UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO – PPGPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS – PPGD

AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO INFANTOJUVENIL - PERSPECTIVAS DA VULNERABILIDADE EM ARACAJU/SE

ÉMILE DANTAS DE CARVALHO CARTAXO

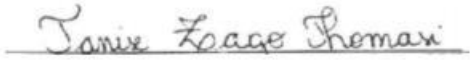
ARACAJU
Fevereiro - 2021

AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO INFANTOJUVENIL - PERSPECTIVAS DA VULNERABILIDADE EM ARACAJU/SE

Émile Dantas de Carvalho Cartaxo

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Direito, na área de concentração em Direitos Humanos.

Aprovada por:



_____

Profa. Dra. Tanise Zago Thomasi (Orientadora)

_____

Profa. Dra. Karyna Batista Sposato (Membro Externo da Banca)

_____

Prof. Dr. Diogo de Calasans Melo Andrade (Membro Interno da Banca)

ARACAJU
Fevereiro – 2021

Sistema Integrado de Bibliotecas - SIB

C322a

Cartaxo, Émile Dantas de Carvalho
Automutilação e suicídio infantojuvenil : perspectivas da vulnerabilidade em Aracaju/SE / Émile Dantas de Carvalho Cartaxo ; orientação [de] Prof. Dra. Tanise Zago Thomasi. - Aracaju: UNIT, 2021.

116 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) - Universidade Tiradentes

Inclui bibliografia.

1. Adolescência. 2. Infância. 3. Política pública. 4. Saúde psicológica I. Thomasi, Tanise Zago (orient.). II. Universidade Tiradentes. . III. Título.

CDU: 342.726-2./.6:613.86

AGRADECIMENTOS

A conclusão de ciclos são desafiadores e esperançosos! Requer respostas novas aos que se permitem vivenciá-la. Reconhecer que a chegada é sempre acompanhada de pessoas que são essenciais na trajetória torna a caminhada mais graciosa. Muitas vezes precisei me lembrar das orientações escritas no livro de Josué 1:9 “Seja forte e corajosa!”,“Seja forte e corajosa!” e a Ele vai meu primeiro agradecimento: Deus, obrigada por todo sustento, por Teu amor e fidelidade. Preciso agradecer também a pessoas incríveis que literalmente sonharam esse sonho comigo e mensalmente me auxiliaram nos custos financeiros e emocionais para prosseguir: meu marido Rafael, que sempre esteve ao meu lado e nos momentos de maior pressão soube lidar comigo com muito amor e paciência! Minha irmã Paula, que sempre me surpreende com seu jeito atencioso de dizer que está ao meu lado! Minha mãe maravilhosa Néclea, que sempre me apoiou e nos momentos de dúvida e indecisão foi o ânimo que eu precisava para prosseguir! Meu pai Denilson que mesmo longe fisicamente se faz presente, com a pandemia adiamos os nossos encontros, mas sempre preservando o nosso amor. Meus avós Vera e Fonseca que sempre acreditaram e me auxiliaram nesse ciclo. Minha tia Nélida que com suas ações demonstra seu amor e cuidado comigo. A vocês um especial obrigada. Obrigada a toda minha família, amigos, equipe de trabalho, aos meus pastores Graziela e Marcelo que sempre acreditaram nesse projeto e me incentivaram muito a chegar até aqui! Não posso esquecer de agradecer ao presente vindo de Deus para estar comigo nesse trajeto: obrigada professora Tanise por toda orientação acadêmica e para vida. Aprendi muito com a senhora e sigo aprendendo! Obrigada por acreditar no tema muito antes da pandemia e por me cativar com todo seu equilíbrio e amor pelo que faz. Eu tenho a melhor orientadora!!! Na pessoa das professoras Karyna Sposato e Clara Machado e do professor Diogo Calasans agradeço a todos professores que enriqueceram o percurso com conhecimento e experiências que nos inspiram na busca dessa especialização, que amam o que fazem e que transformam os lugares onde se comprometem a estar. Na pessoa de Thiago de Menezes agradeço a todos os colegas de curso pelos dois anos intensamente compartilhados! Agradeço aos servidores Marcelo Cruz e Maíra Ielena e à Promotora de Justiça Dra. Maria Lilian Mendes Carvalho que não exitaram em contribuir com suas experiências e com dados na pesquisa. Agradeço a todas as crianças e adolescentes brasileiras, especialmente aos que convivo. Acredito e o meu desejo é que de alguma forma eles sejam beneficiados por essa pesquisa. O conhecimento gera compromisso! Que sejamos sim, na esfera devida de atuação, luzes de esperança aos que sofrem ou necessitam de auxílio em sua saúde psicológica, a estes das próximas gerações é que dedico esta pesquisa.

RESUMO

Adentrar na seara da saúde psicológica de crianças e adolescente é romper barreiras culturais e sociais. Por muito tempo na história brasileira a infância e adolescência foi invisibilizada institucionalmente, desprovida de dignidade e direitos humanos. Além disso, a política de saúde mental possui paradigmas recentes e, ainda hoje, experimenta movimentos de lutas contra os retrocessos de cisão entre categorias como a normalidade *versus* loucura, o sadio *versus* o doente. A sociedade, por vezes, exerce firme posição de letargia a respeito de todas essas demandas psicossociais e uma ferramenta de ação a respeito dessas problemáticas é o que o direito também estuda – as políticas públicas. O último relatório realizado pela Organização Mundial de Saúde em 2019 apontou estatísticas avassaladoras – a cada 40 segundos, ao redor do mundo, um ser humano tira sua própria vida, o que gera uma média mundial de 800 mil mortes (evitáveis) por ano. Considerando o *locus* de estudo – uma das capitais do nordeste brasileiro, esta pesquisa pretende responder à seguinte problemática: o município de Aracaju/SE cumpre a política pública de enfrentamento à automutilação e ao suicídio infantojuvenil? O objetivo geral é investigar o cumprimento da Política Pública de Saúde Mental por parte do referido ente federado, com ênfase no enfrentamento e prevenção à automutilação e suicídio infantojuvenil. Entre os objetivos específicos pontua-se: desenvolver estudo do direito humano à saúde infantojuvenil, com ênfase na saúde psicológica; analisar os dados oficiais do município de Aracaju, capital de Sergipe, no que diz respeito à automutilação e suicídio infantojuvenil. Ainda, por fim, discutir/refletir sobre caminhos possíveis para redução/solução do problema com ênfase ao desenvolvimento humano da criança e do adolescente, numa gestão efetiva de responsabilidade e compromisso social, como via jurídico-social viável à concretização desse desenvolvimento e garantia dessa proteção. Quanto à metodologia, trata-se de pesquisa do tipo qualitativa e quantitativa. Exploram-se aspectos qualitativos (análise do contexto de Aracaju atinente ao cumprimento da política pública de saúde mental), e, também, aspectos quantitativos (análise de dados, estatísticas e documentos oficias sobre a temática em estudo). O método de abordagem é o dedutivo, por meio de pesquisa bibliográfica e legislativa sobre o tema. No tocante aos métodos de procedimento, os quais dizem respeito às etapas mais concretas da investigação, compõem a presente pesquisa dos métodos históricos e estatísticos. O primeiro subsidiará breve investigação histórica dos direitos infantojuvenis e seus fundamentos, com olhar voltado aos direitos humanos; o segundo permeará a análise acurada dos dados oficiais das Políticas Públicas voltadas à temática do enfrentamento à automutilação e suicídio, no município de Aracaju, a partir dos dados e informações disponibilizados em parceria com o Observatório Social do Município de Aracaju, Ministério Público do Estado de Sergipe, Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju e Secretaria Municipal de Educação de Aracaju. Constata-se que o ente federado não está omisso quanto à tutela da saúde mental de crianças e adolescentes, e tem buscando empreender ações nesse sentido. Apesar disso, ainda faltam elementos importantes na estruturação de uma política pública especificamente voltada à prevenção do suicídio e da automutilação infantojuvenil.

Palavras-chave: Adolescência. Infância. Política Pública. Prevenção. Saúde Psicológica.

RESUMEN

Entrar en la salud psicológica de niños y adolescentes es romper barreras culturales y sociales. Primero, porque durante mucho tiempo en la historia brasileña, la infancia y la adolescencia fueron institucionalmente invisibles, les faltaba dignidad y derechos humanos; segundo, porque la política de salud mental tiene paradigmas recientes e incluso hoy existe un movimiento de lucha contra los retrocesos entre categorías como normalidad versus locura, lo sano versus lo enfermo. La sociedad ejerce en ocasiones una posición firme de letargo frente a todas estas demandas psicosociales, y una herramienta de acción frente a estos problemas es lo que también estudia la ley: las políticas públicas. El último informe de la Organización Mundial de la Salud en 2019 señaló estadísticas aterradoras: cada 40 segundos, en todo el mundo, un ser humano se quita la vida, lo que genera un promedio mundial de 800 mil muertes (evitables) por año. Mientras tanto, considerando el lugar de estudio --una de las capitales del nordeste de Brasil, el municipio de Aracaju-- esta investigación tiene como objetivo responder al siguiente problema: ¿Aracaju / SE cumple con la política pública para enfrentar la automutilación y el suicidio entre niños y adolescentes? Como objetivo general, la presente investigación se propone investigar el cumplimiento de la Política Pública de Salud Mental por parte de la referida entidad federada, con énfasis en el afrontamiento y prevención de la automutilación y el suicidio infantil. Entre los objetivos específicos se encuentran: desarrollar un estudio del derecho humano a la salud infantil y juvenil, con énfasis en la salud psicológica; analizar los datos oficiales del municipio de Aracaju con respecto a la automutilación y suicidio entre niños y adolescentes. Finalmente, discutir / reflexionar sobre posibles formas de reducir / resolver el problema con énfasis en el desarrollo humano de la niñez y adolescencia, en una gestión eficaz de la responsabilidad social y del compromiso, como vía social y legal viable para lograr este desarrollo y garantizar esta proteccion. En cuanto a la metodología, es un tipo de investigación cualitativa y cuantitativa, ya que se buscará explorar aspectos cualitativos (análisis del contexto de Aracaju / SE respecto al cumplimiento de la política pública de salud mental), pero también aspectos cuantitativos (análisis de datos, estadísticas y documentos oficiales sobre el tema en estudio); utilizando el enfoque deductivo como método de investigación bibliográfica y legislativa sobre el tema, utilizando el método del procedimiento monográfico. En cuanto a los métodos procedimentales, que conciernen a las etapas más concretas de la investigación, estos forman parte de los métodos históricos y estadísticos. El primero subvencionará una breve investigación histórica sobre los derechos de la niñez y sus fundamentos, con foco en los derechos humanos; el segundo permitirá un análisis preciso de los datos oficiales de Políticas Públicas enfocados en el tema de afrontamiento de la automutilación y el suicidio, en el municipio de Aracaju / SE, a partir de datos e información puestos a disposición en alianza con el Observatorio Social de la Municipalidad de Aracaju, Ministério Público del Estado de Sergipe, Secretaría Municipal de Salud de Aracaju y Secretaría Municipal de Educación de Aracaju. Así, considerando todas las investigaciones y estudios realizados en el máster, parece que la capital de Sergipe no guarda silencio en cuanto a la protección de la salud mental de la niñez y la adolescencia, y busca emprender acciones en esta dirección, sin embargo, aún les faltan elementos en la estructuración de una política pública consolidada dirigida específicamente a prevenir el suicidio y la automutilación infantil y juvenil.

Palabras clave: Adolescencia. Infancia. Política pública. Prevención. Salud psicológica

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDC	Comitê de Direitos da Criança
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MPSE	Ministério Público do Estado de Sergipe
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNPAS	Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
REAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SE	Sergipe
SGDCA	Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MAPAS

Mapa 1- Ocorrência de suicídio infantojuvenil em Aracaju 2009-2019 61
Mapa 2- Ocorrência de lesões autoprovocadas infantis em Aracaju - 2011 a 2019.....70

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Faixa Etária Infantojuvenil vítima de suicídio – Aracaju, 2009-2019 59
Gráfico 2 - Bairro de Residência – Casos de Suicídio infantojuvenil em Aracaju, 2009-2019 59
Gráfico 3 - Número de suicídios em crianças e adolescentes residentes de Aracaju, 2009-2019 62
Gráfico 4 - Suicídio - Naturalidade de crianças e adolescentes residentes de Aracaju, 2009-2019 65
Gráfico 5 - Sexo - Perfil de crianças e adolescentes vítima de suicídio - Aracaju, 2009-2019 65
Gráfico 6 - Causa Básica – Suicídio Infantojuvenil - Aracaju, 2009-2019.....66
Gráfico 7 - Casos de lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019 71
Gráfico 8 – Faixa Etária - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019 72
Gráfico 9 – Bairro de Ocorrência - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019 73
Gráfico 10 – Local de Ocorrência - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019 74
Gráfico 11 – Ocorreu outra vez? - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019.....74
Gráfico 12 – Violência Especificar - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019.....75
Gráfico 13 – Meios de Agressão - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019.....76
Gráfico 14 – Tipos de Deficiências - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019 78

TABELAS

Tabela 01 - Causas Básicas de Suicídio Infantojuvenil em Aracaju - 2009 - 2019 67
Tabela 02 – Circunstâncias da lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019 76
Tabela 03 – Conformação da REAPS em Aracaju – Dezembro de 2017 93

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS **4**
RESUMO **5**
RESUMEN **6**
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS **7**
LISTA DE ILUSTRAÇÕES **8**
INTRODUÇÃO **10**
CAPÍTULO 1 – A SAÚDE PSICOLÓGICA INFANTOJUVENIL COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTADO NO PARADIGMA DA PROTEÇÃO INTEGRAL **17**
1.1 O PARADIGMA DA PROTEÇÃO INTEGRAL À LUZ DO DIREITO INTERNACIONAL E PÁTRIO 17
1.1.1 A invisibilidade da infância e juventude em nuance com a Teoria Crítica dos Direitos Humanos 18
1.1.2 O Marco da Convenção sobre os Direitos das Crianças de 1990 21
1.1.3 Legislação Nacional: do Código de Menor ao Estatuto da Criança e do Adolescente 23
1.2 A SAÚDE PSICOLÓGICA INFANTOJUVENIL COMO DIREITO HUMANO 27
1.2.1 O Direito à saúde no plano internacional e nacional 28
1.2.2 Por que falar em direito humano a saúde psicológica infantojuvenil? 34
1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO BASE PARA REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PSICOLÓGICA 36
CAPÍTULO 2 – AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO INFANTOJUVENIL NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE **39**
2.1 AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO INFANTOJUVENIL: CONSTRUINDO CONCEITOS IMPORTANTES 41
2.1.1 Interface da temática com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 42
2.1.2 Automutilação e Suicídio Infantojuvenil – Inovações Legais e Perspectivas Doutrinárias 44
2.1.3 Subnotificação, Mitos e Questões que Fragilizam o Avanço de Pesquisas na Área 49
2.2 DISTINÇÕES ESSENCIAIS ENTRE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO DE AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO 52
2.3 AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO INFANTOJUVENIL EM ARACAJU: UMA ANÁLISE NECESSÁRIA 57
2.3.1 Reflexões a partir do Contexto de Suicídio em Adolescentes e Jovens até 19 anos em Aracaju/SE 58
2.3.2 Reflexões a partir do Contexto de Automutilação Infantojuvenil em Aracaju/SE .. 68
2.3.3 Pandemia em pauta e contextos correlatos 78
CAPÍTULO 3 – A LEI Nº 13.819/2019, INSTITUIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO E DO SUICÍDIO: PERSPECTIVAS E DEBATES **86**
3.1 O DIREITO E A POLÍTICA PÚBLICA NA PERSPECTIVA DA PREVENÇÃO À AUTOMUTILAÇÃO E AO SUICÍDIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES - PERSPECTIVAS E DESAFIOS 86
3.1.1 O que as Experiências Comparadas na Colômbia e no México Ensinam? 86
3.1.2 Políticas Públicas de Prevenção a Automutilação e ao Suicídio infantojuvenil - perspectivas e debates 88
3.2 APLICAÇÃO DA LEI 13.819/2019 NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE – UMA ANÁLISE CRÍTICA 91
CONSIDERAÇÕES FINAIS **98**
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **102**

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como elemento impulsionador a promulgação da recente Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, a qual veio instituir a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS), a ser implementada pela União em cooperação com os demais entes federados. A norma é fruto de amplo debate interdisciplinar. Decorre da própria necessidade de repensar o fluxo de atendimento dos casos de automutilação e suicídio no Brasil, bem como para fortalecer a rede de proteção e empreender força coletiva na redução das ocorrências de tais casos.

Esse esforço perpassa ainda pela esfera internacional, razão pela qual esta pesquisa pretende rever a problemática a partir da compreensão dos organismos internacionais, das agendas globais, a exemplo da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região, uma vez que as mesmas priorizam a temática, colocando-a como ponto de discussão, reflexão e objeto de transformação por parte da sociedade (ONU, 2015; OPAS, OMS, 2017).

Nesse ínterim, parte-se para análise dos dados oficiais colhidos no tocante à automutilação e suicídio infantojuvenil[1] no município de Aracaju/SE. Com vistas a contribuir nas definições centrais em torno da problemática desta investigação e, de igual modo, enriquecer o debate acerca do assunto, faz-se necessário desenvolver, também, os conceitos de suicídio e automutilação.

Isso porque a lei é silente quanto a tais, utilizando como fonte um vasto material de entidades que se debruçam sobre essa realidade, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial de Médicos de Família, Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que assim será feito ao longo do presente estudo.

Nesse primeiro momento é fundamental compreender que a automutilação[2] se refere a

[1] Nesse primeiro momento é preciso deixar claro que a adoção, na pesquisa, da expressão infantojuvenil refere-se à faixa etária de crianças, adolescentes e jovens até o limite de 19 (dezenove) anos. A escolha se deu em razão do critério dos dados colhidos, conforme banco da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju/SE, que dispuseram informações até a referida idade. Ressalte-se que a designação foi feita para fins didáticos e não viola a lei, uma vez que segundo o Estatuto da Juventude, artigo 1º, §1º, "são consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos de idade", estando a faixa etária abordada na pesquisa dentro do conceito legal (BRASIL, 2013b).

[2] Neste trabalho foram utilizadas como expressões sinônimas de automutilação os termos autolesão e lesão autoprovocada.

comportamentos intencionais que envolvem a agressão direta ao próprio corpo sem a intenção consciente de suicídio, e nesse caso, o objetivo principal é a busca por sensações como fuga da realidade, preenchimento de vazio, alívio de dores e sensações de angústia (GIUSTI, 2013). Dessa forma, quem assim o faz não age visando à morte, o fim da dor que sente, e sim o alívio, funcionando tais práticas como um escape em meio à realidade.

Estudos apontam ainda a automutilação, principalmente nos jovens, como o ato de aceitação, metaforicamente falando, como uma senha de acesso ao grupo ou batismo de sangue, que segundo esse entendimento, fortalecem entre eles a ideia de pertencimento à tribo (SCAVACINI, 2018). Já o suicídio, segundo a ABP, consiste no "ato deliberativo executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal" (ABP, 2014, p. 9).

O Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020, encabeçado pela OMS, aponta o suicídio, a nível mundial, como a segunda causa mais frequente de morte entre os jovens (OMS, 2013). O plano traça uma série de objetivos e metas para a efetivação da saúde psicológica, o que congrega ações voltadas à governança, serviços comunitários integrados e com capacidade de resposta, estratégias de promoção e prevenção e o fortalecimento dos sistemas de informação e dados científicos.

Dentre os objetivos, destaca-se o objetivo 3, voltado a "aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental", seguido das metas mundiais 3.1: "el 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020)" e 3.2: "se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países (para el año 2020)" (OMS, 2013).

O Brasil lançou, por meio do Ministério da Saúde, a Agenda Estratégica de Prevenção ao Suicídio, como medida voltado ao enfrentamento dessa realidade. A meta é reduzir em 10% a mortalidade por suicídio até 2020, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) materializados na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) (BRASIL, 2017b). O país é signatário do Plano de Ação em Saúde Mental, lançado em 2013 pela OMS, e está entre os países que assinaram o Plano de Ação em Saúde Mental 2015-2020, lançado pela OPAS com a finalidade de acompanhar o número anual de mortes e o desenvolvimento de programas de prevenção (BRASIL, 2017b).

Essas e outras ações visam ao alcance da redução de números que delineam uma realidade assustadora de mortes evitáveis, como estatísticas que apontam mortes decorrentes de suicídio a cada 40 segundos ao redor do mundo, o que gera uma média mundial de 800 mil mortes por ano, segundo dados constantes no Relatório da OMS divulgado em 2019 referente

ao ano de 2016, específico sobre a temática do suicídio (WHO, 2019).

Além disso, o suicídio foi a segunda maior causa de morte entre jovens de ambos os sexos com a idade de 15 e 29 anos no mundo em 2016, atrás apenas de acidentes de trânsito (WHO, 2019). Mais da metade (52,1%) dos suicídios ocorreram antes dos 45 anos (WHO, 2019).

Nesse ínterim, a presente pesquisa pretende responder ao seguinte problema: o município de Aracaju/SE cumpre a política pública de enfrentamento à automutilação e ao suicídio infantojuvenil?

A hipótese suscitada é a de que apesar dos esforços para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, ainda há enormes desafios para a implantação, de fato, de política(s) pública(s) estruturada(s) de enfrentamento à automutilação e ao suicídio no município de Aracaju/SE. Logo, ainda é um desafio do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, o que, por vezes, constitui um obstáculo à efetivação do direito humano à saúde psicológica.

A implementação de políticas públicas a níveis globais e locais de enfrentamento à automutilação e ao suicídio podem auxiliar no desenvolvimento humano à infância e à adolescência. Dessa maneira, pode-se efetivar o direito humano à saúde com ênfase na saúde psicológica.

Assim, necessário se faz estabelecer alguns parâmetros estrutrantes: o metaprincípio constitucional da garantia de prioridade absoluta à infância e à adolescência estatuído no art. 227 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e no art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é importante diretriz teórica e prática para o estabelecimento de políticas públicas que o efetivem.

O próprio paradigma da proteção integral insculpido formalmente no ECA, bem como a responsabilização da família, da comunidade, da sociedade e do Estado no que toca à concretização dos direitos fundamentais atinentes às crianças e adolescentes enfatizam o dever de proteção, devendo ser perseguido diretrizes como as previstas no art. 5º do ECA: "nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punida na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais" (BRASIL, 1990, *online*).

Assim, o engajamento da Rede (Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente – SGDCA) para a consecução de tais fins torna-se essencial. Há parâmetros internacionalmente postos que contribuem para construção de um cenário digno para a infância e adolescência, a exemplo dos ODS. A Agenda 2030 constitui uma agenda mundial adotada

em setembro de 2015 pela ONU, a partir dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). A construção dos ODS contou com a ativa participação do Brasil na elaboração das propostas, que congregam 17 objetivos e 169 metas a serem atingidos até 2030 (ONU, 2015). A finalidade essencial é orientar os programas de cooperação internacional e as próprias políticas nacionais dos países participantes, em todos os setores governamentais.

Com isso, a implementação, o desenvolvimento e a avaliação de políticas públicas relacionadas à prevenção e ao enfrentamento da vulnerabilidade infantojuvenil em contexto de automutilação e suicídio passam pelo cumprimento, em específico, do ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; Meta 3.4: Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover saúde mental e o bem-estar.

Por fim, destaca-se a importância do papel do município diante de todo o contexto apresentado. O governo local assume centralidade no alcance das metas e objetivos da Agenda 2030, o que leva à reflexão do seu papel e efetividade dentro da temática central.

Nesse sentido, a escolha dessa problemática como objeto da dissertação se justifica pela relevância no cenário atual. Após três décadas de vigência dos principais instrumentos normativos regulatórios do Direito da Criança e do Adolescente no Brasil (a Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 e o ECA de 1990), o ambiente é propício para a reflexão das conquistas, mas, também, das lacunas que integram e se perpetuam no sistema (que se propõe) de proteção.

Os dados estatísticos levantados em termos locais sinalizam um cenário muito vasto a ser explorado. Evidencia ainda um caminho necessário a ser percorrido a fim de garantir, de fato, o direito humano a saúde, com ênfase na saúde psicológica de crianças e adolescentes em contexto de automutilação e suicídio.

Aliado a isso, o atual contexto da pandemia do coronavírus (COVID-19), evidenciou desigualdades e vulnerabilidades, trazendo à tona a problemática do cumprimento dos ODS. Em outras palavras, até que ponto se obterá o êxito no cumprimento das metas, uma vez que se tem um cenário radicalmente afetado. Com efeito, repensar o elemento psicológico como indispensável no conceito de saúde, visibilizar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos humanos e, consequentemente, com demandas biopisicossociais, estão entre os fatores que foram descortinados devido à crise sanitária e que precisam ser debatidos no seio social.

No que concerne ao direito humano à saúde psicológica, ao mesmo tempo em que este entra com intensidade no debate público como basilar para uma vida digna, parece sofrer mitigações em tempos em que a vida humana está fragilizada. Todos esses aspectos corroboram

e, sobretudo, reforçam a importância e a relevância prática do presente estudo, uma vez que efetivar políticas públicas, ou ao menos, problematizar a sua necessidade, é caminho indispensável para a garantia material do acesso à saúde psicológica.

Como objetivo geral a presente pesquisa propõe-se a investigar o cumprimento da Política Pública de Saúde Mental por parte do município de Aracaju/SE, com ênfase no enfrentamento e prevenção à automutilação e suicídio em crianças e adolescentes.

Entre os objetivos específicos pontua-se: desenvolver estudo do direito humano à saúde infantojuvenil, com ênfase na saúde psicológica; analisar os dados oficiais do município de Aracaju no que diz respeito à automutilação e suicídio infantojuvenil. Ainda, por fim, discutir/refletir sobre caminhos possíveis para redução/solução do problema com ênfase no desenvolvimento humano da criança e do adolescente, numa gestão efetiva de responsabilidade e compromisso social como via jurídico-social viável à concretização desse desenvolvimento e garantia dessa proteção.

Quanto à metodologia, trata-se de pesquisa do tipo qualitativa e quantitativa. Isso porque são explorados aspectos qualitativos (análise do contexto de Aracaju/SE atinente ao cumprimento da política pública de saúde mental), mas, também, aspectos quantitativos (análise de dados, estatísticas e documentos oficias sobre a temática em estudo).

A escolha pelo estudo no âmbito do Município de Aracaju se deu em virtude de tratar-se da localidade vivenciada, logo a pesquisa é uma forma de contribuição para melhorar o contexto atual, bem como por ser uma problemática que merece maiores aprofundamentos de investigação na perspectiva de proteção dos direitos humanos.

Os períodos de análises utilizados no estudo para os casos de suicídio fora de 2009 a 2019, já os casos de tentativas de suicídios e automutilações fora entre os anos 2011 a 2019, seguindo o parâmetro de informações disponibilizadas nos bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde.

O método de abordagem é o dedutivo, por meio de pesquisa bibliográfica e legislativa sobre o tema, utilizando-se ainda de procedimento monográfico enquanto estratégia de revisão de literatura especializada.

Há utilização do vasto arcabouço bibliográfico sobre o Direito da Criança e do Adolescente, Direitos Humanos, Saúde Psicológica e Políticas Públicas, além dos materiais específicos sobre a automutilação e suicídio infantojuvenil. Em termos normativos, enfatiza-se as normas internacionais e nacionais correlatas ao sistema de proteção de crianças e adolescentes. Além disso, o estudo é alicerçado na análise dos documentos oficiais e estatísticas preliminares já disponibilizadas a nível local. Por fim, consiste numa pesquisa de campo por se

propor a aliar a teoria à prática e estudar a realidade da política pública infantojuvenil no tocante à saúde mental no município de Aracaju.

No tocante aos métodos de procedimento, os quais dizem respeito às etapas mais concretas da investigação, compõem a presente pesquisa dos métodos históricos e estatísticos. O primeiro subsidiará investigação histórica dos direitos infantojuvenis e seus fundamentos, com olhar voltado aos direitos humanos; o segundo permeará a análise acurada dos dados oficiais das políticas públicas voltadas à temática do enfrentamento à automutilação e suicídio, no âmbito do município de Aracaju/SE, a partir dos dados e informações disponibilizados em parceria com o Observatório Social do Município de Aracaju, Ministério Público do Estado de Sergipe, Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju e Secretaria Municipal de Educação de Aracaju. As fontes citadas, em especial, as fontes bibliográficas, não esgotam a temática, motivo pelo qual, inclusive, foram ampliadas ao longo da pesquisa.

No primeiro capítulo será abordada a saúde psicológica infantojuvenil como direito humano fundamentado no paradigma da proteção integral. Para tanto, desenvolvem-se os principais aspectos relacionados ao referido paradigma em interface com a Teoria Crítica dos Direitos Humanos. A escolha pela contextualização teórica na perspectiva crítica tem por escopo evidenciar que os problemas envolvendo crianças e adolescentes incluem a necessidade de ressignificação de práticas sociais nas relações contemporâneas. Crianças e adolescentes constituem, sem dúvidas, parcela da sociedade em situação de vulnerabilidade. Por esse motivo, optou-se pelo recorte temático embasado na vertente crítica dos Direitos Humanos, que se volta, inclusive, para as impotências do presente e na busca de uma vida digna de ser vivida para todos e todas por meio de processos de lutas sociais.

Nessa etapa do estudo, parte-se, também, de marcos legais, como a Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 e o ECA de 1990. Após essa abordagem inicial, o estudo se volta para o direito humano à saúde psicológica, trazendo suas principais nuances e características, e por fim, as principais conquistas da reforma psiquiátrica como marco no novo olhar da demanda de saúde mental no Brasil.

No segundo capítulo entrar-se-á no contexto específico da automutilação e do suicídio infantojuvenil. Desde a interface com o ODS 3, meta 3.4, até as inovações legislativas e doutrinárias que cercam o conteúdo. E mais, trazendo a reflexão de pontos de fragilidade como a subnotificação e os mitos em torno da problemática. Após isso, será abordada importante distinção entre os marcos da infância e adolescência na compreensão da automutilação e suicídio, por conseguinte a análise dos dados locais referentes ao município de Aracaju/SE, questões correlatas à temática envolvendo a pandemia da COVID-19.

O terceiro capítulo parte da análise de experiências comparadas exitosas na Colômbia e no México. A escolha pela abordagem e delimitação desses dois países da América Latina ocorre pelo fato das mudanças e experiências significativas na seara da saúde mental de crianças e adolescentes. Aqui, o intuito é abordar a relação entre direito e política pública, com ênfase na prevenção da automutilação e do suicídio infantojuvenil, viés diálógico possível, bem como na rede de proteção, com vistas a aproximar o ser do dever ser. Traça-se e discute-se alternativas de aplicação e implementação da lei em comento no município de Aracaju/SE.

Os resultados encontrados através da presente dissertação apontam a complexidade da temática estudada. Em que pese o município de Aracaju/SE promover ações e possuir projetos e programas estratégicos no tocante à saúde psicológica, ainda há lacunas, em especial na implementação de uma política pública estruturada de prevenção a automutilação e ao suicídio, para atender às demandas de crianças e adolescentes, devendo este se atentar para o fortalecimento da produção de dados sobre o assunto, criar novos meios de contratação de médicos psiquiátras, com incentivos para trazer médicos de fora do estado, em razão da grande deficiência quantitativa de médicos dessa especialidade em Sergipe.

Ressalta-se, ainda, a importância em manter os serviços remotos e presenciais de apoio à população em decorrência dos efeitos da pandemia em todo esse contexto, evitando ou minorando as vulnerabilidades e desigualdades escancaradas, a fim de que os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável saiam da teoria e alcancem o planejamento e o ciclo das ações governamentais, transformando, assim, a vida de crianças, adolescentes e suas famílias, com acessos a bens imateriais e condições dignas de vida.

CAPÍTULO 1 – A SAÚDE PSICOLÓGICA INFANTOJUVENIL COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTADO NO PARADIGMA DA PROTEÇÃO INTEGRAL

Há dois pilares que devem ser arduamente desenvolvidos, considerando a teoria crítica do direito, para a continuidade de um olhar capaz de gerar possibilidades de transformação. São eles ‘‘o reforço das garantias formais reconhecidas juridicamente, mas, igualmente, o empoderamento dos grupos mais desfavorecidos ao lutar por novas formas, mais igualitárias e generalizadoras, de acesso aos bens protegidos pelo direito’’ (HERRERA FLORES, 2009, p. 59).

Logo, considerando o caráter dinâmico e reflexivo da teoria crítica dos direitos humanos, o intuito é revisitar os principais marcos normativos que estabeleceram a infância e a adolescência como seres humanos, sujeito de direitos, e as implicações dessa mudança radical na própria legislação, bem como nas relações sociais.

1.1 O PARADIGMA DA PROTEÇÃO INTEGRAL À LUZ DO DIREITO INTERNACIONAL E PÁTRIO

Uma noção preliminar de direitos humanos[3] auxilia na compreensão do contexto de surgimento do direito humano da criança e do adolescente, marcado por tensões e conflitos para seu reconhecimento. Por muito tempo a criança e o adolescente não eram considerados sequer pessoas e, por isso, não eram dignos de qualquer tutela por parte do Estado e da sociedade. A invisibilidade que marcou o cenário infantojuvenil traz consequências até hoje.

Essa invisibilidade não foi e não é exclusiva da infância e juventude. Percebê-la em suas especificidades aponta para o entendimento do benefício de outros grupos, que dela usufruem, numa tentativa de manutenção do poder e do *status quo*. Dessa constatação decorre também a importância de pensar direitos humanos como processo, em construção, a favor e em

[3] Considerações sobre a tendência ocidental sobre direitos humanos estão relacionados com o pensamento crítico: ‘‘O conceito de Direitos Humanos assenta num bem-conhecido conjunto de pressupostos, todos claramente ocidentais e facilmente distinguíveis de outras concepções de dignidade humana em outras culturas. A marca ocidental liberal do discurso dominante dos Direitos Humanos pode ser facilmente identificada em muitos outros exemplos: na Declaração Universal de 1948, elaborada sem a participação da maioria dos povos do mundo; no reconhecimento exclusivo de direitos individuais, com a única exceção do direito coletivo à autodeterminação; na prioridade concedida aos direitos civis e políticos sobre os direitos econômicos, sociais e culturais; e no reconhecimento do direito de propriedade como o primeiro e, durante muitos anos, o único direito econômico.’’. (SANTOS, 2009, p. 14)

cooperação com movimentos e lutas capazes de influenciar a força dominante, em benefício da dignidade material, de fato[4].

