



## Suicídio, Direitos Fundamentais e Políticas Públicas: Encontros Possíveis

*Pedro Henrique Gonçalves Silva<sup>1</sup>; Wilma Suely Batista Pereira<sup>2</sup>;  
Milena Santos Coelho<sup>3</sup>*

**Resumo:** Aliam-se conceitos básicos do Direito Penal e dos Direitos Fundamentais para identificar as políticas públicas existentes que tratam do suicídio. Os objetivos foram analisar a intrínseca relação entre Estado e suicídio a partir das políticas públicas existentes; discutir implicações do Direito no fenômeno suicídio partir dos conceitos de dignidade humana e responsabilidade; descrever as políticas e equipamentos públicos existentes para prevenção do suicídio. O método utilizado foi revisão documental a partir da análise oito normas entre Constituição, Código Penal, decretos e portarias ministeriais. Entre os achados foram identificadas ações de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, políticas públicas específicas aos profissionais de segurança pública; desencontros entre políticas públicas de liberação de porte de armas e prevenção do suicídio, evidenciando omissões do poder público em relação ao atendimento à saúde mental da população.

**Descritores:** Políticas públicas, prevenção do suicídio; direitos fundamentais, psicologia social.

<sup>1</sup> Advogado. Mestrando em Direito pelo Centro Universitário FIEO (UNIFIEO). Especialista em Direito Constitucional pela Universidade Pitágoras Unopar Anhanguera. Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Pitágoras, Unopar Anhanguera. Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). [pedro.h.goncalves@outlook.com](mailto:pedro.h.goncalves@outlook.com). <http://lattes.cnpq.br/2617678451521542>.

<sup>2</sup> Psicóloga, Doutora em Ciências: desenvolvimento socioambiental (NAEA/UFPA), Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio, Professora Titular do Departamento de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Rondônia, Líder do Observatório de Violência, Suicídio e Políticas Públicas - CNPq. [wilsue@unir](mailto:wilsue@unir);

<sup>3</sup> Bacharel em Direito pela Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Especialista em Direito de Família pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). <http://lattes.cnpq.br/5429601681205102>. [milenasantos886@gmail.com](mailto:milenasantos886@gmail.com).

## Suicide, Fundamental Rights and Public Policy: Possible Meetings

**Abstract:** Basic concepts of Criminal Law and Fundamental Rights are combined to identify existing public policies addressing suicide. The objectives were to analyze the intrinsic relationship between the State and suicide based on existing public policies; to discuss the implications of law on the phenomenon of suicide based on the concepts of human dignity and responsibility; and to describe existing public policies and resources for suicide prevention. The method used was a document review based on an analysis of eight regulations, including the Constitution, the Penal Code, and ministerial decrees and orders. Among the findings were actions to improve the skills of health professionals, specific public policies for public safety professionals, and discrepancies between public policies on gun licenses and suicide prevention, highlighting government omissions regarding mental health care for the population.

**Descriptors:** Public policies, suicide prevention; fundamental rights, social psychology

### Introdução

Abordar a questão do suicídio enquanto objeto de políticas públicas intersetoriais, no contexto de pós pandemia tem se mostrado urgente. As diversas disciplinas do conhecimento são chamadas a elaborar agendas de convergência, de modo a garantir socorros à população, através de ações do Estado. A urgência de se discutir as políticas públicas disponíveis para a preservação da vida vem se impondo, sobretudo porquanto ainda não se tem total clareza dos efeitos de tantas mortes e lutos traumáticos nas taxas de suicídio nos últimos cinco anos.

A Psicologia se insere muito além da clínica, dos diagnósticos e protocolos, em uma prática política e social voltada para as demandas coletivas de saúde. A atuação profissional na perspectiva da integralidade, e, na proposta de universalidade de acesso aos serviços essenciais configura uma das dimensões da Psicologia Social. Percebe-se que é necessário criar fluxos de atendimento para as pessoas em comportamento, ideação e/ou crise suicida dentro do Sistema Único de Saúde, para que se fortaleça vínculos com os serviços receba o devido acompanhamento psicossocial.

O Direito traz como compromisso primordial o cumprimento da Constituição Federal e os demais dispositivos legais nacionais e internacionais que garantem o acesso à justiça, o direito à vida, à liberdade, à igualdade, entre outros que serão abordados nos próximos capítulos. Nos casos de suicídio, frequentemente se configura ocorrência policial, de acordo

com as circunstâncias envolvidas, podendo haver instauração de inquérito até que se tenha clareza de que o óbito foi mesmo autoprovocado. Naquele instante, o fenômeno suicídio passa a ser objeto de interesse jurídico, dado o fato de que induzir a alguém a suicídio é crime previsto no código penal. Assim, garantir direitos fundamentais entre eles o de viver, inclui o acesso a assistência psicossocial, a qual é calibrada pelas políticas públicas.

Diante desta complexidade realizou-se uma revisão documental, de modo a discutir o que há de iniciativas do Estado em direção à prevenção do suicídio, visando alcançar os seguintes objetivos: Analisar a intrínseca relação entre Estado e suicídio a partir das políticas públicas existentes; discutir as implicações do Direito no fenômeno suicídio partir dos conceitos de dignidade humana e responsabilidade; descrever as políticas e equipamentos públicos existentes para prevenção do suicídio.

