratamento ou degradante; seu art. 9º, que estabelece o direito à privacidade; o art. 15, que trata do direito à informação; o art. 13, que assenta o direito à liberdade e seu art. 26, que dispõe sobre o direito de não ser discriminado. No âmbito do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, registra-se o art. 12, que prevê o direito à saúde.

## **B. Direitos Humanos dos Pacientes em Risco de Suicídio**

43. Vidal e Gontijo realizaram uma pesquisa com intuito de investigar o acolhimento por tentativas de suicídio nos serviços de urgência através da percepção de quem tenta<sup>55</sup>. Entre os resultados foram citadas situações de discriminação, atitudes negativas de toda a equipe: dos funcionários da recepção até enfermagem e médicos. As expressões de sofrimento eram nomeadas como manifestações histéricas, tratadas com descrédito, descaso, de forma hostil e desumana, especialmente nas ocorrências em que não havia risco de morte. Esse quadro é ratificado pelo estudo de Tavares que, ao colher depoimento de um profissional, registrou procedimentos desnecessários como: uma prescrição e administração de uma lavagem gástrica - justificada pela entrevistada como uma indicação supostamente terapêutica, uma forma de “*mostrar para o paciente o*

---

<sup>54</sup> ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos Humanos dos Pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016.

<sup>55</sup> VIDAL, C. E.; GONTIJO, E. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14.



que é bom!”<sup>56</sup> O sarcasmo em questão projeta o conteúdo agressivo da ação, assim como comunica ao paciente que ali não é o lugar para buscar apoio para o seu sofrimento. O ato de dizer não à existência parece delinear um confronto perante a ordem e ética médica, que realiza todos os esforços em direção à preservação da vida<sup>57</sup>.

44. Em decorrência da compreensão da tentativa de suicídio como um ato impregnado de intencionalidade, resultante de uma escolha, esse paciente é categorizado como aquele que não precisa de cuidados<sup>58</sup>. A negação ou subversão do cuidado reflete o preconceito e desinformação das tentativas de suicídio como um pedido de ajuda<sup>59</sup>, bem como viola os direitos de não ser discriminado e de não ser submetido a tratamentos degradantes. Na contramão da negligência, torna-se imperativo às condutas dos profissionais uma escuta com cordialidade, um tratamento com respeito, empatia com as emoções do paciente<sup>60</sup>.

45. Na maioria das vezes, os pacientes são liberados da emergência sem passar por avaliação psiquiátrica e não têm encaminhamento garantido aos serviços de saúde territoriais ou, quando necessário, aos especializados<sup>61</sup> – oportunidades perdidas para instituir e/ou dar continuidade ao tratamento, além de caracterizar descumprimento dos direitos à saúde e informação. Essas ações baseadas em preceitos morais estão associadas: 1) a uma evolução negativa do cuidado e intervenção terapêutica; 2) aumento do sentimento de desamparo; 3) a novas tentativas, muitas mais graves; 4) desencorajamento de novas busca de ajuda; etc.; de forma a esboçar um caminho oposto ao ideal de eficácia terapêutica<sup>62,63</sup>.

46. A marginalização que envolve os pacientes que tentaram suicídio comumente acarretam em abordagens inadequadas, precarização do cuidado e violação dos direitos dos mesmos. Essa

---

<sup>56</sup> TAVARES, Marcelo. Suicídio: O luto dos sobreviventes. In: Suicídio e os desafios para a psicologia. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2013.

<sup>57</sup> CARVALHO-RIGO, S. *A morte pode esperar? Clínica Psicanalítica do Suicídio*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2014.

<sup>58</sup> VIDAL, C. E.; GONTIJO, E. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14.

<sup>59</sup> VIDAL, C. E.; GONTIJO, E. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14.

<sup>60</sup> OMS/SUPRE, Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Transtornos mentais e comportamentais. Depart. de Saúde Mental, Genebra, 2000.

<sup>61</sup> VIDAL, C. E.; GONTIJO, E. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14.

<sup>62</sup> SILVA, T.; SOUGEY, E.; SILVA, J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Rev. Bioét.* (Impr.). 2015; 23 (2): 419-26.

<sup>63</sup> TAVARES, Marcelo. Suicídio: O luto dos sobreviventes. In: Suicídio e os desafios para a psicologia. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2013.

realidade não se expressa apenas pela mediação do estigma, mas também, pelo despreparo das equipes e ações do poder público para lidar com o fenômeno<sup>64</sup>, que contam com escassas estratégias de capacitação dos profissionais, promoção de políticas e programas de prevenção. Trata-se de um cenário que denuncia a contradição entre a política instituída e a prática dos serviços: o Estado brasileiro não cumpre o seu papel mínimo de proteção do direito à vida desses pacientes.

### **B.1. Os cuidados em saúde do paciente em risco de suicídio sob a ótica dos seus direitos humanos**

47. Sob a perspectiva dos Direitos Humanos dos Pacientes, os cuidados em saúde no contexto de pessoas que tentaram suicídio devem incorporar medidas para atenuar os riscos relativos à recorrência da prática. Com efeito, o cuidado hospitalar da pessoa internada em razão da tentativa de suicídio é um período delicado, logo, o cuidado deve ser sensível às especificidades desse paciente, para tanto, é importante que se fundamente no modelo do cuidado centrado no paciente. Da mesma forma, na alta hospitalar, há que ser particularmente observado o direito à informação do paciente, pois informações relativas à prevenção do suicídio são relevantes para o paciente e seus familiares.<sup>65</sup> Acrescente-se, ainda, tratar-se de um tema tabu entre profissionais de saúde, que em sua maioria possuem crenças baseadas no senso comum, acreditando que falar sobre o suicídio ou ideias suicidas leva ao ato em si.

48. Os cuidados em saúde do paciente em risco de suicídio há que ser permeado pelo imperativo da sua não discriminação pela equipe de saúde. Há um estigma associado à doença mental e ao seu tratamento, bem como às pessoas que tentam o suicídio,<sup>66</sup> o qual pode conduzir a equipe de saúde a adotar comportamentos discriminatórios, que significam a distinção, exclusão ou restrição baseada na tentativa de suicídio e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício de direitos pelo paciente, o que, por si só, consiste em violação ao seu direito de não ser discriminado. Assim, o Estado deve adotar medidas efetivas

---

<sup>64</sup> SILVA, T.; SOUGEY, E.; SILVA, J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Rev. Bioét.* (Impr.). 2015; 23 (2): 419-26.

<sup>65</sup> ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO. Disponível em: <http://www.abeps.org.br/>. Acesso em: 29 ago. 2017.