Em que pese a criação e os principais ganhos do Direito infantojuvenil não possuírem origem na teoria crítica, o que se pretende nesse primeiro momento é traçar paralelos relacionais e conceituais entre a condição de invisibilidade infantojuvenil e a referida teoria, com o fim de ressaltar a relevância de processos de lutas para inauguração de novos paradigmas.

1.1.1 A invisibilidade da infância e juventude em nuance com a Teoria Crítica dos Direitos Humanos

Considerar alguns elementos da teoria crítica dos direitos humanos para compreender a saúde psicológica a partir do paradigma da proteção integral de crianças e adolescentes no âmbito internacional e nacional se faz um desafio necessário. Isso porque rever e refletir estruturas é ferramenta que auxilia a compreensão real do passado, a percepção do presente e, consequentemente, as aspirações para o futuro.

O pensamento crítico visa descontruir a concepção de direito como técnica neutra e inerente a todo ser humano, já concebido na sociedade. Trata-se de:

> Nova perspectiva dos direitos como processos institucionais e sociais que possibilitem a abertura e a consolidação de espaços de luta pela dignidade humana [...] O que torna universais os direitos não se baseia em seu mero reconhecimento jurídico, nem na adaptação de uma ideologia determinada que os entenda como ideais abstratos além dos contextos sociais, econômicos e culturais nos quais surgem e para os quais devem servir de pauta crítica. A universalidade dos direitos somente pode ser definida em função da seguinte variável: o fortalecimento de indivíduos, grupos e organizações na hora de construir um marco de ação que permita a todos e a todas criar as condições que garantam de um modo igualitário o acesso aos bens materiais e imateriais que fazem com que a vida seja digna de ser vivida. Por essa razão, os direitos humanos não são categorias prévias à ação política ou às práticas econômicas. A luta pela dignidade humana é a razão e a consequência da luta pela democracia e pela justiça. Não estamos diante de privilégios, meras declarações de boas intenções ou postulados metafísicos que exponham uma definição da natureza humana isolada das situações vitais. Pelo contrário, os direitos humanos constituem a afirmação da luta do ser humano para ver cumpridos seus desejos e necessidades nos contextos vitais em que está situado (HERRERA FLORES, 2009, p. 19).

[4] ‘‘A história dos Direitos Humanos no período imediatamente posterior à Segunda Guerra Mundial nos leva a concluir que as políticas de Direitos Humanos estiveram em geral a serviço dos interesses econômicos e geopolíticos dos Estados capitalistas hegemônicos. Um discurso generoso e sedutor sobre os Direitos Humanos coexistiu com atrocidades indescritíveis, as quais foram avaliadas de acordo com revoltante duplicidade de critérios’’ (SANTOS, 2009, p. 14).

Assim, a premissa teórica consiste na compreensão de que: ‘‘falar de direitos humanos é falar da ‘abertura de processos de luta pela dignidade humana’, bem como defender a categoria de deveres autoimpostos nas lutas sociais pela dignidade, e não de direitos abstratos nem de deveres passivos’’ (HERRERA FLORES, 2009, p. 21). A proposta é realista e considera o ser humano inserido num contexto real que precisa desenvolver um papel ativo e, por isso, visando à consecução do acesso igual aos bens indispensáveis para viver dignamente.

Houve intenso movimento da comunidade internacional, desafio do século XXI, de viés prático e teórico, para formar um aparato normativo mínimo garantidor de dignidade humana, refletindo tal articulação a partir da criação de documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), o Pacto Internacional sobre direitos sociais e o Pacto Internacional sobre direitos civis (HERRERA FLORES, 2009, p. 21).

No cenário internacional há intenso processo para o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direito. No processo de internacionalização dos direitos humanos, cujo período chave trata-se de 1945, quando do fim da 2ª Guerra Mundial e da criação da ONU, fora testemunhado amplo movimento de abertura, marcado pelo reconhecimento de certa personalidade jurídica quanto às organizações internacionais, e ruptura do paradigma de que os indivíduos eram objetos do Direito Internacional e não sujeitos deste direito.

Outro marco nesse processo foi a aprovação da DUDH pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, com 48 votos a favor, 8 abstenções e nenhum voto contra, representando um grande triunfo consagrado como marco na história mundial. As 8 abstenções foram as seguintes: República Socialista Soviética da Bielorrússia; Checoslováquia; Polônia; Iugoslávia; República Socialista Soviética Ucraniana; a União Soviética; a União Sul-Africana e a Arábia Saudita, em razão de suas tradições religiosas e familiares, discordâncias quanto à inclusão na Declaração de direitos econômicos, sociais e culturais e questões similares (ORAA; GOMEZ ISA, 2008).

Apesar dos conflitos de interesses, ‘‘A Declaração Universal dos Direitos Humanos é o primeiro instrumento jurídico internacional geral de direitos humanos proclamado por uma organização internacional de caráter universal’’ (ORAA; GOMEZ ISA, 2008, p. 24). É de suma importância no estudo jurídico, pelo divisor que representou no reconhecimento de tais direitos no âmbito internacional, pela integração dos direitos civis e políticos com os direitos econômicos, sociais e culturais, progredindo no conceito da indivisibilidade e interdependência de todos os direitos humanos, indispensável no estudo do Direito da Criança e do Adolescente.

A Declaração de Viena de 1993 já apontava para a estreita relação entre direitos individuais e sociais, ao dispor no item 5 que ‘‘todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos de forma global, justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase’’ (NAÇÕES UNIDAS, 1993, *online*).

Considerando a corrente multiculturalista, com ênfase no viés universal, é possível afirmar que, a partir de cada cultura, os direitos humanos existem para todos e por todos, considerando-os universais para os seres humanos em razão do valor dignidade. Assim, trabalha-se para a desconstrução dos significados impregnados do universalismo europeu para a ideia do multiculturalismo, saindo de concepções como “igualdade e diferença” para “igualdade na diferença” (SPAREMBERGER; RANGEL, 2013).

Além disso, são indivisíveis, posto que consistem em integralidade e continuidade. As ramificações existentes tratam-se de mero auxílio didático, uma vez que sua efetividade ocorre quando se garantem, por exemplo, liberdades públicas, como direitos individuais juntamente com condições mínimas de acesso a direitos sociais.

Nessa toada, como falar em exercer a liberdade de expressão, sem garantia de acesso à educação? Como garantir a integridade psíquica do indivíduo sem o acesso a saúde pública e de qualidade? Essas e outras questões levam a reflexão de que a invisibilidade desses direitos – dito humanos, é mitigada pelo próprio esvaziamento dos direitos sociais fundamentais, especialmente em virtude da tendência de flexibilização de direitos sociais essenciais integrantes do conteúdo de direitos humanos fundamentais (SPAREMBERGER; RANGEL, 2013).

Os direitos humanos são interdependentes e interrelacionados, ou seja, estão vinculados uns aos outros, com a ênfase necessária tanto no plano nacional como internacional para sua garantia. As gerações demonstram a ideia de dependência e relação entre os direitos humanos. O termo geração está associado “à ideia de direitos sob a mesma inspiração axiológica, que surgem em dado espaço temporal e continuam a se reproduzir de acordo com as etapas evolutivas da civilização” (SARMENTO, 2015?); a referida teoria consiste na relação entre a evolução histórica de tais direitos na ordem jurídica supraestatal e nas constituições dos Estados contemporâneos (SARMENTO, 2015?).

O cerne da primeira geração de direitos consiste na predominância do elemento axiológico liberdade, através dos direitos civis e individuais, e, também, os direitos políticos, os quais demandam postura de abstenção por parte do Estado, como por exemplo, a liberdade de expressão, a liberdade de consciência e a vedação a tortura.

Os direitos de segunda geração, por sua vez, decorrem da concepção de estado de bem-estar social, levados a efeito em especial após a primeira guerra mundial e caracterizam-se pela postura ativa do Estado, na garantia da igualdade de oportunidades aos seres humanos, são os direitos sociais, econômicos e culturais, como saúde, educação, habitação, trabalho, lazer, proteção do patrimônio cultural, entre outros (SARMENTO, 2015?).

Há uma grande discussão a respeito da efetivação[5] dos direitos sociais, como o direito a saúde. É preciso esclarecer que ‘‘a ideia da não acionabilidade dos direitos sociais é meramente ideológica e não científica. São eles autênticos e verdadeiros direitos fundamentais, acionáveis, exigíveis e demandam séria e responsável observância’’ (PIOVESAN, 2018, p. 185).

Timidamente consta na DUDH, no art. XXV. 2 a menção ao direito infantojuvenil: ‘‘a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais’’ (NAÇÕES UNIDAS, 2009, p. 13). Portanto, se vê que a normatização do direito das crianças e adolescente fora gradual, como fruto de um olhar descortinado ao longo do tempo e dos movimentos de luta para visibilidade dessa categoria.

Partindo dessa premissa, faz-se necessário avançar o estudo da Convenção sobre os Direitos da Criança de 1990, marco na garantia de direitos humanos infantojuvenis e que sedimenta um modelo de proteção calcado na dignidade da pessoa humana.

1.1.2 O Marco da Convenção sobre os Direitos das Crianças de 1990

Quanto à proteção específica infantojuvenil na esfera internacional[6], a Convenção sobre os Direitos das Crianças (BRASIL, 1990a), ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990,

[5] Ainda sobre o assunto é importante pontuar que “é evidente que sua eficácia é gradual, pois os direitos sociais estão prescritos em normas-princípios – mandados de otimização –, aplicáveis da melhor forma possível diante das situações fáticas e jurídicas existentes. Porém, há parâmetros mínimos a serem observados pelo magistrado como o “mínimo existencial”, que é a satisfação das necessidades básicas de cada ser humano. O magistrado abandonou a antiga neutralidade para assumir uma postura de total comprometimento com a concretização dos direitos fundamentais e das opções políticas contidas na Constituição. A concepção de controle judicial das políticas públicas é consensual na jurisprudência brasileira. O Supremo Tribunal Federal já reconheceu que a dimensão política da jurisdição constitucional legitima os juízes a combater a inércia dos gestores públicos no cumprimento dos direitos sociais, econômicos e culturais através da aplicação de sanções previstas em lei. Tal prática não constitui violação à separação dos poderes, mas prerrogativa confiada ao Judiciário de tornar efetivas as opções políticas eleitas pelo constituinte brasileiro, entre elas a erradicação da pobreza, a redução das desigualdades sociais, e a construção de uma sociedade livre, justa e solidária” (SARMENTO, 2015?).

[6] ‘‘A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança é fruto de dez anos de trabalho da Assembleia das Nações Unidas, que, nesse período, preparou as disposições que viriam a constituir o documento. As disposições e artigos retomam direitos e liberdades proclamadas pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e Pactos Internacionais. São retomados também os princípios da Declaração de Genebra sobre os Direitos das Crianças de 1924 e da Declaração sobre os Direitos da Criança adotada em 1959. Ressalte-se que a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, ao reiterar elementos das declarações internacional anteriores, inova no

inova por sua natureza obrigatória, bem como por sua enorme aceitação pela comunidade internacional, refletindo um consenso quanto à urgente necessidade de proteção[7] da infância e adolescência.

A referida convenção estabelece desde logo em seu art. 1º a faixa etária a que se aplica essa proteção, determinando que ‘‘considera-se como criança todo ser humano com menos de dezoito anos de idade’’ (BRASIL, 1990a). Firma-se aí uma quebra de paradigma: da situação irregular à proteção integral. Não mais objetos do assistencialismo ou de uma justiça penal menorista.

A garantia que se gera a partir dessa produção internacional perpassa agora os mais variados direitos, desde o direito à vida, saúde, educação e lazer até o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião, proteção contra qualquer forma de discriminação e violência. Alcança, pois, todas as crianças e todos os adolescentes.

A Convenção Internacional dos Direitos da Criança de 1989 leva qualificação de Carta Magna dos direitos da infância, e resume a dimensão dessa quebra de paradigma ao afirmar: ‘‘do menor como objeto de compaixão-repressão à infância-adolescência como sujeito pleno de direitos é a expressão que melhor poderia sintetizar suas transformações’’ (MÉNDEZ, 1998, p. 91).

Atinente às medidas de controle e de fiscalização para efetivação desses direitos nos países, o art. 44 da Convenção[8] estabelece a apresentação, ao Comitê sobre os Direitos da Criança, de ‘‘relatórios sobre as medidas que tenham adotado com vistas a tornar efetivos os direitos reconhecidos na convenção e sobre os progressos alcançados no desempenho desses direitos’’ (BRASIL, 1990a).

---

estabelecimento de elementos de defesa efetiva da cidadania.’’ (SPOSATO, 2013, p. 48).

[7] A palavra proteção é enunciada 23 vezes na Convenção Sobre o Direito das Crianças de 1989, refletindo a necessidade de regulamentar/ tornar claro os contornos dessa proteção especial da qual carece estes seres humanos em desenvolvimento.

[8] Artigo 44 1. Os Estados Partes se comprometem a apresentar ao comitê, por intermédio do Secretário-Geral das Nações Unidas, relatórios sobre as medidas que tenham adotado com vistas a tornar efetivos os direitos reconhecidos na convenção e sobre os progressos alcançados no desempenho desses direitos: a) num prazo de dois anos a partir da data em que entrou em vigor para cada Estado Parte a presente convenção; b) a partir de então, a cada cinco anos. 2. Os relatórios preparados em função do presente artigo deverão indicar as circunstâncias e as dificuldades, caso existam, que afetam o grau de cumprimento das obrigações derivadas da presente convenção. Deverão, também, conter informações suficientes para que o comitê compreenda, com exatidão, a implementação da convenção no país em questão. 3. Um Estado Parte que tenha apresentado um relatório inicial ao comitê não precisará repetir, nos relatórios posteriores a serem apresentados conforme o estipulado no sub-item b) do parágrafo 1 do presente artigo, a informação básica fornecida anteriormente. 4. O comitê poderá solicitar aos Estados Partes maiores informações sobre a implementação da convenção.5. A cada dois anos, o comitê submeterá relatórios sobre suas atividades à Assembléia Geral das Nações Unidas, por intermédio do Conselho Econômico e Social. 6. Os Estados Partes tornarão seus relatórios amplamente disponíveis ao público em seus respectivos países. (BRASIL, 1990, a)

Uma inovação e abrangência a respeito dessa proteção foi o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativos ao procedimento de comunicações, adotado em 19 de dezembro de 2011 e ratificado pelo Brasil somente em 08 de junho de 2017 por meio do Decreto Legislativo nº 85, abarcando as comunicações individuais no âmbito do Comitê de Direitos da Criança (CDC), medidas provisórias[9] e de proteção[10], que visam à voz da criança e do adolescente como sujeito de direitos humanos perante órgãos internacionais.

Nesse ínterim, no âmbito do Brasil, processo sociais e jurídicos também foram travados para a garantia de direitos humanos de crianças e adolescentes, sendo relevante apontar a seguir os principais marcos dessa mudança de paradigma.

1.1.3 Legislação Nacional: do Código de Menor ao Estatuto da Criança e do Adolescente

No âmbito nacional, a proteção integral está expressa no primeiro artigo do ECA (Lei nº 8.069/90) que aduz: ‘‘esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente’’ (BRASIL, 1990b). Em outras palavras, as disposições da referida lei, em seu sentido, abrangência e garantias apontam e informam para a proteção integral, holística, sistêmica, plena de todas as crianças e adolescentes brasileiros.

Confirma-se tal ideia logo a seguir no art. 3º que associa a proteção integral a garantias de direitos por parte da infância e adolescência: ‘‘a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei’’, visando à legislação traçar condições formais e materiais para ‘‘facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade’’ (BRASIL, 1990b).

A proteção integral, dada sua relevância, além de paradigma, está expressa no ECA como princípio, nos termos do art. 100, parágrafo único, inciso II, o qual define: “proteção integral e prioritária: a interpretação e aplicação de toda e qualquer norma contida nesta Lei

[9] “Artigo 6 - Medidas Provisórias. 1. Após receber uma comunicação e antes de pronunciar-se sobre o mérito, o Comitê poderá, a qualquer momento, transmitir ao Estado parte interessado, para sua consideração urgente, uma solicitação para que adote as medidas provisórias que sejam necessárias em circunstâncias excepcionais para evitar possíveis danos irreparáveis à vítima ou às vítimas das alegadas violações. 2. O exercício pelo Comitê da faculdade que lhe confere o parágrafo 1º do presente artigo não prejulgará sua decisão relativa à admissibilidade ou ao mérito da comunicação” (BRASIL, 2017).

[10] “Artigo 4 - Medidas de proteção. 1. Os Estados partes tomarão todas as medidas apropriadas para garantir que pessoas sujeitas à sua jurisdição não sofram nenhuma violação de seus direitos humanos, nem sejam objeto de maus-tratos ou de intimidação, em consequência de terem-se comunicado ou cooperado com o Comitê, em conformidade com o presente Protocolo. 2. A identidade de qualquer indivíduo ou grupo de indivíduos interessados não será revelada publicamente sem o seu consentimento expresso” (BRASIL, 2017).

deve ser voltada à proteção integral e prioritária dos direitos de que crianças e adolescentes são titulares" (BRASIL, 1990b).

É inclusive lógica essa relação entre proteção integral e garantias de direitos, uma vez que anterior a esse marco, a criança e o adolescente possuíam o olhar do Estado em razão de uma situação irregular, seja por sua condição social de miserabilidade, abandono, ou delinquência, conforme disposições constantes nos arts. 1º e 2º do Código de Menores[11] (BRASIL, 1979).

A esfera de obrigações e responsabilidade da sociedade e do Estado como um todo se limitava às circunstâncias previstas. Não havia um olhar sistêmico para esse grupo social em condição de vulnerabilidade, a qual, do ponto de vista jurídico, considerava a incapacidade civil estabelecida, à época, pelo Código Civil de 1916, mas também social, tendo em vista que a própria norma regulamentar da infância e adolescência fortalecia o olhar de objeto sobre o aludido grupo.

Um indicativo normativo pode ser observado quando da análise das leis: expressões como políticas públicas, políticas sociais e similares não fazem parte do texto legal do Código de Menores (Lei nº 6.697/79)[12]. Já no ECA (Lei nº 8.069/90), tais expressões são anunciadas vinte e oito vezes (BRASIL, 1990).

O cenário de coisificação infantojuvenil estava posto junto com a irresponsabilidade dos agentes nas mais diversas esferas (família, comunidade, sociedade e Estado). O Brasil percorreu um longo caminho até o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeito de direitos e detentoras de capacidade de invocar dos adultos – seja família, seja Estado, seja sociedade – os deveres para a materialização desses direitos. Nesse processo, houve envolvimento de intensas lutas e mobilizações sociais para a vivência do modelo atual.

---

[11] "Art. 1º Este Código dispõe sobre assistência, proteção e vigilância a menores: I - até dezoito anos de idade, que se encontrem em situação irregular; II - entre dezoito e vinte e um anos, nos casos expressos em lei. Parágrafo único - As medidas de caráter preventivo aplicam-se a todo menor de dezoito anos, independentemente de sua situação. Art. 2º Para os efeitos deste Código, considera-se em situação irregular o menor: I - privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de: a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsável; b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las; II - vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável; III - em perigo moral, devido a: a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes; b) exploração em atividade contrária aos bons costumes; IV - privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável; V - Com desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária; VI - autor de infração penal. Parágrafo único. Entende-se por responsável aquele que, não sendo pai ou mãe, exerce, a qualquer título, vigilância, direção ou educação de menor, ou voluntariamente o traz em seu poder ou companhia, independentemente de ato judicial" (BRASIL, 1979).

[12] As únicas cinco vezes em que a expressão política aparece são exclusivamente para referir-se à Política Nacional do Bem-Estar do Menor, vigente à época, Não havia que se falar em programas para garantir direitos, não havia o olhar, por parte do Estado e da sociedade de crianças e adolescentes como sujeitos/titulares de direitos, dignos de gozar de políticas públicas.

> Percorrendo a nossa história social, identifiquei quatro representações sociais mais recorrentes sobre a criança e o adolescente: objeto de proteção social; objeto de controle e de disciplinamento; objeto de repressão social; e sujeitos de direitos. Cada uma delas emerge em cenário sócio-histórico específico, respectivamente: Brasil-Colônia; início do Brasil-República; meados do século XX; e décadas de 70 e 80 do mesmo século. À medida que vão emergindo e se consolidando, verifica-se a coexistência de duas ou mais delas, marcada pelo embate simbólico. Ao analisar tais representações, mantive-me vigilante às articulações e mediações entre o que é geral e o que é específico. A configuração de cada representação foi feita a partir dos seguintes elementos constitutivos: contexto sócio-histórico de emergência; núcleo central; valores, políticas, instituições e práticas sociais; e encarnações históricas e suas atualizações. Inspirada no processo social da nossa história, apresentei, então, quatro representações sociais com o as mais recorrentes: a criança e o adolescente como objetos de proteção social; como objetos de controle e de disciplinamento; como objetos de repressão social; e como sujeitos de direitos (PINHEIRO, 2004, p. 345).

Estritamente associado ao contexto histórico e social, e de modo a corroborar com o pensamento crítico que coloca os direitos humanos como processos, é válido destacar os marcos que formaram o que hoje entende-se por novo Direito da Criança e do Adolescente. De tal modo, ‘‘discutir e questionar a noção de uma ‘criança universal abstrata’ construída como sujeito de Direito pode auxiliar na visibilidade das desigualdades’’ (ZAPATER, 2019, p. 17).

As marcas na história do Brasil[13] vão desde ao ‘‘passado colonial, experiência escravista legalmente encerrada há pouco mais de um século e de pouca tradição democrática, o que inclui períodos autoritários’’ que influenciam diretamente na percepção da infância e, mais ainda, em sua construção (ZAPATER, 2019, p. 32).

Na Constituição Imperial de 1824, primeira constituição brasileira, não havia qualquer menção a crianças e adolescentes como detentores de direitos, incluídos os vulneráveis na condição de escravos (BRASIL, 1824). Já na Constituição de 1891, ao menos formalmente, ocorrera o fim da escravidão, garantida da igualdade formal e a laicidade do Estado, antes regido pelo imperador, todavia ainda sem referência à infância e adolescência (ZAPATER, 2019).

[13] ‘‘Em 515 anos de existência, contabilizam-se apenas 44 anos – não consecutivos – de experiência democrática. Além de todo o custo humano das múltiplas e reiteradas violações de Direitos Humanos praticadas em vários desses períodos, o Brasil carrega as marcas das legislações produzidas nesses períodos autoritários que, quando não ainda em vigor, continuam a produzir efeitos na cultura jurídica experienciada pelos atores do sistema de justiça. Ademais, a lacuna histórica e cultural de reconhecimento de todos os indivíduos como pessoas e como cidadãos portadores de direitos atinge sobremaneira os grupos socialmente vulneráveis e politicamente minorizados – tais como crianças e adolescentes’’ (ZAPATER, 2019, p. 33).

Após alguns anos, ‘‘em 1926, o Decreto n. 5.083 põe em vigor o primeiro Código de Menores e, em 12 de outubro de 1927, o Decreto n. 17.943-A institui o Código Mello Mattos’’ (ZAPATER, 2019, p. 40). Nasce, a partir de então, a doutrina da situação irregular em que, diante de circunstâncias específicas (caracterizadas como o próprio nome diz, situação irregular), haverá uma resposta do Estado, à categoria criada dos menores, sejam eles abandonados ou delinquentes, conforme art. 1º do dispositivo legal (BRASIL, 1927)[14].

A Constituição de 1934, em que pese não ser gerada ainda em ambiente democrático, é a primeira a incorporar direitos sociais ao texto constitucional – seu caráter social resta evidente em diversos trechos relacionados ao trabalho e à educação (ZAPATER, 2019). Em 1937, com a ditadura do Estado Novo, o Constituinte deixou claro sua opção por tratar a infância e a adolescência ‘‘como objetos de tutela e de regulação moral, intelectual e de sua saúde, manifestando mais uma vez os ideais de higiene e controle social’’ (ZAPATER, 2019, p. 45).

Na Constituição de 1946 há a retomada dos direitos civis e políticos retirados da Carta de 1937, e a permanência dos direitos sociais, numa contínua vertente assistencialista que coloca a infância e a adolescência pobre e vulnerável como legítima para obtenção da resposta estatal (ZAPATER, 2019). Após isso, a Constituição de 1967, marcada por outro período ditatorial, encontra limitações em razão do contexto histórico vivenciado (ZAPATER, 2019).

Em 1979 surge o Código de Menores, o qual reafirma a doutrina e paradigma da situação irregular, fragmentando a proteção jurídica de crianças e adolescentes entre uma infância regular *versus* irregular, através de suas diferenças materiais, sejam econômicas, sociais e culturais[15].

Na esfera nacional, a ruptura sistêmica se deu com fundamento em dois pilares dessa transformação, que foram a Constituição Federal de 1988 e, logo após, o ECA em 1990. ‘‘A constitucionalização do Direito da Criança e do Adolescente no Brasil é operada pela Carta Constitucional de 1988, que adota de forma clara e taxativa um sistema especial de proteção aos direitos fundamentais de crianças e adolescentes’’ (SPOSATO, 2013, p. 47). O art. 227 da Constituição Federal de 1988[16] prenuncia a nova sistemática da proteção integral ‘‘como linha

[14] CODIGO DOS MENORES. PARTE GERAL. CAPITULO I: DO OBJECTO E FIM DA LEI. Art. 1º O menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 annos de idade, será submettido pela autoridade competente ás medidas de assistencia e protecção contidas neste Codigo. (BRASIL, 1927)

[15] “A [infância] ´regular` prescinde de definição legal e corresponde às crianças que não passam por qualquer `privação de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória` e são, portanto, consideradas a salvo do `perigo moral` e cuja conduta não é desviante. Destas o Estado não se ocupa, pois somente as crianças em situação irregular serão legalmente definidas e estarão sob vigilância do Estado” (ZAPATER, 2019, p. 53).

[16] Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

mestra que reúne e harmoniza todos os demais princípios em um conjunto sistêmico'' (SPOSATO, 2013, p. 52)[17].

Assim, materializando o preceito constitucional estabelecido pela Constituição Federal de 1988, ''o Estatuto da Criança e do Adolescente, portanto, vem em resposta à nova orientação constitucional e à normativa internacional relativa à matéria, deixando claro, desde logo, seu objetivo fundamental: a proteção integral de crianças e adolescentes'' (DIGIÁCOMO; DIGIÁCOMO, 2017, p. 3).

O ECA, em consonância com as conquistas no plano internacional e doméstico, vem sedimentar e, até mesmo, solidificar o paradigma da proteção integral e se coloca como ferramenta para a transformação nas vias jurídicas e sociais. Superado esse primeiro momento de ênfase à ''caracterização dos direitos das crianças e dos adolescentes como direitos humanos [que] realça a inalienabilidade desses direitos e compromete o Estado, tanto no âmbito interno quanto internacional, a respeitá-los, defendê-los e promovê-los'' (PIOVESAN, 2018, p. 536).

Feitos esses apontamentos, é necessário abordar o direito à saúde de crianças e adolescentes. Assim, no próximo tópico será estudado o direito humano à saúde psicológica infantojuvenil, visando fornecer subsídios para o debate da temática da automutilação e suicídio de crianças e adolescentes.

1.2 A SAÚDE PSICOLÓGICA INFANTOJUVENIL COMO DIREITO HUMANO

Sob o fundamento e alicerce da proteção integral, o direito humano à saúde se materializa para crianças e adolescentes quando garantido em sua totalidade, por meio, por exemplo, do acesso a programas e serviços que ofereçam condições para efetivação e promoção da saúde física, mas, também, na dimensão psicológica (termo usualmente conhecido como saúde mental) infantojuvenil.

Alguns autores diferenciam as expressões saúde psicológica e saúde mental. Aquela mais abrangente – considerando o ser humano como ser biopsicossocial – detentor de condição psicológica, que é essencialmente complexa e envolve processos mentalísticos inerentes a sua condição humana (BRAUNER; CABRAL JÚNIOR, 2017). Já a expressão saúde mental, por

[17] "A proteção integral deve ser concebida como a doutrina jurídica que sustenta todo o atual Direito brasileiro da Criança e do Adolescente. Seu significado está em reconhecer que todos os dispositivos legais e normativos têm por finalidade proteger integralmente as crianças e os adolescentes em suas necessidades específicas, decorrentes da idade, de seu desenvolvimento e de circunstâncias materiais. A proteção integral, no entanto, deve se materializar por meio de políticas universais, políticas de proteção ou políticas socioeducativas, conforme a necessidade. Trata-se de um princípio norteador que deve obter implementação concreta na vida das crianças e dos adolescentes sem qualquer distinção" (SPOSATO, 2013, p. 52-53).

vezes, é reduzida a um estado patológico, minimizando a condição psicológica do indivíduo, e para a psicanálise, "não há estruturas absolutamente normais ou patológicas, porquanto impossível uma condição humana sem algum grau de desconforto" (BRAUNER; CABRAL JÚNIOR, 2017, p. 231).

A título didático e por essa distinção não ser unânime, as expressões serão utilizadas como sinônimas para fins do presente estudo. Por essa razão, é imprescindível revisitar os marcos sociais e normativos, no âmbito internacional e nacional, atinente ao direito à saúde.

1.2.1 O Direito à saúde no plano internacional e nacional

O direito social à saúde depende de uma série de outros direitos para sua plena efetivação. A discussão em torno de suas nuances é, por vezes, complexa e considera fatores como a solidariedade e a responsabilização coletiva para seu cumprimento. Ainda, associado a essa garantia, são necessárias ‘‘formulações de políticas e programas de proteção à saúde [que] são objetivos primordiais, exigindo a adoção de respectivos instrumentos jurídicos para assegurar alimentação, vestimenta, vida, assistência médica e serviços sociais necessários’’ (THOMASI, 2017, p. 29).

A Lei Federal nº 8.080/90 estabelece diretrizes básicas a respeito do direito fundamento à saúde e regulamenta ainda a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). De modo claro, a norma reforça o papel do Estado como provedor das condições indispensáveis ao pleno exercício deste direito, consistente na "formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1990c).

Essa conexão com outros direitos está prevista, inclusive, na referida lei. Em seu art. 3º[18] estabelece estreita relação entre o provimento da saúde a condições mínimas existenciais (BRASIL, 1990c). É importante mencionar o contexto de criação da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). O cenário que marca a história latino-americana diz respeito a períodos de regime ditatoriais, bem como períodos de transição a regimes democráticos, com a presença de notória desigualdade social e práticas que de forma direta ou indireta remontam a

[18] "Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social" (BRASIL, 1990c).

este passado. É nesse contexto que o ‘‘sistema interamericano tem a força catalizadora de promover avanços no regime de direitos humanos’’ (PIOVESAN, 2012, p. 74).

Logo, na seara internacional, o direito humano e social à saúde tem ocupado lugar de destaque[19], sendo pauta, como direito autônomo, pela primeira vez na Corte Interamericana de Direitos Humanos através do Caso *Poblete Vilches* e outros Vs. *Chile*; tais discussões giram em torno da justiciabilidade dos direitos sociais no âmbito da referida corte (CIDH, 2018a). O Relatório Anual da CIDH de 2018 pontua essa extensão interpretativa quanto ao direito à saúde:

> A Corte estabeleceu que a saúde é um direito humano fundamental e indispensável para o exercício adequado dos demais direitos humanos. Todo ser humano tem direito ao gozo do mais alto nível possível de saúde, que lhe permita viver dignamente, entendida a saúde não só como a ausência de afecções ou enfermidades, mas também como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, decorrente de um estilo de vida que permita que as pessoas alcancem um equilíbrio integral. A obrigação geral se traduz no dever estatal de garantir o acesso das pessoas a serviços essenciais de saúde, assegurando uma assistência médica de qualidade e eficaz, bem como de impulsionar o melhoramento das condições de saúde da população (CIDH, 2018b, p. 141).

Cumpre esclarecer que a CIDH é fruto da aprovação em 1969, em San José, na Costa Rica, da Convenção Americana de Direitos Humanos (também conhecida como Pacto de San José), que entrou em vigor em 1978; esta Convenção deu origem à Corte, instalada em 1979, como meio de proteger e garantir os direitos humanos dispostos na Convenção, com competência jurisdicional e consultiva (MAAS; DAROIT, 2019).

A partir da DUDH a ideia da universalidade e indivisibilidade dos direitos ocupou espaço no cenário social e jurídico. Contudo, quanto aos direitos sociais, econômicos e

[19] Segue trecho da Sentença do Caso Poblete Vilches e outros Vs. Chile em que a Corte Interamericana de Direitos Humanos relaciona o amparo legal internacional de diversos documentos no tocante ao direito à saúde: ‘‘114. Outrossim, o direito à saúde está consagrado por um vasto corpus iuris internacional; inter alia: o artigo 25.1 da Declaração Universal de Direitos Humanos; o artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o artigo 10 do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Ademais, o direito à saúde se reconhece no artigo 5, ponto e) da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial; artigo 12.1 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; o artigo 24.1 da Convenção sobre os Direitos da Criança; o artigo 28 da Convenção sobre a Proteção dos Trabalhadores Migrantes e seus Familiares, e o artigo 25 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Este direito também se encontra registrado em vários instrumentos regionais de direitos humanos, como no artigo 17 da Carta Social das Américas; o artigo 11 da Carta Social Europeia de 1961, em sua forma revisada; o artigo 16 da Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos, e, recentemente, na Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas (cabe destacar que, sobre esta última, por motivos de temporalidade, não resulta exigível em relação aos fatos do caso em análise). Ademais, o direito à saúde foi reconhecido na seção II, ponto 41, da Declaração e Programa de Ação de Viena, e em outros instrumentos e decisões internacionais.’’(CIDH, 2018a, p. 38) .

culturais, estes foram pouco abrangidos na Convenção Americana de Direitos Humanos, que reservou somente o art. 26, único dispositivo para sua regulação (CIDH, 1969)[20].

Até 2018, a Corte Interamericana assegurava o direito à saúde de forma indireta[21], partindo-se de interpretação mais ampla da Convenção Americana à luz da indivisibilidade dos direitos humanos. Em outros termos, mediante a face de um direito civil ou político que indiretamente refletia na tutela do direito à saúde (MAAS; DAROIT, 2019).

A partir do Caso *Poblete Vilches* e outros Vs. *Chile*, sentenciado em 09 de março de 2018, o direito à saúde, de forma autônoma e direta, foi reconhecido como violado, representando verdadeiro marco na interpretação e alcance para os direitos sociais, econômicos e culturais[22].