### **Reflexões quanto aos Direitos Fundamentais e a Dignidade da Pessoa Vítima de Suicídio**

Neste tópico se apresenta um breve recorte do arrazoadado conceitual de direitos fundamentais, a fim de tornar claras as bases epistemológicas da discussão sobre como os direitos fundamentais abrangem a prevenção contra o suicídio.

Kant contribuiu significativamente para o arcabouço conceitual do Direito, propondo um conceito de dignidade como algo que tem um fim em si mesmo, algo que não se pode negociar, nem trocar, uma vez que não há nada que tenha os atributos que a dignidade porta:

No reino dos fins tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto, não permite equivalente, então ela tem dignidade (Kant, 2011, p. 82).

A partir da proposta Kantiana, a dignidade sendo inerente à pessoa, e sendo a dignidade o fim em si mesmo, a pessoa também é um fim em si mesmo, nunca um meio. De uma forma simplificada, se pode inferir que uma vida humana tem dignidade antes e por sobre todas as coisas. Assim, uma pessoa em sofrimento é carente de atenção a sua dignidade, já que não consegue fruir de todas as suas potências físicas, mentais e sociais. Este direito é tão importante, que todos os países o consideram valioso e o interpretam conforme a própria cultura.

Os tratados que versam sobre a proteção das pessoas visando essa vida digna são chamados de tratados de Direitos Humanos. À medida que os países trazem tais direitos para suas leis internas, passam a se chamar Direitos Fundamentais. Entre os direitos fundamentais internalizados pelo Estado brasileiro estão o direito à propriedade, direito à liberdade, à intimidade, à igualdade, à vida entre outros (Brasil, 1988).

Para o Estado brasileiro, o fulcro de sua própria existência é a dignidade da pessoa e tem como objetivo a promoção do bem de todos (Brasil, 1988), de modo que a dignidade da pessoa humana e o bem de todos são declarados nos primeiros artigos da Constituição Federal de 1988, notadamente no artigo 5º, que trata dos Direitos Fundamentais e das Garantias Fundamentais, que são os meios processuais e jurídicos que asseguram os direitos através dos quais o Estado e seus agentes não violem os direitos fundamentais. sejam fruídos por todas as pessoas no território nacional. Acesso a bens e serviços essenciais, garantidos por todas os setores envolvidos faz parte da expressão de respeito do Poder Público à dignidade da pessoa.

De maneira ilustrativa, imagina-se uma escada: para alcançar o degrau mais elevado de respeito à dignidade é necessário reconhecer os direitos humanos, efetivar os direitos fundamentais, motivar a atividade legislativa e concretizar os objetivos por meio de políticas públicas.

A partir do reconhecimento da dignidade humana pelo Estado, também o direito à saúde (artigo 6º da Constituição Federal de 1988) deve estar na agenda permanente, para as políticas públicas de promoção da saúde integral, como também de prevenção do suicídio. Desse modo, os agentes públicos têm o dever de garantir o cumprimento das políticas públicas e observar os princípios da universalidade e da igualdade para a proteção e promoção do direito à saúde, bem como elaborar meios de recuperação dos indivíduos que se encontrem em solo brasileiro, seja qual for a nacionalidade, e que estiverem com a saúde mental comprometida.

## **Metodologia**

Foi realizada uma revisão documental, tendo como fontes primárias arquivos públicos, os quais segundo Marconi & Lakatos (2019) são os documentos oficiais, parlamentares, jurídicos de acesso público, iconografia. A escolha dos documentos seguiu os critérios: ser dispositivo legal; contemporâneo ou antigo; tratar dos direitos fundamentais; tratar da saúde mental e do suicídio.

Quatorze documentos constituíram o corpus analítico, o que permitiu uma retrospectiva dos primórdios do Direito Penal; verificação das bases constitucionais, leis e decretos, dispostos em dois quadros: de acordo com a ordem cronológica de publicação (Quadro 1) e ementa ligada à prevenção do suicídio (Quadro 2).

## Resultados e Discussão

O quadro 1 expõe os documentos analisados e suas ementas. Observou-se lapsos de tempo importantes quanto ao Código Penal e a Constituição Federal de 1988, em que diversos aspectos da dignidade humana foram abordados e descritos, em diversos capítulos. Note-se que as leis que instituem o Sistema Único de Saúde foram sancionadas na esteira da Constituição Federal, trazendo modificações profundas nos modelos assistenciais e hierarquizando os serviços de saúde pública por nível de complexidade.

**Quadro 1:** Corpus analítico em ordem de publicação

<b>Norma</b>	<b>Ementa</b>
Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.	Código Penal
Constituição (1988).	Constituição da República Federativa do Brasil.
Lei nº 8080/1990	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
Lei nº 8142/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014.	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019	Institui a Política Nacional de Prevenção da

	Automutilação e do Suicídio.
Lei nº 13.675, de 11 de junho de 2018	Disciplina a organização e o funcionamento dos órgãos responsáveis pela segurança pública, nos termos do § 7º do art. 144 da Constituição Federal; cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS); institui o Sistema Único de Segurança Pública (Susp); altera a Lei Complementar nº 79, de 7 de janeiro de 1994, a Lei nº 10.201, de 14 de fevereiro de 2001, e a Lei nº 11.530, de 24 de outubro de 2007; e revoga dispositivos da Lei nº 12.681, de 4 de julho de 2012.
Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020	Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.
Lei nº 14.531, de 2023	Define ações de apoio à saúde mental das/os profissionais de segurança pública. Amplia e detalha o Programa Pró-vida.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Percebe-se a lenta evolução das políticas públicas em direção ao reconhecimento do suicídio como objeto da saúde pública para que o Estado de fato siga a orientação da Organização Mundial de Saúde. Embora os princípios da Integralidade e Equidade, com participação dos diversos setores da administração pública, visando à saúde no âmbito individual e coletivo tenham sido instituídos nas Leis de número 8080/90 e 8142/90, apenas no início do século 21 as necessidades referentes à saúde mental passaram a configurar nos documentos analisados.