<sup>66</sup> PORTUGAL. *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/i020160.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2017.

que reduzam a discriminação dos pacientes que buscam os serviços de saúde após uma tentativa de suicídio.<sup>67</sup>

49. Em todas as fases do cuidado do paciente em risco de suicídio, a equipe de saúde há que levar em conta seu direito à privacidade, pois a divulgação de fatos relativos à tentativa pode constrangê-lo e incrementar seu sofrimento psíquico. Previamente à realização de contato com a família ou outras pessoas próximas do paciente, é importante que o profissional solicite ao paciente autorização para transmitir informações pessoais.<sup>68</sup>

## **B.2. Pacientes com vulnerabilidade acrescida**

50. Alguns pacientes em razão de fatores pessoais ou contextos externos apresentam vulnerabilidade acrescida, fato que se encontra reconhecido na esfera internacional por meio dos Relatórios elaborados pelo Relator Especial sobre o Direito à Saúde, vinculado ao Conselho de Direitos Humanos da ONU<sup>69</sup>. A obrigação do Estado de proteger tais pacientes o impele à adoção de medidas que os protejam da discriminação e da estigmatização, conforme o previsto no art. 2º da Declaração Universal de Direitos Humanos, no parágrafo 2º do art. 2º do Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, e o reafirmado no art. 11 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO.

51. Os direitos dos pacientes que pertencem a grupos vulneráveis há que ser assegurados por meio de mecanismos de apoio apropriados a superar obstáculos impostos pela condição particular do paciente que incrementa sua fragilidade nos cuidados em saúde<sup>70</sup>. De modo algum o reconhecimento da vulnerabilidade particular deve conduzir o Estado a adotar medidas paternalistas ou excessivamente restritivas de direitos, ao revés, há que estimular esses pacientes a desenvolver suas capacidades e funcionalidades de modo a participar ativamente de seus cuidados em saúde.

---

<sup>67</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017.

<sup>68</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf). Acesso em: 29 ago. 2017.

<sup>69</sup> GROVER, Anand. *Report to the General Assembly (Main focus: right to health and informed consent)*. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>. Acesso em: 28 ago. 2017.

<sup>70</sup> GROVER, Anand. *Report to the General Assembly (Main focus: right to health and informed consent)*. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>. Acesso em: 28 ago. 2017.

52. A quantidade de suicídio praticada por grupos vulneráveis e marginalizada é elevada, jovens e pessoas idosas estão também entre os grupos etários com maior tendência a ter ideias relacionadas ao suicídio<sup>71</sup>. Sendo assim, esses grupos precisam de maior atenção e de proteção seja no que tange às políticas de prevenção do suicídio, seja nos seus cuidados em saúde, de modo a prevenir sua discriminação e estigmatização, que são potencializadas por sua condição específica de vulnerabilidade, e a assegurar sua participação na tomada de decisão sobre seu tratamento.

### **B.3. Direitos Humanos dos Pacientes e prevenção de suicídio**

53. Embora este Relatório não tenha como objeto a prevenção do suicídio, é importante registrar que a prevenção se relaciona com os cuidados em saúde do paciente em risco de suicídio e os direitos humanos correlatos. Reconhece-se que o escopo da prevenção é bem mais amplo do que cuidados em saúde e garantia de direitos humanos, porém tais aspectos ultrapassam o objeto deste Relatório.

54. O direito à informação do paciente há que ser observado de forma responsável por parte dos profissionais de saúde, pois o paciente deve ser informado sobre aspectos relacionados à sua condição de saúde por meio de uma abordagem que considere as diretrizes de prevenção. No mesmo sentido, a informação não deve estar desconectada do apoio psicossocial a ser ofertado pelos serviços do Estado ao paciente e à sua família<sup>72</sup>.

### **B.4. Qualidade dos cuidados em saúde dos pacientes em risco de suicídio**

55. O direito do paciente a cuidados em saúde de qualidade, ou seja, que não lhe causem dano ou agravem sua condição integra os Direitos Humanos do Paciente e aponta para a obrigação dos Estados de realizar o direito à saúde sob o enfoque da qualidade. Sendo assim, segundo a OMS, 38% dos Estados apresentam treinamentos em avaliação e intervenção em contextos de suicídio, os quais são amplamente disponibilizados para profissionais de saúde mental<sup>73</sup>

56. Para incrementar a qualidade dos cuidados para pacientes em risco de suicídio cabe ao Estado melhorar as competências dos profissionais dos cuidados primários e da saúde mental,

---

<sup>71</sup> OMS. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Genebra: OMS, 2013.

<sup>72</sup> OMS. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Genebra: OMS, 2013.

<sup>73</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017

notadamente quanto ao reconhecimento dos direitos humanos das pessoas em risco de suicídio e em situação de vulnerabilidade acrescida<sup>74</sup>.

57. O treinamento e a educação fundados nos direitos humanos com vistas a melhorar a qualidade dos cuidados em saúde e assegurar que as intervenções clínicas sejam baseadas em evidências particularmente para pessoas que tentaram suicídio são medidas essenciais a serem adotadas pelo Estado<sup>75</sup>.

### C. Quadro-referencial de violações de direitos humanos de pacientes em risco de suicídio

58. Com o objetivo de compreender a violação dos direitos humanos dos pacientes no contexto dos cuidados em saúde, o Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes elaborou o Quadro-referencial abaixo que contém os direitos extraídos de tratados de direitos humanos ratificados pelo Estado brasileiro e o exemplo de condutas praticadas no contexto dos cuidados em saúde de pacientes em risco de suicídio que violam tais direitos.

<b>Direito Humano do Paciente</b>	<b>Condutas caracterizadoras da violação (exemplificativo)</b>
Direito à vida (Declaração Universal de Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos; Convenção Americana sobre	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ausência de abordagem preventiva de novas tentativas de suicídio tão logo esses pacientes deem entrada nas emergências, que envolva profissionais de saúde que saibam identificar, notificar uma tentativa de suicídio e encaminhar os pacientes para serviços de atenção psicossocial especializados.</li> <li>2) Provisão de cuidados em saúde restritos às sequelas físicas da</li> </ol>

<sup>74</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017.

<sup>75</sup> WHO, *Preventing Suicide. A global imperative*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 5 maio 2017

<p>Direitos Humanos).</p>	<p>tentativa (traumas, perfurações, hemorragias, intoxicações), negligenciando os aspectos psicossociais que motivaram ou condicionaram a tentativa.</p>
<p>Direito à privacidade (Declaração Universal de Direitos Humanos; Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Convenção Americana sobre Direitos Humanos).</p>	<p>3) Prescrição, injustiçada ou sem análise criteriosa, de quartos de isolamento, monitoradas por câmeras e escotilhas, ou designar um funcionário para monitorar o paciente de 15 em 15 minutos. O monitoramento pode exigir, por exemplo, que até a ida ao banheiro seja observada. O paciente pode não ser autorizado a fechar a porta do banheiro, por exemplo, atitude justificada pelo risco de tentativa de suicídio.</p> <p>4) Desrespeito à autonomia do paciente, uma vez que a tentativa de suicídio é muito frequentemente atribuída a um transtorno mental e a um estado passageiro ou permanente de descontrole.</p> <p>5) Violação da confidencialidade das informações pessoais, na medida em que profissionais podem considerar que informar os familiares e empregadores sobre sua tentativa e outros diagnósticos sem sua autorização é uma forma de proteger o paciente, ou no caso em que a divulgação da informação sobre o paciente é manifestação de especulação, curiosidade e/ou falatório entre as pessoas da equipe de saúde.</p>
<p>Direito a não ser submetido a tratamento desumano ou degradante</p>	<p>6) Emprego de tratamento hostil para com os pacientes, que podem ser legitimados com um “discurso pedagógico e moral” a fim de que “aprendam” com a experiência negativa e não tente</p>