---

[20] "CAPÍTULO III. DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. Artigo 26. Desenvolvimento progressivo. Os Estados Partes comprometem-se a adotar providências, tanto no âmbito interno como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou por outros meios apropriados" (CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 1969).

[21] Exemplos dessa proteção aos direitos sociais de forma indireta se deu nos casos das comunidades indígenas Yakye Axa e Xákmok Kásek, ambos versus Paraguai, em que a garantia à propriedade das terras desses povos estava associada não somente à identidade cultura, mas também à manutenção do direito à saúde da tribo (BRASIL, 2014b). No caso Albán Cornejo e outros versus Equador, a condenação do estado equatoriano se deu pela violação dos direitos à vida e integridade pessoal, ainda, pela violação da obrigação de fiscalização e supervisão da prestação de serviços de saúde, havendo, portanto relação direta entre tais direitos; à época, alegou-se que o direito à saúde não seria imediatamente justiciabilizável perante a Corte, ocorrendo, portanto a proteção do direito à integridade física com o fim de assegurar o direito à saúde (CIDH, 2007).

[22] ''174. Considerando o exposto, esta Corte verificou que: i) o direito à saúde é um direito autônomo protegido pelo artigo 26 da Convenção Americana; ii) este direito, em situações de urgência, exige aos Estados velar por uma adequada regulação dos serviços de saúde, oferecendo os serviços necessários de acordo com os elementos de disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade, em condições de igualdade e sem discriminação, mas também tomando medidas positivas relativas a grupos em situação de vulnerabilidade; iii) as pessoas idosas contam com um nível reforçado de proteção relativo aos serviços de saúde de prevenção e urgência; iv) a fim de imputar-se a responsabilidade do Estado por mortes médicas, é necessário que se observe a negação de um serviço essencial ou tratamento, apesar da previsibilidade do risco enfrentado pelo paciente, ou bem uma negligência médica grave, e que se confirme um nexo causal entre a ação e o dano. Quando se trata de uma omissão, deve verificar-se a probabilidade de que a conduta omitida tivesse interrompido o processo causal que resultou no resultado nocivo; v) a falta de atendimento médico adequado pode levar à violação da integridade pessoal; e vi) o consentimento informado é uma obrigação das instituições de saúde, as pessoas idosas ostentam a titularidade desse direito, entretanto, ele pode ser transferido sob certas circunstancias a seus familiares ou representantes. Outrossim persiste o dever de informar os pacientes, sempre que proceda, e seus representantes sobre os procedimentos e condição do paciente. 175. No caso concreto, a Corte considera que o Estado do Chile não garantiu que os serviços de saúde oferecidos ao senhor Poblete Vilches respeitassem os padrões referidos, pelo que descumpriu a oferta de medidas básicas, ou seja, de suas obrigações de caráter imediato relacionadas ao direito à saúde em situações de urgência. Outrossim, o Estado descumpriu seu dever de obter o consentimento informado por substituição dos familiares diante da intervenção cirúrgica praticada, bem como oferecer informação clara e acessível aos familiares em relação ao tratamento e procedimentos praticados ao paciente. As negligências assumidas na segunda internação, particularmente, ao negar um respirador ao paciente, bem como a possibilidade de internação na unidade de cuidados requerida e não ser transferido a outro centro que pudesse oferecer tais medidas, em parte pela sua condição de idoso, reduziu de maneira considerável as possibilidades de recuperação e sobrevivência do paciente, pelo que seu falecimento resulta imputável ao Estado. Outrossim, a Corte afirmou que a idade do senhor Poblete Vilches, como categoria protegida da não discriminação, foi uma limitação para que ele recebesse o atendimento médico requerido.

Já no cenário nacional, o direito à saúde é consagrado como direito fundamental previsto no arts. 6º e 196 da Carta Constitucional de 1988. Reconhece-se como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido de modo universal e integral mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 1988). Além disso, há competência solidária em matéria de saúde pública, uma vez que tanto a União, como Estados, Distrito Federal e Municípios possuem atribuições e responsabilidades no que toca à saúde, conforme arts. 23, inciso II, 24, inciso XII e 30, inciso VII da Carta Magna (BRASIL, 1988).

O direito à saúde infantojuvenil como direito social de segunda dimensão, no tocante à efetividade, perpassa por prestações positivas de incumbência do Estado, o qual através de políticas públicas, devem prover condições mínimas para uma vida digna. Em razão disso, há associação direta com o direito à saúde e políticas públicas, por essas serem ferramentas por meio das quais tais direitos serão materializados (ROSSATO; LÉPORE; CUNHA, 2018).

O ECA também abarca de forma sistêmica e em consonância com os preceitos aqui estudados o direito fundamental à saúde. Os sujeitos de direitos alvo da presente pesquisa são crianças e adolescentes. Nessa perspectiva, há três aspectos elementares que precisam ser considerados ao tratar do direito fundamental à saúde, que se reveste de princípios no Direito Humano Infantojuvenil tamanha sua relevância, a saber: princípios do interesse superior da criança e do adolescente[23], da prioridade absoluta[24] e da condição peculiar de pessoas em desenvolvimento[25], em suma, pontos chaves para o exercício da cidadania infantojuvenil, que

176. Portanto, este Tribunal considera que o Estado chileno é responsável internacionalmente pela falta de garantia dos direitos à saúde, vida, integridade pessoal, liberdade, dignidade e acesso à informação, de acordo com os artigos 26, 4, 5, 13, 7 e 11 da Convenção Americana, em relação com as obrigações de não discriminação do artigo 1.1 do mesmo instrumento, em prejuízo do senhor Poblete Vilches. Outrossim, o Estado é responsável pela violação dos artigos 26, 13, 7 e 11, em prejuízo de seus familiares''(CIDH, 2018a, p. 58-59)

[23] O artigo 3º.1. da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança dispõe: ''Todas as ações relativas às crianças, levadas a efeito por instituições públicas ou privadas de bem estar social, tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar, primordialmente, o interesse maior da criança.''(BRASIL, 1990, a). Ainda, o artigo 100 do ECA dispõe: ''Art. 100. Na aplicação das medidas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Parágrafo único. São também princípios que regem a aplicação das medidas: IV - interesse superior da criança e do adolescente: a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do adolescente, sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto;'' (BRASIL, 1990b).

[24] O artigo 4º do ECA dispõe: ''É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.''(BRASIL, 1990b).

[25]Os arts. 6º e 27 da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança são claros ao prever o princípio da condição peculiar de pessoas em desenvolvimento: ''Artigo 6. 1. Os Estados Partes reconhecem que toda criança tem o direito inerente à vida. 2. Os Estados Partes assegurarão ao máximo a sobrevivência e o desenvolvimento da criança. Artigo 27 1. Os Estados Partes reconhecem o direito de toda criança a um nível de vida adequado ao

“é um processo inacabado e sempre aberto a novas aquisições de consciência, de participação e de solidariedade” (BOFF, 2000, p. 53).

Nesse ínterim, como processo histórico-social capacita à massa humana a forjar condições de consciência, organização e elaboração de um projeto e práticas na contramão do óbvio ou do senso comum, causando um movimento no sentido de deixar de ser massa e de passar a ser povo, como sujeito ativo, histórico, plasmador de seu próprio destino (BOFF, 2000).

A responsabilidade solidária do Estado, da família e da sociedade no respeito, defesa e promoção dos direitos e garantias de todas as crianças e adolescentes brasileiros perpassa por sua aplicação sempre tendo como parâmetro o maior/melhor/superior interesse[26]. Perpassa ainda pela prioridade constitucional, nos termos do art. 227 da Constituição Federal de 1988[27], que deve ser garantida materialmente, no cotidiano e alcançar a infância e adolescência, através de reserva de recursos, políticas públicas, acesso a bens e serviços materiais e imateriais que proporcionem às crianças e aos adolescentes uma vida digna de ser vivida.

> Todas as decisões que afetem crianças são prioritárias, pois elas são responsáveis pelo porvir. E, nesse sentido, sua sobrevivência e desenvolvimento são preferenciais diante da formação da sua personalidade, dos seus talentos e suas habilidades pelo aprimoramento espiritual, moral, social e fisiológico (saúde e nutrição). Na verdade, é a melhor representação do movimento de solidariedade em favor dos menores de idade, devendo ser respeitados em suas opiniões, reafirmando sua titularidade de direitos, podendo acessar informações e se expressar livremente em todas as questões que lhes digam respeito, configurando seu direito de participação. (THOMASI, 2017, p. 20-21)

---

seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social.’’ (BRASIL, 1990, a). 0 artigo 3º do ECA também assim dispõe: ‘‘Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.’’. Ainda, o artigo 6º do ECA dispõe: ‘‘Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.’’ (BRASIL, 1990b).

[26] Autores como Rossato, Lépore e Cunha (2018) trabalham com essa abrangência quanto a nomenclatura do princípio do interesse superior da criança e do adolescente.

[27] Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. § 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil; II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação (BRASIL, 1988).

E por fim, nesse sentido, também sempre ponderando e observando a condição peculiar de pessoas em desenvolvimento[28], é importante o equilíbrio entre o olhar na proteção infantojuvenil associado à vulnerabilidade, mas, também, a uma necessária desconstrução de estereótipos e generalizações estigmatizantes[29] da infância e, principalmente, adolescência e juventude (SPOSATO; SILVA, 2018).

Sob o fundamento da primazia da infância e adolescência, o melhor interesse do grupo, e sua condição de pessoas em desenvolvimento, o direito humano à saúde é concretizado quando sua garantia se dá não apenas por meio de políticas públicas universais (acesso efetivo ao SUS), mas sobre necessidades específicas para casos peculiares, a exemplo de políticas públicas criadas em razão de circunstâncias específicas, a fim de promover direitos específicos, diante de constatações sociais, econômicas, culturais entre outras condicionantes, como o caso em estudo da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

Isto porque a igualdade formal, garantida na letra da lei, não é suficiente para, por si só, garantir as demandas sociais, fruto de desigualdades existentes no país. Quando uma realidade é comprovada e viola direitos humanos, no caso em estudo, infantojuvenis, é preciso ir além e garantir igualdade sob o prisma material, tratando os desiguais desigualmente para aí sim igualá-los.

Com isso, evidencia-se que o direito e acesso à saúde sofre influências determinadas por fatores sociais, como condições de vida e trabalho, produtos da ação humana, ou seja, que podem ser transformadas através de políticas públicas que promovam a redução das desigualdades e o acesso aos bens mínimos para uma vida digna (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Esse olhar crítico auxilia na compreensão da abordagem do direito humano à saúde, em especial, à saúde psicológica de crianças e adolescentes, objeto da presente investigação. Essa abordagem contribuirá no estudo do cenário infantojuvenil no tocante à automutilação e ao

---

[28] "A afirmação da criança e do adolescente como ''pessoas em condição peculiar de desenvolvimento'' não pode ser definida apenas a partir do que a criança não sabe, não tem condições e não é capaz. Cada fase do desenvolvimento deve ser reconhecida como revestida de singularidade e de completude relativa, ou seja, a criança e o adolescente não são seres inacabados, a caminho de uma plenitude a ser consumada na idade adulta, enquanto portadora de responsabilidades pessoais, cívicas e produtivas plenas. Cada etapa é, à sua maneira, um período de plenitude que deve ser compreendida e acatada pelo mundo adulto, ou seja, pela família, pela sociedade e pelo Estado" (COSTA, 2014, p. 59).

[29] Sobre esse aspecto específico é importante destacar que ''devemos ter presente que a opinião pública, e algumas instituições contribuem para a naturalização e aceitação social da violência, por meio da culpabilização e demonização das vítimas, pertencentes a setores subalternos ou particularmente vulneráveis. O resultado é a aceitação da violência letal vitimando a população adolescente e jovem e a defesa absurda de que em alguns casos seria até mesmo necessária'' (SPOSATO; SILVA, 2018, p. 33).

suicídio, com ênfase na análise de políticas/ações de promoção à saúde psicológica no município de Aracaju/SE.

1.2.2 Por que falar em direito humano a saúde psicológica infantojuvenil?

A saúde mental será denominada também de saúde psicológica para fins desse estudo. Há relação direta entre dignidade da pessoa humana e proteção integral infantojuvenil, que compreende a integridade física, psíquica e intelectual sob a responsabilidade do poder público por meio de ações articuladas do SUS, conforme art. 11, *caput,* da Lei 8.069/90 (ECA)[30].

A saúde psicológica é tida para parte da doutrina como direito fundamental bioético. Não é exclusivamente associada a uma doença psicológica específica, mas, em verdade, está associada ao estado mental sadio, de sanidade e de inexistência de desordem psicológica (BRAUNER; CABRAL JÚNIOR, 2017).

A OMS inclui a saúde psicológica ao tratar da saúde, demonstrando sua essencialidade. Perfilha-se que "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (OMS, 1946, p. 1). Dessa forma, falar em saúde psicológica de crianças e adolescentes é falar de princípios bioéticos como o previsto no art. 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos[31], qual seja, o princípio da vulnerabilidade, como já fora pontuado, que no caso de crianças e adolescentes decorre da incapacidade civil (absoluta ou relativa). Além disso, decorre da condição peculiar de pessoas em desenvolvimento; e ainda o previsto no art. 14 da referida Declaração[32], a relação entre responsabilidade social e saúde (UNESCO, 2006).

Outro documento que esclarece a definição de saúde psicológica é a Ficha Informativa nº 220 da OMS, que visa reforçar a promoção da saúde mental, ao estabelecer bases para sua

---

[30] "Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde" (BRASIL, 1990b).

[31] "Artigo 8º Respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal. Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa" (UNESCO, 2006, p. 8).

[32] "Artigo 14º Responsabilidade social e saúde. 1. A promoção da saúde e do desenvolvimento social em benefício dos respectivos povos é um objetivo fundamental dos governos que envolve todos os setores da sociedade. 2. Atendendo a que gozar da melhor saúde que se possa alcançar constitui um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, opções políticas e condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve fomentar: (a) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e aos medicamentos essenciais, nomeadamente no interesse da saúde das mulheres e das crianças, porque a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada um bem social e humano; (b) o acesso à alimentação e água adequadas; (c) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; (d) a eliminação da marginalização e da exclusão, seja qual for o motivo em que se baseiam; (e) a redução da pobreza e do analfabetismo" (UNESCO, 2006, p. 8).

definição, colocando-a como “estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar de maneira produtiva e é capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade” (OMS, 1999, p. 1).

A concepção básica de saúde mental está relacionada com a valorização da singularidade e da individualidade do ser humano, através de progressos no ambiente socioeconômico, por exemplo, o olhar de atenção no tocante à promoção de saúde mental, na contramão da regra, em que os recursos em assistência médica são gastos com tratamento especializado ou serviços comunitários de tratamento e reabilitação, e por fim, consiste no investimento multisetorial, governamental e não-governamental (OMS, 1999).

Paralelo pode ser feito com o art. 11 da Declaração Universal da Bioética, ao estabelecer o princípio da não discriminação e da não estigmatização. No início da pesquisa foi abordado o intenso movimento feito para romper o olhar criminalizador referente às crianças e adolescentes, por contextos diversos (sociais, culturais e econômicos) e instituir o paradigma da proteção integral, independente de circunstâncias. A proteção integral abrange desde a vida e saúde até o lazer, por exemplo.

Assim, constata-se real consonância, à medida em que o art. 11 declara que ‘‘nenhum indivíduo ou grupo deve, em circunstância alguma, ser submetido, em violação da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, a uma discriminação ou a uma estigmatização’’ (UNESCO, 2006, p. 8), e, também, com o art. 16 ao tratar da proteção das gerações futuras, de modo que ‘‘As repercussões das ciências da vida sobre as gerações futuras, nomeadamente sobre a sua constituição genética, devem ser adequadamente tomadas em consideração’’ (UNESCO, 2006, p. 9).

No Brasil, a reforma psiquiátrica, conhecida como movimento antimanicomial, se firmou como um importante contexto de promoção dos direitos relacionado à saúde psicológica. O movimento culminou com a normatização da Lei nº 10.216/2001 que ‘‘dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental’’ (BRASIL, 2001a), marco no processo de conferir dignidade humana e cidadania àqueles que necessitam de tal assistência, democratizando as formas de pensar e responsabilizar o problema, rechaçando alternativas de isolamento, violência e esquecimento social[33] e, dessa maneira, servindo como contributo para a reestruturação da saúde psicológica no país.

[33] “Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam

1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO BASE PARA REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PSICOLÓGICA

Compreender o modelo atual de cuidado e assistência à saúde mental implica certo aprofundamento nas raízes que revolucionaram esse novo paradigma, por isso, é essencial trazer a experiência de Santos/SP, precursora no cenário brasileiro. A instituição privada Casa de Saúde Anchieta, popularmente conhecida como Casa dos Horrores, foi alvo de intervenção pelo poder público municipal de Santos/SP ao receber diversas denúncias de mortes, violências e maus tratos em meados de 1989, culminando num intenso e determinante processo até seu fechamento definitivo em 1994, aliado à abertura gradual de cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (KODA; FERNANDES, 2007; KINOSHITA, 2009).

O município de Santos/SP assumia, assim, ineditismo[34] na luta antimanicomial, à medida que no cenário da recente promulgação da Constituição Federal de 1988, e de tímido emponderamento, a nível nacional, de práticas associadas à integração de pacientes na esfera social. Nesse sentido, a "luta Antimanicomial instaura um processo de transformação não só nas práticas ligadas à saúde mental, como também carrega em si um potencial disruptivo dentro de nossa própria sociedade ao colocar em questão a divisão entre normal e patológico, loucura e normalidade" (KODA; FERNANDES, 2007, p. 1457).

O modelo anterior de assistência psiquiátrica era fundamentado no lucro oriundo das internações dos pacientes acometidos por transtornos mentais, bem como num tratamento desprovido de dignidade humana e cidadania, pilares da saúde psicológica. Conhecido também como indústria da loucura, tal estruturação tinha como similares as concepções de transtorno psicológico e pobreza e apresentava o isolamento do sujeito como a solução mais adequada, eximindo a sociedade de visualizar e, sobretudo, refletir a respeito da problemática (BRAUNER; CABRAL JÚNIOR, 2017).

Todavia, os resultados frutos desse modelo sustentavam em profissionais e militantes a necessidade de sua reestruturação, devido à incongruência das internações compulsórias e sua incompatibilidade com os postulados do Estado Democrático de Direito. Nessa toada, um

assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais" (BRASIL, 2001, a).

[34] "Era impensável o poder público intervir e tomar a direção de um ente privado, por razões de ordem da saúde pública; menos ainda uma prefeitura, que até então cumpria apenas as funções de zeladoria das cidades, assumir a função de gestor e responsável pela saúde de sua população, tendo o direito dos indivíduos internados como fundamento para ação do executivo municipal. As questões da saúde, até 1988 eram matérias regidas apenas pelos governos estadual e federal. As intervenções anteriores eram da parte dos governos sobre entes governamentais, isto é, do poder público sobre hospitais públicos" (KINOSHITA, 2009, p. 223).

marco desse processo ocorrera em 1990, a Declaração de Caracas[35], oriunda da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, empreitada pela OPAS e pela própria OMS (JORGE; FRANÇA, 2001; BRAUNER, CABRAL JÚNIOR, 2017).

Logo, marcada pela desospitalização e desinstitucionalização, as ações em saúde psicológica ocupam o debate[36] político-jurídico, com vistas à reintegração do paciente na comunidade (JORGE; FRANÇA, 2001). Com efeito, "a Reforma Psiquiátrica Brasileira realiza, então, por meio de uma complexa e sistemática política pública (*Public Policy*), consubstanciada em leis e portarias ministeriais, leis estaduais e municipais, uma ampla modificação no atendimento ao usuário" (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008, p. 24).

No Brasil, a materialização desse amplo processo tornou-se real com a entrada em vigor da Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que visa garantir os direitos e a proteção das pessoas acometidas por transtornos mentais, entre eles os elencados no art. 2º, cujas medidas vão desde o acesso ao melhor tratamento de saúde (inciso I), a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração (inciso III), o sigilo e acesso às informações e meios de comunicação disponíveis (incisos IV, VI e VII) e a preferência no tratamento em serviços comunitários de saúde mental (inciso IX) (BRASIL, 2001a). Percebe-se que "a Reforma formula, cria condições e institui novas práticas terapêuticas visando a inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura" (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008, p. 24).

Entre as situações e casos que envolvem ausência de saúde psicológica, é preciso falar também do sofrimento psíquico ocasionado por diversos fatores que fazem o sujeito enxergar o suicídio como meio para pôr fim a sua dor, ou que se automutilam para amenizá-la. Daí a necessidade de regulamentação, por parte do Direito, através de normas, como leis, decretos,

---

[35] "A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva; 2. O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por: a) Provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social; b) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente; c) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental; d) Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores" (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990, p.1).

[36] "Assim, questões como o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a pluralidade dos saberes e a complexidade das ações e dos serviços assistenciais passam a dominar o campo acadêmico e profissional como requisitos fundamentais para o processo de reforma da assistência psiquiátrica. [...] Nas últimas décadas, importantes mudanças na área dos conhecimentos teóricos em neurociências e dos instrumentos técnicos da medicina em geral e da psiquiatria em particular, além daqueles pertencentes a outros saberes, têm facilitado as transformações no campo das políticas de saúde, favorecendo a reorganização da assistência aos doentes mentais. Neste sentido, por intervenções de natureza diversa, tem sido possível manter pessoas gravemente enfermas por maior tempo em seu meio social, alargar os períodos livres de sintomas e obter maior êxito com procedimentos visando reabilitação" (JORGE, FRANÇA, 2001. p.3).

portarias, entre outros atos normativos que contribuem para a construção desse olhar de proteção em detrimento de todo o preconceito vivenciado por tais pessoas.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e constitui marco normativo e social no tratamento da saúde psicológica, tornando a dignidade da pessoa humana como centro do novo modelo (BRASIL, 2001a). Esse fator é fundamental para o rompimento com as práticas violadoras de direitos humanos até então marcantes e arraigadas no antigo modelo.

CAPÍTULO 2 – AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO INFANTOJUVENIL NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE

Nesse momento é relevante revisitar os marcos legais que introduziram a automutilação e o suicídio infantojuvenil[37] no ordenamento jurídico brasileiro. A partir dessa delimitação da problemática, bem como o contexto envolto, pode-se estabelecer como parâmetro do problema a própria proteção dos direitos humanos.

A Lei Federal nº 13.819, de 26 de abril de 2019, instituiu no país a PNPAS, bem como o Decreto Federal nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020, o qual constituiu o Comitê Gestor da PNPAS, regulamentando a referida política e, também, estabelecendo normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2020).

Nesse contexto, há destaque para outros atos normativos, como a Portaria Federal nº 1.876/2006, que estabeleceu diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a serem implantadas em todo país e a Portaria de Consolidação nº 003/2017, que versa sobre a consolidação das normas sobre as Redes do SUS, entre as quais a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental[38]. Na esfera jurídica, solidifica e ressignifica, em suas bases, o tratamento no tocante à saúde mental, de forma explícita desde já em suas diretrizes em respeito aos direitos humanos, garantia de acesso à qualificação dos serviços, atenção humanizada, entre outras[39] (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2017e).

De igual modo, a Portaria nº 1271/2014, 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 (BRASIL, 2014). A normativa torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional, sendo esses atos normativos marcos relevantes para o estudo da automutilação e suicídio infantojuvenil (BRASIL, 2014).

A referida portaria ainda tem uma crucial finalidade de publicização de tais práticas. Isso se justifica porque chama a atenção da realidade velada de suicídios e automutilações no

[37] Visando a consonância com os dados oficiais colhidos junto ao Observatório Social de Aracaju, dados esses oriundos da Secretaria Municipal de Saúde, ao referir-se à expressão infantojuvenil deve-se compreender a faixa etária de 0 a 19 anos, como regra. Os casos em que essa faixa de idade é aumentada estarão expressos na pesquisa.
[38] Essa rede será estudada com maior detalhamento no terceiro capítulo.
[39] "Anexo V - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [...] Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos; IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania" (BRASIL, 2017e).

contexto brasileiro. Nesse viés, representa marco normativo na atenção à saúde psicológica, uma vez que transforma a gestão do tratamento de tais casos, trazendo, ainda, conceituações importantes como autoridades de saúde, doença, notificação compulsória (e modalidades), em seu art. 2º[40], bem como a regulamentação da notificação, no art. 3º[41].

Além disso, no final do ano de 2017, as Portarias Federais nº 3.479 e 3.491 instituíram o Comitê Gestor para elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde, assim como a previsão de incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do SUS (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2017d).

Dois pilares tomaram contornos próprios através de tais atos, visto que se iniciou um trabalho específico para criação de um plano abrangendo a realidade do país no tocante à

---

[40] "Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos: I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada; II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos; IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública; V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes; VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal; VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível; VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo; IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)" (BRASIL, 2014).

[41] Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. § 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS. § 2º A de notificação compulsória comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa. § 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento (BRASIL, 2014).

prevenção do suicídio. Houve também investimento financeiro na temática, indispensável para tornar realidade o referido plano na dimensão prática.

Dessa forma, feitas as considerações da problemática a partir da compreensão dos organismos internacionais, em especial as agendas globais, faz-se necessário avançar o estudo por meio do paralelo com os dados oficiais colhidos no tocante à automutilação e suicídio infantojuvenil no município de Aracaju/SE.

2.1 AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO INFANTOJUVENIL: CONSTRUINDO CONCEITOS IMPORTANTES

Um vasto aparato de lutas no seio da sociedade se deu para que hoje o debate a respeito da automutilação e do suicídio fosse uma realidade no Brasil. O lapso temporal entre abril de 2001 – cenário de vigência da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001a), conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica ou Movimento Antimanicomial – até abril de 2019 – cenário da instituição da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, materializada por meio da Lei nº 13.819 (BRASIL, 2019b) – foi suficiente para romper paradigmas e instituir uma série de normas e lutas sociais pautadas e travadas em prol da garantia da saúde psicológica como direito humano.

Nesse contexto, entender o problema sob o viés conjuntural, considerando os debates consolidados a nível global a respeito da saúde é imprescindível para a compreensão jurídico-social da problemática. Por isso, no tópico seguinte será introduzido o contexto do suicídio e da automutilação infantojuvenil, abordando ainda os principais pontos da Agenda 2030 da ONU para o Desenvolvimento Sustentável[42] e da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região.

Ademais, é válido compreender as principais inovações legais e as perspectivas doutrinárias sobre a automutilação e suicídio infantojuvenil e, por fim, analisar a subnotificação e os mitos que fragilizam o avanço de pesquisas na área, fenômeno de extrema relevância nesse segmento de estudo.

[42] ‘‘A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável das Nações Unidas é uma das 59 estratégias mais importantes e ambiciosas até hoje vistas. Inclui dezessete objetivos com enfoque holístico para transformar o mundo em uma comunidade mundial mais pacífica, mais justa e inclusiva. Seu foco são metas sociais, econômicas e ambientais, enaltecendo a busca da governança, o estado de direito, o acesso à justiça, a segurança pessoal e a luta contra a desigualdade, centrado na saúde e nas suas consequências, demonstrando ser ela a regra de ouro 60 no âmbito do direito humano. A saúde universal passa a constituir objetivo mundial para a próxima década, disponibilizando serviços de qualidade e acesso a medicamentos e vacinas seguros, eficazes e de qualidade a todos’’ (THOMASI, 2017, p. 30).

2.1.1 Interface da temática com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3

Ninguém deve ser deixado para trás (ONU, 2015). Essa afirmação moveu os países do mundo na confecção de um plano de ação com 17 objetivos e 169 metas que visam ao alcance do desenvolvimento sustentável. Essas metas e propostas globais devem nortear as decisões de cada país nos anos seguintes até 2030. O movimento global de implementação da Agenda 2030 requer compromisso e solidariedade.

O direito em compasso com as demandas sociais e em seu papel central na temática de políticas públicas deve ser parte essencial na discussão e aprimoramento desses objetivos, com acompanhamento direto das ações e aprimoramentos necessários para a redução das desigualdades e promoção de direitos humanos.

Logo, retomando a problematização da pesquisa: o município de Aracaju/SE cumpre a política pública de enfrentamento à automutilação e ao suicídio infantojuvenil?

Assim, nessa etapa cumpre relacionar o estudo da saúde psicológica com o ODS 3, que tem por escopo a busca por uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades" (ONU, 2015). Integra o aludido objetivo a meta 3.4 – "até 2030, reduza em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento e promova a saúde mental e o bem-estar" (ONU, 2015, p. 18-19).

Entre as doenças não transmissíveis está a violência autoprovocada, que possui como espécies, segundo a classificação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS), o suicídio consumado, a tentativa de suicídio e o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida, objeto de estudo da presente dissertação, razão pela qual o Guia de Direitos Humanos desenvolvido pelo Instituto Dinamarquês de Direitos Humanos aponta como indicador 3.4.2 "Taxa de mortalidade por suicídio" (INSTITUTO DINAMARQUES, 2020).

Analisando os dados associados ao ODS 3, percebe-se que as três recomendações geradas ao Brasil em 2017 resultantes das Revisões Periódicas Universais[43][44][44] dizem respeito a

[43] "A Revisão Periódica Universal (RPU) é uma avaliação entre estados (governos), ou seja, os estados se avaliam mutuamente, quanto a situação de direitos humanos, gerando um conjunto de recomendações. É um processo único que compreende a avaliação periódica da situação de direitos humanos de todos os 193 Estados-membros das Nações Unidas. A RPU é uma inovação significativa do Conselho de Direitos Humanos centrada no tratamento igualitário para todos os países" (UNICRIO, 2016).

[44] A nível de Brasil, em fevereiro de 2020, a Câmara dos Deputados lançou observatório parlamentar de direitos humanos, em parceria com o Alto Comissariado das Nações Unidas, com o objetivo de "aumentar o envolvimento nacional com os mecanismos de direitos humanos; contribuir para a coleta de boas informações e práticas; aumentar o conhecimento sobre os mecanismos de direitos humanos da ONU e sua relevância; aumentar o uso dos resultados dos mecanismos de direitos humanos entre os legisladores" (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2020, p. 1).

aspectos essencialmente sobre a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil e aos grupos indígenas. Diretamente relacionado ao ODS 3.4, a última recomendação feita foi em 2015 pela Comissão dos Direitos da Criança, cujo foco de proteção recai sobre as crianças migrantes, refugiadas ou requerentes de asilo, visando às assistências físicas e psicológicas e ao acesso efetivo a programas de reabilitação e reintegração (INSTITUTO DINAMARQUES, 2020).

A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região, confeccionado em parceria entre a OMS e a OPAS em 2017 adentra na seara para traçar 11 objetivos, todos na esfera da saúde e a serem perseguidos até 2030 com o fim de promover o gozo do grau máximo possível de saúde, equidade e inclusão social através da saúde, imbuídos pela solidariedade pan americana (OPAS; OMS, 2017).

Nesse contexto, o objetivo 9 pretende "reduzir a morbilidade, a incapacidade e a mortalidade decorrentes de doenças não transmissíveis, lesões, violência e transtornos de saúde mental" (OPAS; OMS, 2017, p. 40). A concretização desse objetivo deve envolver a expansão do acesso universal aos serviços de saúde psicológica, ao acesso a rede de cuidados de prevenção às vulnerabilidades psicossociais e transtornos mentais aliados à atenção primária para um alcance efetivo de pessoas (OPAS; OMS, 2017, p. 40).

Nessa perspectiva, é preciso estar atento ao contexto que cerca e torna tais medidas como prioritárias:

> As doenças não transmissíveis são responsáveis por quase 4 de cada 5 mortes na Região das Américas, e se prevê que estes números aumentem nas próximas décadas. Em 2015, uma pessoa de 30 anos em nossa Região apresentava 14,7% de probabilidade de morrer por alguma das quatro principais doenças não transmissíveis antes de chegar aos 70 anos. Esta é a probabilidade de morrer mais baixa em comparação com outras regiões, se considerarmos que a média mundial foi de 18,8%. [...] Transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias são os principais fatores que contribuem para morbidade, incapacidade, lesões, mortalidade precoce e aumento do risco de outros problemas de saúde. A prevalência estimada de tais transtornos em 12 meses varia de 18,7% a 24,2% na Região das Américas. Entre eles, a prevalência de transtornos de ansiedade varia de 9,3% a 16,1%; a de transtornos afetivos, de 7,0% a 8,7%; e a de transtornos de uso de substâncias, de 3,6% a 5,3% (OPAS; OMS, 2017, p. 24-25).

No âmbito interno brasileiro, órgãos como a Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente (ABRINQ, 2017), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA (BRASIL, 2018), entre outros, também colaboram com pesquisas no setor. A finalidade primordial é a de que cada vez mais esses objetivos, alinhados em prol do desenvolvimento

sustentável, possam alcançar os planos de governo, as cidades e a vida das pessoas. Na essência, busca-se servir como uma ferramenta de transformação social, que seja, de fato, capaz de reduzir desigualdades e promover direitos humanos.

2.1.2 Automutilação e Suicídio Infantojuvenil – Inovações Legais e Perspectivas Doutrinárias

A Lei nº 13.819/2019 é recente, posto que completou um ano de vigência no país no final de julho de 2020. Apesar dessa vigência bastante atual, reflete um marco e inovação na garantia do direito humano à saúde psicológica, se colocando como uma concreta estratégia permanente da Administração Pública para a prevenção e tratamento desses eventos (BRASIL, 2019b). A norma define a violência autoprovocada como gênero e os casos de suicídio consumado[45], tentativa de suicídio[46] e atos de automutilação[47], com ou sem ideação suicida[48], como espécies.

Os objetivos da PNPAS estão alinhados ao novo modelo de tratamento à saúde psicológica e são, de modo expresso, anunciados na lei objeto de estudo dessa dissertação. Em seu art. 3º, visa-se: a promoção da saúde mental; a prevenção da violência autoprovocada; o controle de fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; a garantia de acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; o cuidado com a família do paciente; o envolvimento da sociedade como parte da rede, bem como a articulação intersetorial na prevenção, envolvendo entidades de saúde, educação, entre outras; o melhoramento do sistema de notificação, bem como dos métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados; por fim, a promoção da educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019b).

Sabe-se que nem toda norma jurídica cumpre todos os requisitos da Escada Ponteana quantos aos planos de existência, validade e eficácia. Estas podem existir, serem válidas,

---

[45] "Suicídio: Ato deliberado de tirar a própria vida, com desfecho fatal" (BRASIL, 2019a, p. 6).