No Brasil, a luta pela reforma sanitária ainda não havia terminado mesmo com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois sua sustentação depende da correta gestão de recursos, decisão política e participação ativa da população, através dos Conselhos de Saúde.

No tocante à reforma psiquiátrica, a luta foi ainda mais demorada e só em 2001 se publicou a lei 10.2016. Infelizmente, passadas mais de duas décadas, ainda se enfrenta boicotes ao funcionamento dos serviços substitutivos, ambulatorização dos CAPS, redução dos quadros de profissionais por baixa remuneração, afastamentos por adoecimento, falta de isonomia salarial e sobrecarga.

Em âmbito mundial, só em 1999, através do SUPRE, uma iniciativa global da Organização Mundial de Saúde, as ações de prevenção do suicídio foram organizadas e oferecidas aos diversos grupos sociais, profissionais e à população em geral (OMS 2006).

A International Association for Suicide Prevention – IASP atua em 77 países, 22% dos quais, com altas taxas de populações vivendo abaixo da linha da pobreza. Em 2003 divulgou para o mundo que o dia 10 de setembro foi escolhido como dia internacional de atenção para a prevenção do suicídio (IASP, 2023). Este ato político da IASP, reforçado pela OMS e pela OPAS marcou o início de um tempo de sensibilização do mundo inteiro para a magnitude das mortes por suicídio. Nos anos seguintes, mais documentos oficiais lançados pela OMS e pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS, trazendo o suicídio para a saúde coletiva, necessitando de abordagem multissetorial, por seus liames com a segurança pública, saúde, educação, economia.

Em 2014, a OMS divulgou sua estimativa de que algo em torno de 800.000 pessoas morrem por suicídio, sendo a segunda causa de morte mais frequente entre os países de economia periférica. Preconizou obrigatoria a notificação de tentativas e de mortes por suicídio, tornando claro que o suicídio estaria definitivamente no campo das políticas públicas, devendo os governos estabelecerem dispositivos, estratégias, objetivos e metas para reduzir as altas taxas de suicídio, principalmente nos países das américas (OMS, 2021).

A Agenda 2030 pactuada em 2015 pelos 193 países membros da Organização das Nações Unidas - ONU para o Desenvolvimento Sustentável, tem 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): 1. Erradicação da pobreza; 2. Fome zero e agricultura sustentável; 3. Saúde e bem-estar; 4. Educação de qualidade; 5. Igualdade de Gênero; 6. Água potável e saneamento; 7. Energia limpa e acessível; 8. Trabalho decente e crescimento econômico; 9. Indústria, Inovação e Infraestrutura; 10. Redução das desigualdades; 11. Cidades e comunidades sustentáveis; 12. Consumo e produção responsáveis; 13. Ação contra a mudança global do clima; 14. Vida na água; 15. Vida terrestre; 16. Paz, justiça e instituições eficazes e 17. Parcerias e meios de implementação (Nações Unidas Brasil, 2022).

Percebe-se que todos os ODS estão dentro do campo das políticas públicas, ações em rede, pactos globais entre os governos. Pode-se incluir a prevenção do suicídio em praticamente todos os objetivos, considerando que o vínculo com a vida é atravessado por problemas estruturais e relacionais, como pobreza, desemprego, racismo, aversão à diversidade, além dos transtornos mentais não tratados e dependência química. Esses atravessadores da vida cotidiana



constituem fatores de risco para o suicídio e muitos deles dependem tanto da ação individual como da ação do Estado. Tomando por base o que dizem os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE, no ano de 2019, no Brasil, 27.634.020 pessoas de 18 anos ou mais sofreram violência psicológica. Quanto à violência sexual, o número foi de 1.582.481 pessoas. Ainda segundo o IBGE, no ano seguinte, 2020, a taxa de mortes por homicídio entre pessoas pretas foi de 21,9 mortes a cada 100.000 habitantes; 34,1 entre pessoas pardas; enquanto entre as pessoas brancas a taxa ficou em 11,5 mortes por cada 100.000 habitantes (IBGE, 2022; IBGE, 2023).

São muitos os indicadores (acesso a moradia, assistência social, transporte público, serviços de saúde em todos os níveis, segurança pública, trabalho remunerado, educação, liberdade para viver suas escolhas de gênero e de orientação sexual, entre outros) que constituem possibilidades analíticas da sociedade em que se vive. Momentos de crise estão relacionados ao aumento das ocorrências. Para Silva et al (2018) para cada 1% de aumento na taxa de desemprego há aumento correlato de 0,79% no risco de suicídio. Considere-se os impactos dos anos de pandemia, as mortes por covid-19, as perdas de emprego, os diversos lutos não vividos e, com alguma facilidade, se chega ao aumento do número de mortes por suicídio.