<p>(Declaração Universal de Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos; Convenção Americana sobre Direitos Humanos).</p>	<p>não tente outra vez.</p> <p>7) Desconsiderar as necessidades do paciente, privando-o de condições fundamentais para o cuidado e adesão ao tratamento, potencializando o risco de suicídio, como colocá-lo em um quarto, cuja cama fica ao lado de uma janela num andar alto do hospital.</p> <p>8) Utilização de discurso humilhante, como o uso de expressões como: “Você não queria morrer, agora aguenta a dor!”, “Da próxima, vez pula do décimo andar. Pular do quarto não mata.”, “você cortou seus pulsos errado, dá próxima deve cortar assim”, “toma a caixa toda de remédios e morre logo para não dar trabalho”, “Você não quer morrer, quer chamar a atenção”, “da próxima vez faz direito”.</p> <p>9) Deixar o atendimento do paciente suicida por último no plantão.</p> <p>10) Não oferecer meios de alívio de dor e analgesia, submetê-lo propositalmente a métodos mais dolorosos de tratamento, como por exemplo, introdução de sondas nasogástricas para limpeza estomacal sem necessidade ou de forma agressiva.</p> <p>11) Amarrar o paciente à cama, sedado.</p> <p>12) Colocar o paciente em quartos trancados, sem direito de contato com a família e ou amigos.</p>
<p>Direito à informação (Declaração Universal de Direitos</p>	<p>13) Não informar o paciente que ele pode estar com um problema de saúde mental tratável (como depressão, alcoolismo, esquizofrenia) e que será</p>

<p>Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos; Convenção Americana sobre Direitos Humanos).</p>	<p>conduzido ao setor responsável (como a psiquiatria, ou um CAPS). 14) Deixar de informar o paciente sobre a existência de alternativas terapêuticas para o seu sofrimento em seu território.</p>
<p>Direito à liberdade (Declaração Universal de Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos; Convenção Americana sobre Direitos Humanos).</p>	<p>15) Privar o paciente de liberdade sem a observância dos preceitos éticos e de direitos humanos. 16) Impedir o paciente, quando internado, de acessar o meio externo e entrar em contato por telefone ou por qualquer outro meios com a família, por exemplo.</p>
<p>Direito de não ser discriminado (Declaração Universal de Direitos Humanos; Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais;</p>	<p>17) Expressar julgamentos morais e religiosos sobre a conduta do paciente. 18) Adiar ou negar atendimento ao paciente com conduta suicida com base no julgamento moral da sua conduta. 19) Realizar diagnóstico de transtornos mais severos do que o quadro de fato apresenta e prescrever medicação controlada sem uma avaliação criteriosa e global do estado geral do paciente, sob a justificativa de preservar a vida controlar a crise suicida.</p>



<p>Convenção Americana sobre Direitos Humanos).</p>	
<p>Direito à saúde (foco na qualidade) (Declaração Universal de Direitos Humanos; Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Protocolo de San Salvador).</p>	<p>20) Falta da disponibilização de serviços qualificados, como, por exemplo, sem abordagem biopsicossocial adequada, para atender pacientes com tentativas e condutas suicidas.                  21) Ausência de profissionais qualificados que sejam aptos a identificar e notificar tentativas de suicídio.                  22) Ausência de encaminhamento do paciente a serviços psicossociais especializados, capazes de oferecer uma abordagem biopsicossocial do suicídio.</p>

#### IV. Violações dos direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio no Brasil

59. Com o objetivo de aprofundar o estudo da violação dos direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio no Brasil, o Observatório de Bioética e Direitos Humanos realizou entrevistas com 7 profissionais de saúde com experiência na temática, 2 pacientes que tentaram suicídio e 2 familiares de pacientes que já se colocaram nessa situação. As entrevistas foram realizadas nas cidades de Porto Alegre, Salvador, Brasília e Goiânia, as quais foram escolhidas por conveniência. As entrevistas têm o condão de ilustrar as violações e seus contextos por meio de experiências vividas com o intuito de propiciar a reflexão sobre o tema, mormente sobre o papel do Estado

quanto à efetivação dos direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio. As entrevistas não tem o objetivo de produzir, no bojo deste Relatório, conhecimento científico, mas tão somente ilustrar contextos e situações de violações previamente identificadas em pesquisa bibliográfica.

## A. Violações relatadas

### 1. Direito à vida.

<b>Direito Humano do Paciente</b>	<b>Condutas caracterizadoras da violação</b>
Direito à vida	<p><b>PROFISSIONAIS</b></p> <p>P 4 - “imagina o caso de uma pessoa que tomou medicamentos com álcool e sofre uma overdose [...] se tu notifica [a tentativa de suicídio] só como ‘overdose’, tu não permite que a pessoa busque atendimento para a tentativa de suicídio, tu ajuda a alimentar um segredo e isso ser um estressor. Daí existe uma grande correlação entre o estresse e novas tentativas de suicídio”.</p>
	<p><b>FAMILIARES</b></p> <p>F1- “Tratou como se fosse uma pessoa normal que se cortou, não, não procurou investigar, fazer um tratamento mais rigoroso, um exame, encaminhar ela pra um lugar específico pra ver o que levou ela a fazer isso...”</p>
	<p><b>PACIENTES</b></p> <p>P1 - “Dessa terapia em grupo começou a... a ter uns questionamento que me levava a uma situação que pra mim tava desagradável...eu fugi daquele local, porque eu não quis dar mais seguimento naquele tratamento. Depois, eu comecei a... a deformar o meu corpo... pra que as pessoas não sentissem seduzidas por mim, porque comecei a achar que eu... que aquilo acontecia porque eu seduzia as pessoas, eu provocava as pessoas para que elas fizesse isso”</p>

	P2 - “ela (médica) disse que se eu quisesse morrer, eu ia morrer, mas que eu não ia atrapalhar o final do plantão dela. Ela pegou a bolsa e foi embora. Ela não me atendeu... A partir do momento que é me é negado o direito à vida, né?! É ... toda uma cadeia é correlacionada, é atingida.”
--	---