[46] "Tentativa de suicídio: Quando o indivíduo se autoagride com a intenção de tirar a própria vida, utilizando um meio que acredite ser letal, sem resultar em óbito" (BRASIL, 2019a, p. 6).

[47] "Autoagressão: Qualquer ato intencional de automutilação (com faca, aparelho de barbear, caco de vidro, etc) ou outras formas de causar dano a si mesmo (como queimar-se com cigarro), sem intenção de morte. Por vezes, crianças e adolescentes relatam que se autoagridem com o objetivo de controlar e/ou aliviar uma dor emocional" (BRASIL, 2019a, p. 6).

[48] "Ideação suicida: Quando o suicídio é visto como uma saída para uma situação de sofrimento. Pode abrir as portas para um plano de suicídio.No caso de crianças e adolescentes, isso pode acontecer quando há uma depressão grave com baixa auto-estima, humor deprimido, incapacidade de ver que sua situação pode melhorar, sentimento de que não há motivos para viver ou nenhuma chance de ser feliz" (BRASIL, 2019a, p. 6).

todavia, podem não possuir eficácia, plano esse que diz respeito aos efeitos gerados a partir da norma, resolução de direitos e deveres das partes, em outras palavras, a exteriorização das consequências jurídicas e práticas (TARTUCE, 2012).

É importante pontuar a referida teoria, pois existe um esforço, em razão de se conceber o direito como multidimensional, em harmonizar o ser e o dever ser, relacionar o mundo jurídico e o mundo fático[49] (SANTOS, 2017). Nesse contexto, a regulamentação da legislação por meio de outras normas, a conscientização e participação social no debate das questões que as envolvem diretamente, numa cidadania ativa, bem como a fiscalização da gestão e recursos públicos contribuem sobremaneira para efetividade das normas.

Nesse ínterim, o Decreto Federal nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020, é responsável por instituir o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio[50], regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada'' (BRASIL, 2020). Visa-se, em termos práticos, definir contornos próprios às disposições da PNPAS.

Algumas inovações legislativas em todo esse processo de regulamentação da política merecem ser destacadas. Um bom exemplo é a integração da área da educação no tocante às notificações compulsórias, o que reforça a importância da escola, dos agentes sociais como professores e educadores na proteção da infância e adolescência, antes exclusivo da área da saúde[51].

Acredita-se que a nova sistemática relacionada à notificação compulsória tem por

---

[49] "Desta feita, como se tem tratado, os fatos da vida são encapados pela juridicidade, apresentando-se como releitura normativa e jurídica da existência sensível e cultural. Entretanto, estabelecida a abrangência existencial do fenômeno jurídico, resta ainda em aberto a perquirição que tem norteado a presente reflexão: o que vincularia o ser ao dever-ser? Isto é, como se daria esse processo de juridicização da vida? No contexto epistemológico da Teoria Geral do Direito, a resposta para tais questionamentos perpassa, necessariamente, pela compreensão da norma jurídica e a dinâmica da sua incidência" (SANTOS, 2017, p. 267-268).

[50] "Art. 3º Compete ao Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio: I - articular, planejar e propor estratégias de implementação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio com fundamento na cooperação e na colaboração entre órgãos e entidades da administração pública federal, estadual, distrital e municipal e organizações da sociedade civil; II - monitorar a implementação e a execução da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio; III - propor ações de prevenção sobre a situação epidemiológica da automutilação e do suicídio; IV - contribuir para o aprimoramento da informação e do conhecimento do fenômeno da automutilação, da tentativa e do suicídio consumado, incluídos as suas causas, os determinantes sociais e os fatores de risco associados; e V - propor e disseminar, de forma integrada, campanhas de comunicação social para prevenção da automutilação e do suicídio em suas diferentes dimensões; e VI - elaborar o seu regimento interno" (BRASIL, 2020).

[51] "Art. 6º Os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória pelos: I – estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias; II – estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar. [...] § 2º Nos casos que envolverem criança ou adolescente, o conselho tutelar deverá receber a notificação de que trata o inciso I do caput deste artigo, nos termos de regulamento. § 3º A notificação compulsória prevista no caput deste artigo tem caráter sigiloso, e as autoridades que a tenham recebido ficam obrigadas a manter o sigilo" (BRASIL, 2019b).

escopo reduzir a subnotificação. A natureza e complexidade dos casos de automutilação, bem como as tentativas e suicídios, além de envolverem uma série de mitos, envolvem também preconceitos e tabus que fazem com que a subnotificação seja um fator muito mais que presente, sendo medida marcante (OMS; OPAS, 2014; ABP, 2014; MOURA, ALMEIDA; RODRIGUES *et al*, 2011).

A PNPAS é enfática ainda no tocante à permanência de ações de capacitação de profissionais envolvidos, reconhecendo a primazia no cuidado com aqueles que cuidam de vidas vulneráveis que enfrentam contextos diversos relacionados à automutilação e suicídio[52]. Assim, é preciso partir para o aprofundamento dos fenômenos objeto desta pesquisa, tendo como fonte vasto material de entidades que se debruçam sobre essa realidade – como a OMS, OPAS, Organização Mundial de Médicos de Família, Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Psiquiatria, uma vez que, nesse aspecto, a lei é silente.

O primeiro aspecto relevante na conceituação do suicídio é a compreensão do mesmo "como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos" (OMS, 2000a, p. 3). Assim, num primeiro plano, é crucial a compreensão de que "o suicídio em si não é uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas transtornos mentais[53] constituem-se em um importante fator associado com o suicídio[54]" (OMS, 2000a, p. 4).

Estudos apontam que tanto em países desenvolvidos, como em desenvolvimento, a maior parte das pessoas que cometeram suicídio possuíam transtorno mental diagnosticável, e ainda, que o suicídio e comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos[55] (OMS, 2000b). Essa diferenciação é de extrema relevância. Os fatores que dão causa podem enquadrar-se em transtornos mentais ou não, como no caso de situações específicas, fase de intensa dor psíquica que culmina no contexto de violência autoprovocada.

---

[52] "Art. 6º [...]§ 4º Os estabelecimentos de saúde públicos e privados previstos no inciso I do caput deste artigo deverão informar e treinar os profissionais que atendem pacientes em seu recinto quanto aos procedimentos de notificação estabelecidos nesta Lei. § 5º Os estabelecimentos de ensino públicos e privados de que trata o inciso II do caput deste artigo deverão informar e treinar os profissionais que trabalham em seu recinto quanto aos procedimentos de notificação estabelecidos nesta Lei'' (BRASIL, 2019b).

[53] São exemplos de transtornos comórbidos o alcoolismo e transtornos do humor (ex. depressão) e transtornos de personalidade juntamente com outros transtornos psiquiátricos. (OMS, 2000a).

[54] "Os estudos, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países subdesenvolvidos, revelam uma prevalência total de transtornos mentais de 80 a 100% em casos de suicídios com êxito letal. Estima-se que o risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com transtornos do humor (principalmente depressão) é de 6 a 15%; com alcoolismo, de 7 a 15%; e com esquizofrenia, de 4 a 10%" (OMS, 2000a, p. 4).

[55] "Esses são os grupos diagnósticos, em ordem decrescente de risco de: depressão (todas as formas); transtorno de personalidade (anti-social e borderline com traços de impulsividade, agressividade e freqüentes alterações do humor); alcoolismo (e/ou abuso de substância em adolescentes); esquizofrenia; transtorno mental orgânico" (OMS, 2000, p. 5, b).

Fatores externos são denominados de fatores sociodemográficos, a exemplo do sexo, idade, estado marital, ocupação, desemprego e migração (OMS, 2000a). Já os fatores ambientais podem se manifestar como estressores da vida (eventos de perda, problemas interpessoais, mudanças na sociedade, como o caso atual de pandemia, entre outros exemplos), facilidade no acesso a métodos como pesticidas e medicações e exposição ao suicídio pelos meios de comunicação no caso de crianças e adolescentes, que são vulneráveis (OMS, 2000b).

Como a investigação tem como objeto a proteção de crianças e adolescentes, merece destaque os fatores de risco associados à violência, uma vez que eventos adversos na infância e na adolescência aumentam os riscos de um prejuízo letal na saúde psicológica de pessoas em desenvolvimento, como os casos de maus tratos, abusos físicos e sexuais, transtorno psíquico familiar, *bullying*, baixa autoestima, uso de álcool e outras drogas (ABP, 2014; BRASIL, 2019a).

A ABP define o suicídio como "ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal" (ABP, 2014, p. 9). Integram o comportamento suicida os pensamentos, os planos e as tentativas de suicídio, que já remetem uma dificuldade quanto ao estudo e consequente análise de dados, pois pequena proporção do comportamento suicida alcança, de fato, a rede pública ou particular de saúde.

Para a ABP, há vários fatores de risco relacionados ao suicídio. Primeiro, a tentativa prévia de suicídio, destacada como fator principal, uma vez que se estima que 50% das pessoas que cometem suicídio tentaram anteriormente e que os pacientes que tentam o suicídio previamente têm cinco a seis vezes mais chances de tentar novamente (ABP, 2014). Segundo, as doenças mentais, que muitas vezes não chegam a ser diagnosticadas ou não tratadas (ABP, 2014).

Quanto a esse último aspecto, há estreita relação, tendo em vista que estudos comprovam o baixo acesso das pessoas a profissionais específicos da saúde mental, como médicos psiquiatras. Demonstram ainda o acesso maior a médicos clínicos gerais, daí a importância de tratar sobre saúde psicológica na rede de atenção primária, visando, assim, reduzir a incidência de violência autoprovocada, através da utilização de ferramentas como a escuta – o profissional da saúde como interlocutor para pessoas em sofrimento[56] – e o

[56] "Por vezes o usuário não se dá conta da relação de seus conflitos e seus sofrimentos com aquilo que ele fala, pensa ou faz. Ter o profissional de Saúde da Atenção Básica como um interlocutor pode ser uma via para lidar com esses sofrimentos cotidianos, muitas vezes responsáveis por somatizações ou complicações clínicas. O exercício de narrar seus sofrimentos, ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de Saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a

acolhimento potencial do acolhimento (OMS; WONCA, 2009; BRASIL, 2013).

> As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. Os profissionais de Saúde realizam diariamente, por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, atitudes que possibilitam suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento (BRASIL, 2013, p. 23).

Levando-se em conta que o suicídio e automutilação possuem caráter fortemente preventivo, é válido mencionar também os fatores protetores[57], que acabam sendo relegados a um segundo plano, mas possuem grande importância. Cita-se alguns deles, como a "autoestima elevada; bom suporte familiar; laços sociais bem estabelecidos com família e amigos; religiosidade; [...] capacidade de resolução de problemas e relação terapêutica positiva, além de acesso a serviços e cuidados de saúde mental" (ABP, 2014, p. 24).

A desconstrução de entendimentos que por muito tempo se sedimentaram na sociedade em função de preconceitos e que impedem o desenvolvimento e até implementação de novas políticas sociais e públicas também merece destaque. A problemática de crianças e adolescentes em contexto de automutilação e suicídio perpassa ainda por entender as nuances da

---

forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos. Outras vezes, caberá ao profissional de Saúde, a partir daquilo que ouviu ou percebeu, devolver ao paciente algumas ofertas para lidar com situações que aumentam o sofrimento. A segurança para realizar estas orientações virá do vínculo produzido com o usuário ao longo do tempo. Cabe destacar que isso é possível justamente porque o profissional de Saúde se dispôs e soube se colocar como este interlocutor" (BRASIL, 2013, p. 24)

[57] Traçando paralelo entre fatores protetivos e a estruturação do Sistema de Garantias da Infância e Adolescência é importante distinguir os níveis/categorias/segmentos em que se estruturam as políticas públicas infantojuvenis. Assim, constituem-se de "a) políticas básicas (art. 4º, ECA): saúde, alimentação, habitação, educação, esporte, lazer, profissionalização e cultura; b) políticas de proteção especial (arts. 23, parágrafo único, 34, 101 e 129, ECA): orientação, apoio e acompanhamento temporários, regresso escolar, apoio sociofamiliar/manutenção de vínculo, necessidades especiais de saúde, atendimento a vítimas de maus-tratos, tratamento da drogadição, renda mínima familiar, guarda subsidiada e abrigo; e (c) políticas socioeducativas (arts. 112 e 129, ECA): prestação de serviço à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade e internação. [...] Sua construção lança mão ainda da representação de um 'sinal de trânsito', um semáforo. As políticas universais básicas assemelham-se a um sinal verde, uma vez que devem atingir a todos, indistintamente, como condição para o desenvolvimento de toda criança e de todo adolescente [trata-se da prevenção primária]. Já as políticas de proteção especial podem ser vistas como um sinal de alerta. Trata-se do sinal amarelo que exige atenção para situações de risco pessoal ou social de uma criança ou de um jovem. Finalmente, o sistema socioeducativo, corresponde ao Direito penal juvenil, é equiparado ao sinal vermelho, revelando que os demais segmentos falharam em certa medida, e que a intervenção, nesse caso, será a mais intensiva e aguda na vida do adolescente" (SPOSATO, 2013, p. 52-53).

subnotificação, bem como denunciar os mitos e as questões que fragilizam o avanço social e científico na área.

2.1.3 Subnotificação, Mitos e Questões que Fragilizam o Avanço de Pesquisas na Área

A subnotificação no contexto de violência autoprovocada – seja na forma de suicídio consumado, tentativa de suicídio, ou através de ato de automutilação, com ou sem ideação suicida, conforme artigo 6º, §1º da PNPAS (BRASIL, 2019b) é uma realidade presente[58]. Isso se justifica porque as barreiras culturais e sociais que cercam o assunto ainda impõem bastante preconceito, e, como consequências imediatas, surgem dificuldades de lidar com esse problema.

Nesse ínterim, é imperioso compreender brevemente o histórico até os dias atuais de evolução a respeito desse olhar e entendimento da necessidade de notificação[59] para os casos de violência autoprovocada. A importância se dá na medida em que quanto mais rápido a rede de proteção ter acesso às vidas abrangidas nesses casos, mais chances existem de garantir o direito à vida e à saúde.

Com isso, visando reduzir os casos de morbimortalidade por acidentes e violências no país, através de uma atuação conjunta, fora promulgada, por meio da Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001b). Nos anos subsequentes, em 2004, fora criada a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, pela Portaria MS/GM nº 936, em continuidade de ações de proteção às pessoas em situações acidentais ou de violência (BRASIL, 2004).

Em 2006, fora implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, através da Portaria MS/GM nº 1.356 (BRASIL, 2006b), fruto de um reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que as violências e os acidentes exercem

---

[58] "Em 2012, foram registradas cerca de 804.000 mortes por suicídio em todo o mundo, representando uma taxa anual global de suicídio normalizada por idade de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 entre homens e 8,0 entre mulheres) No entanto, como o suicídio é uma questão delicada, mesmo ilegal em alguns países, é provável que haja subnotificação. Em países com bons dados do registro civil, o suicídio pode ser classificado erroneamente como morte por acidente ou por outra causa. Registrar um suicídio é um procedimento complicado que envolve várias autoridades diferentes, incluindo frequentemente a polícia. Nos países sem registro confiável de mortes, os suicídios nem são contados" (OMS; OPAS, 2014, p. 7).

[59] "Quanto à forma de prevenção, combate e estudo da violência autoprovocada, a nova Lei [PNPAS] propõe, como um "meio", o procedimento de notificação compulsória na ocorrência do suicídio ou da automutilação. Ao se notificar a prática da violência autoprovocada, o Estado terá condições de aprofundar medidas relacionadas às condicionantes dessa modalidade de violência. A proposta é, portanto, legitimar o aspecto procedimental da construção do conhecimento e informação sobre o tema" (FERREIRA; MOTA, 2019, p. 522).

grande peso social e econômico, em especial, sobre o SUS e que as intervenções pautadas na vigilância, prevenção e promoção da saúde são cruciais para o enfretamento desse problema (BRASIL, 2011a).

Em 2011, com a Portaria MS/GM nº 104, é estabelecida a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional, que estabelece, inclusive, fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde" (BRASIL, 2011b). Nesse aspecto, é válido ressaltar que não havia previsão para os casos de violência autoprovocada em suas formas (suicídio consumado, tentativa de suicídio, ou ato de automutilação, com ou sem ideação suicida), tão somente no tocante a violência doméstica, sexual e/ou outras violências, mesmo assim integrando o rol de notificações compulsórias não imediadas (BRASIL, 2011b).

Todo esse processo culminou, em 2014, com a instituição da Portaria MS/GM nº 1.271. A partir de então, as violências sexuais e tentativas de suicídio passaram a integrar a lista de notificação compulsória imediata. Ou seja, isto implica dizer que tais notificações devem ser realizadas pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível, em consonância com o art. 4º. Após isso, deve haver também a notificação à autoridade sanitária local em até 24 horas depois do atendimento, nos termos do parágrafo 1º (BRASIL, 2014).

Uma vez que é recorrente nos estudos a disposição de que os principais fatores de risco para o suicídio são a história de tentativas anteriores e o acometimento de transtorno mental, e ainda que "15 a 25% das pessoas que tentam suicídio cometem nova tentativa no ano seguinte; 10% conseguem se matar nos 10 anos seguintes", a notificação compulsória torna-se um indispensável direito de todos e dever dos profissionais que integram a rede de proteção (MOURA; ALMEIDA; RODRIGUES, 2011, p. 61).

Nesse sentido, além da obrigatoriedade da notificação por parte dos profissionais de saúde e responsáveis por serviços públicos e privados de saúde, a mesma passou também a incluir a comunicação pelos estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo e instituições de pesquisa, através da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016). De igual modo, incluiu-se os serviços da rede de assistência social e conselhos tutelares. Vale relembrar que cada município estabelece o fluxo de notificação pela rede intersetorial (BRASIL, 2019a, p. 7).

A notificação constitui importante ferramenta no tocante à atenção integral às pessoas vítimas de violência, e tem por objetivos "conhecer a magnitude e a gravidade das violências,

retirando os casos da invisibilidade; subsidiar as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz; intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às pessoas" (BRASIL, 2019a, p. 8).

No Brasil, um contexto paralelo e relacionado à subnotificação refere-se à estimativa de que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 9,5% dos óbitos não são registrados (BRASIL, 2019c).

O Relatório realizado em parceria entre a OMS e a OPAS, em 2014, aponta como fatores da baixa qualidade nos dados relacionados à temática causas como a ilegalidade do comportamento suicida em alguns países, bem como a má classificação[60][61] nos casos e subnotificação, revelando a complexidade[62] que abarca tal questão, que dependerá do procedimento de cada país, e por conta ainda do envolvimento de diversos profissionais e autoridades responsáveis (OMS; OPAS, 2014).

Outro ponto relevante no debate trata-se do enfrentamento aos diversos mitos que cercam a problemática do suicídio e da automutilação. Aspectos culturais, muitas vezes, prejudicam os protocolos e cuidados indispensáveis nos casos. Partir da desconstrução do primeiro grande mito de que o contexto de seres humanos com comportamento suicida ou de automutilação possuem tão somente um problema individual é fundamental para constituir um olhar e, em especial, uma rede de apoio efetivo.

A problemática deve ser entendida de forma contextualizada, ao invés de isolada. Constitui uma questão de saúde pública, com reflexos diretos em grandes proporções de familiares, amigos, profissionais envolvidos e, até mesmo, pessoas distantes (essa última hipótese principalmente nos casos que envolvem figuras públicas). Na mesma medida, esse olhar consiste em um compromisso com o assunto e com as pessoas que estão inseridas nele.

Nesse ínterim, a causa de um suicídio é a "expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa [...] relacionado a múltiplos fatores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais), é necessário desenvolver ações de vigilância, prevenção e

---

[60] "As mortes por suicídio são muitas vezes mal classificadas de acordo com os códigos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como "intenção não segurada" (códigos icd Y10-Y34-10), ou também como "acidentes" (códigos V01-X59), "homicídios" (códigos X85-Y09) ou "de causa desconhecida" (códigos R95-R99) (4, 5, 6). A ampla gama de taxas estimadas de suicídio relatadas por diferentes países e regiões pode ser considerada uma artificialidade devido a diferentes práticas de notificação e registro" (OMS; OPAS, 2014, p. 19).

[61] Incorre ainda que o suicídio infantojuvenil costuma ser subnotificado, sendo os óbitos por essa causa geralmente classificados incorretamente como acidentes (MOURA; ALMEIDA; RODRIGUES, 2011).

[62] "Isso leva às seguintes questões-chave: 1) Como os países podem melhorar a vigilância do comportamento suicida? 2) O que está causando essas enormes diferenças nas taxas de suicídio entre regiões e países? 3) Entre os muitos fatores que influenciam as taxas de suicídio, quais podem ser modificados por políticas ou programas?" (OMS; OPAS, 2014, p. 19).

controle de forma integral" (MOURA; ALMEIDA; RODRIGUES, 2011, p. 6).

Outro mito gira em torno do que a doutrina denomina de sobreviventes. Tais pessoas são marcadas, em regra, pelo "medo da rejeição social, do preconceito quanto à dinâmica familiar, que passa a ser vista como patológica, uma vez que responsabilizada pelo suicídio. Tudo isso faz com que essas pessoas se sintam excluídas socialmente, tornando seu sofrimento ainda maior" (MOURA; ALMEIDA; RODRIGUES, 2011, p. 24).

Outras ideias fictícias a respeito do suicídio e automutilação consistem no menosprezo da ameaça do suicida em se matar, que contradiz as estatísticas que dizem que a maioria das pessoas que se matam deram avisos de sua intenção. Outra ficção é representada na expressão usual "Quem quer se matar, se mata mesmo", rebatida pelo fato de que a maioria dos que pensam em se matar, têm sentimentos ambivalentes; ficção consiste ainda no entendimento de que a melhora após a crise significa que o risco de suicídio acabou (OMS, 2000b).

Fato é que muitos suicídios ocorrem num período de melhora, fase ou etapa em que a pessoa capta sua energia e a vontade de transformar pensamentos desesperados em ação autodestrutiva; assim ficções como "nem todos os suicídios podem ser prevenidos", "uma vez suicida, sempre suicida" não condizem com os estudos até o momento, uma vez que a maioria dos suicídios e automutilações podem ser prevenidos e, em que pese os pensamentos suicidas possam retomar, eles não são permanentes natos às pessoas (OMS, 2000b).

Por isso, ferramentas efetivas de estratégias são elementares na prevenção, as quais perpassam pela compreensão da complexidade do fenômeno, identificação das situações de vulnerabilidade e construção/articulação da rede de vigilância, prevenção e controle. Ficar atento aos sinais, representados pela "Regra dos 4D", que abrangem depressão, desesperança, desamparo e desespero, também são fatores que auxiliam na prevenção de ocorrência de suicídios e automutilações (MOURA, ALMEIDA, RODRIGUES, 2011, p. 63).

As funções de setores como saúde, educação, conselho tutelar, assistência social e segurança públicas são de extrema relevância, inclusive, para a atuação efetiva em rede, a qual será aprofundada no estudo no terceiro capítulo. Nos tópicos seguintes serão abarcados a diferenciação afeta à violência autoprovocada em crianças e adolescentes. Compreender as peculiaridades de cada fase da vida, assim, o estudo de características específicas da infância e adolescência subsidiarão a própria análise dos dados no município de Aracaju/SE.

2.2 DISTINÇÕES ESSENCIAIS ENTRE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO DE AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO

Antes de adentrar na análise dos dados relacionados à automutilação e suicídio no âmbito do município de Aracaju/SE, é preciso distinguir características peculiares ao contexto de automutilação e suicídio de crianças e adolescentes, a fim de descortinar mitos e rótulos, bem como descontruir barreiras e trabalhar em prol da prevenção da violência autoprovocada.

Tanto a infância quanto a adolescência devem ser compreendidas considerando os contextos sociais em que estas se inserem. A partir dessas etapas há o início da construção da subjetividade através das "circunstâncias históricas, culturais e sociais nas quais o indivíduo está inserido e também pelas experiências particulares que ele vivência no interior dessa cultura que são irrepetíveis e determinam as idiossincrasias e a individualidade de cada um (SALLES, 2005, p. 34).

Logo, o primeiro aspecto que emerge é a realidade de que crianças[63], embora no aspecto maturidade ainda estejam em desenvolvimento, estão suscetíveis a serem vítimas de suicídio, tentativas de suicídio e atos de automutilação, com ou sem ideação suicida, uma vez que possuem compreensão a respeito da vida e da morte[64] (SOUSA *et al*, 2017). Estudos apontam que a ocorrência de violência autoprovocada em crianças se distinguem principalmente de adolescentes por aspectos como: menor verbalização do sentimento de morte[65], sendo, portanto, essencial a detecção precoce dos responsáveis, através da observação de alterações no comportamento durante a infância; capacidade cognitiva para tirar a própria vida, como dito anteriormente; maior incidência de problemas no ambiente escolar como rendimento insatisfatório e *bullying*, todos fatores de risco para crianças (SOUSA *et al*, 2017; SBP, 2019).

A criança, em razão da sua tenra idade e dependência biopsicossocial dos familiares, possui como fator de risco prevalente os vínculos sociais e familiares abusivos ou, até mesmo, ilegais, como a ausência de relações saudáveis com os pais, maus-tratos, negligências, abusos físicos, emocionais e sexuais, entre outros (SBP, 2019; SOUSA *et al*, 2017). Aliado a essas questões, há também o desenvolvimento complexo vivenciado nessa fase, como a tendência de

---

[63] "Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos" (BRASIL, 1990b).

[64] Segundo pesquisa realizada, a fim de constatar a compreensão de crianças a respeito do suicídio foi constatado que crianças na faixa etária de 5 a 11 anos possuem entendimento minucioso sobre tirar a própria vida. Na faixa etária de 8 a 9 anos as crianças conseguem elaborar conceitos de vida e morte, apesar da imaturidade pertinente à idade. Assim, constitui mito afirmar que crianças não compreendem o conceito de suicídio (MISHARA, 1999).

[65] "Estudo na Noruega constatou que 68% dos adolescentes verbalizaram seu desejo de morrer e apenas 29% das crianças haviam expressado verbalmente a ideação suicida ou escrito um bilhete que denotasse o esvaziamento das forças para viver. Outro estudo na Noruega sinalizou que 40,9% haviam dado avisos verbais sobre o suicídio, expressando seu comportamento suicida para colegas e professores. [...] As crianças tendem a manifestar seu desejo de morrer na semana que antecede o ato. Estudo sobre os bilhetes suicidas deixados por menores de 14 anos reportou que 61% escreveram bilhetes nos dias e meses que antecederam o suicídio, o que sugere o desafio em identificar precocemente o comportamento suicida nessa faixa etária" (SOUSA *et al*, 2017, p. 3104).

fugir de situações de colisão e o estresse próprio da idade, os quais denotam a imaturidade típica da infância[66] (SBP, 2019; SOUSA *et al*, 2017).

Por isso o olhar de atenção, em especial na infância, aos casos de automutilação (com ou sem ideação suicida) e suicídio, uma vez que outras violências são fatores predominantes de risco nesses casos. O acompanhamento psicológico e psiquiátrico são serviços essenciais na garantia da promoção da saúde.

O Departamento Científico de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria estudou a autolesão na adolescência. As pesquisas encontradas fortalecem o menor grau de ocorrência em crianças (com menos de 12 anos), variando numa representação percentual de 10% a 13,5% dos casos; preponderam as faixas etárias a partir e entre 13 e 14 anos, com resultados que variam entre 4% e 46,5 % (SBP, 2019).

No tocante à adolescência[67], fase intermediária entre a infância e a vida adulta, os desafios são outros. O contexto social atual em que está inserido a adolescência é de suma importância na compreensão dos fenômenos da automutilação e do suicídio nessa fase da vida.

Nessa toada, "as mudanças nos padrões de conduta e de relações humanas estão imbricadas com os novos valores de socialização das novas gerações em que se prioriza a independência, a autonomia, ou seja, uma alteração significativa nas funções parentais e no intercâmbio entre gerações" (TEIXEIRA, 2002, p. 4). Isso ocasiona consequências no que antes já se tinha como estabelecido no sentido de cuidado e controle dos adultos sobre os adolescentes e jovens.

Essa disfunção[68] alcança reflexos na identidade do ser adolescente e gera implicações que apontam demandas estruturais que necessitam de atenção. Falar em automutilação e suicídio na adolescência é colocar o mundo adulto como parte responsável nesse processo. Aqui

---

[66] "Estudo teórico sobre suicídio na infância narra que o desenvolvimento cognitivo da criança não deve ser subestimado, pois as crianças demonstraram ter dificuldade em julgar e gerir as circunstâncias estressantes devido à imaturidade do córtex anterior e posterior. Nesse sentido, alterações neurocomportamentais desencadeadas na puberdade, como os impulsos e as mudanças emocionais, podem estar relacionados ao suicídio nessa faixa etária. Vale ressaltar que a impulsividade, oriunda também da imaturidade cerebral, é característica acentuada nesse ciclo de vida e agrava o fato dela estar intimamente relacionada ao risco de tentativas de suicídio. [...] Juntamente com a imaturidade das habilidades para enfrentar os problemas das crianças, encontra-se a ausência de um suporte social adequado, fazendo-as sofrer em silêncio, sozinhas e sem amparo" (SOUSA *et al*, 2017, p. 3105-3107).

[67] "Art. 2º Considera-se [...] adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade" (BRASIL, 1990b).

[68] "Portanto, configura-se um paradoxo: os adolescentes educados para a autonomia não podem exercê-la por conta que o mundo social não o autoriza (a moratória) + os adultos, em seus novos papéis sociais, problematizam o desempenho das funções das gerações mais velhas em relação às novas gerações + o mundo econômico e da cultura tratando o adolescente como agente social autônomo, isto é, como consumidor (bens materiais e culturais) + a ruptura com os valores das gerações anteriores ("têm pouco a aprender com os seus pais") + a mitificação da adolescência como ideal das gerações mais velhas (a adultescência) ?. Em outras palavras, esta equação demonstra que as gerações mais velhas produziram um mundo onde é "difícil viver" e indivíduos das novas gerações – crianças e jovens – absolutamente desconhecidos no seu modo de ser e agir" (TEIXEIRA, 2002, p. 4).

será abrangida uma das inúmeras questões que devem ser refletidas profundamente, a fim de impedir o retrocesso de ganhos e a redução de problemas complexos, o que inclui a psiquiatrização ou patologização da adolescência.

Em outras palavras, esse fenômeno trata do (mau) uso da saúde mental na adolescência, a redução da psiquiatria para traçar diagnósticos irremediáveis, a não ser por soluções jurídicas compulsórias e segregadoras. Todavia, descortinar essa ferramenta de estigmatização da juventude é basilar para a verificação de seus fundamentos:

> Essa psiquiatrização: – impede a leitura dos processos de vulnerabilidade social, despoja o sujeito da possibilidade de construção de laço social e configura uma forma "reciclada" de sustentar a segregação dos mesmos; – adota uma ótica tutelar-correcional em detrimento de uma ética de cuidado e do direito à saúde; – recorre à segregação e torna radical a política punitiva como resposta ao aumento da desigualdade social, da violência e da insegurança em detrimento do investimento em políticas sociais. Tal ótica não atinge exclusivamente os autores de ato infracional, mas se estende a outros setores da adolescência/juventude "encobrindo como doença mental determinados processos sociais que discriminam a pobreza e o desinvestimento da sociedade" em relação a esses jovens (VICENTIN; GRAMKOW; MATSUMOTO, 2010, p. 271).

Esse movimento caminha na direção contrária aos avanços advindos da Reforma Psiquiátrica e, aliás, na contramão da cidadania e da humanização da saúde por meio do projeto terapêutico singular[69]. As especificidades da adolescência devem servir à psiquiatria para traçar caminhos de possibilidades e não fechá-los em nome de uma higienização e controle social[70].

Conquanto seja uma linha tênue, a relação entre loucura e sanidade, direito e saúde, a patologização da adolescência assegura o fator periculosidade como argumento e justificação para a privação da liberdade, para o sentenciamento através do diagnóstico[71], olvidando do

---

[69] Nos termos do Anexo V, artigo 2º, inciso XII da Portaria de Consolidação nº 3/2017 – "Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular" (BRASIL, 2017e).

[70] "De outro lado, pensamos que a relação entre os Direitos Humanos e as práticas psicológicas, principalmente no campo da infância e da juventude, não pode ficar reduzida à "ladainha dos direitos de cidadania", sob o risco da abordagem jurídica reduzir a multiplicidade do viver. Tal risco, exatamente no momento em que crianças e adolescentes ingressam no campo dos direitos como sujeitos, pode colocar a perder exatamente o outro pólo da questão, que é justamente o da singularidade da infância. [...] É necessário, então, articular os direitos humanos com a defesa ativa dos processos de singularização" (VICENTIN, 2010, p. 14).

[71] "A utilização de diagnósticos psiquiátricos em que fica implícita a ineficácia de tratamento clínico ou educacional. A colocação do sujeito como portador de 'transtorno de personalidade', traço 'quase incurável'[...] o diagnóstico, portanto, não pode ser considerado procedimento conclusivo, destacado e anterior à intervenção [...] Tais "demandas" dirigidas ao campo da saúde mental acompanham uma tendência à patologização de setores da juventude pobre, isto é, uma forma de encobrir como doença mental determinados processos sociais que discriminam a pobreza e encobrem o desinvestimento da sociedade em relação a esses jovens" (ROSA;

direito humano ao tratamento psicológico nos termos constitucionais e legais até aqui estudados.

Assim, a noção de periculosidade, oriunda da psiquiatria criminológica, "a consistência científica do conceito foi questionada: - pela ruptura do nexo causal entre enfermidade e periculosidade; - pelo questionamento da "certeza diagnóstica" e da competência e capacidade preditiva da psiquiatria no tocante à periculosidade" (VICENTIN; GRAMKOW; ROSA, 2010, p. 67).

Ao contrário dessa linha (da psiquiatria criminológica), e em razão do processo de transição e desenvolvimento vivênciado na adolescência, é importante que o diagnóstico seja um ponto de partida para as investigações acuradas e não um ponto final, determinando o futuro e todo percursso de vida do adolescente.