Em estudo publicado no relatório “*Suicide worldwide in 2019*”, a Organização Mundial da Saúde, concluiu, acerca das taxas de suicídio no mundo:

Mais homens morrem devido ao suicídio do que mulheres (12,6 por cada 100 mil homens em comparação com 5,4 por cada 100 mil mulheres). As taxas de suicídio entre homens são geralmente mais altas em países de alta renda (16,5 por 100 mil). Para mulheres, as taxas de suicídio mais altas são encontradas em países de baixa-média renda (7,1 por 100 mil) As taxas de suicídio caíram nos 20 anos entre 2000 e 2019, com a taxa global diminuindo 36%, diminuições variando de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região europeia e 49% no Pacífico Ocidental. Mas na Região das Américas, as taxas aumentaram 17% no mesmo período (OMS, 2021).

Nesse sentido, várias conferências internacionais já ocorreram e continuam sendo realizadas para firmar acordos que auxiliem a promoção de uma vida digna a todas as pessoas.

No período em que estamos vivendo, de pós pandemia, as pressões da população sobre os serviços públicos de saúde são ainda maiores, muitas vezes por força de judicialização para acesso a medicamentos, acompanhamentos psiquiátricos e psicoterápicos entre outros.

Para iniciar a atuação do Estado em direção à garantia do Direito à vida, é essencial que a pessoa com comportamentos suicidas tenha amplo acesso a psicoterapia, psicoeducação,



tratamento medicamentoso, ações coletivas de promoção de resiliência, desenvolvimento de habilidades sociais e demais técnicas para conhecer sua condição de saúde, suas potencialidades de adaptação e enfrentamento dos obstáculos da vida.

A complexidade da ocorrência de tentativa de suicídio exige interdisciplinaridade e multiprofissionalidade no atendimento, até porque, durante um momento de crise, a pessoa não tem condições de tomar decisões livres justamente por estar preso à crise. Nesses casos, a intervenção médica e, em alguns casos, legal, é essencial:

A pessoa em tentativa de suicídio contraria todos os protocolos de atendimento comumente postos. Não se enquadra em acidente (embora às vezes se siga protocolos semelhantes); nem sempre está em surto; nem se enquadra em doença aguda; nem em doença crônica. É situação atípica, na maior parte das vezes permeada de violência, em que, em breves linhas, uma pessoa aparentemente saudável chega ao hospital ferida por ela própria, com objetivo de morrer (Pereira, 2022, p. 39-40).

Segundo o Plano de Estratégias 2019-2023 da IASP, “para cada suicídio, há muitos mais que tentam o suicídio ou têm graves ideações suicidas. O comportamento suicida afeta profundamente as famílias e as comunidades, com aproximadamente 135 pessoas afetadas por cada suicídio” (IASP, 2023, p. 1). Atualmente este impacto está potencializado pelas redes sociais e pela sensação emocional de já conhecer pessoas pelo que postam nos perfis, sobretudo em se tratando de crianças, adolescentes e jovens.

Aproximar o Estado a esta complexidade do suicídio em todas as dimensões, desde o individual da tentativa à morte até a coletiva, do luto de quem fica, é fundamental para que as políticas públicas atendam às demandas específicas da prevenção e posvenção do suicídio. Nesta aproximação, é necessária a presença ativa dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento da pessoa com comportamento suicida em qualquer das esferas do serviço público, contribuindo para o debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem a garantia do Direito à Saúde também no que tange à vinculação com a vida.

### **A quem cabe responsabilidade quanto ao suicídio?**

Entendendo a delicadeza de se atribuir a responsabilidade sobre o suicídio de alguém sem que haja todo um arcabouço de provas, evidências, investigação, assistência, providências e cuidados éticos, importa ressaltar que não é crime praticar violência contra si próprio, com ou

sem a perda da vida. A pessoa machucada ou falecida é a vítima e não tem qualquer culpa e os problemas de saúde devem ser tratados, e não punidos.

No entanto, o fenômeno do suicídio é complexo seja na ciência da psicologia, seja no direito penal. Muitas evidências que poderiam tipificar o crime de indução não aparecem facilmente, por estar entremeadas na dinâmica da intimidade da família.

Dentre os princípios que compõem o direito penal, cita-se o princípio da alteridade, criado por Claus Roxin, jurista alemão detentor de títulos de Doutor Honoris Causa em universidades de diversos países. Segundo o princípio da alteridade, “ninguém pode ser punido por causar mal apenas a si próprio, pois uma das características inerentes ao Direito Penal moderno repousa na necessidade de intersubjetividade nas relações penalmente relevantes” (Masson, 2011, p. 37).

Sobre o assunto, Cleber Masson ressalta a proibição da incriminação do que chamou de “atitude meramente interna do agente,” (Masson, 2011, p. 37), como o pensamento e os comportamentos dele provenientes, ainda que consideradas moralmente censuráveis, mas que não causem dano a ninguém.

Nesse princípio se fundamenta a impossibilidade de punição da autolesão, bem como a atipicidade da conduta de consumir drogas, uma vez que o crime tipificado pelo art. 28 da Lei 11.343/2006 tem a saúde pública como objetividade jurídica (Masson, 2011, p. 37).

Não obstante, Bitencourt (2017) analisa o fracasso em se tentar punir quem cometeu violência contra si próprio argumentando que qualquer sanção ou constrangimento aplicada sobre a pessoa ao invés de desincentivar o cometimento de delitos poderia reforçar as agruras da pessoa e conseqüentemente suas intenções autolesivas. Desta forma fica anulada a influência intimidadora do direito penal.