## 2. Direito à privacidade

<b>Direito Humano do Paciente</b>	<b>Condutas caracterizadoras da violação</b>
Direito à privacidade	<p><b>PROFISSIONAIS</b></p> <p>P 6 - “Ela estava exposta nua não só na frente dos profissionais, no caso do plantão eram enfermeiros, homens, mas também diante de outras pessoas que estavam na emergência naquele local”.</p> <p>P 4 - “familiares que às vezes solicitam para as equipes que alterem o registro – então, uma pessoa se joga de um andar e sobrevive com múltiplas fraturas, mas fica o acolhimento de ser um poli traumatizado”.</p>
	<p><b>FAMILIARES</b></p> <p>F2 - “...até pessoas que trabalham nesta área, trabalham com paciente eu acho que eles tem que saber lidar dar com estas situações, porque assim, muitas vezes a pessoa vai ela quer falar, ela esta passando por muitos problemas, quer achar uma pessoa confiável e hoje em dia as pessoas não confiam, porque não passam esta confiança...”</p>
	<p><b>PACIENTES</b></p> <p>P2 - “...Eu creio que sim. E creio até que zombam. Porque eu já vi profissional zombar..” “É... repetindo os gestos dos paciente, repetindo a fala do paciente, o riso</p>

	do paciente. Eu creio que muitos são cientes de suas falhas..”
--	--

### 3. Direito a não ser submetido a tratamento desumano ou degradante

<b>Direito Humano do Paciente</b>	<b>Condutas caracterizadoras da violação</b>
Direito a não ser submetido a tratamento desumano ou degradante	<p><b>PROFISSIONAIS</b></p> <p>P 5 - “[as equipes fazem] utilização de sondas mais calibrosas para provocar dor em lavagens gástricas”</p> <p>P 2 - “Mas com o suicida, eles sempre falam o querem, os médicos principalmente, né?! [...] O suicida que é uma morte violenta e que seria o ápice do sofrimento, ele não é acolhido justamente porque ali ele prescinde do saber médico. Então ele é uma pessoa que deve ser descuidada.”.</p> <p>“E aí ela tentou suicídio porque ela queria morrer. Só que ela não morreu, mas o bebê morreu. [...] Ela saiu da UTI, ela foi para as enfermarias e as auxiliares de enfermagem diziam que ela era uma assassina, porque ela não queria... Na verdade ela não queria o filho, ela não queria se matar. Ela queria abortar a criança! Precisava ter esperado até oito meses? Que ela era uma assassina. Não queriam levar a comida pra ela. Ela estava na época com soro nos dois braços, tinha que dar na boca a alimentação. Ela estava com os dois braços presos no soro e várias coisas. Elas se recusavam a ir: “Vai ficar com fome.”</p>
	<p><b>FAMILIARES</b></p> <p>Não foram relatadas violações ao direito a não ser submetido a tratamento desumano ou degradante nas entrevistas realizadas.</p>

	<p>PACIENTES</p> <p>P1 - Presenciou a violação da familiar e de paciente inter</p> <p>P2 - “...E aí a psicóloga falou pra ela que se ela fizesse a e ela ia tomar o castigo dela... “você vai ser retirada agora normas..”</p> <p>“...Aí sim quando eu liguei minha irmã falou assim “de forte que até a menstruação dela desceu” ... Então assim eu ter contato comigo minha irmã de jeito nenhum, fale “já liguei pra aí três vezes hoje”, então assim eu nunca minha irmã ela tá medicada, não, porque ela tá dormindo. Aí demorou um pouquinho veio outra ligação. Ela não conseguia nem falar, o estado que ela estava, por amarraram ela, deram injeção nela, eu fui lá...”</p> <p>P2 - Eu já vivi. Já ouvi muito: “Vou preparar a medicação da louca!” Já ouvi muito: “Ah, quer morrer? Por que não se mata? Fica aqui me dando trabalho!” E a última tentativa de suicídio, que ocorreu em 2010, eu vim parar aqui no Hospital X. A médica se negou a me atender...”</p>
--	--

#### 4. Direito à Informação

Direito Humano do Paciente	Condutas caracterizadoras da violação
Direito à informação	<p>PROFISSIONAIS</p> <p>Não foram relatadas violações ao direito à informação nas entrevistas realizadas</p>
	<p>FAMILIARES</p> <p>F2- “A primeira psicóloga que eu levei ela é..., não lembro minha mãe também não deu certo, porque ela não instigou a pessoa se abrir, a pessoa falar alguma coisa...”</p>

	<p>“Você vai no psiquiatra ele fala com a pessoa, mal ouvi passa o remédio e pronto, e não é assim, pelo o que to eles trabalharem em forma de palestras, se a pessoa não ficar naquela área..”</p> <p>“Falta muita informação, porque as pessoas hoje elas maltratadas, muito discriminadas por essa parte ai, por dela, porque tem muita gente que não sabe direito q familiar também por falta de procurar informação, não esse direito..”</p> <p>F1 - “.... Não, não. Deu a lavagem e a liberou pra casa..”</p>
	<p>PACIENTES</p> <p>P1 - “...que preparação é desse profissional que invés de acalmar o paciente, invés de, porque as vezes não é só o paciente que precisa ser acalmado, não é só o paciente que precisa de uma palavra, as vezes o, o acompanhante precisa de um cuidado...”</p> <p>“. É... eu tinha 18 anos quando eu fui a primeira vez ser tratada através de saúde mental, porque tinha feito uso de muitas medicações, tipo pra mim é... não era tentativa de suicídio ..até pouco tempo agora vamos ver eu tou com 10 anos já aqui no ( X ). Mais até pouco tempo eu ainda não consegui entender como tentativa de suicídio, para mim tudo isso não passava de... eu não querer presenciar as situações, então eu tomava a medicação pra dormir</p>

## 5. Direito à liberdade

Direito Humano do Paciente	Condutas caracterizadoras da violação
Direito à liberdade	<p>PROFISSIONAIS</p> <p>Não foram relatadas violações do direito à liberdade nas entrevistas realizadas.</p>
	<p>FAMILIARES</p>

	<p>Não foram relatadas violações do direito à liberdade nas entrevistas realizadas.</p>
	<p><b>PACIENTES</b></p> <p>P1 presenciou violações de direitos do paciente.          Profissional “...você vai ser retirada agora, você descumpriu as normas...” P1: - “ah ela descumpriu as normas e vai ser retirada” Profissional: “Sim”.          P1: mais está no horário de visita          P1) “olhe faz favor de passar esse telefone agora pra minha irmã, porque eu quero falar com ela... porque eu já liguei o dia todo e essa é a única desculpa que vocês me dão, eu não vou aceitar...”</p>

## 6. Direito a não ser discriminado

<p><b>Direito Humano do Paciente</b></p>	<p><b>Condutas caracterizadoras da violação</b></p>
<p>Direito a não ser discriminado</p>	<p><b>PROFISSIONAIS</b></p> <p>P 2 - “Um médico falou para uma paciente: ‘Você veio pra atrapalhar o meu plantão! Você não está querendo se matar. Se você quisesse se matar... Dá próxima vez você vai ao [lugar alto da cidade] e se joga, que é tiro e queda!’”</p> <p>P 4 - “as equipes abordam com tom jocoso, preconceituoso, de ‘você tava tentando chamar atenção, se quisesse mesmo ter se matado, se matava”</p> <p>P 1 - “...teve uma que tentou recentemente. Veio para o Hospital X e aí fizeram a passagem da sonda, só que não deram nenhuma medicação. Ela entrou meio dia do domingo, meio dia de segunda-feira ela estava com a sonda sem darem nenhuma medicação, sem terem feito lavagem, nada. E aí ela foi atrás de uma residente de medicina, pra pedir pra tirar, já que não tinham feito nada. A residente de medicina estava com outros estudantes e falou assim: “Ó minha querida, aqui a</p>