Os estudos trazidos pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) referentes a autolesão sem ideação suicída em adolescentes relacionam algumas causas biológicas, sem reduzir e significar os processos psicossociais envolvidos:

> A ALNS [autolesão não suicida] está associada à disfunção neuroquímica envolvendo a β-endorfina, que é liberada quando há danos corporais (analgesia opiácea natural). Assim, é possível transferir o foco dos sentimentos internos como angústia, ansiedade, tristeza, para a sensação de dor física, porém minimizada pelas endorfinas. Todo esse mecanismo mascara parcialmente o conflito psíquico, ao causar alívio temporário. [...] A repetição do ato (impulsividade) pode ser interpretada como uma forma de dependência à β-endorfina e, como em qualquer relação de dependência, existe a tolerância. Isso explica a necessidade de repetição dos ferimentos para manter os níveis altos de β-endorfina, evitar a sensação de abstinência e conseguir aliviar os sintomas psíquicos. [...] Porém, no campo da saúde mental, reduzir comportamentos a causas biológicas é simplificar demais e ignorar os fatores psicossociais. Assim, estudos mostram que ALNS se relaciona a sintomas depressivos e ansiosos, que poderiam contribuir para o aumento da tensão corporal, e consequentemente precipitar os episódios autolesivos (SBP, 2019, p. 4-5).

Reforça-se ainda a importância da rede de proteção, em especial, a família e a equipe de saúde responsável. O ambiente acolhedor e o acompanhamento pautado em atitudes de diálogo, afetividade e confiança são essenciais para o tratamento e para a quebra dos ciclos de autolesão e substituição por ciclos de autocuidado[72], fazendo cessar a relação com o corpo que "fica então

VICENTIN, 2010, p. 113-114).

[72] A ideia de ciclos de autolesão demonstra, corroborando com outros pontos já abarcados nesta pesquisa, a noção de gradação existente na violência autoprovocada. Ou seja, a ausência de tratamento e cuidados adequados conduz à progressão de atos de automutilação, podendo incorrer em tentativas de suicídio e até mesmo o próprio ato de suicídio.

transformado em registro vivo desses afetos, emoções, angústias, acabando por expressar a própria história do indivíduo" (SBP, 2019, p. 8).

Em suma, compreender as distinções entre as fases da infância e adolescência auxiliará na análise dos dados e na criação e aprimoramento de políticas públicas relacionadas à saúde psicológica de crianças e adolescentes.

2.3 AUTOMUTILAÇÃO E SUICÍDIO INFANTOJUVENIL EM ARACAJU: UMA ANÁLISE NECESSÁRIA

Os artigos 11[73], 17[74] e 98 do ECA estabelecem importantes diretrizes ao disporem a respeito da integridade mental nos âmbitos de esfera individual e coletiva. Prevê ainda a garantia do mesmo como direito fundamental. A aplicação de medidas de proteção, inclusive, deve ser invocada quando da ocorrência de situações de ameaça ou violação de direitos (BRASIL, 1990b).

O direito humano à saúde psicológica está entre tais medidas, uma vez que o inciso V do art. 101 do ECA prevê a "requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial" (BRASIL, 1990b). Esse olhar é fundamental para a interpretação das estatísticas, pois em que pese a citação de números, estes representam nomes, identidades no sentido amplo da palavra, vidas que vivenciam processos de vulnerabilidades e/ou, também, de violação de direitos.

Os dois sistemas nacionais que lidam com os dados referentes à automutilação e ao suicídio são o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Para fins didáticos e respeitando às categorias estudadas, cada subtópico abordará a análise dos dados, de acordo com seu respectivo banco de dados.

---

[73] "Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016); § 1 o A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016); § 2 o Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016); § 3 o Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016)" (BRASIL, 1990b).

[74] "Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais" (BRASIL, 1990b).

Logo, em primeira análise será descortinado o contexto dos suicídios de crianças e adolescentes registrados no município de Aracaju no período de 2009 a 2019. Em seguida, os casos de automutilação e tentativa de suicídio na mesma localidade no período de 2011 a 2019, conforme disponibilizado pelo banco de dados.

Atinente às faixas etárias, é preciso explicar que esta pesquisa seguiu os parâmetros constantes nos bancos de dados, segundo os critérios nacionais adotados. Em que pese ser variável e haver alternância, as idades se encontram dentro do parâmetro de estudo, tendo em vista que o público de crianças e adolescentes são os seres humanos de faixa etária até 18 anos incompletos, e os jovens dos 15 aos 29 anos incompletos.

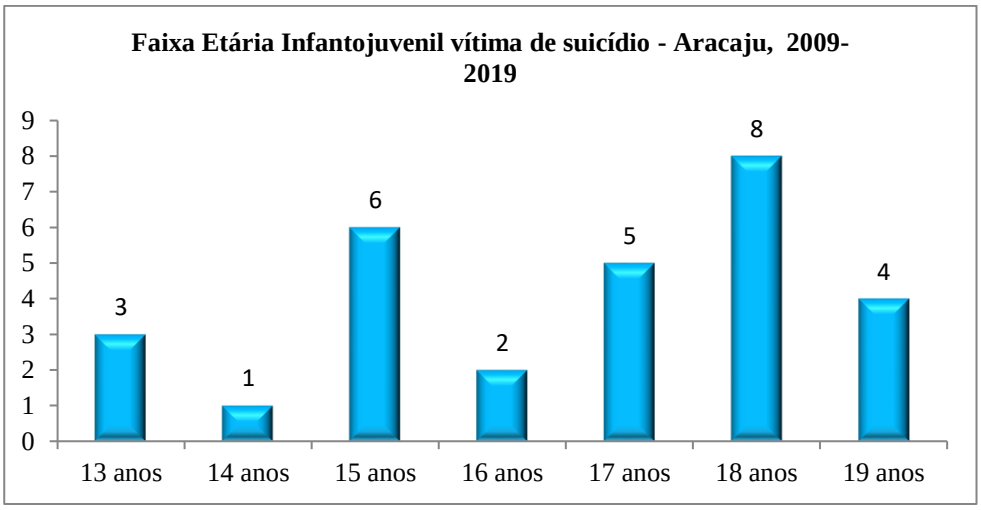
Dessa maneira, como a faixa etária em estudo é até 19 anos, abarca-se crianças, adolescentes e jovens. Nesse ínterim, o acesso aos dois bancos de dados da Secretaria Municipal de Aracaju fora disponibilizado pelo Observatório Social de Aracaju[75], através de parceria firmada com a coordenação do programa de pos graduação em Direito da Universidade Tiradentes.

2.3.1 Reflexões a partir do Contexto de Suicídio em Adolescentes e Jovens até 19 anos em Aracaju/SE

Inicialmente, é fundamental destacar que quanto às ocorrências de suicídio infantojuvenil, os dados nacionais apontam para a prevalência de casos em adolescentes. Em virtude dessa constatação, foi imprescindível distinguir crianças de adolescentes, conforme estudado no capítulo 2, tópico 2.2. Em Aracaju, de todos os casos que chegaram até a rede de saúde, pública ou privada, não há registro de casos de suicídio em crianças (ou seja, até 12 anos incompletos, conforme definição legal do ECA). Todos os casos registrados dizem respeito a adolescentes e jovens até 19 anos.

[75] O Observatório Social de Aracaju integra a Diretoria de Planejamento da Secretaria Municipal da Família e da Assistência Social.

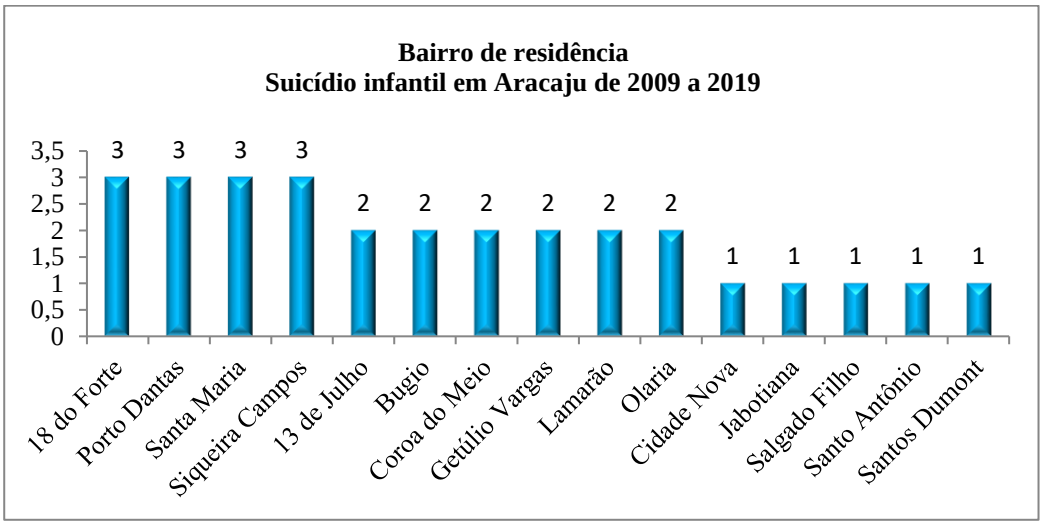
Gráfico 1 – Faixa Etária Infantojuvenil vítima de suicídio – Aracaju, 2009-2019



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

Os casos de ocorrência de suicídio em adolescentes e jovens até 19 anos na capital sergipana estão distribuídos nos bairros aracajuanos. Destacam-se negativamente os bairros localizados na zona norte[76], como Porto Dantas, 18 do Forte e Siqueira Campos. Já na zona sul, há destaque para o bairro Santa Maria, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 2 - Bairro de Residência – Casos de Suicídio infantojuvenil em Aracaju, 2009-2019 [77]



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

[76] "Nas áreas periféricas da cidade, onde estão os bolsões de pobreza, há uma tendência de esta população ser formada em sua maioria por pessoas mais jovens, reflexo de taxas de natalidade maiores e menor expectativa de vida" (ARACAJU, 2019, p. 20)

[77] Os dados referente a 2018 e 2019 são dados parciais sujeitos a alterações, tabulados em 09/03/2020 (ARACAJU, 2020a).

A análise sóciodemográfica é de suma importância no auxílio da compreensão do fenômeno do suicídio em adolescentes e jovens até 19 anos no município de Aracaju. De modo claro, indica lacunas reais na garantia de direitos humanos mínimos para uma existência digna.

Segundo Mapografia Social do Município de Aracaju, realizada em 2019 com dados do último censo demográfico ocorrido em 2010[78] há forte relação entre os dados de suicídio e vulnerabilidades socioeconômicas[79].

Vale destacar que dois dos três bairros que se encontram nos chamados "bolsões de pobreza" de Aracaju (bairros Porto Dantas, Japãozinho e Santa Maria) estão em primeiro lugar no número de casos registrados de suicídio em adolescentes e jovens até os 19 anos. Esses bairros são Porto Dantas e Santa Maria, caracterizados por "famílias vivendo em condições precárias, marcadas por altos índices de analfabetismo e baixa escolaridade, que dificultam o acesso ao mercado de trabalho formal, comprometem as relações sociais no território e relegam a sua população a formas de emprego precárias e até degradantes" (ARACAJU, 2019b, p. 9).

Tais características se acentuam ainda mais nesses bairros de extrema pobreza. Entretanto, marcam, também, outros bairros com índices significativamente baixos em termos socioeconômicos, que integram os bairros de incidência de casos, conforme gráfico 2, a exemplo do 18 do Forte, Bugio, Getúlio Vargas, Lamarão e Olaria.

Essa relação de extrema vulnerabilidade social acarreta a vulnerabilidade psicológica desses adolescentes e jovens de até 19 anos. Desde cedo, estes entendem bruscamente o que é sustentar um lar, tendo suprimido, por vezes, o direito de ser adolescente, o direito à educação, o direito à saúde de qualidade, entre outros.

Sobre o aspecto do sustento familiar, a Mapografia encontrou uma realidade avassaladora de 109 crianças e adolescentes (entre 10 a 14 anos) do sexo masculino que já eram chefes de família, ou seja, determinantes no sustento do lar. Esse é um problema social gravíssimo, com influência direta em aspectos como trabalho infantil e abandono escolar, com destaque de incidência dessa realidade nos bairros Bugio, Japãozinho, Jardim Centenário, Novo Paraíso com maiores índices, e os bairros São Conrado, Santos Dumont, Soledade, Jabotiana e Atalaia em valores absolutos (ARACAJU, 2019b).

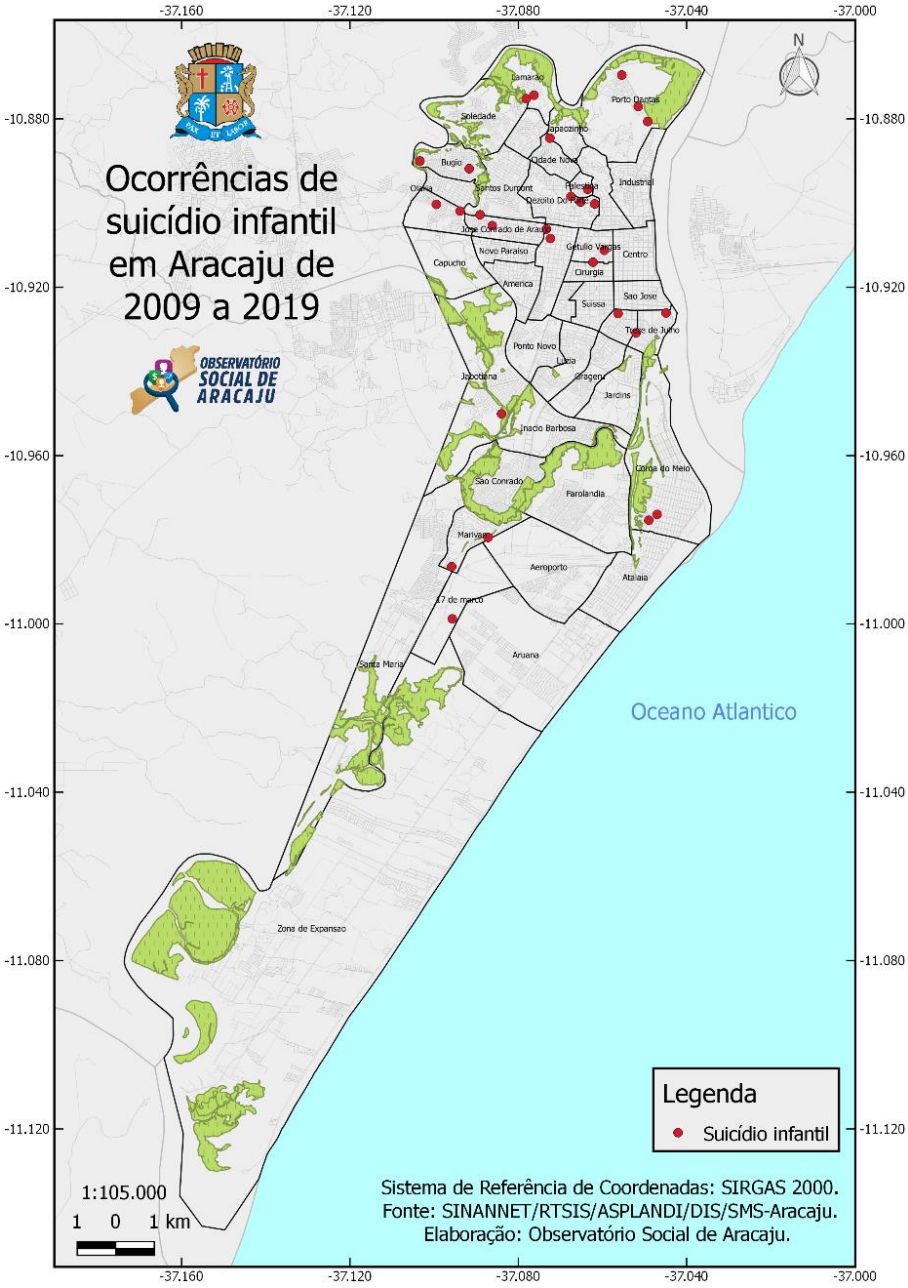
---

[78] O próximo censo demográfico que seria em 2020 foi adiando por conta da pandemia da COVID-19 e deve ocorrer no segundo semestre de 2021 (IBGE, 2020).

[79] Vale destacar que a relação encontrada, através da análise dos dados, entre vulnerabilidade psicológica e vulnerabilidade socioeconômica não consiste em olhar/dinâmica estigmatizante. O fator da subnotificação impede que todos os casos de violência autoprovocada cheguem até o sistema de saúde, reforçando a omissão e mitos que cercam a problemática. A vulnerabilidade psicológica não atinge somente as classes mais pobres e deve ser tratada com atenção também nas demais classes sociais.

No tocante às meninas e esse mesmo indicador do sustento familiar, Aracaju apresentou 166 crianças e adolescentes (entre 10 a 14 anos) do sexo feminino como chefes de família. Fator negativo agregado ao contexto feminino se trata da gravidez precoce, com prejuízo no processo de formação de impactos físicos e psicológicos (ARACAJU, 2019b). Ademais, "Os Bairros Porto Dantas, Soledade e Jardim Centenário apresentam os maiores índices em relação ao total de crianças nesta faixa etária. Em valores absolutos Cidade Nova, Jardim Centenário e Santos Dumont apareciam com as maiores quantidades" (ARACAJU, 2019b, p. 28).

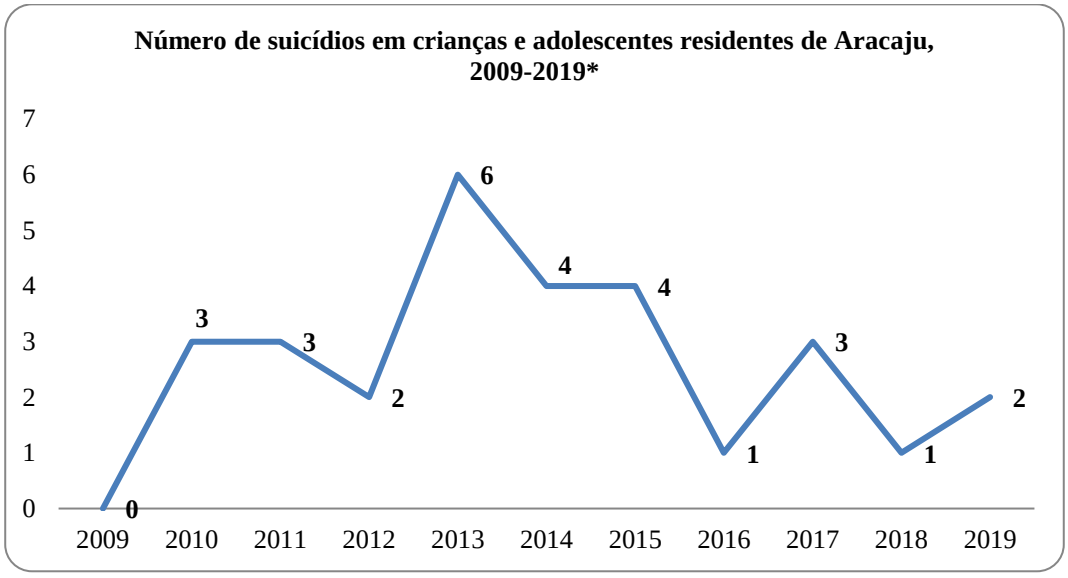
Mapa 1- Ocorrência de suicídio infantojuvenil em Aracaju 2009-2019



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaborado e disponível no Acervo do Observatório Social de Aracaju. Acesso em: 11 mar. 2020 (ARACAJU, 2020b).

Um ponto de atenção, conforme os gráficos 1 e 3, quando da análise dos dados relacionados aos números de suicídios em adolescentes e jovens até 19 anos residentes em Aracaju entre 2009 a 2019, fora a ocorrência maior na faixa etária de 15 a 19 anos em todos os anos. O ano com maior número de casos (06 casos) foi 2013, seguido de outros anos com mais casos: 2014 e 2015 (04 casos) e 2010, 2011 e 2017 com 03 casos.

Gráfico 3 - Número de suicídios em crianças e adolescentes residentes de Aracaju, 2009-2019 [80]



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

Um ponto basilar nesse estudo é a análise do corpo médico envolvido nos casos de suicídio. A saúde mental, como área específica no campo da medicina, requer a atuação de profissionais especializados, como psiquiatras para o desempenho com melhor qualidade e êxito. Todavia, da análise dos dados, constatou-se o seguinte: 1. não consta médico com especialidade em saúde mental, ou seja, nenhum dos 14 médicos registrados nos casos destes suicídios são psiquiatras; 2. dos 14 médicos que constam na lista, 01 está inativo no tocante ao CRM indicado, 05 são generalistas (Médico sem especialidades registradas), 03 clínicos médicos, 01 médica da família e comunidade (MFC), e 04 são especialidades diversas[81].

[80] Os dados referente a 2018 e 2019 são dados parciais sujeitos a alterações, tabulados em 09/03/2020 (ARACAJU, 2020, a).
[81] Coloproctologia, Homeopatia, Cirurgia Vascular e Medicina Legal/Perícia Médica, conforme busca do registro no Conselho Federal de Medicina, através do site https://portal.cfm.org.br/ .

Essa hipótese se confirma com a recente propositura, em setembro de 2019, de Ação Civil Pública em andamento na Justiça Sergipana (Processo nº 201910301346) em face do município de Aracaju. O Ministério Público do Estado de Sergipe (MPSE) requer a lotação contínua de número mínimo de médicos psiquiatras com formação em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nas Referências de Saúde Mental Adulto e Infantojuvenil, por demonstrada defasagem de tais profissionais, o que compromete, além da qualidade do serviço, a sua garantia (SERGIPE, 2019).

Não se pode reduzir o tratamento em saúde mental ao acesso exclusivo do psiquiatra. Há uma rede interdisciplinar que trabalha em prol da assistência psicológica pautada nos fundamentos constitucionais e legais, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, dentistas e nutricionistas. Em decorrência, isso faz do SUS um sistema diferenciado em termos mundiais. Contudo, a escassez desses médicos especialistas em saúde mental – os psiquiatras, geram problemas sociais cíclicos que influenciam diretamente no acesso à saúde de qualidade.

Essa situação deve ser considerada como verdadeiro desafio atual que impede o aperfeiçoamento da política pública em saúde mental no município. Aliás, reforça um contexto nacional ainda presente de que "o maior desafio continua a ser o fato de que a maioria esmagadora das 2,2 bilhões de crianças e adolescentes em todo o mundo, especialmente em países de renda baixa e média, não têm acesso a um diagnóstico adequado e a cuidados médicos apropriados" (KIELING; BELFER, 2012, p. 243).

Analisando os autos da citada Ação Civil Pública (Processo nº 201910301346) constata-se que a realidade do município de Aracaju no tocante à saúde psicológica de crianças e adolescentes engloba: do total de 06 CAPS, 02 CAPS são destinados para crianças e adolescentes, no tratamento de casos mais graves; e também das 15 Unidades de Referência de Saúde Mental (que tratam casos mais leves ou moderados), 04 Unidades de Referência são específicas para o cuidado com crianças e adolescentes (SERGIPE, 2019).

O quadro mínimo de médicos psiquiatras é estabelecido conforme a Portaria de Consolidação nº 3/2017, que estabelece as normas sobre as redes do SUS, já vista nesta dissertação, e segundo demonstrado no processo. O problema é complexo e deve ser bem pontuado. Deve-se ainda fugir de reducionismos.

Há poucos médicos psiquiatras em Sergipe, há poucas vagas de residência para a especialização psiquiátrica no Estado, as condições financeiras destoam muito do mercado privado e não atraem os médicos psiquiatras. Em que pese o Município de Aracaju ter

aumentado a hora de trabalho[82], ainda sim, no Edital de Chamamento Público nº 005/2019 para "contratação de pessoas jurídicas interessadas em prestar serviços de consultas médicas especializadas e exames específicos[83]" até o momento houve o cadastro de somente 01 médico psiquiatra, conforme documentação disposta no processo (SERGIPE, 2019).

Para se ter noção do contexto de escassez, segundo documento juntado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe em 04 de novembro de 2020, nos autos da Ação, há em Sergipe somente 71 médicos psiquiatras para atender a demanda em todo o território estadual. Considerando a população estimada de Aracaju, pelo IGBE, referente ao ano de 2020 de 664.908 pessoas (IBGE, 2020a), se tem uma média de 01 psiquiatra para cada 9.365 pessoas (SERGIPE, 2019). E considerando a população estimada do Estado de Sergipe, pelo IGBE, referente ao ano de 2020 de 2.318.822 pessoas (IBGE, 2020b), a média é de 01 psiquiatra para cada 32.660 pessoas (SERGIPE, 2019). Um quadro insustentável para o atendimento eficiente da demanda.

O art. 196 da Carta Magna deixa cristalina a obrigação constitucional do Poder Executivo de prover saúde, sendo sua omissão/negligência inconstitucional. Em caso de violação, o controle incumbe ao Poder Judiciário. Da análise acurada da Ação Civil Pública em estudo, constata-se que o município empreende ações para cumprir a promoção da saúde mental. Todavia, se esbarra nas barreiras aqui citadas. A abordagem sobre política pública será feita no capítulo seguinte, mediante maiores correlações com a demanda judicial em estudo.

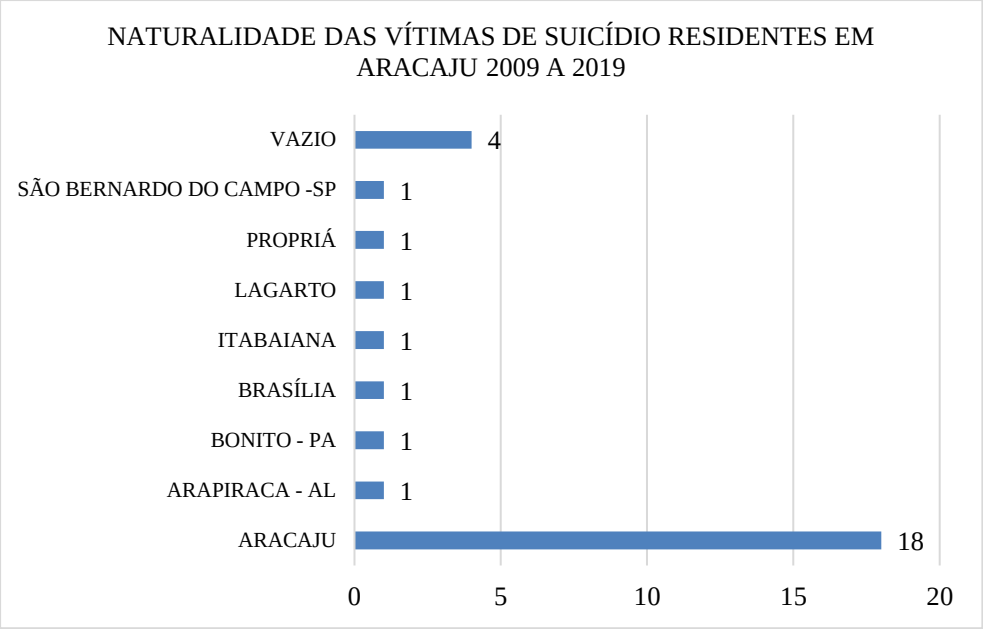
Retomando ao contexto dos casos de suicídio, a partir dos gráficos a seguir é possível traçar um perfil dos adolescentes e jovens até 19 anos vítimas de suicídio. Em sua maioria, são naturais da capital (gráfico 4), predominantemente homens (gráfico 5), possuindo maior incidência nas faixas etárias de 15 e 17 até os 19 anos (gráfico 1).

---

[82] Esse aumento se deu no final do ano de 2020 pela Secretaria Municipal de Saúde, com aprovação da Procuradoria Geral do Município, através do "EDITAL 10/2020 referente a alteração do chamamento público para credenciamento de prestadores de serviços médicos nº. 05, de dezembro de 2019 – Rede de Atenção Especializada" com o fim de alterar o quantitativo e o valor da hora em relação ao lote 14 – Consulta Médica em Psiquiatria.; como resultado, deu-se: "Para o lote 14 valor da hora é de R$ 300,00 (trezentos reais) por hora, comprovadamente realizado, mediante o controle de produção da empresa contratada, no qual será computado a cada 2 (duas) consultas efetivamente realizadas o valor correspondente a 1 (uma) hora. 3º - Altera o quantitativo de horas de 260 hora/mês para 104 hora/mês, conforme constante no anexo deste Edital" (SERGIPE, 2019).

[83] Lote 14 - A descrição do serviço compreende: "Consulta Médica em Psiquiatria - Solicitação de procedimento para atendimento de população de qualquer faixa etária, agendamento através da Central de Regulação de Aracaju. A consulta médica em Psiquiatria consiste no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças envolvendo a área de especialidade escolhida. Consulta a ser realizado em consultório próprio, com equipamento e material por conta da contratada. O mesmo deve estar inscrito no CRM/SE como psiquiatra, estar cadastrado no SCNES e CBO de acordo com este serviço solicitado. Em caso de necessidade de retorno de consulta em 30 dias, o médico deverá solicitar especificamente" (SERGIPE, 2019).

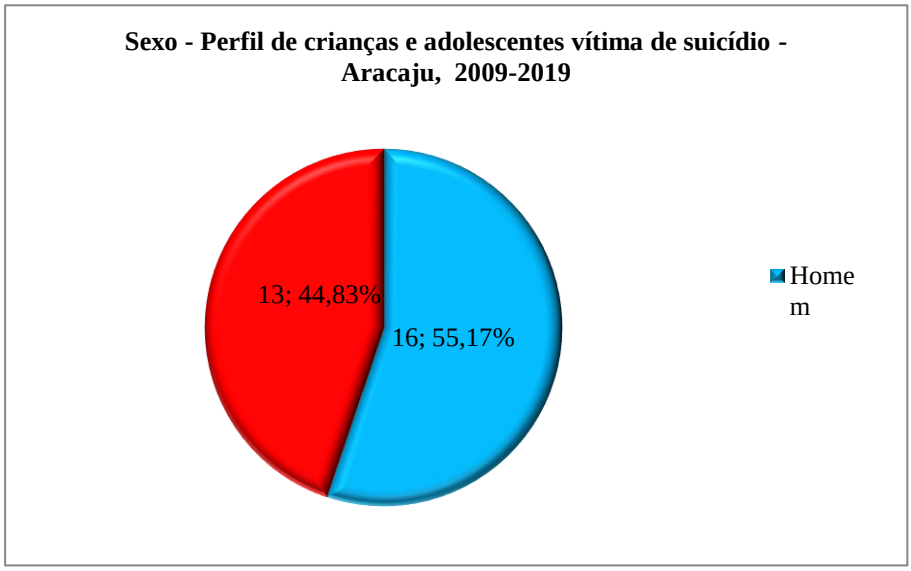
Gráfico 4 - Suicídio - Naturalidade de crianças e adolescentes residentes de Aracaju, 2009-2019



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

Seguindo uma tendência nacional de que os homens são os que mais morrem por suicídio, ou seja, chegam até o ato final com a consecução do resultado, e as mulheres são as que mais tentam. Em Aracaju, dos 29 casos, 16 são do sexo masculino e 13 são do sexo feminino, conforme disposto no gráfico 5.

Gráfico 5 - Sexo - Perfil de crianças e adolescentes vítima de suicídio - Aracaju, 2009-2019



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

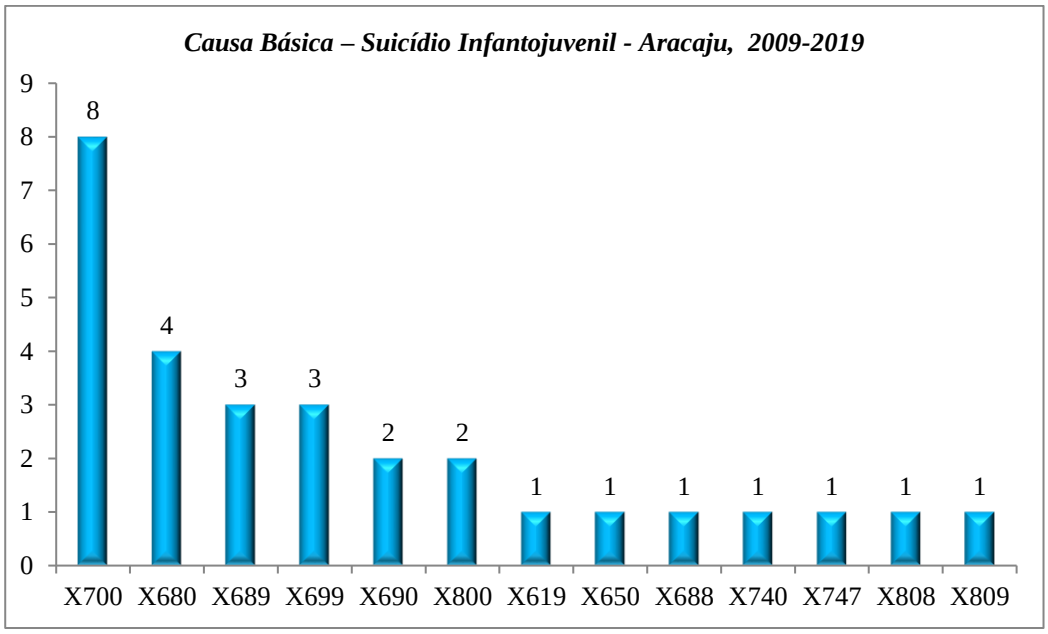
Sobre as causas básicas dos óbitos por suicídio, ou seja, o método utilizado no ato, analisando a base de dados, constatou-se como a principal causa a auto-intoxicação (CID´s X619, X650, X680, X688, X689, X690, X699). Isso representa mais da metade dos casos registrados (52%), sendo mais da metade dessas auto-intoxicações por exposição intencional a pesticidas, o que indica que adolescentes e jovens até 19 anos possuem contato facilitado ao acesso e/ou compra de venenos, como os pesticidas.

A segunda maior causa das mortes infantojuvenis por suicídio fora através da lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação em residências (CID X700), que representam 28% das causas. De tal modo, em Aracaju, aproximadamente 80% dos suicídios infantojuvenis se deram através dessas duas categorias de causas – auto-intoxicações e enforcamento, estrangulamento e sufocação.

Analisando o local de ocorrência dos casos de suicídio, tem-se mais uma comprovação da tendência nacional, uma vez que 62% dos casos registrados se deram no ambiente da residência. Tal fato sinaliza o desafio que recai sobre as políticas públicas e programas que atuam na prevenção do suicídio e que alcancam a esfera interior dos lares através de apoio psicológico e médico. Os demais casos ocorreram em local não especificado (35%) e em fazenda (3%).

Segue gráfico com as causas e incidências de casos:

Gráfico 6 - Causa Básica – Suicídio Infantojuvenil - Aracaju, 2009-2019



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

A fim de faciliar a compreensão, segue tabela com o significado das causas básicas presentes no cenário de mortes por suicídio no município entre 2009 a 2019, todas compreendidas no Classificação Internacional de Doenças (CID) 10 .