No que tange ao alcance das penas, é inconcebível a execução de uma pena digna em tamanha magnitude que sensibilize alguém que não temeu e, e inclusive está disposto, à morte. No objetivo de reparação presente no direito penal outro empecilho recai sobre a punibilidade de quem se auto lesiona, uma vez que autor e vítima estão no mesmo indivíduo, confundindo-se o dever de punir e o dever de reparar (Bitencourt, 2017).

Sendo assim, nenhuma pessoa pode ser obrigada a se cuidar e se manter viva, uma vez que o Estado somente deve agir sobre a livre vontade de alguém quando há risco de danos a outras pessoas, como postula Stuart Mill em “A Liberdade” (Mill, 2000).

Bitencourt (2017) sustenta que a tutela da vida enquanto bem jurídico passa, então, a ser exercida de forma a minimizar as possibilidades de lesões autoprovocadas primeiramente através de políticas públicas de saúde mental para acolhimento, criação de vínculo com a equipe multidisciplinar de modo a ajudar a pessoa a desenvolver respostas saudáveis no seu cotidiano. Também faz parte da tutela da vida desincentivar a participação de outrem no auxílio à provocação de uma autolesão.

A conduta criminosa, de maneira *sui generis*, não está centralizada em quem provoca a violência, mas em quem a facilita. Os verbos nucleares do delito são: “induzir, instigar, auxiliar”. Ao contrário do conceito usual de participação no delito como atividade acessória, quem induz, instiga ou auxilia uma autolesão é agente principal que atenta contra o bem jurídico da vida de outrem (Bitencourt, 2017).

Por mais que a violência autoprovocada não seja um crime para a vítima, quem a incentivar incorre em comportamento criminoso, já que o tipo penal “incitação ao suicídio” encontra previsão no artigo 122 do Código Penal: “Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça” (Brasil, 1940).

Diante disto, é essencial a proatividade dos agentes públicos de saúde, educação, assistência social, segurança pública, na identificação de indícios destes crimes durante o acompanhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que desde então são também vítimas.

As ocorrências de tentativas de morte por suicídio já são cercadas por peculiaridades ligadas a quem tenta e a quem atende. Os profissionais de saúde estão permanentemente submetidos a pressões por produtividade apesar da precariedade das condições de trabalho na rede pública. É fundamental que as unidades de saúde sejam dotadas de suporte do ponto de vista administrativo e gerencial, com rotatividade das equipes de modo a haver o devido descanso entre os plantões, treinamentos e atendimento psicológico (Pereira, 2022).

Para além do tipo penal do artigo 122 do Código Penal, a vítima de suicídio também está exposta ao escrutínio das pessoas mais próximas, inclusive durante o socorro de urgência, estando vulnerável a outras violências. Nesse sentido, Lima et al (2022) elencam os Direitos Humanos do Paciente (DHP) como diretriz para um atendimento verdadeiramente digno e reparador às vítimas: o direito à vida; a não ser submetido à tortura ou a tratamentos ou penas

cruéis, desumanos ou degradantes; à liberdade e segurança pessoal; ao respeito à vida privada; à informação; de não ser discriminado; e à saúde.

A submissão à tortura ocorre, nesse contexto, quando os profissionais (equipes de resgates, psicólogas(os), enfermeiras(os), médicas (os), assistentes sociais) atendem a pessoa que tentou morrer escolhendo procedimentos mais dolorosos ou restritivos sem as devidas justificativas, como forma de penalizá-la.

Quando ao direito à privacidade, existe norma específica que trata do procedimento de notificação compulsória, tratado adiante. Não obstante, é dever do profissional de saúde resguardar a intimidade do paciente e comunicar sua condição somente quando essencial para o tratamento. Lima et al (2022) relatam casos em que os profissionais comentam a situação de seus pacientes com colegas não relacionados ao tratamento, criando um ambiente hostil à vítima; e casos em que evitam registrar a ocorrência como tentativa de suicídio visando preservar a vítima, mas que acaba impedindo o encaminhamento ao tratamento psicológico adequado, limitando a recuperação do paciente.

O direito à saúde, por sua vez, é violado quando há recusa no dispêndio do tratamento menos invasivo possível ou na recusa absoluta em tratar o paciente por outros motivos, como o da religiosidade.

A saúde pública valoriza a preservação da vida e questões como a intencionalidade são de difícil esclarecimento, uma vez que nem sempre é possível verificar motivações, induzimentos, intenção clara de pôr fim à vida.

Na perspectiva dos agentes públicos, considera-se importante manter uma postura empática com as pessoas em atendimento e treinar comunicações acolhedoras. Perceber, estimular e valorizar o protagonismo do indivíduo em atendimento. A indiferença ou uma comunicação passivo-agressiva também podem contribuir para a desesperança da vítima (Botega, 2015).

A função do agente público é servir o público com o que ele tem direito, que no caso é o direito à vida e o direito à saúde. Por isso, havendo evidências de que uma pessoa seja vítima de alguém que a instigue à auto violência, é dever do agente público comunicar esse crime à autoridade competente para que haja as devidas apurações e todos os encaminhamentos adequados ao caso. Porém, para que este e outros deveres sejam cumpridos, é necessário haver medidas de segurança para a proteção dos (as) profissionais que estão na linha de frente,

prevenindo retaliações por parte de pacientes, familiares, demais usuários do Sistema Único de Saúde em relação à conduta do agente público que os atendeu.