	<p>gente tem que priorizar quem quer viver!”</p> <p>P 2 - “Chega na UPA e os médicos dizem ‘Isso é falta de Deus, vá pra casa! Seu lugar não é aqui não. Vá pra casa’ Várias vezes. Até que a gente consegue um psiquiatra, um médico amigo de X (um dos médicos do serviço). Imagine, pedindo aos amigos que vai dar plantão que segure essa paciente que ela tem que ser regulada de manhã para o Hospital Y. Na passagem do plantão, vem outra médica: ‘Você aqui de novo? Não já mandei você ir pra casa? Seu problema é na Igreja menina, vá procurar uma Igreja!’ Aí essa discriminação num hospital geral e numa UPA...”</p>
	<p><b>FAMILIARES</b></p> <p>Não foram relatadas violações do direito a não ser discriminado nas entrevistas realizadas.</p>
	<p><b>PACIENTES</b></p> <p>P2 - “...Sendo estigmatizada. Principalmente a área de saúde mental, essa palavra “estigma”, ela todo o tempo, ela é batida, né? Nessa tecla..”          “...Eu já vi profissional zombar. repetindo os gestos dos paciente, repetindo a fala do paciente, o riso do paciente..”</p> <p>P1 - “...A funcionária do (lugar X) falou assim, “ah é louca, ah não fique assim não” ...          É uma falta de respeito com o paciente”</p>

## 7. Direito à saúde

<b>Direito Humano do Paciente</b>	<b>Condutas caracterizadoras da violação</b>
Direito à	PROFISSIONAIS



<p>saúde (ênfase na qualidade)</p>	<p>P 2 - “um psiquiatra de um CAPS do interior, que a paciente pedia... ela recebia medicação diariamente. Porque ela já tinha tentado suicídio várias vezes. Então, todo dia ia ao CAPS. Então ela teve uma ideia de dizer que vinha passar um mês fora na casa da irmã. E aí eles deram a medicação para um mês, aí ela foi lá e tomou de uma vez. Aí o psiquiatra [...] falou assim, ‘Agora você vai ficar sem medicação, não te medico mais pra você aprender.’ [...] Ou seja, punição porque ela tinha descumprido, mal enganado as pessoas, né?!” (</p> <p>“Não assegurar o encaminhamento na rede de saúde mental pra o usuário, isso é muito complicado. Como hoje eu fiz duas triagens aqui de pessoas que foram encaminhadas pra cá. Mas que já estão, uma na décima sétima tentativa e a outra na quinta tentativa. Eu perguntei: ‘Vocês não fazem acompanhamento em nenhum lugar?’ ‘Não, porque não tem vaga’. E eu sei que é verdade! Então, muitas destas tentativas poderiam ter sido evitadas se elas tivessem já fazendo acompanhamento”</p>
	<p>FAMILIARES</p> <p>F 1- “... mais pra tratamento mesmo foi uma luta pra conseguir de minha sobrinha e de minha cunhada um tratamento adequado”</p> <p>“..eles não deram importância a isso, e ela começou a ter várias crises devido a problema da depressão mesmo..”</p>
	<p>PACIENTES</p> <p>P1 - “.. Quando você consegue encontrar uma vaga em um lugar, você não tem pessoas qualificadas, treinadas para você lidar com essa situação...; Precisa de cuidados diferenciados, tem pessoas que não tem esse olhar, não tem essa sensibilidade, não tem noção disso. Então assim a gente precisa de respeito, precisa de, de é... é a até meio vai e volta quando a gente fala assim “não a gente nunca ser discriminado...”</p> <p>P1 - “... lá eu acabei sendo... uma forma inadequada de tratamento...não tinha uma forma adequada de conduzir um paciente ...ali houve situações que me fizeram deixar</p>

	<p>o tratamento...”</p> <p>P2 - “Aí você chega na Instituição...você dá de cara com um profissional ...que te trata mal, que nem na sua cara olha...”</p>
--	---

## **B. Percepção dos atores envolvidos**

60. As entrevistas realizadas também buscaram identificar a visão dos entrevistados em relação à percepção dos atores envolvidos nos cuidados em saúde da pessoa em risco de suicídio quanto às violações de direitos humanos com vistas a compreender em que medida os envolvidos apreendem o vivido no contexto dos cuidados em saúde dos pacientes em risco de suicídio como uma questão de direitos humanos. Nos itens abaixo serão abordadas as visões dos três grupos de entrevistados.

### **1. Profissionais de saúde**

61. Os profissionais entrevistados divergem sobre a percepção das violações dos direitos humanos por parte dos profissionais de saúde. Aqueles que consideram que os profissionais não as percebem apontam os seguintes argumentos: 1) não há consenso sobre o paradigma da saúde, conseqüentemente, do direito à saúde; 2) quem viola, o faz por ignorância; 3) os profissionais de saúde não têm oportunidade de discutir sobre direitos humanos no contexto da saúde, seja pela impossibilidade, pela inexistência dessa pauta ou, mesmo, pela ausência da percepção do fenômeno como pluridimensional; 4) há uma lógica produtivista nos serviços de saúde, que faz com que a produção quantitativa de procedimentos esteja acima da qualidade do atendimento.

62. “Pouquíssimos no campo da saúde fazem a discussão dos direitos humanos, o próprio acesso à saúde, o direito à saúde como direito humano não é um paradigma consensual entre as equipes. Isso envolve desde a pessoa ter direito ao protagonismo no seu tratamento e a situação de controle social, até mesmo questões básicas de dia-a-dia, quando acessam um serviço de saúde.” (PROFISSIONAL 4)

63. Os entrevistados que sustentam a presença da percepção dos direitos humanos entre os profissionais de saúde, afirmam que os profissionais que violam tais direitos o fazem-no de maneira consentida, ou seja, consideram que os direitos dos pacientes podem ser desrespeitados em razão do cuidado em saúde decorrer de uma tentativa de suicídio - ato que parece corromper com o “pacto entre os vivos”.

64. “Eu acredito que os profissionais percebam, ainda assim, eles acreditam que eles estão no direito de violar, porque aquela pessoa que atenta contra a própria vida vai contra... outros princípios, que eles acreditam que são princípios, profissionais, pessoais, sabem lá o quê, morais, éticos... Parece que isso dá direito a eles a esse tipo de violação. Então, é uma violação, mas é uma violação que eu tenho direito de fazer. Violação por violação, quem está errado? Os que percebem como violação, nem todos eles tem ainda uma postura de enfrentamento em relação à equipe de... “não pode ser dessa forma”, “não vou fazer isso”... se omitem”. “O enfrentamento, na maioria das vezes, mesmo percebendo que não deve ser feito e não fazendo, se omitem. A omissão também é uma forma de violação.” (PROFISSIONAL 3)

65. Em relação à percepção dos pacientes e familiares, as respostas seguem a mesma argumentação. Três entrevistados profissionais entendem que a população, de modo geral, não conhece os direitos humanos dos pacientes, mas sabe ou sente que, em algum momento, estão sendo violados: “Se eu seguir com o raciocínio de que direitos humanos não é um tema consensuado pela população, não, eles não vão saber que ali tem direitos humanos sendo violados. Não são apropriadas da discussão, mas elas sabem, elas sabem que em algum momento elas estão sendo violadas.” (PROFISSIONAL 4)