Tabela 01 - Causas Básicas de Suicídio Infantojuvenil em Aracaju - 2009 - 2019

CID	DESCRIÇÃO	TOTAL 29 CASOS
X700	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação - residência	08 casos
X680	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas - residência	04 casos
X689	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas - local não especificado	03 casos
X699	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas - local não especificado	03 casos
X690	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas - residência	02 casos
X800	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado – residência	02 casos
X619	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte - local não especificado	01 caso
X650	Auto-intoxicação voluntária por álcool – residência	01 caso
X688	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas - outros locais especificados.	01 caso

(continuação)

X740	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada – residência	01 caso
X747	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada – fazenda	01 caso
X808	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado - outros locais especificados	01 caso
X809	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado - local não especificado	01 caso

Fonte: Elaboração própria. Disponível em: https://iclinic.com.br/ e http://cid.ninsaude.com/.

Há vasta discussão no cenário interno e internacional a respeito de como evitar determinadas causas de tentativas e suicídios consumados. Uma delas é afeta à intoxicação, que ocupa lugar de destaque entre as causas no município, seguindo tendência nacional (WHO, 2019; BRASIL, 2019d).

Ainda mais pelo fato de que, conforme trazido na Coletiva Técnica sobre Prevenção ao Suicídio realizada pelo Ministério da Saúde, em 20 de setembro de 2018[84], dado relevante para o cenário local trata-se de que "Sergipe, Ceará e Goiás são os estados com maiores taxas de suicídio por intoxicação exógena: Sergipe tem taxa de 2,3 por 100 mil habitantes; Ceará tem taxa de 1,7 por 100 mil habitantes; Goiás tem taxa de 1,5 por 100 mil habitantes" (ANDRADE, 2018, *online*).

Assim, é preciso por em pauta as regulamentações de acesso a esses meios, como pesticidas e armas de fogo, tendo em vista que "o enforcamento, seguido da intoxicação exógena e armas de fogo, foram os meios mais utilizados para cometer o suicídio" (BRASIL, 2019, c). Essas discussões, bem como as estratégias de controle de uso de agrotóxicos, pesticidas e de armas de fogo, são essenciais para a redução e prevenção ao suicídio.

2.3.2 Reflexões a partir do Contexto de Automutilação Infantojuvenil em Aracaju/SE

[84] Disponível em: https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio. Acesso em: 03 mar. 2020.

Nesse momento, cumpre a análise e mapeamento dos dados e gráficos no tocante à base de dados de violência autoprovocada. Aqui, a abordagem recai sobre os aspectos referentes ao perfil das vítimas, os fatores que levam a reincidência quanto à ocorrência de tais casos, os tipos de violências prévias mais recorrentes, as causas básicas, os meios mais comuns, os encaminhamentos realizados pela rede, entre outros dados que auxiliaram na compreensão da problemática e na reflexão aqui proposta.

Os atos de automutilação, com ou sem ideação suicida, e as tentativas de suicídio, se enquadram como um caso latente de violência autoprovocada trazida na PNPAS. Daí a inserção desses casos na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída pela Portaria Federal GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001 (BRASIL, 2001b).

Em 2004, visando ao aperfeiçoamento das ações nesse sentido, criou-se a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, pela Portaria MS/GM nº 936 (BRASIL, 2004). O ano de 2006 culminou com a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356 (BRASIL, 2006).

Esses esforços resultam em tentativas de reduzir a realidade de que "os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população" (BRASIL, 2001b). Já o Sistema de Informações sobre Mortalidade [85] é responsável pelos dados referente às mortes de forma geral, e no âmbito do estudo, sobre as mortes ocasionadas por suicídio.

Em primeiro lugar, trazendo um panorama geral do contexto de automutilação e tentativas de suicídio, ou seja, dos tipos de violência autoprovocada que não geram a consumação do resultado morte, da análise do mapa a seguir percebe-se que o maior quantitativo ou concentração de ocorrências estão em zonas mais pobres[86] da capital sergipana, como os bairros Santa Maria, São Conrado, Santos Dumont e Olaria. Exceção a essa regra está no bairro Farolândia, que sob outro aspecto, é um bairro de grande concentração estudantil, isto é, em sua maioria adolescentes e jovens. Percebe-se ainda um maior número de casos de

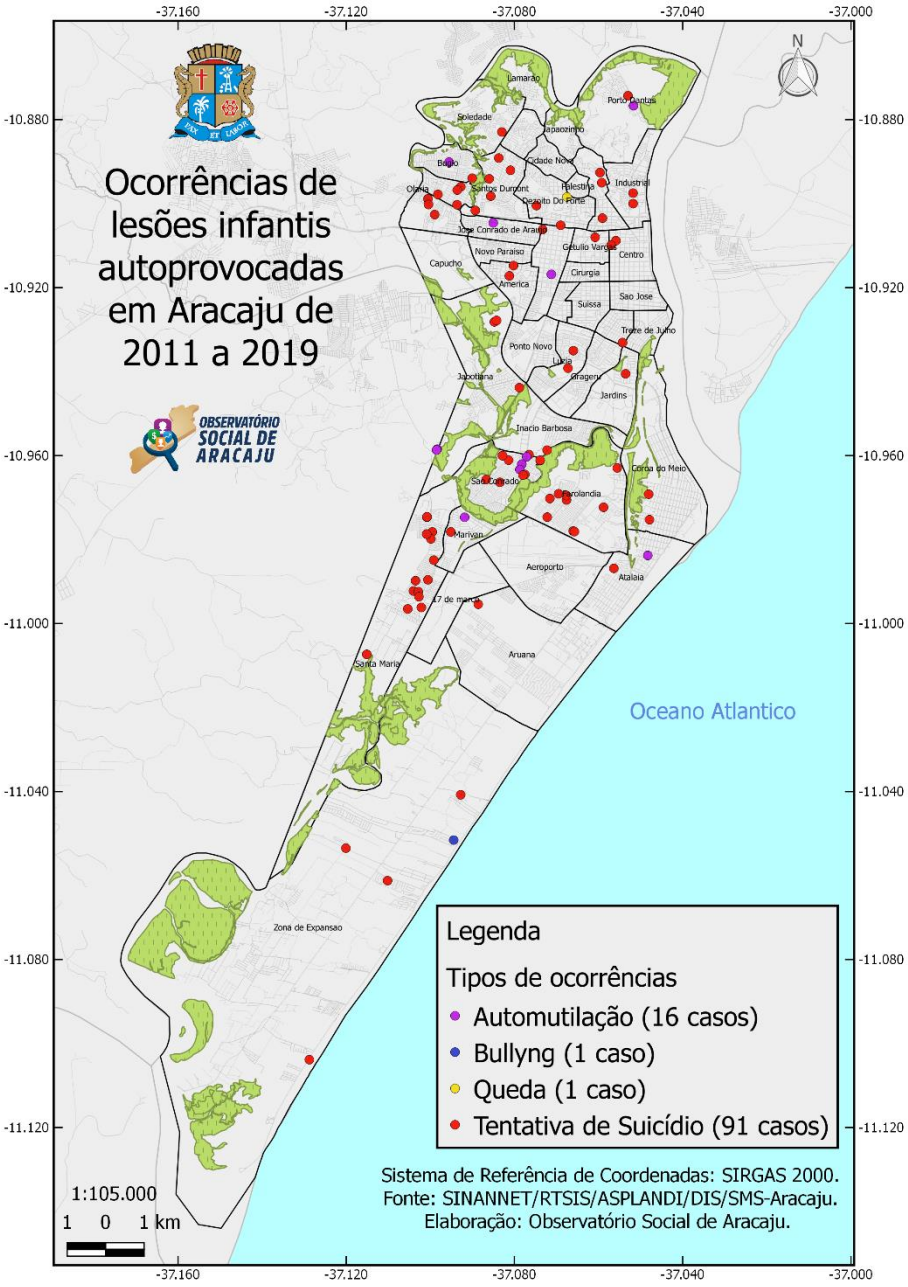
[85] "Criado em 1975, o Sistema de Informações sobre Mortalidade esteve subordinado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica - DVE da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS, do Ministério da Saúde, até o ano de 1991, quando, por ocasião da Reforma Administrativa, aquele órgão foi extinto, e suas atribuições atinentes aos sistemas de informações em saúde, foram transferidas para o Centro Nacional de Epidemiologia, da recém-criada Fundação Nacional de Saúde" (BRASIL, 2009, p. 9).

[86] Segundo a Mapografia Social do Município de Aracaju, denomina-se bolsões de pobreza os bairros Porto Dantas, Japãozinho e Santa Maria, esses "são pontos com extrema vulnerabilidade social, com famílias vivendo em condições precárias, marcadas por altos índices de analfabetismo e baixa escolaridade, que dificultam o acesso ao mercado de trabalho formal, comprometem as relações sociais no território e relegam a sua população a formas de empregoprecárias e até degradantes" (ARACAJU, 2019, p. 9)

tentativas de suicídio, que suscita um olhar de atenção pela gravidade dos casos.

No tópico anterior fora feita análise dessa relação entre a vulnerabilidade socioeconômica com o surgimento desse outro tipo de vulnerabilidade, a psicológica. Essa realidade restou constatada a partir dos dados da Mapografia social de Aracaju. Tais constatações se aplicam nessa seara por se tratar ainda da realidade do município em comento.

Mapa 2- Ocorrência de lesões autoprovocadas infantis em Aracaju - 2011 a 2019

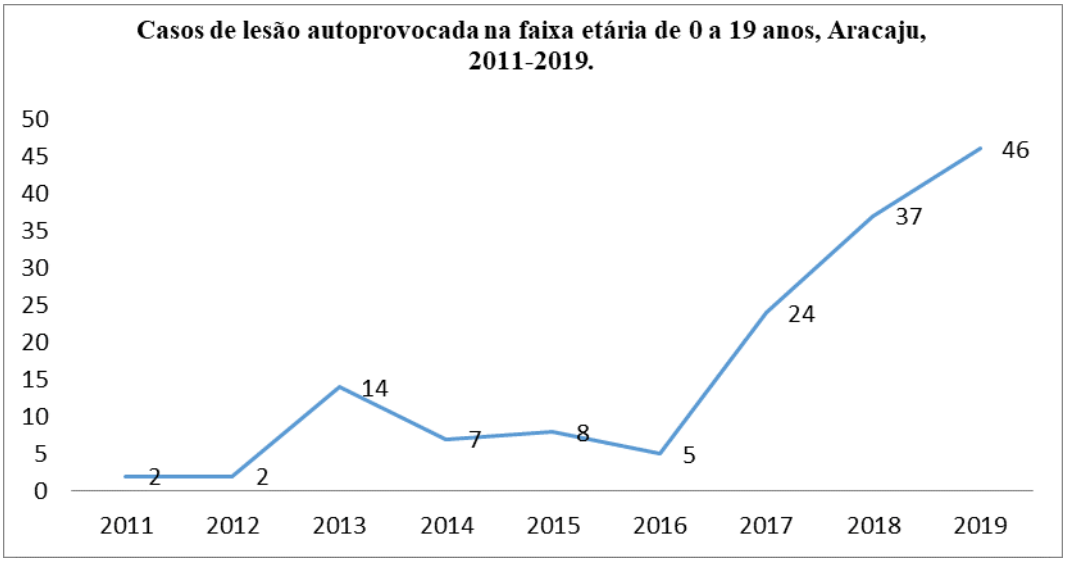


Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaborado e disponível no Acervo do Observatório Social de Aracaju. Acesso em: 11 mar. 2020 (ARACAJU, 2020b)

No tocante às notificações de casos de lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, em Aracaju, entre 2011 a 2019, conforme gráfico 1, infere-se que entre 2011 a 2016 os anos que destoam com mais notificações foram 2013 e 2014. Isso pode ter relação com o processo de notificação compulsória[87], que iniciou muito antes e culminou no ano de 2014.

Nos anos de 2017, 2018 e 2019, os números de notificações aumentaram de forma crescente e significante. Desse fato, depreende-se possível fase de adaptação e aperfeiçoamento do sistema de notificação e de toda a rede que faz sua gestão, o que leva ao entendimento de que a sistematização, a capacitação dos profissionais de saúde, bem como a conscientização da sociedade quanto à problemática, contribuem para o aparecimento dos casos. Em outros termos, contribuem para a evidência, a exteriorização de casos que até então existiam, mas não chegavam até a rede.

Gráfico 7 - Casos de lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

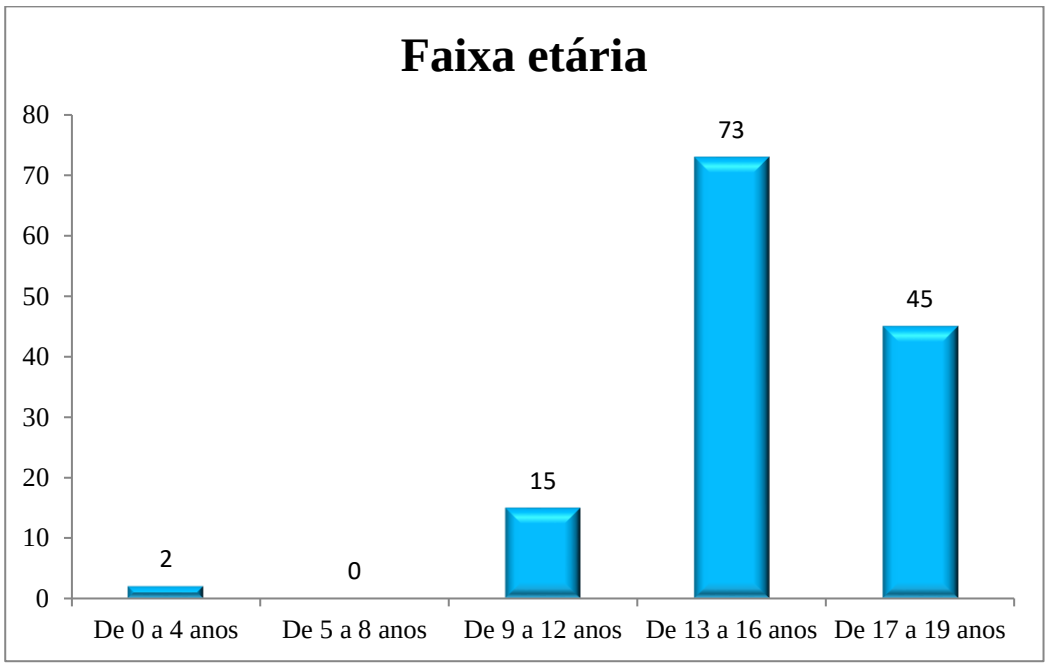
Traçando um perfil das vítimas que sofreram automutilação em Aracaju entre 2011 a 2019, conforme a base de dados, tem-se que quanto à raça metade das vítimas são pardas e pretas, 31,03% ignorado, 13,79% branca e 4,83% sem informação. Quanto à situação conjugal dos pacientes, nota-se que é preponderante a ocorrência em solteiros, representando 44,14%

[87] Segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde, Volume 51, Nº 04 de Jan. 2020: "Em 2011, com a Portaria MS/GM nº 104, a notificação de Violência doméstica, sexual e/ou outras violências passou a ser compulsória para todas as unidades de saúde públicas e privadas do Brasil, e em 2014, com a Portaria MS/GM nº 1.271, as violências sexuais e tentativas de suicídio adquiriram caráter imediato, devendo ser notificadas à autoridade sanitária local em até 24 horas após o atendimento" (BRASIL, 2020).

dos casos. As mulheres são as que mais sofrem com a lesão autoprovocada, representando o universo de 79% dos casos registrados no município de Aracaju. Já os homens são 21% dos casos (ARACAJU, 2020a).

Quanto à faixa etária, metade de todos os casos registrados de automutilação em crianças, adolescentes e jovens possuíam entre 13 a 16 anos na data do fato, 31% possuíam entre 17 a 19 anos, confirmando os indicadores que afirmam a prevalência de casos em adolescente e jovens até 19 anos, somando representam 81% de todos os casos de automutilação registrados. Apesar disso, não se pode negar a ocorrência do ato em crianças. Em Aracaju, tais casos representam o percentual de 12%. Dos 145 casos, 10 casos não possuíam a informação da data de nascimento, o que impossibilita conhecer a idade, representamdo 7% (ARACAJU, 2020a).

Gráfico 8 – Faixa Etária – Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019



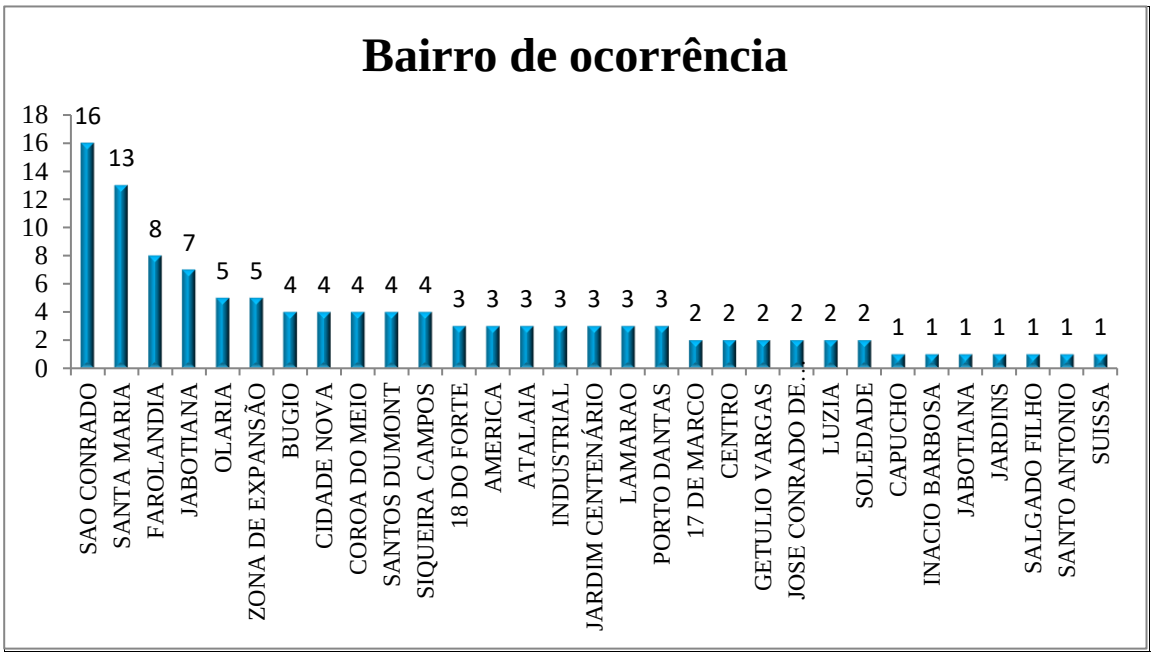
Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

Quanto à escolaridade, é imprecisa a medição dessa informação, já que fala-se de crianças, adolescentes e jovens. Com isso, pessoas com escolaridade em desenvolvimento, ou ao menos, deveriam. Essa expressão pode ser notada pelo percentual de casos com a informação ignorada (64,14%), já os casos em que não se aplicam ou sem informação representam 9,66% do total de casos. Ou seja, somente 26,21% dos casos possuem a informação quanto ao nível de instrução do paciente. Dentro desse último percentual, destaca-se 12,41% dos casos em

pacientes com nível de instrução entre 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental (antigo ginásio ou 1° grau) e 7,59% no ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2° grau) (ARACAJU, 2020a).

Conforme gráfico a seguir, repete-se a ocorrência em bairros mais pobres ou com maior concentração de jovens:

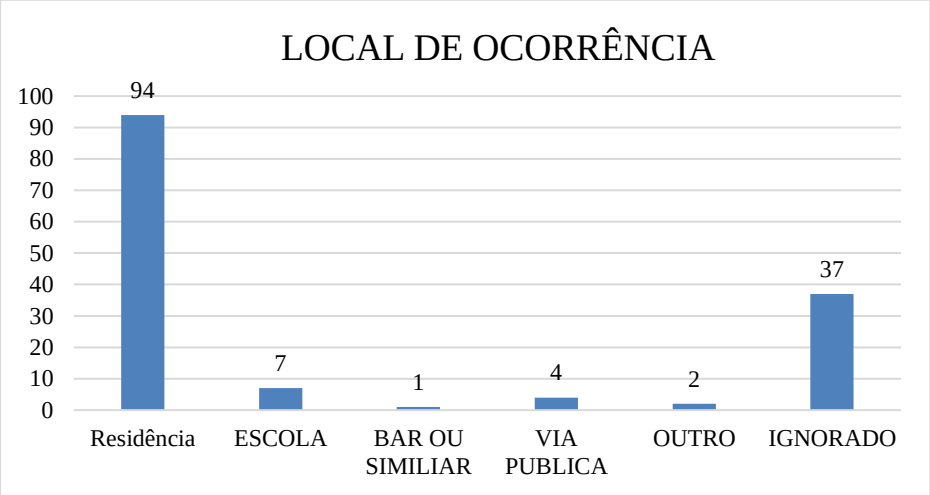
Gráfico 9 – Bairro de Ocorrência - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

Com base nos dados disponibilizados pelo Observatório Social de Aracaju, oriundos da Secretaria Municipal de Saúde, é possível traçar o seguinte perfil para os casos de lesão autoprovocada infanto-juvenil local: 65% das ocorrências aconteceram no ambiente da residência, 5% na escola e um percentual significativo (26%) fora ignorado quando do preenchimento; descata-se ainda que os dois casos classificados como “outro” ocorreram 01 em abrigo e a outra em carro (ARACAJU, 2020a).

Gráfico 10 -Local de Ocorrência - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

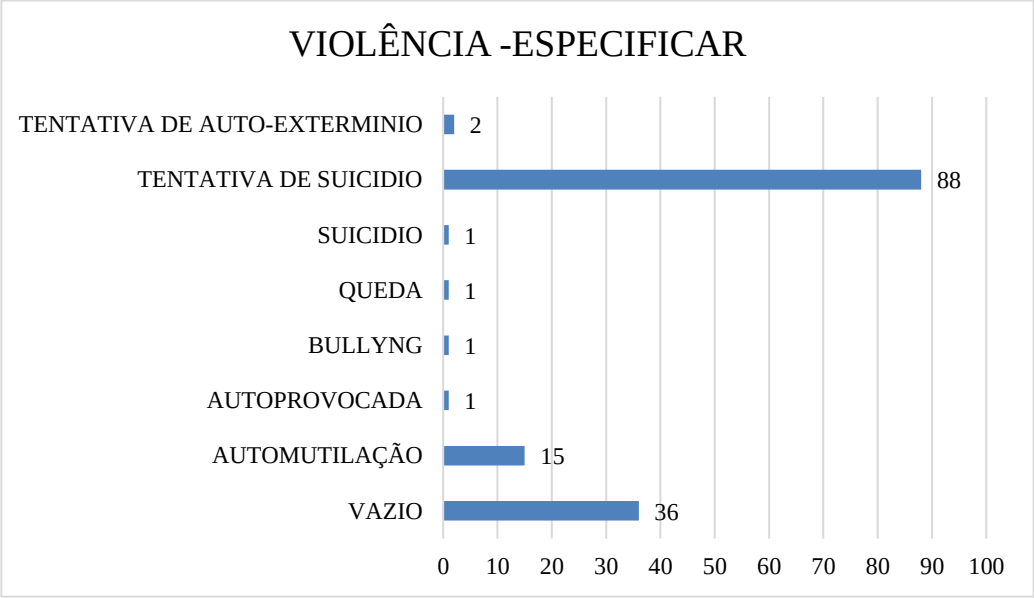
A reincidência quanto à ocorrência da lesão autoprovocada é outro fator importante. Conforme apontam as pesquisas sobre o assunto, é também a realidade de Aracaju, e representa o ciclo de lesões, com a ocorrência em 39% dos casos; com significativa informação de que em 42% dos casos esse dado foi ignorado, o que não descarta a possibilidade de reincidência; somente 19% dos casos não ocorreram outras vezes (ARACAJU, 2020a). A rede precisa atuar para reverter essas porcentagens. Quanto menor o número de vezes de uma autolesão, maior representa a efetividade da rede no atendimento das crianças e adolescentes envolvidos.

Gráfico 11 – Ocorreu outra vez? - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019

Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

Da análise do gráfico referente aos tipos de violências, é importante destacar que 7% são violência psicológica/moral, 6% violência sexual (estupros, exploração sexual), 12% negligência/abandono, 12% violência física, e outros tipos de violência representam 75% dos casos; dentro de outros estão, de forma expressiva, representando respectivamente 61% e 10% os casos de tentativa de suicídio e automutilação, os 4% restante tratam-se de casos de bullying, queda, suicídio e tentativa de autoextermínio (ARACAJU, 2020a). É válido ressaltar que um caso pode ter tido mais de um tipo de violência envolvida.

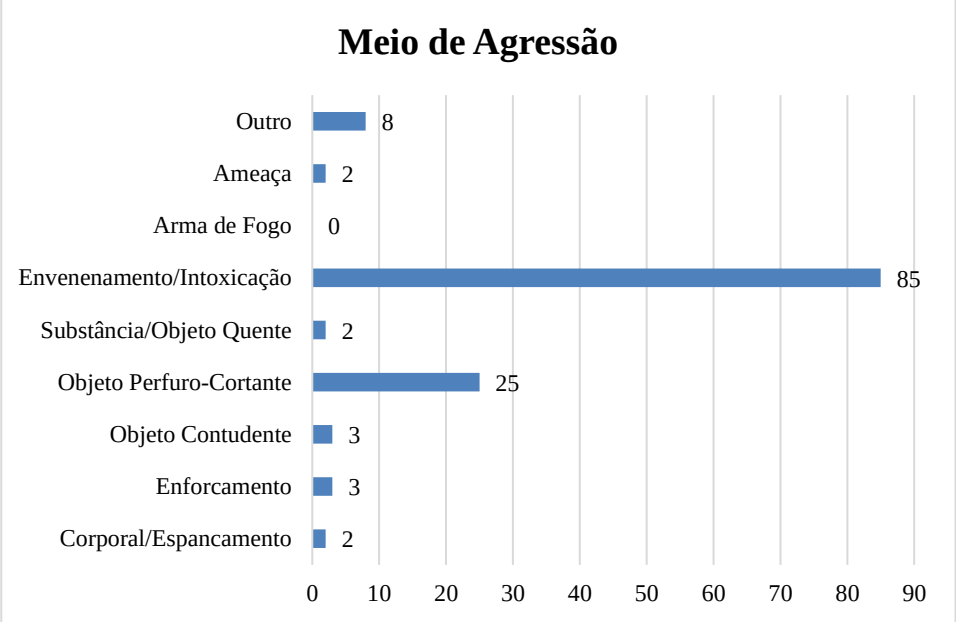
Gráfico 12 – Violência Especificar - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

Acompanhando outra tendência nacional, quanto ao meio de agressão utilizado, estatísticas apontam um expressivo uso de envenenamento/intoxicação. Em Aracaju, o uso (facilidades no acesso e na aquisição) de substâncias que causam envenenamento/intoxicação representou 59 %, 85 casos do total de 145 casos, conforme gráfico a seguir. Na classificação de “outro”, entraram intoxicação exôgena, chumbinho, álcool e queda de altura (ARACAJU, 2020a).

Gráfico 13 – Meio de Agressão - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

Dos 145 casos registrados, 03 utilizaram o enforcamento como meio de agressão, 03 casos se valeram de objeto contundente, 25 casos tiveram objeto perfuro-cortante como instrumento de agressão, 02 casos foram substância/objeto quente como meio para a autolesão, mais 02 casos o meio fora a ameaça e, por fim, 04 casos foram classificados como outros (ARACAJU, 2020a).

Quanto às circunstâncias da lesão mais recorrentes, com base no CID 10, tem-se o seguinte contexto:

Tabela 02 – Circunstâncias da lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019

CID	Descrição	Nº de Casos
Y06	Negligência e abandono	07 Casos
Y05	Agressão sexual por meio de força física	04 Casos
X61	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos) sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte	04 Casos
X64	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	04 Casos
X68	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas	03 Casos

(continuação)

Diversos	Diversos	15 Casos
-	Sem Informação	108 casos

Fonte: https://www.medicinanet.com.br

Ainda sobre esse dado, chama a atenção que dos 145 casos, 108 estão sem informação. Ponto que também carece de questionamento, uma vez que a precisão no preenchimento das informações é etapa fundamental para realizar a leitura/mapeamento das ocorrências, interpretar os dados e transformá-los, de forma útil, na garantia da prestação dos serviços e políticas públicas à infância e juventude.

Ainda pontuando as falhas no preenchimento dos dados, tópico que foi abordado ao tratar das deficiências do sistema e da subnotificação, tem-se que no quesito "Violência motivada por", a ausência de padronização impede o acesso a um indicador tão importante na compreensão dos contextos que envolvem à automutilação. O aperfeiçoamento no preenchimento das fichas é um ponto essencial que precisa ser melhorado. Um dado relevante como esse para entender as causas tem 55% (79 casos) ignorado, 15% (22 casos) sem informação e somente, de fato, 30% (44 casos) preenchidos (ARACAJU, 2020a).

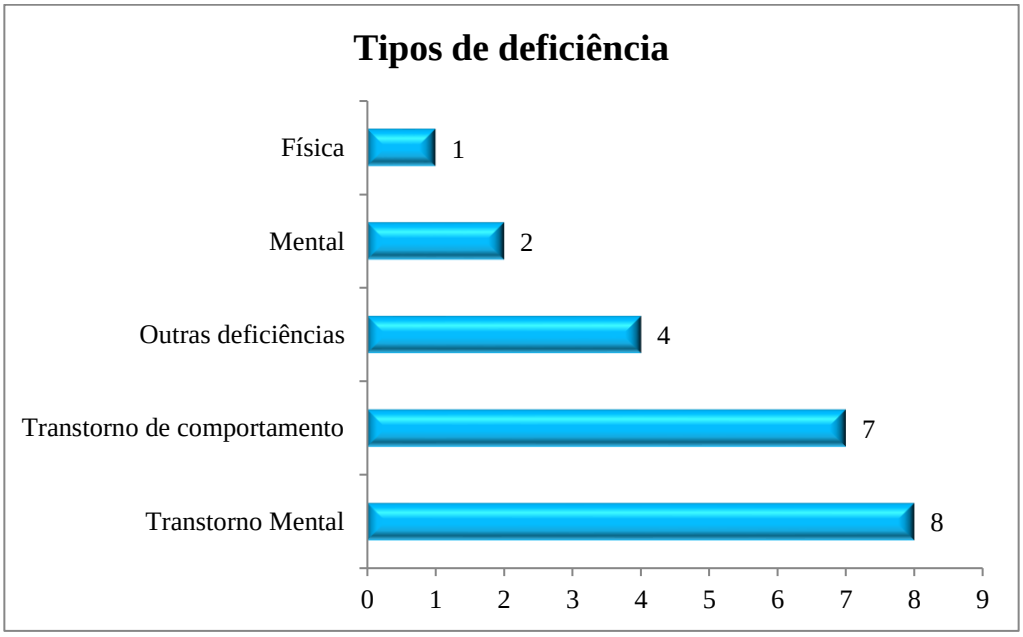
Os encaminhamentos realizados pela Rede de Proteção constitui outro fator de suma relevância na análise dos casos de autolesão. Uma atuação pautada nos princípios do sistema de garantia possui como tendência o cuidado integral com os casos e o máximo de encaminhamentos que forem necessários para reestabelecer a saúde psicológica dos envolvidos.

De acordo com as estatísticas estudadas, tem-se que: em 10 casos foram realizados encaminhamentos para Rede da Saúde; em 19 casos foram realizados o encaminhamento da vítima ao Conselho Tutelar; em 11 casos a vítima foi encaminhada para Rede de Assistência Social; em 03 casos a vítima foi encaminhada para outras delegacias; em 02 casos o encaminhamento da vítima foi ao Ministério Público; em 02 casos a vítima foi encaminhada à rede de atendimento à mulher e em 01 caso a vítima foi encaminhada à Rede de Educação (ARACAJU, 2020a).

Quanto às notificações, os dados mostram que em 59 casos a notificação partiu do conselho tutelar; 35 casos a notificação partiu do Ministério Público; 04 casos a notificação partiu da Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente; 22 casos foram notificados por outras delegacias e 01 caso a notificação partiu da Justiça da infância e da Juventude (ARACAJU, 2020a).

A partir desses dados sobre encaminhamentos, vê-se que em somente 33% dos casos encaminharam a vítima para algum tipo de serviço. Já as entidades que realizaram o encaminhamento do caso à rede representam um percentual significativo de 83%. Por fim, no tocante à informação se as vítimas possuem ou não deficiência, constata-se que somente 14% dos casos alegaram possuir deficiência; 39% alegaram não possuir deficiência e 47% ignoraram a informação. Segue gráfico com os tipos de deficiências encontradas. Vale pontuar que o indicador "outros tipos" refere-se a ansiedade, autismo, transtorno de bordeline e bordeline, juntamente com a bipolaridade (ARACAJU, 2020a).

Gráfico 14 – Tipos de Deficiência - Lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, Aracaju, 2011-2019



Fonte: Secretaria Municipal de Aracaju. Elaboração: Acervo Pessoal. Produzido em: abr. 2020 (ARACAJU, 2020a).

Parece haver uma tendência de associação entre lesões autoprovocadas/tentativas de suicídios, com ou sem ideiação suicída com transtornos mentais e comportamentais, apontando a maior incidência percentual nos casos. Tal situação pode estar associada, por exemplo, às questões sociais, como o modo de vida do ser humano na atualidade, bem como seu descuido ainda com a saúde psicológica como elemento decisivo no contexto geral de saúde.

2.3.3 Pandemia em pauta e contextos correlatos

O tempo presente trouxe à tona, de forma voraz, a primazia que deve ocupar a saúde

psicológica no cotidiano do ser humano. A descoberta, em dezembro de 2019, de um novo coronavírus (SARS-CoV-2) causou ao mundo impactos irreversíveis. Inicialmente, a crise sanitária foi tida como epidemia de síndrome respiratória aguda (COVID-19) em humanos, no contexto de Wuhan, na China (ZHOU *et al*, 2020).

Rapidamente, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto da doença causada pelo novo coronavírus se constituía como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, e em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia[88] (OPAS; OMS, 2020).

A partir das mudanças estruturais de diversas ordens, as quais as sociedades em todo mundo passaram a vivenciar nesse novo contexto[89], utilizar "as ciências sociais e comportamentais podem fornecer informações valiosas para gerenciar a pandemia e seus impactos" (BAVEL; BAICKER, BOGGIO, 2020).