Na sistematização do direito penal, os delitos são classificados por vários critérios, como quanto à conduta. Se o crime ocorre por conta de uma ação da pessoa, é comissivo. Quando se trata de recusa a praticar uma ação, se trata de crime omissivo.

Mas quanto à omissão, importa quando quem se omite deveria ter agido para evitar o resultado, como no exemplo de um agente público que testemunha um comportamento de indução ao suicídio de alguém. A omissão do Agente Público nesse caso e nos demais que veremos é uma conduta criminosa que deve ser processada. Os exemplos de omissão de socorro e abandono de incapaz não dependem do resultado. Nos crimes de omissão própria, mesmo que a vítima fique bem a omissão continua sendo criminosa.

Nos crimes de omissão imprópria é o resultado que importa. O agente público que tem obrigação legal de cuidado, proteção ou vigilância, pois assumiu a responsabilidade de impedir o resultado, ou possa ter criado o risco de resultado criminoso.

Outro aspecto da prática dos agentes públicos diz respeito à privacidade dos pacientes. Tratar as informações sob sigilo significa que apenas as pessoas que possuam cargos relevantes para a situação ou tenham a necessidade de tomar conhecimento dessas informações devem ter acesso a elas. E essas pessoas também têm a responsabilidade de cuidar dessas informações.

A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública. É um protocolo de informação para evitar o surgimento de uma calamidade pública.

Dessa forma, essa política pública de prevenção à auto violência incluiu esses casos como necessários de notificação compulsória:

- I – Estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias;
  - II – Estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar.
- § 1º Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência autoprovocada:
- I – O suicídio consumado;
  - II – A tentativa de suicídio;
  - III – O ato de automutilação, com ou sem ideação suicida (Brasil, 2014).

A notificação compulsória dos casos de auto violência é regulamentada pela Portaria nº 1.271/2014 do Ministério da Saúde, que detalha o assunto e ordena que o agente público comunique o caso a sua chefia, a qual deverá alimentar a base de dados do SUS para

que seja possível acompanhar o caso e tomar as medidas cabíveis, como o acompanhamento do padrão epidemiológico e verificação se a situação pode constituir uma ameaça a saúde pública.

### **As políticas públicas de prevenção do suicídio**

Políticas públicas são planos que o Estado elabora para solucionar problemas que afetam as pessoas em coletividade. As políticas públicas são pensadas pelas instituições e criadas por ordens de normas (leis, decretos, portarias, entre outras). Os agentes públicos devem executar as leis e participar da implementação dessas políticas públicas seja em posições decisórias, seja em atendimento direto à população.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) segue a Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais e reorienta o modelo assistencial (BRASIL, 2001). Atualmente três portarias instituem a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS: Portaria nº 3.088/GM/MS de 23 de dezembro de 2011; Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 e Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017. Nos moldes do sistema dinâmico, a RAPS converge diversos tipos de atendimento destinados à pessoa com transtornos mentais e dependência de álcool e outras drogas. É mantida pela atenção primária; atenção especializada; atenção às urgências e emergências; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação.

Segundo o Ministério da Saúde, há no Brasil 172 equipes de Consultórios na Rua atuando em 117 municípios; Serviços Ambulatoriais cadastrados no CNES, em quatro municípios; 377 Serviços Ambulatoriais de Psiquiatria; 70 Unidades de Acolhimento, para adultos e crianças/adolescentes; 183 Serviços Residenciais Terapêuticos; 207 Leitos em Hospital Dia; leitos para Psiquiatria em Hospitais Gerais (4.244 em 585 municípios) em funcionamento (Ministério da Saúde, 2022).

Atualmente existem seis modalidades de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, de acordo com a complexidade da assistência que oferece e população atendida. No ano de 2023, havia no Brasil 2.836 CAPS, 224 equipes multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental distribuídos em 1.910 municípios. Os estados do Acre, Roraima e Tocantins que não contam ainda com CAPS Infanto-Juvenil. Mato Grosso e Rondônia não contam com os CAPS III, CAPS-AD III, que funcionam durante 24 horas. (Ministério da Saúde, 2022). A lacuna na

instalação da RAPS em alguns estados e a ausência de CAPS de funcionamento contínuo demonstra a lentidão dos avanços do Estado em relação à pauta da prevenção do suicídio.

A Lei 10.708 de 31 de julho de 2003 criou o Programa De Volta para Casa, que trata do auxílio reabilitação psicossocial, beneficiando pessoas portadoras de transtornos mentais que já estiveram internadas por períodos iguais ou superiores a dois anos em hospitais psiquiátricos ou de custódia (BRASIL, 2003). Esta lei representa os anos de luta pela Reforma Psiquiátrica em busca de garantir os direitos fundamentais às pessoas internadas, por vezes abandonadas em instituições, privadas do pertencimento, de desenvolvimento possível das potencialidades existentes.

O Ministério da Saúde, guiado pela Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio (BRASIL, 2019), criou diretrizes que além de ordenar a ação dos estados e municípios, também auxiliam a prática dos agentes públicos. A Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014, por exemplo, inclui os casos de violência autoprovocada como notificação compulsória no sistema público e privado de saúde para acompanhamento e desenvolvimento de estratégias pelo SUS (BRASIL, 2014).