66. Aqueles que advogam a presença da conscientização acerca dos direitos humanos no âmbito dos cuidados em saúde, afirmam que os pacientes e familiares reconhecem tais direitos, no entanto, não se queixam por medo de represália ou de novas violações:

67. “Eu acho que eles entendem, mas ao mesmo tempo, principalmente nos serviços públicos, as pessoas acreditam ainda que no Brasil, mesmo com tanto esclarecimento sobre que é o que é o SUS, com todos os princípios que ele prega. A gente tem muito conhecimento sobre isso. Hoje a população está muito mais esclarecida, eles ainda acreditam que eles estão ali num atendimento que é gratuito e que, mesmo se sentindo violados, por esse atendimento gratuito, que de alguma forma pode ser de qualidade, preferem silenciar... mesmo se sentindo violados. Não sei, acredito que, muitas vezes por medo também que aconteçam outras violações ou porque tem essa ideia equivocada do atendimento gratuito. Já tô de alguma forma recebendo alguma coisa, o quê que eu vou mais questionar?” (PROFISSIONAL 3)

68. Um entrevistado ressaltou ser diferente nas clínicas psiquiátricas particulares, pois a família, quando tem um nível de esclarecimento maior e um poder aquisitivo melhor, se permite indagar mais os profissionais de saúde.

## 2. Familiares

69. De acordo com os entrevistados familiares, a maior parte dos profissionais de saúde não tem consciência das violações dos direitos humanos dos pacientes, o que, por si só, não os impede de perceber as inúmeras situações de descaso para com o paciente. “É assim, tem situações que os profissionais enxergam sim os direitos humanos, tem

profissionais que eu já fui e conheço e que tratam de uma forma assim muito, não vou generalizar, falar que são todos, mas eu acho que a minoria trata com direitos humanos, direito de ir e vir, de você ser bem tratada, de você ser respeitada, as pessoas respeitarem você, então assim, um sabe que é direito das pessoas, mas a maior infelizmente não tratam” (FAMILIAR 2).

70. Os familiares consideram que é fundamental ter conhecimento dos seus direitos e que a maioria da sociedade não tem. Ainda, entendem que cabe ao Estado e aos profissionais de saúde divulgar tais direitos e promover o tratamento digno e com respeito do paciente.

71. “Eu como sendo parte da família eu acho sim. Que é... a pessoa tem que ter os seus direitos e ser bem informados do que está acontecendo e o Estado ter a obrigação de ajudar aquela pessoa, tem que ter o lugar certo com os seus profissionais pagos pelo Estado pra ajudar aqueles pacientes que precisam do tratamento”. (FAMILIAR 1).

72. “... eu tenho certeza falta muita informação, porque as pessoas hoje elas estão sendo muito maltratadas, muito discriminada por essa parte aí, por não saber dos direitos dela, porque tem muita gente que não sabe direito que ela tem, o próprio familiar também por falta de procurar informação, não sabe até onde ele tem esse direito ali de saber, até o limite que ele pode ir, as pessoas chegam no lugar tratam mal...” (FAMILIAR 2).

73. Embora os familiares não tenham um entendimento amplo e embasado acerca dos direitos dos pacientes, conseguem identificar em certas situações a violação de tais direitos. No mesmo sentido, também notam que a violação impacta significativamente na vida do paciente, que comumente precisa de ajuda dos familiares, o que provoca o aumento do sofrimento do paciente e das pessoas que o acompanham.

### **3. Pacientes**

74. De acordo com os pacientes entrevistados, os familiares e os pacientes não têm consciência de seus direitos, pois se encontram em situação de grande vulnerabilidade. “Eu creio que não. Estão tão fragilizados às vezes que não se dão conta disso” (PACIENTE 2).

75. Por outro lado, quando se trata de profissionais, afirma-se que, nas situações vividas, muitos têm consciência que estão violando os direitos humanos dos pacientes. “Eu creio que sim, eu creio que sim. E creio até que zombam. Porque eu já vi profissional zombar... É... repetindo os gestos dos pacientes, repetindo a fala do paciente, o riso do paciente. Eu já vi profissional da área fazer isso. Eu creio que não é no total, não é na sua totalidade. Eu creio, muitos são cientes das suas falha ” (PACIENTE 2).

#### **C. As violações de direitos humanos do paciente em risco de suicídio e o impacto nos cuidados em saúde**

76. Quando questionados a respeito dos impactos relacionados às violações de direitos humanos dos pacientes nos cuidados em saúde, os entrevistados mencionaram o fortalecimento do estigma sobre o tema do suicídio, além da correlação entre o sofrimento/estresse causado pelas violações e possíveis novas tentativas de suicídio. Os profissionais consideraram que as violações de direitos humanos dos pacientes representariam uma reprodução de violências e negligências, capaz de agravar os quadros psicopatológicos e de sofrimento dos pacientes e seus familiares.

77. Os entrevistados trouxeram exemplos do impacto do tratamento discriminatório na vida dos pacientes: “Que é justamente quando o paciente volta, vem pro ambulatório, e diz assim: ‘Se até o médico diz que eu devo morrer que eu devo me atirar lá de cima [...] é porque eu tenho que morrer mesmo, é porque eu não presto’.” (PROFISSIONAL 2)

“... as coisas que a gente fala, mesmo que a gente não fale, mas a forma como nosso corpo age, às vezes demonstrando menosprezo, desprezo, uma falta de sensibilidade, isso impacta o outro, que está muito sensível. O outro está muito sensível! Quando eles vêm nos buscar, eles vêm nos buscar no sentido do acolhimento mesmo. Então vários relatos aqui de que, muitas vezes esse tipo de situação termina impactando na iminência de um ato suicida mesmo. Ou de uma desistência do tratamento, né?! E essa desistência, claro, vai levar numa piora do quadro, a gente sabe, aí, a outras tentativas de suicídio.” (PROFISSIONAL 1)

78. Houve um consenso no sentido de que as violações de direitos humanos dos pacientes poderiam levar a um ciclo de: a) desistência do tratamento; b) dificuldades na recuperação do paciente; c) piora do quadro; d) novas tentativas de suicídio, possivelmente ocasionando, inclusive, mais mortes por suicídio.

79. Os profissionais entrevistados também trouxeram o tema da violação de direitos humanos dos pacientes articulado com consecutivas outras violações de direitos, o que conduz à reflexão sobre a interdependência e indivisibilidade dos direitos humanos, e a sobreposição de vulnerabilidades que impactam a vivência e a sobrevivência dessas pessoas:

“O comportamento suicida é bastante complexo e muitos fatores influenciam na constituição do risco. Fatores sociais, culturais, psicológicos e biológicos integram a composição do risco e muitos deles podem ser considerados como violação de direitos humanos. Alguns exemplos: ter sido vítima de violência física, sexual, psicológica ou negligência na infância, desemprego, privação de liberdade, ser vítima de preconceitos (homofobia, racismo) etc.” (PROFISSIONAL 5)

“[...] assistência social, educação, saúde, lazer, saneamento, moradia, transporte, etc., [são fatores] que resultariam numa condição de saúde um pouco mais digna para os pacientes/usuários. A falta desses direitos básicos, que interferem na saúde, eu já considero como uma primeira situação de violência de direitos humanos.” (PROFISSIONAL 7)

80. Sob a perspectiva do paciente, nota-se que a sensação de desamparo decorrente do cuidado permeado por múltiplas violações de direitos humanos incrementa as chances de novas tentativas de

suicídio. “É... aquilo que aconteceu no início do meu, é... o abandono, a falta de confiança, a... o descrédito né? É... a piora do quadro, mais transtornos ainda...” (PACIENTE 2).