É fundamental refletir a respeito dos impactos psicossociais causados pela pandemia. As consequências estão relacionadas à experimentação de sentimentos diversos, como a perda de entes queridos, o medo relacionado à possibilidade de contágio, perda de sua própria vida, o choque no processo de aceitação e adequação quanto às medidas protetivas, como o isolamento social, cujos hábitos não são para muitos. Esses fatores colocam o indivíduo em maior vulnerabilidade, ocasionando aumento de estresse, e possibilidade de tentativas e, até mesmo, o cometimento de automutilações e suicídios.

Pensando nesses riscos, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) elaborou uma série de cartilhas com recomendações em saúde mental, visando auxiliar as pessoas, inclusive, na identificação sintomática de reações psicossociais que possam ser esperadas. Em razão do seu grau já atigem uma esfera que requer atenção especializada, como, por exemplo, sintomas persistentes, sofrimento intenso, riscos e complicações associadas (conduta suicida ou, até mesmo, o ato suicída), comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano, problemas intensos associados à vida familiar, social ou profissional, dificuldades coexistentes como dependências a drogas, álcool, depressão maior, psicose e transtorno por estresse pós-traumático (FIOCRUZ, 2020a).

---

[88] "A pandemia, em uma escala de gravidade, é o pior dos cenários. Ela acontece quando uma epidemia se estende a níveis mundiais, ou seja, se espalha por diversas regiões do planeta. Em 2009, a gripe A (ou gripe suína) passou de uma epidemia para uma pandemia quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a registrar casos nos seis continentes do mundo. E em 11 de março de 2020 o COVID19 também passou de epidemia para uma pandemia" (UNIFESP, 2020, p. 1).

[89] "Foram confirmados no mundo 101.053.721 casos de COVID-19 (570.976 novos em relação ao dia anterior) e 2.182.867 mortes (15.716 novas em relação ao dia anterior) até 29 de janeiro de 2021. Na Região das Américas, 26.998.023 pessoas que foram infectadas pelo novo coronavírus se recuperaram, conforme dados de 29 de janeiro de 2021" (OPAS; OMS, 2021, p. 1).

De forma específica, cabe citar a cartilha que aborda o tema do suicídio. Em tempos de pandemia, em que a população vivencia diversas incertezas e cirscunstâncias de risco, é necessário o desenvolvimento de táticas de prevenção, monitoramento e posvenção, visando ao bem-estar dos cidadãos (FIOCRUZ, 2020b).

No tocante às crianças e aos adolescentes, os pais ou responsáveis possuem papel basilar, principalmente na atenção aos fatores de alerta, como a irritação excessiva, baixa autoestima, tentativas prévias de suicídio, ocorrências de violências psicológica, física, sexual ou negligência, crises relacionadas à saúde mental da criança, do adolescente ou da família, uso de substâncias como álcool e drogas, ambiente familiar adverso, com ou sem histórico suicída, ausência de suporte social e sentimentos de isolamento social, sofrimento e inquietações a respeito de questões como a própria sexualidade, impulso por informações de comportamento suicida ou autolesão em redes sociais virtuais[90], entre outros comportamentos indicativos de risco[91] (FIOCRUZ, 2020b).

A pandemia ressaltou a necessidade da atenção à saúde mental como elemento fundamental na perspectiva da saúde. Além disso, reforça o conceito holístico de saúde, levando à grande movimentação científica na busca de respostas para os problemas do tempo presente. Diversas pesquisas em todo mundo têm buscado a relação entre a pandemia e as reações e sequelas na saúde psíquica dos indivíduos.

Destaca-se aqui o recente estudo publicado na revista *The Lancet Psychiatry*, em 09 de novembro de 2020, com o fim de analisar possíveis relações entre um diagnóstico de COVID-19 (comparado com outros seis eventos de saúde, como a influenza, outra infecção do trato

[90] Sobre o uso das redes sociais virtuais, internet e similares é necessário apontar que existem ainda fatores positivos, como: "em tempos de rápida disseminação de doenças infecciosas e exposição em massa a traumas, plataformas on-line podem ser usadas para orientar o consumo efetivo de informações, facilitar o apoio social, continuar a prestação de assistência em saúde mental e desenvolver e testar intervenções inovadoras e personalizadas baseadas em contato que, se encontradas eficaz, pode ser disseminado para atender às necessidades emergentes de saúde mental" (AMSALEM D; DIXON LB; NERIA Y, 2020).

[91] "Quais os comportamentos que indicam ou sinalizam que a criança ou adolescente pode apresentar risco de suicídio? Quando a criança ou adolescente apresenta: a) *Discriminação:* está sendo ridicularizado pelos colegas; b) *Impulsividade:* grita, agride a si próprio ou a outros alunos, paredes, objetos e não sabe controlar seus impulsos; c) *Perdas recentes não elaboradas*: quando perdem parentes e não lidam bem com essa situação. É preciso ficar atento ao comportamento e à fala; d) *Mudança de comportamento*: tanto na fala quanto na própria sociabilidade. Era expansivo fica mais calado; e) *A conversa:* manifesta o desejo de morrer ou fala em morte com frequência; f) *Postura corporal*: quando fica mais cabisbaixo, com a postura curvada para frente; g) *Solidão:* se sente sozinho, não fica enturmado e está sempre isolado de toda turma. O isolamento pode se manifestar na forma de não atender a telefonemas de amigos, interagir menos nas redes sociais, ficar em casa fechado em seu quarto, reduzir ou cancelar todas as atividades sociais, principalmente, aquelas que costumava e gostava de socializar. E ainda quando apresenta dificuldades para tomar decisões que antes resolvia normalmente; h) *Escolaridade*: dificuldade na aprendizagem com declínio nas notas; i) *Drogas*: início ou aumento do consumo de álcool ou drogas; j) *Adolescentes perfeccionistas*: com alto nível de cobrança de si mesmo, precisam de atenção e; k) *Depressão:* o suicídio nem sempre está associado a um quadro depressivo, mas jovens que apresentam sintomas da doença ou que já estejam ou não em tratamento exigem um cuidado mais atento" (SBP, 2020a, p. 1).

respiratório, cálculo no trato urinário, infecção de pele, cálculo biliar/pedra na vesícula e fratura), com o aumento das taxas de diagnósticos psiquiátricos subsequentes e se os pacientes com histórico de doença psiquiátrica têm maior risco de serem diagnosticados com COVID-19[92] (TAQUET *et al*, 2021).

Os resultados apontaram estreita relação entre o diagnóstico de COVID-19 e a propensão a adquirir doenças psiquiátricas, principalmente transtorno de ansiedade, insônia e demência. Os pesquisadores ressaltam que embora os resultados sejam preliminares, apontam para uma realidade e deve servir para o subsídio de políticas públicas voltadas à sáude psicológica.

> Usando uma grande rede federada de registros eletrônicos de saúdenos EUA para criar coortes correspondentes ao índice de propensãode pacientes, descobrimos que os sobreviventes de COVID-19 têm uma taxa significativamente maior de transtornos psiquiátricos,demência e insônia. Também mostramos que uma anterior doença psiquiátrica está independentemente associada a um risco aumentado de ser diagnosticado com COVID-19. No período entre 14 e 90 dias após diagnóstico de COVID-19, 5.8% dos sobreviventes tiveram seu primeiro diagnóstico registrado de doença psiquiátrica, em comparação com 2.5–3.4% dos pacientes na comparação coortes. Assim, os adultos têm um risco aproximadamente dobradode ser recentemente diagnosticado com um transtorno psiquiátrico após o diagnóstico de COVID-19 (TAQUET *et al*, 2021, p. 138, tradução nossa).

Nesse mesmo sentido, estudo dinamarquês regista aumento exponencial dos casos de ansiedade em decorrência da pandemia (JORNAL MÉDICO, 2020). Em que pese tais estudos não envolvam crianças e adolescentes, o ambiente familiar influi diretamente no bem-estar destes, refletindo no seu desenvolvimento biológico e psicossocial, o que tem levado os pesquisadores a apontar uma realidade ainda mais desafiadora, qual seja, o cenário pós-pandemia de intenso abalo na saúde psicológica das pessoas, com quadro patológicos variáveis e uma incidência que pode chegar a nível de epidemia relacionada às questões de saúde mental (ALMEIDA, 2020; SCHMIDT *et al*, 2020).

Outro exemplo significativo, a nível de Brasil, foi o aumento em 17% no número de denúncias através do Ligue 180 após o primeiro momento de isolamento social, em março de 2020 (MARQUES, 2020, p. 2). Isso demonstra uma clara relação entre a medida sanitária de isolamento social com a tendência ao agravamento de violências mais propensas a ocorrer

[92] A base do estudo se deu através de registros médicos de cerca de 70 mil norte-americanos, incluindo aproximadamente mais 62 mil casos de Covid-19 que não requereram internamento hospitalar ou ida às urgências. O percentual de diagnóstico de doença mental entre os 14 e 90 dias após o diagnóstico de Covid-19 foi de 18.1%, incluindo 5.8% que foram detectados pela primeira vez (TAQUET *et al*, 2021).

dentro dos lares. É inegável que "a pandemia também traz repercussão no nível comunitário do modelo ecológico, na medida em que diminui a coesão social e o acesso aos serviços públicos e instituições que compõem a rede social dos indivíduos" (MARQUES, 2020, p. 2).

Nesse contexto, o desenvolvimento da infância e adolescência deve ser acompanhado pelo auxílio da família e de profissionais competentes, a fim de minimizar os danos causados pela pandemia. Deve-se utilizar os meios disponíveis para tanto, considerando, inclusive, as necessidades de atenção prévias das crianças e dos adolescentes[93] (FIOCRUZ, 2020c).

Uma série de fatores e processos biopsicossociais são vivenciados na infância e adolescência. A pandemia dimensionou questões anteriormente latentes, como o uso das redes sociais, as influências e riscos dos excessos no mundo digital (SBP, 2020), que podem ser associadas com práticas de *cyberbullying*, cancelamentos, grupos de apologia ao suicídio, casos de suicídio online, atos e grupos de cultivo ao glamour na depressão, com apologias à automutilação, entre outras[94]. Essa conjuntura merece atenção e ações através de políticas públicas que dialoguem com a temática[95].

Ademais, fator relevante tornou-se, também, a discussão a respeito do retorno às aulas presenciais nas escolas públicas e privadas no país. O debate entre o poder público e a sociedade civil em torno dos aspectos epidemiológicos[96] da COVID-19 e, consequentemente, as medidas de prevenção à doença se contraporam. Para muitos, ao acesso a direitos básicos, como educação e saúde, juntamente com os processos de socialização que integram esses espaços, são essencias para a formação da criança e para o amadurecimento do adolescente.

Esse requisito foi impeditivo para parte da população brasileira que ainda carece de tal meio, uma vez que o método remoto/*online* requer um acesso mínimo à internet, para o acompanhamento das aulas, ou, até mesmo, o acesso médico e psicológico através de consultas

[93] "Assim, evita-se o risco de considerar como patológicas reações que são adaptativas ou decorrentes de problemas sociais que precisam ser enfrentados coletivamente. Por outro lado, evita-se também negligenciar problemas de saúde mental que venham a surgir ou se intensificar durante ou após a vigência da pandemia" (FIOCRUZ, 2020c, p. 5).

[94] Uma dessas questões relacionadas ao uso imoderado da internet diz respeito aos jogos – "O problema não é o jogo em si, mas o desamparo que existe nestas situações. o problema da baleia azul, por exemplo, é que o jogo pede para que os adolescentes não contem para ninguém o que estão fazendo e, muitas vezes, o distanciamento dos pais no monitoramento de seus filhos, ou seja, a falta de conversa, diálogo e conhecimento dos sentimentos, pensamentos e percepções dos filhos, que são muito importantes para sua estabilidade, abrem espaço para o suicídio" (SBP, 2020a).

[95] Os efeitos dessa relação desproporcional entre infância, adolescência e o cyberespaço podem vir até as últimas consequências, como no caso do jovem paranaense de 19 anos que se matou ao vivo através do aplicativo *tiktok*, sendo assistindo online por 280 internautas (RIBEIRO, 2020).

[96] "Um dos aspectos mais intrigantes desta pandemia, que se demonstra consistente em todos os países do mundo, é que as crianças e adolescentes apresentam quadros, em sua maioria, leves e ou assintomáticos, a despeito da eventual e rara ocorrência de casos graves, como os descritos em crianças que apresentaram a síndrome inflamatória multissistêmica" (SBP, 2020b, p. 2).

virtuais. Eis uma vulnerabilidade que foi dimensionada com a pandemia. Planejamento estratégico, criatividade e compromisso/responsabilização foram e estão sendo requeridas das autoridades públicas, professores, alunos e equipe multidisciplinar.

Todos esses fatores fomentaram a reinvenção necessária e contornos bem diferentes dos programados para o ano de 2020. Todavia, após 01 (um) ano da decretação da COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela OMS, e há quase 01 (um) ano do anúncio do estágio de pandemia (OPAS, 2020), com o retorno gradativo das atividades econômicas, a SBP se posicionou reforçando o princípio de que a escola nunca foi e nunca será um ambiente exclusivo de aprendizado de conteúdos e atentando-se para saúde mental das crianças e adolescentes, que de repende, sofreram mudanças bruscas em suas vidas e rotinas[97] (SBP, 2020b; SBP, 2021).

Nesse ínterim, a SBP defende que a educação é um serviço essecial à sociedade e, portanto, dentro da logística de atendimento às medidas sanitárias, deve ser retomado, também, na modalidade presencial, uma vez que as consequências relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes representam atraso no desenvolvimento psíquico destes, bem como uma extensão das desigualdades sociais, com prejuízos de grande porte, que não devem ser minimizados (SBP, 2021).

> A Sociedade Brasileira de Pediatria mais uma vez cumprindo seu compromisso com a proteção e a saúde de crianças e adolescentes, apresenta algumas recomendações, que poderão ser atualizadas, na medida em que se observem novas demandas e situações de saúde: 1. Os ministérios da Educação e da Saúde devem divulgar amplamente e em tempo hábil, eixos norteadores para balizar as decisões locais de Estados e municípios; 2. Os municípios e Estados, que foram tomando decisões sem marcos referenciais devem reavaliar seus posicionamentos e iniciar a curto prazo as discussões com a sociedade, visando o planejamento da reabertura das escolas, observando-se as diferentes realidades epidemiológicas no país e considerando o agravamento das desigualdades sociais; 3. Não é justificável perder-se mais tempo para criar oportunidades para a melhoria das condições estruturais e de processos, principalmente das escolas públicas, depois do

[97] Sobre os impactos da pandemia na vida de crianças e adolescentes o psiquiatra infantojuvenil *Guilherme V. Polanczyk* aponta o estresse emocional como um dos principais fatores de risco preveníveis, e destaca a importância dos pais nesse processo – "Os pais, que são protagonistas no desenvolvimento dos seus filhos, poderão reconhecer os sinais de estresse, processá-los e retransmitir às crianças respostas que geram acolhimento, segurança e aprendizado, estabelecendo um ciclo positivo. Entretanto, os pais podem não reconhecer os sinais de estresse de seus filhos, ou podem reconhecer mas não responder, ou ainda podem transmitir respostas que geram mais medo, insegurança e desamparo, estabelecendo um ciclo negativo"; ainda, afirma que "para prevenir os transtornos mentais no contexto atual, é preciso atenuar as adversidades, acionar sistemas sociais de suporte, identificar precocemente os primeiros problemas e agir sobre eles, evitando que piorem" (POLANCZYK, 2020, p. 2,3). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) alerta para o aumento de casos de suicídio diante da pandemia, num contexto já preocupante – "nas Américas, estima-se que cerca de 100 mil pessoas cometam suicídio todo ano, de acordo com o último dado disponível, de 2016" (OPAS, 2020b, p.1).

> longo período fechadas, garantindo-se condições adequadas para a reabertura e vigilância em saúde, com monitoramento de casos e contatos; 4. Esse momento crítico também se mostra como uma excelente oportunidade para discutir-se cidadania, socialização, promoção da saúde e de ambientes saudáveis com a comunidade escolar; 5. Recomenda-se a formação de comitês ampliados e participativos em todos os municípios e no nível das escolas, com participação de representação dos pais, professores, técnicos e profissionais da saúde e da educação, para discussões e busca de pactuação, no planejamento do retorno das atividades e para o acompanhamento pós abertura; 6. Recomenda-se fortemente, e com urgência, que autoridades governamentais nos níveis municipal, estadual e federal somem esforços para proporcionar as condições estruturais e sanitárias que possibilitem a reabertura das escolas, sempre apoiadas na análise dos gestores e técnicos sanitários e no monitoramento das situações loco regionais e que os ambientes pedagógicos sejam definidos como serviços essenciais; 7. Recomenda-se um projeto urgente de inserção digital dos alunos das redes públicas, nos planos orçamentários plurianuais, como política pública de investimento e proteção social, visando diminuir as graves desigualdades de acesso e plena inclusão educacional, ocasionadas hoje pela exclusão digital (SBP, 2021, p. 14-15).

O momento global vivido descortinou a urgência em discutir saúde psicológica como direito humano imprescindível para condições dignas de existência, haja vista que o cenário da pandemia da COVID-19[98] "pode piorar os problemas de saúde mental existentes e levar a mais casos entre crianças e adolescentes devido à combinação única de crise de saúde pública, isolamento social e recessão econômica" (GOLBERSTEIN E; WEN H; MILLER BF, 2020).

Por isso, há importância em promover intervenções precoces através do fortalecimento das redes socioafetivas, bem como acesso a tratamentos com ênfase em saúde mental, considerados fatores protetivos[99], "estratégias que permitam contrabalançar os sentimentos

[98] Notícias como essas têm ocupado jornais, revistas, manchetes na internet, uma realidade cada vez mais descoberta – "Psiquiatras e psicólogos apontam o possível aumento de ansiedade, estresse e depressão por evento traumático massivo. Alertam até mesmo que esses transtornos serão 'a próxima pandemia'" (PORTINARI, 2020). "Até este momento —27 de abril— nenhuma pessoa morreu por covid-19 em Altamira, no Pará. Mas, de janeiro até hoje, 15 pessoas se suicidaram, segundo o Centro de Perícias Científicas Renato Chaves, da Secretaria de Segurança Pública do Governo do Estado do Pará: 9 deles eram jovens entre os 11 e os 19 anos" (BRUM, 2020).

[99] "É preciso aproveitar as experiências já existentes e reforçar o que já vem sendo realizado por instituições governamentais e não governamentais em nosso país, adaptando estas iniciativas à situação específica que estamos vivendo no cenário da COVID-19. Nessa perspectiva, entendemos ser fundamental os seguintes pontos: (1) Garantir o atendimento 24 horas do Ligue 180, Disque 100 (violação aos direitos humanos) e 190 (Polícia Civil), e a manutenção do trabalho dos Conselhos Tutelares por plantão presencial ou via telefone, WhatsApp, aplicativos para celulares e por meio digital para as denúncias de violação de direitos; (2) Garantir a agilidade do julgamento das denúncias de violência contra a mulher, que podem ser solicitadas pela vítima ao delegado(a) de polícia ou por meio do Ministério Público, visando à instalação de medidas protetivas de urgência, quando necessárias; (3) Reforçar as campanhas publicitárias que tenham como foco central a importância de que todos "metam a colher em briga de marido e mulher". Da mesma forma, são necessárias as campanhas de alerta sobre os diferentes tipos de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Vizinhos, parentes e amigos podem fazer toda a diferença em uma situação como essa; (4) Incentivar as iniciativas de apoio às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência, baseando-se no acolhimento e aconselhamento psicológico, socioassistencial, jurídico e de saúde; (5) Dentro do possível, é importante que mulheres em situação de violência busquem fazer o distanciamento social acompanhadas de outros familiares que não apenas o marido agressor e os filhos; (6) Em situações extremas, é importante manter o telefone celular protegido, bem como telefones de familiares e amigos com quem as mulheres

negativos e reenquadramento dos planos de vida" (FIOCRUZ, 2020, p. 7). A compreensão dos processos de inovações normativas, as discussões doutrinárias e o olhar de atenção à saúde psicológica por toda sociedade civil e esferas de governo certamente contribuirão no entendimento dos fenômenos da automutilação e do suicídio infantojuvenil.

possam contar em situação de emergência, além de um plano de fuga seguro para a mulher e seus filhos" (MARQUES, 2020, p. 4).

CAPÍTULO 3 – A LEI Nº 13.819/2019, INSTITUIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO E DO SUICÍDIO: PERSPECTIVAS E DEBATES

Neste capítulo será discutido o papel do direito na prevenção à automutilação e ao suicídio infantojuvenil como um diálogo possível. Para tanto, abordam-se as experiências comparadas em dois países da América Latina, a saber, Colômbia e México. Ainda, se traçará a análise crítica da Lei nº 13.819/2019, delineando as relações entre política pública, rede de proteção e realidade: como aproximar o ser do dever ser. Por fim, sugerir-se-á alternativas de aplicação e implementação da lei em estudo no município de Aracaju/SE.

Nessa etapa, a retomada da problematização que serve de guia nesse estudo precisa ser relembrada: o município de Aracaju/SE cumpre a política de saúde mental, especialmente no se refere à Política Nacional de Prevenção a Automutilação e ao Suicídio, no que toca a crianças, adolescentes e jovens até a faixa etária de 19 anos?

3.1 O DIREITO E A POLÍTICA PÚBLICA NA PERSPECTIVA DA PREVENÇÃO À AUTOMUTILAÇÃO E AO SUICÍDIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES - PERSPECTIVAS E DESAFIOS

A presente análise será balizada pelo exame das relações entre direito e políticas públicas. Entender as nuances dessa relação apontará aos programas de ação governamental. Como consequência, abre-se oportunidades para a compreensão dessa execução que "afeta a maior ou menor efetividade dos direitos e deveres constitucionais, é resultante de um conjunto de fatores, jurídicos e extrajurídicos, que as políticas públicas, como abordagem disciplinar no campo do direito, propiciam conhecer e organizar de forma estruturada" (BUCCI, 2018, p. 1).

Para tanto, com o escopo de detalhar os fundamentos da saúde psicológica como ação governamental municipal, pautada nas diretrizes federais, retomou-se a Lei nº 13.819/2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, em todas as esferas de governo, bem como o Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021, em vigência. Ainda, se detalha as portarias de consolidação do SUS no tocante à atenção psicossocial e saúde mental, aliado a doutrina especializada na temática.

3.1.1 O que as Experiências Comparadas na Colômbia e no México Ensinam?

Os problemas relacionados à saúde mental são vivenciados e existem no âmbito de países latinoamericanos, a exemplo do México e da Colômbia. O Estado do México vivenciou intenso processo de modernização, que mudou radicamente o modo de vida das pessoas, desde questões ligadas à urbanização do país, aumento da expectativa de vida, envelhecimento demográfico, aumento da migração, divórcio, da participatividade dos cidadãos nas esferas econômica e política, da escolaridade e, em contrapartida, enfrentou, também, diversas crises econômicas, com a diminuição da renda da população, acesso mitigado ao trabalho e à educação e aumento das desigualdades (HERNANDEZ-BRINGAS; FLORES-ARENALES, 2011).

Todos esses fatores desencadearam um aumento significativo na taxa de suicídio. Fato este que possui como um dos indicadores determinantes "a perda ou declínio das redes familiares que costumam servir de suporte emocional em situações de perda, solidão, tristeza e crise econômica" e, assim, traçando uma evolução, a taxa saiu de 1,5 suicídio por 100.000 habitantes em 1950 para 4,8 suicídios por 100 mil habitantes em 2008 (HERNANDEZ-BRINGAS; FLORES-ARENALES, 2011). A conjuntura posta dentre tais fatores, sem dúvidas, desencadeia condições de saúde psicológica não adequadas.

Já através das pesquisas realizadas em artigos científcos atinentes à experiência da Colômbia, diversos autores pontuam a ausência de informações confiáveis e a dificuldade nos registros, tornando, dessa forma, a análise complexa e muitas vezes indeterminada (GÓMEZ-RESTREPO *et al*, 2002; CASTRO-RUEDA *et al*, 2010). De forma específica, informações sobre suicídios em crianças e adolescentes é ainda mais raro. Entretanto, pesquisas realizadas na Colômbia apontam como principais fatores associados ao comportamento suicida na fase da infância e adolescência tentativas prévias quanto tirar a própria vida, depressão, disfunção familiar, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, entre outros (CAÑÓN BUITRAGO, 2011) [100].

É válido lembrar que contextos abruptos, de insegurança pessoal e coletiva para os cidadãos, como é o caso das guerrilhas na Colômbia, podem estar associados às taxas de suicídio. Apesar desses contextos, se comparado os dados no período de 2000 e 2010, na Colômbia, os índices de suicídio apresentam tendência de queda e variam entre 6 e 4,7 casos por 100.000 habitantes, com uma média de 5,3 (ARANGO; MEDINA-PÉREZ; DUQUE,

[100] "No âmbito das relações de segurança entre os países da América do Sul, a Colômbia é um país preocupante e de forte discussão. A sociedade colombiana, na maior parte do século XX, teve sua história atrelada a um caótico sistema de violência civil, onde a disputa interna pelo poder comandada pelos dois principais partidos colombianos, o Liberal (caracterizado pela separação entre o Estado e a Igreja e a descentralização do governo) e o Partido Conservador (com posição a favor da aproximação com a Igreja e uma maior centralização do poder nas mãos do governo), vitimou milhares de almas ao longo dos anos e acabou por afundar o país em uma realidade de crueldade e sangue" (SILVA, 2007).

2016).

Algumas recomendações acompanham o contexto colombiano, as quais podem ser trazidas como bons parâmetros para a implementação de políticas públicas.

> Recomenda-se a realização de investigações conjuntas que permitam ter uma visão abrangente dos achados na matéria suicídio de pesquisadores de diferentes entidades; estudos epidemiológicos são emergências sociais e muito mais sua unificação, para que haja esforços conjuntos de intervenção. Propõe-se a ampliação da pesquisa sobre suicídio de adolescentes e idosos na população com tentativas de suicídio, prevalência e detecção precoce de transtornos psiquiátricos (vícios, personalidade limítrofe, ansiedade e depressão maior) e rastreamento de história familiar. Igualmente, estudos pós-prevenção são essenciais. Propõe-se trabalhar de forma intersetorial pela educação em saúde mental, para que se possa otimizar os serviços e rotas de atendimento; inclusão em políticas públicas e meios de comunicação de massa é importante devido à sua influência na qualidade dos cuidados de saúde e na cognição social respectivamente. Também a criação de programas de prevenção adaptados a cada faixa social e etária, priorizando a detecção precoce, já que desde fases iniciais da vida existem efeitos potencialmente arriscados de suicídio. É necessário envolver cada vez mais os setores educacionais e culturais [...] O suicídio é previsível e evitável, o suicídio é influenciada por fatores socioculturais, porque cada lugar requer o desenvolvimento de políticas e programas para prevenir suicídio de acordo com o momento e as diretrizes culturais interveniente. Como você pode atuar na América Latina e Colombia? (ARANGO; MEDINA-PÉREZ; DUQUE, 2016, p. 176, tradução nossa)

Outra pesquisa realizada com o fim de avaliar a percepção das comunidades sobre o suicídio de jovens do *Departamento Nariño*, na Colômbia, realizada nos municípios de *Pasto*, *La Unión*, *Tumaco* e *Ipiales* constatou o olhar multidimensional do problema pelos atores sociais, o que congrega aspectos relacionais até fatores econômicos, sendo imprescindível a elaboração de estratégias conjuntas para a redução dos fatores de risco[101] (OJEDA ROSERO; VILLALOBOS GALVIS, 2011)

A estratégia da Colômbia para a redução dos índices de suicídio envolveu diversos eixos estratégicos em esferas individual, familiar, sociocultural, política, todas em prol da promoção de políticas públicas calcadas na prevenção como caminho de viabilidade revertida em ações capazes, de fato, de transformar realidades.

3.1.2 Políticas Públicas de Prevenção a Automutilação e ao Suicídio infantojuvenil - perspectivas e debates

[101] "A necessidade de implementação de políticas sociais é destacada destinado a promover fatores de proteção, como apoio social, educação integral e oferta de atividades para o uso do tempo, e implementar programas que promovam habilidades e competências pessoais" (OJEDA ROSERO; VILLALOBOS GALVIS, 2011, p. 1).

A compreensão da política pública como assunto pertecente ao âmbito jurídico, seja ele constitucional, administrativo, financeiro, faz parte de corrente que entende o direito como interdisciplinar; ainda dentro dessa perspectiva o contexto desafiador é fazer mover-se as relações entre Estado, Administração Pública e Sociedade (BUCCI, 2006).

Em outras palavras o problema central é – como concretizar direitos sociais como saúde psicológica? "A necessidade de compreensão das políticas públicas como categoria jurídica se apresenta à medida que se buscam formas de concretização dos direitos humanos, em particular dos direitos sociais" (BUCCI, 2006, p. 3). Ou seja, a importância do estudo das políticas públicas na esfera jurídica representa a promoção de princípios e objetivos fundamentais constitucionais como a cidadania, a dignidade humana, a redução das desigualdades sociais e regionais, conforme artigos 1º e 3º da Constituição Federal (BRASIL, 1990).

Isto porque o paradigma dos direitos sociais envolve a posição proativa do Estado na prestação positivas, ou seja, intervindo na vida econômica e social, a fim de garantir tais direitos. Por isso, como importante ferramenta para o direito, as políticas públicas são instrumentos de promoção de igualdade material, e possibilidades de acesso a bens indispensáveis para uma vida digna.

A Lei 8.080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde logo em seus primeiros artigos anuncia os fundamentos do direito da saúde psicológica (artigo 3º, parágrafo único), mas também do direito à saúde como todo, sendo esse fundamental ao ser humano, possuindo o Estado o dever de provê-lo de forma plena, segundo artigo 2º, §1º através da "formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1990, p.1).

Assim, decorrente dessa relação entre Direito e Política Pública é preciso, em primeiro plano, delimitar o conceito de política pública como "programas de ação governamental juridicamente definidos", sua racionalidade é oriunda do Poder Executivo; em segundo plano compreender a sistemática da escala dos programas de ação governamental, que deveriam assegurar tais direitos à coletividade; e por fim, o terceiro elemento que consiste na visão prospectiva, "capacidade analítica a propor cenários para o futuro", traçando estratégias a partir das análises realizadas (BUCCI, 2017, p. 4 e 6). "A função de governar – o uso do poder coativo do Estado a serviço da coesão social – seria, portanto, o fundamento imediato das políticas públicas" (BUCCI, 1997, p. 91).

Ainda, acompanhado da política pública deve vir o planejamento, para que esta cumpra os fins paras quais fora criada e produza resultados – "o planejamento não é uma atividade vazia de conteúdo político. Trata-se de função eminentemente técnica, voltada à realização de valores sociais" (BUCCI, 1997, p. 96).

> Em grande parte, porém, o sucesso da política pública, qualquer que seja ela, está relacionado com a qualidade do processo administrativo que precede a sua realização e que a implementa. As informações sobre a realidade a transformar, a capacitação técnica e a vinculação profissional dos servidores públicos, a disciplina dos serviços públicos, enfim, a solução dos problemas inseridos no processo administrativo, com o sentido lato emprestado à expressão pelo direito americano, determinarão, no plano concreto, os resultados da política pública como instrumento de desenvolvimento. Essa é a razão pela qual entendo que os administrativistas podem e devem voltar seus olhos para a temática das políticas públicas. (BUCCI, 1997, p. 97).

Logo, toda rede de proteção, seja na perspectiva da saúde, da assistência social, do direito, refletem as prioridades governamentais, escolhas públicas, que geram transformação (ou deveriam) no seio social. "A escolha das diretrizes da política, os objetivos de determinado programa não são simples princípios de ação, mas são os vetores para a implementação concreta de certas formas de agir do poder público, que levarão a certos resultados" (BUCCI, 1997, p. 96).

Um exemplo trata-se da Resolução nº 113/2016 que "dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente", ou popularmente conhecido como Rede de Proteção, com diretrizes de articulação e integração das esferas de governo e sociedade civil em prol do cumprimento efetivo dos direitos de crianças e adolescentes (CONANDA, 2006, p.1). Tal Sistema visa operacionalizar políticas públicas em áreas como "saúde, educação, assistência social, trabalho, segurança pública, planejamento, orçamento, relações exteriores e promoção da igualdade e valorização da diversidade" invocando diversos normativos de garantia de direitos, convocando órgãos e sociedade para o cuidado e atenção com as próximas gerações (CONANDA, 2006, p.1).

Especificamente no tocante à saúde, as portarias de consolidação do SUS já citadas no trabalho delineam as Redes de Atenção e suas demandas, atentando-se para a saúde psicológica como necessária para qualidade de vida.

Com viés prático que trata o capítulo, fora realizada vasta busca no site do Ministério Público Estadual, a fim de encontrar material específico referente à Aracaju dentro da perspectiva de política pública infantojuvenil. Fora encontrada a Recomendação 05/2016

exarada pela 8ª Promotoria de Justiça dos Direitos do Cidadão fruto do Procedimento Administrativo preparatório de Inquérito Civil nº 97.16.01.0001 instaurado para verificar o respeito à política de infância e juventude no âmbito da cidade, no tocante à elaboração dos planos de ação e aplicação do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – FMDCA (SERGIPE, 2016).

Dentre as recomendações estabeleceu-se prazos para envio do plano de ação das políticas públicas para infância e juventude, que este seja embasado em estudo a ser realizado com universidade de ensino superior ou mediante realização de audiências públicas garantindo os fundamentos democráticos (SERGIPE, 2016).

Esse exemplo demonstra que qualquer política pública necessita de acompanhamento e monitoramento para sua plena efetividade, o que parte da doutrina denomina de ciclo de políticas pública, que é exatamente a organização para confecção de uma política, em fases sequenciais e interdependentes, como identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas; tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção (SECCHI, 2012, p.33).

Essa perspectiva é de suma importância no estudo da prevenção e a promoção à saúde psicológica como dever e direito de todos. A fim de traçar paralelos desses pontos com a realidade de Aracaju pra responder à pergunta da pesquisa fora analisado o Plano Municipal de Saúde vigente, referente ao ano de 2018 a 2020 no que toca à saúde mental que será analisado no tópico seguinte, bem como será traçada análise crítica da Lei 13.819/2019 em estudo.