**Quadro 2:** Atos normativos do Comitê Gestor de Política Nacional de Prevenção da Automutilação e o Suicídio

<b>Ato normativo:</b>	<b>Preâmbulo:</b>
Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020	Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.
Resolução CGPNPAS nº 01/2021, de 14 de julho de 2021	Aprova o Plano de Ação do CGPNPAS.
Resolução CGPNPAS nº 01/2020 (Retificada)	Regimento Interno do Comitê Gestor de Política Nacional de Prevenção da Automutilação e o Suicídio.

Fonte: Elaborado pelos autores



Entre os achados constam o plano de ações proposto pelo CGPNPAS entre os anos de 2020 e 2021 focado na elaboração de treinamentos aos profissionais de saúde e a criação de serviço telefônico de atendimento.

Consta, também, o relatório anual de atividades do CGPNPAS publicado apenas na edição de 2022, ainda que o artigo 8º do Decreto 10.225/2020 determine a publicação de relatórios anuais a serem compartilhados com as instituições de saúde pública e com a sociedade (Brasil, 2020).

Outro exemplo de política pública é o “Pró-Vida” (Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública), cujo objetivo é “elaborar, implementar, apoiar, monitorar e avaliar, entre outros, os projetos de programas de atenção psicossocial e de saúde no trabalho dos profissionais de Segurança Pública e Defesa Social, bem como a integração sistêmica das unidades de saúde dos Órgãos que compõem o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) (art. 42 da Lei nº 13.675/2018).

A lei mais ampla dessa matéria é a que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819/2019) que norteia as ações de promoção da saúde mental relacionada ao problema da auto violência.

Entre os objetivos dessa política estão:

- I – Promover a saúde mental;
- II – Prevenir a violência autoprovocada;
- III – Controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- IV – Garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
- V – Abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
- VI – Informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
- VII – Promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
- VIII – Promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;
- IX – Promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (Brasil, 2019).

Necessário se ressaltar que o termo automutilação se refere a um tipo específico de autolesão em que uma parte do corpo foi amputada total ou parcialmente. A autolesão constitui uma demanda de saúde ligada a estados ansiosos nem sempre parte de comportamento suicida, daí a importância de profissionais de psicologia nos espaços decisórios, desde a redação correta técnica até a proposição de estratégias em conjunto com a população.

A criação de políticas setoriais específicas como o amparo à saúde mental dos profissionais de segurança pública e a promoção de eventos de conscientização e prevenção ao suicídio fazem parte das implementações dessa política pública.

O inciso IX traz um compromisso com a atualização do conhecimento técnico para as(os) agentes públicas(os) que trabalham na gestão e na ponta, atendendo a população.

No entanto, um olhar mais apurado para o conjunto das políticas públicas revela que enquanto algumas visam reduzir as taxas de suicídio, outras tendem a agravar os riscos para suicídio, como a política de acesso à posse e ao porte de armas instituída pelo Decreto nº 9.847/2019 vigente até 2023, quando foi revogado pelo decreto nº 11.615 de 21 de julho de 2023. Os cinco anos de vigência do decreto que colide com a recomendação da OMS para que os países reduzam o acesso a instrumentos que facilitem a morte por suicídio trouxeram prejuízos de muitas ordens. Possivelmente impactaram nas autolesões, tentativas e óbitos, uma vez que o número de armas de fogo circulando no Brasil em 2023 estava próximo de 3 milhões, segundo a Agência Gov (Brasil, 2024).

De um lado, o Estado segue deixando a descoberto grandes parcelas da população envoltas em sofrimento, pelos mais diversos fatores intrínsecos e sociais que influenciam na suicidalidade:

Há uma gama de estados psíquicos que beiram o distúrbio, ativam a suicidalidade, mas, não se encaixam nos enquadres psicopatológicos postos e não necessariamente levam ao suicídio. E nesta mesma via, há também transtornos de personalidade; reações a situações traumáticas; vulnerabilidades e demais estados já descritos nos compêndios técnicos que ativam a suicidalidade; e que provocam suicídio. O que há de comum entre essas duas ordens de estados psíquicos é que, em ambos os casos, o suicídio pode não acontecer, se houver uma assistência adequada por parte do Poder Público (Pereira, 2024, p. 9).

Do outro lado, governos de estado e prefeituras não ampliam os quadros de profissionais de psicologia, tampouco os distribuem nas unidades de atenção básica, o que termina sobrecarregando os CAPS e obstruindo os serviços de emergência.

A luta por políticas públicas de prevenção do suicídio no Brasil ainda é longa, há muito a se avançar, sobretudo porque se trata de uma afirmação ética do Estado pela vida em plenitude, desde as garantias do direito fundamental de viver, como de todas as suas implicações sociais, políticas, econômicas, como acesso à justiça, segurança, educação, saúde, liberdade, entre outras.

## **Conclusão**

Os objetivos traçados para o estudo foram alcançados, uma vez que se discutiu políticas públicas e implicações do Direito Penal em relação ao suicídio, a partir dos conceitos basilares em transdisciplinaridade com a Psicologia.

A partir da reflexão sobre o objetivo maior do Estado brasileiro de propiciar uma vida digna garantindo os direitos fundamentais da pessoa, está cada vez mais urgente compreender que a saúde mental faz parte do direito fundamental à saúde. O encontro entre o Estado e a prevenção do suicídio está relacionada a seus instrumentos legais, equipamentos públicos como formas de mediação entre o Estado e as necessidades da população.