## **D. Propostas de medidas**

81. Nas entrevistas também foram levantadas questões sobre proposições direcionadas a alterar o quadro de violações de direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio no país. Foram citadas diversas medidas concernentes a políticas públicas, formação e capacitação de profissionais e conscientização de pacientes e familiares, as quais serão abordadas a seguir.

### **1. Políticas Públicas**

82. Alguns profissionais entrevistados ressaltaram a importância da construção de Planos de Prevenção do Suicídio:

“Tem uma questão discutida internacionalmente que é a de todo país ter um plano de prevenção do suicídio, acho que isso é uma estratégia que pode se tornar madura, a partir do momento que existe um sistema amadurecido, onde conseguimos ofertar estratégias mais específicas num sistema de saúde, quando todos os seus níveis (gestão, participação social...) estão amadurecidos na forma que tem que funcionar.” (PROFISSIONAL 4)

83. Também foi mencionado o fortalecimento do cuidado em saúde em rede, de modo a garantir condições mais dignas de acolhimento e encaminhamento dos pacientes, e a garantia de apoio para que o paciente possa seguir vinculado aos serviços de saúde, como a oferta de vale-transporte.

84. Na articulação intersetorial, um dos entrevistados trouxe a importância de se lançar luz sobre a arquitetura e o urbanismo das cidades, identificando locais de risco para suicídio, criando estratégias de proteção e ofertando, nesses locais, informações sobre serviços de apoio a pessoas em sofrimento.

### **2. Formação e capacitação de profissionais**

85. A maioria dos profissionais entrevistados considerou essencial a implantação de ações de educação permanente e capacitação dos profissionais sobre o tema do suicídio e seus determinantes, além do tema de direitos humanos:

86. “A formação ainda é muito médico-centrada em torno da tentativa, muito em torno do transtorno mental e a gente não faz uma discussão basal de determinantes sociais que envolvem essas questões. As pessoas não se matam porque têm um transtorno, mas porque romperam um

relacionamento, foram estão desempregadas, por uma falta de expectativa de vida, porque entraram em falência...” (PROFISSIONAL 4)

87. “Sensibilizá-los sobre o suicídio como um problema de saúde pública e capacitá-los para lidarem com pacientes em risco. Os profissionais da atenção primária precisam sentir-se seguros para tratar transtornos mentais leves e moderados, além de identificarem pacientes em risco grave para encaminhá-los para tratamento em CAPS. Os profissionais do pronto-socorro precisam garantir uma avaliação de saúde mental antes de dar alta para pacientes que deram entrada por tentativa de suicídio. A garantia de continuidade de tratamento para essas pessoas é essencial para prevenção de novas tentativas e mortes por suicídio.” (PROFISSIONAL 5)

88. Foi reforçada a importância de que essas ações não sejam realizadas apenas no âmbito dos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde, mas também devem ser contempladas nos cursos de outras áreas, como a de segurança pública, pois profissionais dessa área atendem a ocorrências de suicídio e profissionais da mídia, que divulgam a temática: “Porque divulgar informação também muda o jeito das pessoas terem acesso, o direito à informação é um direito humano, digamos, e as pessoas não têm acesso hoje, porque a informação sucumbe ao estigma das pessoas, então só se fala sobre isso de maneira sensacionalista, mas não de forma responsável” (PROFISSIONAL 4)

89. Para os pacientes é essencial melhorar a formação dos profissionais de saúde, objetivando alterar a relação profissional de saúde-paciente, tornando-a mais próxima. Assim, há questões relevantes levantadas sobre a relação profissional de saúde-paciente, tais como: a ausência de diálogo com o paciente; o profissional não informa adequadamente o paciente; discriminação por parte do profissional, que não escuta seu paciente; falta de avaliação criteriosa para indicação de medicação controlada.

90. “... Será que seria possível voltar aquele tempo do médico familiar? Porque aí eu acho que muita coisa mudaria. Aquela olhar do médico de família, de lá da década de 70. Aquela olhar de família, do médico conhecia tua família, teus antepassados. Não que os médicos de hoje vão fazer isso, mas só a ideia, a ideologia, sabe?! De respeitar o outro, de olhar o outro, de ouvir o outro, de olhar na cara do outro. Isso já muda muita coisa... É também passa pela formação médica...” (PACIENTE 2).

91. Pacientes também enfatizam a escassez de capacitação em saúde mental e suicídio destinada a profissionais de saúde.

“.. Falta a pessoa formar na área e vivenciar esta área, se você vai trabalhar na área de psicólogo onde você tem que sentar com a pessoa, passar confiança para ela ,se ela formou nesta área ela tem que saber lidar com pessoas e a maioria que eu tô vendo , elas não estão sabendo trabalhar, não estão sabendo lidar, não é fácil lidar com pessoas. Você senta ali para conversar com a pessoa, daqui a pouquinho a pessoa está sem paciência! Então eu acho assim: tem que chegar nestas pessoas principalmente na área da rede pública de saúde, onde várias pessoas estão precisando de ajuda, tipo o CAPS, eles têm que estar preparados para lidar com aquilo ali. E, na verdade, não estão. Eu sei de pessoas que você vai no psiquiatra, ele fala

com a pessoa, mau ouve você, já relata ali e ele passa o remédio e pronto. E não é assim: pelo o que tô vendo tá faltando sim eles trabalharem em forma de palestras, se a pessoa não quer ela não tem que ficar naquela área, é o que tô vendo...” (PACIENTE 2).

### **3. Campanhas e conscientização da população**

92. O papel da mídia como difusora de informações para a população também foi resgatado pelos entrevistados profissionais ao considerar a importância de ações que conscientizem a população sobre o tema do suicídio e os direitos humanos, em geral, e direitos humanos dos pacientes. Para promover uma necessária mudança cultural sobre o tema, os profissionais consideram que a mídia poderia divulgar mais informações sobre serviços de acolhimento e apoio a pessoas em risco de suicídio, como abordar mais o tema da morte e do morrer, de modo a quebrar a barreira de estigma e do tabu que envolve esses assuntos.