Considerando os conceitos jurídicos sobre a violência do suicídio e como o Estado brasileiro lida com a questão, é percebido o aumento na valoração da saúde mental fazendo parte do acompanhamento de eventos de saúde do Sistema Único de Saúde e a urgência de garantir o direito à vida em todas as instâncias.

Entre os desafios mais críticos dos deveres dos agentes públicos está o da notificação compulsória dos casos envolvendo a violência autoprovoçada e a preservação da intimidade das vítimas. Os preconceitos continuam ameaçando a obtenção de números fidedignos dos casos de tentativas e dos óbitos por suicídio.

As políticas públicas implementadas pela União ainda possuem longo caminho para serem aprimoradas, de modo que a prevenção do suicídio seja pauta permanente. Até a conclusão da análise documental que embasou este artigo foi percebida a ausência do relatório do ano de 2023 do ministério da saúde sobre a violência autoprovoçada.

Entre os progressos está a criação de política pública própria para os profissionais da segurança pública; além da implementação de redes de apoio psicológico às vítimas através de atendimento presencial e online. No entanto, nas esferas dos estados e municípios existe um

grande vácuo normativo e de políticas públicas sobre o tema, e lacunas na instalação da Rede de Atenção Psicossocial, demandando novas ações e mobilização por parte da sociedade.

## Referências

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: parte especial 2: crimes contra a vida**. 17. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2017.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Rio de Janeiro, 1940.

BRASIL **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Senado, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 2003.

BRASIL **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Brasília: Senado, 2019.

BRASIL **Lei nº 13.675, de 11 de junho de 2018**. Disciplina a organização e o funcionamento dos órgãos responsáveis pela segurança pública, nos termos do § 7º do art. 144 da Constituição Federal; cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS); institui o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP); altera a Lei Complementar nº 79, de 7 de janeiro de 1994, a Lei nº 10.201, de 14 de fevereiro de 2001, e a Lei nº 11.530, de 24 de outubro de 2007; e revoga dispositivos da Lei nº 12.681, de 4 de julho de 2012. Brasília, 2018.

BRASIL. **Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020.** Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Brasília, 2020.

BRASIL **Número de armas para defesa pessoal cai em 2023 e atinge menor patamar desde 2004.** Brasília: Agência Gov, 2024. Disponível em: [https://agenciagov.etc.com.br/noticias/202401/numero-de-armas-para-defesa-pessoal-cai-em-2023-e-atinge-menor-patamar-desde-2004#:~:text=A%20Pol%C3%ADcia%20Federal%20\(PF\)%20divulgou,contabilizados%20e m%202022%20\(114.044\)](https://agenciagov.etc.com.br/noticias/202401/numero-de-armas-para-defesa-pessoal-cai-em-2023-e-atinge-menor-patamar-desde-2004#:~:text=A%20Pol%C3%ADcia%20Federal%20(PF)%20divulgou,contabilizados%20e m%202022%20(114.044)) Acesso em 19 abr. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.108, de 31 de maio de 2021** - Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.108-de31-de-maio-de-2021-323277863>

BRASIL. **Lei nº 14.531, de 10 de janeiro de 2023.** Altera as Leis nºs 13.675, de 11 de junho de 2018, que cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), e 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, para dispor sobre a implementação de ações de assistência social, a promoção da saúde mental e a prevenção do suicídio entre profissionais de segurança pública e defesa social e para instituir as diretrizes nacionais de promoção e defesa dos direitos humanos dos profissionais de segurança pública e defesa social; e dá outras providências. Disponível em <https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2023-01-10;14531> Acesso maio 2025.

DANTAS, E. S. O.. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. e290303, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290303>

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION – IASP. **The 5 Year Strategy 2019 – 2023** disponível em <https://www.iasp.info/wp-content/uploads/5-Year-Strategy-2019-2023-1.pdf> acesso em 13 set 2023

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -IBGE. **Condições de vida, desigualdade e pobreza. Tabelas 2023.** Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html> Acesso em 17 fev. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil.** 2.ed. IBGE. 2022

KANT, I. **A Metafísica dos Costumes.** São Paulo: Universitária São Francisco, 2013.

LAKATOS, E.; MARCONI, M A. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 8.ed. São Paulo: Atlas, 2019.

LIMA, L. et al.. Violação dos direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 3, p. e200331pt, 2022. DOI 10.1590/S0104-12902022200331pt

MASSON, Cleber. **Direito Penal – parte geral**. 4. ed. São Paulo: Método, 2011.

Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Alcool e outras Drogas. Departamento de Ciclos de Vida. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2022

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/> Acesso em: 30 de abr. de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms> Acesso em: 12 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substância. **Prevenção do suicídio** - um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. Genebra: World Health Organization; 2021.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde Preventing suicide: a global imperative, 2014. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1)

PEREIRA, W. S B. Desafios e perplexidades no atendimento de emergência a quem tenta suicídio. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 6, p. 37–57, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i6.5895. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5895> . Acesso em: 29 fev. 2024.

PEREIRA, W.S.B. PEREIRA, Suicidality: a concept in perspective. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 41, p. e230054, 2024.

MILL, J. S.. **A Liberdade/Utilitarismo**. Martins Fontes, 2000.

SILVA, B. F. A. D. A . et al.. O suicídio no Brasil contemporâneo. **Sociedade e Estado**, v. 33, n. 2, p. 565–579, maio 2018. DOI: 10.1590/s0102-699220183302014

●

Recebido: 02/06/2025; Aceito 25/06/2025; Publicado em: 31/07/2025.