93. Profissionais trouxeram a importância do debate sobre direitos humanos nas escolas, de modo a construir uma crítica da população sobre o tema e facilitar o exercício de tais direitos pelas pessoas enquanto sujeito de direitos. Um entrevistado refletiu, inclusive, sobre a importância de ações voltadas a pacientes em risco de suicídio e seus familiares:

“Acho que o trabalho com as pessoas em risco ou com história de tentativa de suicídio, assim como com seus familiares deve ajudá-los a organizarem-se em busca da garantia de direitos humanos. Incentivar o protagonismo dessas pessoas é fundamental até mesmo para a superação das dificuldades que as levaram ao risco” (PROFISSIONAL 5)

94. No mesmo sentido, os pacientes entrevistados reconhecem que para modificar e melhorar a realidade apresentada é necessário conhecimento sobre o tema, mais informação por parte das autoridades e mobilização da sociedade civil.

95. “Eu acho que a gente tem que ter mais conhecimento, correr mais atrás de pessoas, pegar mais informações e lutar pelos seus direitos. Lutar pelos direitos e... as entidades que já existem de tratamento procurar, é... reunir todo mundo da família pra lutar pra aquele local melhorar ainda e atender mais gente ainda, que estão muita gente do lado de fora precisando e não tá achando...” (PACIENTE 2).

## **V. Conclusões**

96. Em um Relatório sobre temática tão complexa é impossível tratar da ampla gama de questões que perpassam a violação dos direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio. Assim, o Observatório de Bioética e Direitos Humanos chama a atenção para algumas questões pontuadas neste Relatório.



97. A qualidade do cuidado e da relação profissional de saúde-paciente e a adoção de efetivas políticas públicas de prevenção são importantes elementos para assegurar o direito à vida das pessoas que se encontram em risco de suicídio.

98. Informações imprecisas e equivocadas sobre tentativas de suicídio podem restringir uma abordagem preventiva, bem como comprometer o encaminhamento dos pacientes, quando necessário, para serviços psicossociais especializados. Nesse sentido, a identificação do ato deveria vir acompanhada do registro correto e de um encaminhamento responsável para acompanhamento, enquanto medidas necessárias para prevenir novas tentativas e efetivar o direito à vida do paciente.

99. A exposição do corpo do paciente, o relato sobre a tentativa de suicídio para outras pessoas sem a autorização do paciente e a divulgação do conteúdo do prontuário, além de violarem o seu direito à privacidade, contribuem para o aumento de seu sofrimento psíquico e sentimento de desvalor.

100. A alteração do prontuário, com vistas a caracterizar o ocorrido de forma mais socialmente aceitável, viola o direito do paciente à informação sobre seu sofrimento e alternativas terapêuticas para o mesmo.

101. Toda e qualquer forma de falta de observância do direito à informação aumenta a sensação de insegurança do paciente.

102. A relação profissional de saúde-paciente, no caso do suicídio, há que ser considerada a partir das suas especificidades, notadamente sob a ótica da vulnerabilidade do paciente e da necessidade de impulsionar sua autonomia e autovalor, por isso é importante que o profissional seja consciente, atento e cuidadoso em relação aos direitos humanos dos pacientes e ao respeito às suas características pessoais, como culturais, religiosas, bem como aos seus valores e crenças.

103. A condenação moral do suicídio, exteriorizada por meio do uso de medidas de punição no atendimento, e a hipervalorização do entendimento da vida como dever criam uma ambiência propícia para a discriminação do paciente em risco de suicídio.

104. Embora se presuma que os profissionais de saúde busquem o bem do paciente, há relatos, nacionais e internacionais, de práticas que degradam e desumanizam os pacientes, perpetradas por profissionais de saúde. Esse quadro se agrava quando se trata de pacientes com transtornos mentais e/ou em risco de suicídio. Verifica-se a adoção de tratamentos mais dolorosos, a negligência no cuidado, a falta de alimentação do paciente e o excesso de medicação como meios usados por profissionais de saúde para punir os pacientes que tentam suicídio, o que caracteriza violação ao seu direito de não ser submetido a tratamento desumano ou degradante.

105. A discriminação do “paciente suicida” é expressa via discursos acusatórios e julgamentos morais relacionados ao ato. A

discriminação do paciente interfere negativamente nos cuidados em saúde. Manifestações expressas de preconceito, o emprego de tom jocoso, a condenação moral e até mesmo o uso de termos injuriosos concorrem para a menor adesão ao tratamento proposto, o aumento do sofrimento do paciente e do risco de nova tentativa.

106. A discriminação e o tratamento degradante ou desumano podem desencadear a restrição do direito à saúde, que é negado a partir do momento em que o paciente é excluído de determinado procedimento ou alguma conduta de cuidado em saúde é interrompida ou comprometida. Além disso, há relatos de não encaminhamento do paciente a serviços territoriais, que poderiam garantir a continuidade da atenção em saúde e uma abordagem biopsicossocial do suicídio, ou, quando necessário, aos serviços especializados.

108. O treinamento e a capacitação de profissionais de saúde são essenciais para a criação de uma cultura de respeito aos direitos humanos do paciente, e a mitigação do preconceito e da estigmatização do paciente em risco de suicídio.

## **VI. Recomendações**

**109. O Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes recomenda que:**

**a) O suicídio seja reconhecido como um grave problema de saúde pública, o que deve ser refletido em políticas públicas e legislações específicas sobre o tema, intersetoriais, inclusive uma Política Nacional para Prevenção do Suicídio, bem como na destinação de recursos públicos para serviços de saúde especializados e capacitação e treinamento de profissionais de saúde em suicídio e direitos humanos.**

**b) O Estado deve garantir que as políticas e programas sobre suicídio sejam construídos sob a perspectiva dos direitos humanos, incorporando questões referentes à privacidade, confidencialidade, informação, vedação de tratamento desumano e degradante, bem como a não discriminação do paciente em risco de suicídio.**

**c) A partir da perspectiva dos direitos humanos, é importante alterar o discurso acerca das pessoas que tentaram suicídio, para tanto, campanhas e a inserção do tema nos cursos de graduação, especialização e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde são essenciais. Desse modo, o tema do suicídio há que ser abordado de modo a desestimular a estigmatização e a discriminação**

**dos pacientes que são atendidos nos serviços de saúde, de emergência, de saúde mental ou outro.**

**d) Importante que haja a adoção de medida legislativa que estabeleça os direitos dos pacientes. A lei sobre os direitos dos pacientes deverá balizar a conduta dos profissionais e indicar expressamente aos pacientes e seus familiares seus direitos. Para os pacientes em risco de suicídio, em razão da sua condição de vulnerabilidade acrescida, é fundamental a existência de lei, pois essa se constitui em poderoso instrumento de reivindicação de tratamento digno e respeitoso.**

**e) Importante que haja a adoção de medida legislativa que estabeleça os direitos dos pacientes. A lei sobre os direitos dos pacientes deverá balizar a conduta dos profissionais e indicar expressamente aos pacientes e seus familiares seus direitos. Para os pacientes em risco de suicídio, em razão da sua condição de vulnerabilidade acrescida, é fundamental a existência de lei, pois essa se constitui em poderoso instrumento de reivindicação de tratamento digno e respeitoso.**

**f) Mecanismos para sensibilizar os profissionais de saúde, meios de comunicação e a sociedade em geral sobre os direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio são fundamentais para prevenir e enfrentar o tratamento desumano, degradante e discriminatório desses pacientes.**