3.2 APLICAÇÃO DA LEI 13.819/2019 NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE – UMA ANÁLISE CRÍTICA

Para visualizar as políticas públicas municipais vigentes na capital sergipana a respeito de saúde mental fora analisado documentos disponíveis no site da prefeitura de Aracaju (https://aracaju.se.gov.br), bem como no portal da transparência (https://transparencia.aracaju.se.gov.br).

Em primeira análise verificou-se no Planejamento Estratégico do Município (2017 a 2020) quatro projetos que promovem a saúde dos cidadãos e que por consequência se relacionam também com o melhor acesso ao sistema de saúde, às informações, aos médicos e à saúde psicológica. São eles o Projeto 02 – Implantação do Prontuário Eletrônico nos serviços

de assistência da Secretaria Municipal de Saúde[102]; Projeto 35 – Melhorar a Atenção Básica à Saúde[103]; Projeto 36 - Qualificação das Unidades de Pronto Atendimento da Saúde[104] e o Projeto 39 - Processo de Regulação do Acesso à Média e Alta Complexidade na Saúde[105].

Esses projetos fazem conexão com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021[106], uma vez que são frutos da construção do planejamento estratégico e a coordenação e locus de suas ocorrências são nos ambientes de saúde. Através da contextualização da realidade, a prefeitura traçou "ações estratégicas para avançar em direção à missão da prefeitura em 4 eixos: gestão, atenção à saúde, vigilância em saúde e administrativo financeiro" (ARACAJU, 2017, p. 7, a).

A cada Eixo tais ações recebem classificações em macro diretrizes, são elas: fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde; desenvolvimento de ações de promoção à saúde nas Redes de Atenção do SUS Aracaju; fortalecimento das ações de vigilância em saúde nas Redes de Atenção; e gestão, controle e participação social em prol do SUS e da qualidade de vida (ARACAJU, 2017, p. 7, a).

O município de Aracaju é organizado, no tocante à saúde pública, em 08 territórios, também conhecidos como regiões da saúde, cada região é composta por determinados bairros. A Rede de Atenção a Saúde é composta por quatro redes: Rede de Atenção Primária à Saúde (REAP), Rede de Atenção Psicossocial (REAPS) – o foco principal do estudo, seguido da Atenção Primária que promove acompanhamento direto com as populações através das equipes

---

[102] São objetivos específicos do projeto: "• Informatizar os Serviços assistenciais da rede da SMS; • Facilitar o processo de trabalho dos profissionais de saúde vinculados à rede assistencial da SMS; • Garantir melhoria do acesso a informação por parte da população; • Aumentar a eficiência da assistência à saúde; • Qualificar a coleta de dados para os sistemas de informação do SUS" (ARACAJU, 2017, p. 27, b).

[103] São objetivos específicos do projeto: "Organizar processos e fluxos internos com foco no acesso, humanização e qualidade do serviço; • Aprimorar ferramentas de gestão/indicadores; • Estabelecer e implementar padrões de funcionamento e de gestão das UBS; • Informatizar o processo de prestação de serviços ao usuário; • Fortalecer a integração com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde; • Adequar a estrutura física e de equipamentos das Unidades; • Capacitar e motivar os profissionais da saúde com foco em humanização" (ARACAJU, 2017, p. 31, b).

[104] São objetivos específicos do projeto: "Objetivos Específicos: • Organizar processos e fluxos internos dos Hospitais municipais com foco na segurança do paciente; • Recompor quadro de profissionais nos Hospitais municipais; • Informatizar todo o processos relacionados a prestação do atendimento aos usuários nos Hospitais municipais; • Fortalecer o Núcleo Interno de Regulação nos Hospitais municipais; • Adequar o parque tecnológico de equipamentos médico-hospitalares nos Hospitais municipais; • Capacitar e motivar os profissionais da saúde com foco em humanização nos Hospitais municipais" " (ARACAJU, 2017, p. 31, b).

[105] São objetivos específicos do projeto: "Qualificar o Sistema de Regulação (protocolos); • Reestruturar o Complexo Regulador do município; • Qualificar a Cadeia do Processo Regulatório; • Reduzir absenteísmo em consultas e procedimentos da média e alta complexidade; • Implantar Protocolos de Acesso; • Facilitar o acesso aos cidadãos e cidadãs de maior vulnerabilidade" (ARACAJU, 2017, p. 31, b).

[106] "O Plano Municipal de Saúde cumpre dois papéis. É uma exigência legal, que parte de uma legislação (Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de2013) visando fazer com que os gestores explicitem seus projetos com transparência para favorecer a participação popular. E deve se constituir como instrumento norteador da política de saúde municipal, com o propósito de que os atores que constroem o SUS no seu cotidiano (gestores, trabalhadores e usuários) vejam, construam e participem dos caminhos propostos para Aracaju ser uma cidade inteligente, humana e criativa" (ARACAJU, 2017, p.6, a).

– , a Rede de Atenção Especializada (REAE) e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (REUE).

É importante esclarecer que a saúde mental permea todas as redes de atenção, e não exclusivamente a Rede de Atenção Psicossocial (REAPS), conforme tabela a seguir:

Tabela 03 – Conformação da REAPS em Aracaju – Dezembro de 2017

REDE	SERVIÇO
Atenção Básica	Unidade de Saúde da Família e Ambulatórios de Referência em Saúde Mental; Consultório na Rua; Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (Equipamentos sob gestão da REAP)
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS II infanto-juvenil Arthur Bispo do Rosário; CAPS III infanto-juvenil Álcool e Droga Vida; CAPS III Álcool e Drogas Primavera; CAPS III Jael Patrício de Lima; CAPS III Liberdade e CAPS III David Capistrano Filho
Atenção a Urgência e Emergência	Urgência Mental do Hospital São José (Contratualizado)
Atenção Residencial em Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto
Atenção Hospitalar	Serviço Hospitalar de Referência do Hospital São José (Contratualizado); Clínica de Repouso São Marcello (Contratualizado)
Estratégia de desinstitucionalização	Residências terapêuticas (4 módulos)
Estratégia de Redução de Danos	Programa de Redução de Danos

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021, (ARACAJU, 2017, p. 52-53, a).

O serviço de saúde mental no município com atendimento de crianças e adolescentes, foco do estudo desta pesquisa, se dá nos dois CAPS infantojuvenis para casos com transtorno e sofrimento mental moderado a severo e também uso abusivo de álcool e outras drogas; através do serviço de saúde mental ambulatorial - psiquiatras e psicólogos que atendem nas estruturas de 2 unidades básicas de saúde do município, para os casos de crianças e adolescentes com transtornos leves a moderados; o Projeto de Redução de Danos, o qual realiza ações de educação em saúde nas ruas, em locais públicos com pessoas em uso de substâncias psicoativas, em instituições (escolas, abrigos) e ainda em instituições para adolescentes infratores em privação de liberdade (REAPS, 2021).

Em 2020 o município iniciou serviço de atendimento psicológico remoto, que está atendendo aos casos de tentativa de suicídio e automutilação que são notificados pelos hospitais e urgência ao Núcleo de Prevenção a acidentes e violências (NUPEVA). De abril até dezembro/2020 foram acompanhadas 73 pessoas oriundas das notificações do NUPEVA, neste serviço remoto (REAPS, 2021).

O desafio que se coloca para a Rede é a manutenção das conquistas históricas do processo de "desinstitucionalização" dos usuários em sofrimento mental, como análisado no tópico em que se estudou a Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216/01. Assim, o caminho a continuar trilhar visa "efetivar um cuidado que busque a reinserção psicossocial dos usuários, tendo por base o vínculo, a clínica ampliada, a construção da cidadania e da autonomia, num modelo de gestão colegiado e com a participação de todos os atores envolvidos no processo" (ARACAJU, 2017, p. 53, a).

Vale ressaltar o acréscimo no que se refere a projeção orçamentária do Plano Plurianual (PPA) 2018-2021 para a saúde, saindo de 2018 com R$ 594.826.225,47; 2019 com R$ 629.712.172,15; 2020 com R$ 656.227.411,88 e 2021 com R$ 693.062.576,83, representando estimativa de R$ 2.573.828.386,33 (dois bilhões, quinhentos e setenta e três milhões, oitocentos e vinte e oito mil, trezentos e oitenta e seis reais e trinta e três centavos) para os quatro anos, numa média de aumento gradativo de 7% ao ano na manutenção dos serviços de saúde essenciais (ARACAJU, 2017, a).

Em que pese os investimentos, as fragilidades encontradas também estão anunciadas como realidade no Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021:"não temos dados específicos em Sergipe do perfil epidemiológico de transtornos mentais em nossa população [...]. A Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju tem cerca de 2.300 usuários em atendimento, com um fluxo mensal nos nossos serviços de 5.725 atendimentos" (ARACAJU, 2017, p. 23, a).

Como visto no item anterior, o conhecimento da real situação da localidade a respeito da problemática é de suma importância para que o ciclo da política pública seja eficaz e produza transformação de realidades com promoção de direitos humanos. Logo, a ausência de mapeamento a respeito de transtornos mentais é uma das fragilidades encontradas que precisa ser sanada com a sistematização desses casos e organização dessas informações.

Relação pode ser feito também com outro ponto estudado, qual seja, a Ação Civil Pública ajuizada em desfavor do Município de Aracaju, em razão da escassez de médicos psiquiatras nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Referência em Saúde Mental (UBS), desrespeitando o percentual mínimo, conforme determina legislação federal (SERGIPE, 2019).

No quadro atual, conforme Ação citada, a defasagem de médicos psiquiatras é significativa e tem afetado o acesso à população, em especial a infantojuvenil, no tocante ao direito à saúde psicológica, com ausência de tratamento adequado, piora clínica, ausência de um plano terapêutico integrado com toda equipe mínima necessária. Ressalte-se que o déficit de profissionais psiquiatras, juntando a demanda de todos os seis CAPS atualmente representa um déficit de 120 horas/semanais. Nos dois CAPS de atendimento infantojuvenil o déficit total é de 40 horas/semanais, e representa 33,33% do déficit total da demanda.

Ainda, no que se refere ao tratamento ambulatorial realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) referência em saúde mental, a legislação aponta a necessidade de 200 horas /semanais de médico especialista em psiquiatria/saúde mental, possuindo hoje em Aracaju somente 56 horas/semanais disponíveis, o que significa uma cobertura de tão somente 28% da demanda prevista para o atendimento eficiente e de qualidade.

Assim, tomando como base todo o exposto, é pertinente breve análise crítica a respeito da Lei 13.819/2019 que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, sempre com ênfase na infância e adolescência, objeto de estudo do trabalho. Logo, para que a Lei da PNPAS surta de fato um efeito é preciso o trabalhar harmônico de uma conjuntura, que permeia em torno desses elementos: orçamento aprovado pelo legislativo, projeto de política pública aprovado pelo executivo e fiscalização através do poder judiciário; a desarticulação entre os poderes, por vezes, é o que impede o funcionamento da Lei, prejudicando a concretização dos resultados almejados com os planos estratégicos, no caso em estudo de prevenção a automutilação e ao suicídio infantojuvenil.

No tocante a análise crítica da Lei 13.819/2019 que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio na seara da infância e adolescência constatou-se que no orçamento do município há disposições destinadas para políticas públicas no tocante,

principalmente, à assistência social e saúde, todavia não há detalhamento suficiente para saber se aquela verba é específica para Prevenção da Automutilação e do Suicídio ou atividades "meio" que se refiram a promoção dessa prevenção.

A Lei Municipal nº 5.240 de 16/07/2019, mais conhecida como Lei de Diretrizes Orçamentárias estabelece em seu artigo 2º incisos XI e XII[107] como meta e prioridade "melhorar a prestação de serviços à saúde das pessoas" e "promover o bem-estar social, a efetivação de direitos e o fortalecimento da cidadania" (ARACAJU, 2019c, p.3).

Em breve análise à Lei Municipal nº 5.286 de 23/12/2019 (LOA 2020), que estima a receita e fixa a despesa do município de Aracaju no ano de 2020 constatou-se que no orçamento destinado à Secretaria Municipal de Saúde, enquadra-se no programa "Apoio às Políticas Públicas Municipais", na classificação de "Manutenção do Conselho Municipal de Saúde" a meta financeira de R$ 254.900,00, bem como dentro desse mesmo programa, na classificação de "Gestão da Política de Educação Permanente em Saúde" a meta financeira de R$ 588.700,00, e ainda na classificação de "Gestão, Manutenção e Desenvolvimento Institucional" a meta financeira R$ 34.964.100,00 totalizando o valor global de R$ 35.807.700,00 (ARACAJU, 2019d).

Vale destacar que o orçamento destinado à saúde é o maior de todo o município de Aracaju, as maiores despesas do governo[108]; isso reflete os investimentos que estão sendo empreendidos na busca pelo aperfeiçoamento do serviço e promoção do direito à saúde a todos.

A respeito da análise da existência ou não de projeto de política pública aprovado pelo executivo no âmbito do município de Aracaju constatou-se que há serviços públicos direcionados ao atendimento da saúde psicológica de crianças, adolescentes e jovens baseados em políticas públicas já existentes, conforme diretrizes do SUS e Reforma Psiquiátrica – CAPS Infatojuvenis, Centros de Referência Infantojuvenis, Projeto de Redução de Danos, Serviço de Atendimento Psicológico Remoto, campanhas de prevenção em meses específicos como janeiro e setembro em que se aborda a temática da saúde mental.

Todavia, conforme demonstrado nesta pesquisa, não há uma política pública estruturada atinente à problemática da automutilação e do suicídio infantojuvenil. Através da documentação analisada, resta fortalecido este argumento, uma vez que a deficiência vai desde a ausência de mapeamento de transtornos mentais em Aracaju, até a fragilidade no trato dos

[107] "Art. 2º. Em cumprimento ao disposto no art. 165, §2, da Constituição Federal, as metas e Prioridades da Administração Pública Municipal para o exercício 2020 estão definidas abaixo: [...] inciso XII: melhorar a prestação de serviços à saúde das pessoas; XII: promover o bem-estar social, a efetivação de direitos e o fortalecimento da cidadania (ARACAJU, 2019c, p.3).

[108] Conforme LOA 2020, o orçamento da saúde foi de R$ 584.276.000,00 (ARACAJU, 2019d).

dados, conforme informado no Plano Municipal de Saúde, o que aponta que tal política precisa ser gerada para sanar esses vícios e preencher essas lacunas, a fim de que o direito à saúde psicológica seja uma realidade de fato para as crianças, adolescentes e jovens aracajuanos.

Por fim, no que se refere à fiscalização pelo poder judiciário, a Ação Civil Pública ajuizada pelo *Parquet* manifesta uma atuação pautada na busca do cumprimento e aperfeiçoamento das políticas existentes no tocante à saúde mental, mas também no cumprimento mínimo da estruturação da rede de proteção, uma vez que o acesso à saúde psicológica perpassa pelo acesso a um tratamento interdisciplinar e especializado. Essa fiscalização é de suma importância para o fortalecimento das vulnerabilidades e consequente garantia dos direitos em estudo.

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio – PNPAS foi instituída como estratégia permanente do poder público, conforme artigo 2º, *caput*, da Lei 13.819/2019, com base nas estatísticas que demonstram um enorme número de mortes evitáveis decorrentes da violência autoprovocada (BRASIL, 2019b). O poder público municipal necessita traçar estratégias para tornar a realidade da Lei uma ação governamental que atenda à infância, adolescência e juventude no município em suas necessidades de saúde psicológica, com base em formulação de alternativas, implementação e avaliação de uma política pública para atendimento dos casos de automutilação, tentativa e suicídio infantojuvenil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto vivenciado globalmente relacionado à Pandemia do novo Coronavírus não foi a motivação principal que impulsionou a presente dissertação. Antes da decretação do estado de pandemia pela OMS em março de 2020 as entrevistas e bases de dados já estavam à disposição da pesquisa e a estruturação do trabalho já estava definida. Todavia, após quase um ano de pandemia, a reflexão a respeito da saúde psicológica tomou novos contornos e muitos países precisaram se assumir omissos e distantes no tocante a essencialidade da problemática, diante do caos.

A emergência de saúde revelou demandas sociais iminentes, manifestou vulnerabilidades pré-existentes, evidenciou desigualdades estruturais, apontou o despreparo de muitos sistemas de saúde em prover respostas rápidas e eficientes; do mesmo modo valorizou a força da coletividade e da solidariedade entre pessoas e países como práticas que reduzem o contágio e auxiliam sobremaneira no enfrentamento ao vírus.

Considerando todo exposto, o olhar de atenção às crianças e aos adolescentes e suas vivências precisam ocupar as pautas das diversas áreas da ciência, a fim de que com ferramentas eficazes seja possível prevenir ou reduzir danos.

Por isso a importância de revisitar os marcos legais paradigmáticos na proteção e garantia de direitos infantojuvenis – a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, a Carta Magna, o Estatuto da Criança e do Adolescente; relacionados ao direito à saúde as leis e portarias trazidas que instituíram e regulamentam o Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/90) e a Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01), pois estes inauguraram um novo referencial, a cisão entre normalidade e loucura, o desmonte da hipocrisia em torno da periculosidade associada a adolescentes e jovens, trazendo para a sociedade o papel de pensar o problema, mas também suas soluções, como parte do processo.

Essa mudança no tratamento dado às pessoas com sofrimentos psíquicos influenciou diversos setores, fechou manicômios, gerou políticas inclusivas e de qualidade, trazendo dignidade humana e exercício de cidadania a estes.

Nesse ínterim, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS´s), aliados às organizações internacionais e países constataram um aumento significativo nas ocorrências de suicídio, tentativas de suicídio e automutilação. No Brasil, uma das respostas a esse fenômeno fora a implantação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, através da Lei 13.819/2019 que possui entre seus objetivos além da promoção à saude psicológica, a prevenção da violência autoprovocada, o controle dos fatores determinantes e condicionantes

da saúde mental, a garantia do acesso à atenção psicossocial a pessoas com sofrimento psíquico, a abordagem adequada aos familiares, a conscientização da sociedade entre outros.

Todavia, o contexto brasileiro ainda é muito marcado por uma triste contradição entre sistema jurídico-legal de proteção versus a naturalização da realidade; e isso se aplica à violência sexual infantojuvenil, à automutilação e ao suicídio infantojuvenil entre tantas outras violências em que a sociedade ao se omitir aceita como "normal" tais realidades. Com base nisso, é que se decidiu investigar a problemática norteadora da dissertação: Aracaju/SE cumpre a política pública de enfrentamento à automutilação e ao suicídio infantojuvenil?

A hipótese suscitada se confirma - apesar dos esforços para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, ainda há enormes desafios para implantação, de fato, de política pública estruturada de enfrentamento à automutilação e ao suicídio no município de Aracaju/SE. Logo, ainda é um desafio do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, o que por vezes constitui um obstáculo à efetivação do direito humano à saúde psicológica.

Assim, resta claro que o município de Aracaju/SE não cumpre, de fato, a política pública de enfrentamento à automutilação e ao suicídio infantojuvenil, nos termos das diretrizes da Lei 13.819/2019. A capital sergipana ainda não possui uma política pública estruturada no tocante à problemática. A implantação de tal política pode auxiliar no desenvolvimento humano à infância/adolescência e efetivar o direito humano à saúde psicológica.

Após análise dos bancos de dados da Secretaria Municpal da Saúde disponibilizados pelo Observatório Social de Aracaju mapeou-se a realidade registrada dos casos de suicídio em crianças, adolescentes e jovens até 19 anos entre 2009 a 2019 constantando que: o contexto dos suicídios de crianças e adolescentes registrados no município de Aracaju no referido período evidenciou que 100% das ocorrências se deram em adolescentes (ou seja, pessoas a partir dos 12 anos de idade), com maior concentração em bairros mais pobres, com aproximadamente 55% dos casos com adolescente e jovens até 19 anos do sexo masculino, 62% dos casos registrados se deram no ambiente da residência, com aproximadamente 80% dos suicídios infantojuvenis através de duas categorias de causas – auto-intoxicações e enforcamento, estrangulamento e sufocação, chamando atenção para a necessidade de regidez quanto à disponibilização de substância capazes de gerar envenenamento (pesticidas, produtos químicos e substâncias nocivas).

No tocante aos casos de automutilação, que envolvem ainda as tentativas de suicídio, segundo disponibilizado pelo banco de dados em análise, no período de 2011 a 2019, em crianças, adolescentes e jovens até 19 anos constatou-se que apesar da grande prevalência em

adolescentes houve ocorrências registradas em crianças (12% dos casos registrados), nos bairros mais pobres, com 65% dos casos ocorridos em casa, e com ciclos de reincidência em 39% dos casos. Pontua-se a necessidade de aprimoramento das informações uma vez que diversos dados como este da reincidência possui percentual relevante de casos em que o dado foi ignorado (42%), o que prejudica no mapeamento do fenômeno em estudo.

Alerta-se que 61% dos casos que foram registrados são de tentativa de suicídio, o que merece olhar de atenção, uma vez que os estudos apontam a tentativa como fator de risco principal ao suicídio. O uso de envenenamento/intoxicação também foi marcante nos casos de automutilação. Somente na capital sergipana o uso de substâncias que causam envenenamento/intoxicação representou 59%, ou seja, dos 145 casos registrados, 85 enquadram-se nessa categoria, o que pressupõe certa facilidades no acesso e na aquisição de tais substâncias.

A discussão e reflexão sobre caminhos possíveis para prevenção e redução do problema com ênfase ao desenvolvimento humano da criança e do adolescente, numa gestão efetiva de responsabilidade e compromisso coletivo, como via jurídico-social factível à concretização desse desenvolvimento e garantia dessa proteção pode ter no Direito, através da estruturação de política pública, um eficaz alcance e resultado.

Ressalta-se a importância do papel ativo do município diante de todo o contexto apresentado, inclusive no centro do problema da pesquisa, uma vez que é no governo local que se concentra a coordenação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação das políticas públicas, resultando, esse movimento uma vez holístico e harmônico, no alcance das metas e objetivos da Agenda 2030.

No que concerne ao direito humano à saúde psicológica de crianças e adolescentes, ao mesmo tempo em que este entra com intensidade no debate público como basilar para uma vida digna, parece sofrer mitigações em tempos em que a vida humana está fragilizada. Todos esses aspectos corroboram e, sobretudo, reforçam a importância e a relevância prática do presente estudo, uma vez que efetivar políticas públicas, ou ao menos, problematizar a sua necessidade, é caminho indispensável para a garantia material do acesso à saúde psicológica de crianças e adolescentes.

Alternativas de aplicação e implementação da lei em comento no município de Aracaju/SE devem considerar pontos essesciais como o aprimoramento dos sistemas de informação relacionados a violência autoprovocada, bem como a criação de novos meios de contratação de psiquiatras, com incentivos para trazer médicos de fora do estado, em razão da grande deficiência quantitativa de tais profissionais em Sergipe; ou ainda o investimento em

parcerias entre Universidades através de cursos de medicina e o Município, através da Secretia Municipal da Saúde, proporcionando acesso gratuito a atendimento psquiátrico ou a preço irrisório.

Outro ponto basilar trata-se da estruturação permanente dos serviços remotos e presenciais de apoio à população, não somente em decorrência dos efeitos da pandemia, e sim como estratégia continuada, evitando ou minorando as vulnerabilidades e desigualdades escancaradas.

Como analisado, o *locus* principal da ocorrência de casos de automutilação, tentativa e suicídio consumado se dá nas residências, o que exige que a Rede de Proteção atue proativamente na garantia do direito à saúde psicológica de crianças e adolescentes.

Por isso recomenda-se também a ampliação e estruturação de projetos em ambientes como a escola e a comunidade, investimentos nesse sentido proporcionarão às crianças e adolescentes acolhimento para denunciar possíveis violências prévias aos atos de agressão a si; o auxílio específico de equipe multidisciplinar, acompanhamento psicológio, rodas de conversas e outros meios reais de cuidado efetivo.

Ainda, no tocante às famílias vulneráveis, o aprimoramente e fortalecimento de serviços essenciais para sua reestruturação através da Secretaria de Assistência Social ou serviços relacionados são fundamentais para o resgate dessas famílias.

Por isso que, a presente dissertação buscou investigar o cumprimento da Política Pública de Saúde Mental por parte do município de Aracaju/SE, com ênfase no enfrentamento e prevenção à automutilação e suicídio em crianças e adolescentes.

O desenvolvimento do estudo do direito humano à saúde infantojuvenil, com ênfase na saúde psicológica, a análise dos dados oficiais do município de Aracaju no que diz respeito à automutilação e suicídio infantojuvenil e a reflexão sobre caminhos possíveis para redução do problema se colocam nessa pesquisa como contribuição acadêmico-científica para que o município estruture política pública em atendimento à demanda crescente da infância e juventude que sofre qualquer tipo de violência autoprovocada.

Materializar a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, Lei 13.819/2019, fazendo-a sair da teoria e alcançar os bairros, residências e ruas de Aracaju/SE envolve ciclos de planejamento de ações governamentais e não governamentais estruturadas, transformando, assim, a vida de crianças, adolescentes e suas famílias, com acesso a bens imateriais e condições dignas de vida. Esse diálogo é possível e beneficiará sobremaneira a rede de proteção com subsídios para uma atuação mais precisa e com melhores resultados, com vistas a aproximar o ser do dever ser.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRINQ PELOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ABRINQ). *A Criança e o Adolescente nos ODS: Marco zero dos principais indicadores brasileiros ODS 1, 2, 3 e 5.* 1. ed. São Paulo, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). *Suicídio:* informando para prevenir. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio, Brasília: CFM/ABP, 2014.

ALMEIDA, Vitor. Saúde mental e suicídio em tempos de pandemia da covid-19: anotações sobre a responsabilidade civil de psiquiatras e psicólogos. Coordenação: Thamis Dalsenter. *Migalhas Patrimonial.* 9 de julho de 2020. Disponível em: https://migalhas.uol.com.br/arquivos/2020/7/81EECF7AA270D3_patrimoniais.pdf . Acesso em 21 set. 2020.

AMIN, Andréa Rodrigues. Dos direitos fundamentais. *In*: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (coord.). *Curso de direito da criança e do adolescente:* aspectos teóricos e práticos. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

AMSALEM D; DIXON LB; NERIA Y. A doença de coronavírus 2019 (COVID-19) Surto e saúde mental: riscos atuais e ações recomendadas. *JAMA Psychiatry*, 24 jun. 2020.

ANDRADE, Grecy. *Sergipe tem a maior taxa de suicídio*. Jornal da Cidade, [*S;I*], 21 set. 2018. Disponível em: http://www.jornaldacidade.net/cidades/2018/09/303742/sergipe-tem-a-maior-taxa-de-suicidio.html. Acesso em: 20 set. 2020.

ARACAJU. Secretaria municipal da saúde. Banco de Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM referente às *Ocorrência de suicídio infantil em Aracaju de 2009 a 2019 e* Banco de Dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela/Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Viva/Sinan *referente à Ocorrência de lesões infantis autoprovocadas em Aracaju de 2011 a 2019.* Disponível através do Observatório Social de Aracaju, 2020a. Acesso em: 11 mar. 2020.

ARACAJU. Governo Municipal. *Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021.* Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação: Assessoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional. Aracaju, 2017. A

ARACAJU. Governo Municipal. *Planejamento Estratégico da Gestão Municipal 2017 – 2020*, Aracaju, 2017. B

ARACAJU. Secretaria municipal da família e da assistência social. *Mapas Ocorrência de suicídio infantil em Aracaju de 2009 a 2019 e Ocorrência de lesões infantis autoprovocadas em Aracaju de 2011 a 2019.* Elaborado e disponível no Acervo do Observatório Social de Aracaju, 2020b. Acesso em: 11 mar. 2020.

ARACAJU. Secretaria municipal da família e da assistência social. *Mapografia social do município de aracaju.* Elaborado pelo Observatório Social de Aracaju. Aracaju/SE, 2019b. Disponível em: https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/observatorio/arquivos/OSERVATORIO-Mapografia-

Social-de-Aracaju-para-o-Observatorio-Social-final.pdf. Acesso em: 25 abr. 2020.

ARACAJU. Lei Municipal nº 5.240 de 16/07/2019 (LDO 2020). Aracaju: Câmara Municipal, 2019c. Disponível em: https://transparencia.aracaju.se.gov.br/wp-content/uploads/orcamentos/ldo/2020/ldo_2020.pdf Acesso em: 25 abr. 2020.

ARACAJU. Lei Municipal nº 5.286 de 23/12/2019 (LOA 2020). Aracaju: Câmara Municipal, 2019d. Disponível em: https://transparencia.aracaju.se.gov.br/wp-content/uploads/orcamentos/loa/2020/loa_2020.pdf Acesso em: 25 abr. 2020.

BAVEL, JJV, BAICKER, K., BOGGIO, PS et al. Usando a ciência social e comportamental para apoiar a resposta à pandemia do COVID-19. Nat Hum Behav 4, p. 460–471, 2020.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev. latinoam. psicopatol. Fundam,* São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, março de 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2020.

BOFF, Leonardo. *Projetos Políticos e Modelos de Cidadania. In*: BOFF, Leonardo. Depois de 500 anos: que Brasil queremos? Petrópolis: Vozes, 2000.

BRASIL. Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Estado do Rio Grande do Sul e Comissão da Criança e do/a Adolescente. *Guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescente.* Rio Grande do Sul, 2019a.

BRASIL. *Constituição Política do Império do Brazil de 1824.* Carta de Lei de 25 de Março de 1824. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.* Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. *Decreto Federal 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, DF: Senado, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10225.htm. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. *Decreto Federal nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927.* Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Brasília, DF: Senado, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D17943A.htm. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. *Decreto Federal nº 99.710,* de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Brasília, DF: Senado, 1990a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm. Acesso em: 25 abr 2020.

BRASIL. *Decreto Legislativo nº 85 de 2017*. Aprova o texto do Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança Relativo a um Procedimento de Comunicações, celebrado em Nova York, em 19 de dezembro de 2011. Brasília, DF: Senado, 2017a. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2017/decretolegislativo-85-8-junho-2017-785032-protocolo-152998-pl.html. Acesso em: 14 mai. 2020.

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão). *Agenda 2030 ODS* – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Governo Federal: Brasília, 2018.

BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.* Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Senado, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL, *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Senado, 1990c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 abr. 2020.

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, DF: Senado, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 25 abr. 2020.
BRASIL. *Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013*. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Brasília, DF: Senado, 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL, *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. Brasília, DF: Senado, 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *O Suicídio e automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida.* Brasília, DF: 2019c. Disponível em: http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2019/01/20190104-Manual-de-estudos-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-do-Suicidio-MDHMC.pdf . Acesso em 25 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico da secretaria de vigilância em saúde.* Volume 50, nº 24 de set. 2019. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2019d. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico da secretaria de vigilância em saúde.*

Volume 51, nº 04 de jan. 2020. Versão 2, 22 de janeiro de 2020. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim_epidemiologico_SVS_04.pdf. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim:* Setembro Amarelo. Ministério da Saúde lança agenda estratégica de prevenção ao suicídio. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf. Acesso em: 25 mai. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Legislação relativa aos sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e sobre nascidos vivos (Sinasc).* Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília/DF. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: ftp.datasus.gov.br › NOV › DOCS › *Legislacao PDF*. Acesso em: 25 abr. 2020

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01 e Anexo, 2001b. *Diário Oficial da União*: nº 96, seção 1e, 18 maio 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004.* Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em estados e municípios. Brasília/DF. Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *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. Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006.* Institui incentivo aos estados, ao distrito federal e aos municípios para a vigilância de acidentes e violências em serviços sentinela, com recursos da secretaria de vigilância em saúde (SVS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria_gm1356_2006.pdf. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação Nº 3/2017 de 28 de setembro de 2017.* Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, 2017. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.* Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no regulamento sanitário internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios,

responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.271 de 06 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. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos. (Coleção inédita em língua portuguesa contendo decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos na íntegra). Secretaria Nacional de Justiça, Comissão de Anistia, Corte Interamericana de Direitos Humanos. Tradução da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Brasília:Ministério da Justiça, 2014b. Disponível em: https://cjt.ufmg.br/wp-content/uploads/2019/02/CA.-Jurisprud%C3%AAncia-da-Corte-Interamericana-de-Direitos-Humanos_-Direito-dos-Povos-Ind%C3%ADgenas-1.pdf . Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.* 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, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.479 de 18 de dezembro de 2017*. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.491 de 18 de dezembro de 2017*. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491_22_12_2017.html. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos de Atenção Básica* – Saúde Mental, nº 34 [recurso eletrônico]. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva:* instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília, 2011a. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.

BRAUNER, Maria Cláudia Crespo; CABRAL JÚNIOR, Luciano Roberto Gulart. Direito fundamental à saúde psicológica: vulnerabilidade, consentimento e cidadania sob o prisma jurídico-bioético. *Revista da AJURIS*, Porto Alegre, v. 44, n. 142, jun., 2017.

BRUM, Eliane. A cidade que mata o futuro: em 2020, Altamira enfrenta um aumento avassalador de suicídios de adolescentes. *El País.* 27 abr. 2020. Sociedade. Disponível em: https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-04-27/a-cidade-que-mata-o-futuro-em-2020-altamira-enfrenta-um-aumento-avassalador-de-suicidios-de-adolescentes.html . Acesso em: 19 set. 2020.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/physis/2007.v17n1/77-93/# . Acesso em: 28 jan. 2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Curso DES5831 - Direito e Políticas Públicas*: Fundamentos. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2018. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/course/view.php?id=61088 . Acesso em: 19 set. 2020.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *O conceito de política pública em direito.* In Políticas Públicas: Reflexões sobre o Conceito Jurídico (Maria Paula Dallari Bucci, org.) São Paulo: Saraiva, 2006, pp. 1-50. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/course/view.php?id=61088 . Acesso em: 19 set. 2020.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília a. 34, n. 133, jan./mar, 1997. Disponível em: https://www.academia.edu/33113657/Pol%C3%ADticas_p%C3%BAblicas_e_direito_administrativo_MARIA_PAULA_DALLARI_BUCCI. Acesso em: 19 set. 2020.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Contribuição para a redução da judicialização da saúde.* Uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de Direito e Políticas Públicas. In Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Câmara dos Deputados lança observatório parlamentar de direitos humanos*. Iniciativa é feita em parceria com o Alto Comissariado das Nações Unidas. 14 fev. 2020. Disponível em: https://www.camara.leg.br/assessoria-de-imprensa/637466-camara-dos-deputados-lanca-observatorio-parlamentar-de-direitos-humanos/. Acesso em: 14 fev. 2020.

CAÑÓN BUITRAGO, Sandra Constanza. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina* (Col), vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2011, pp. 62-67 Universidad de Manizales Caldas, Colombia. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434005.pdf . Acesso em 21 set. 2020.

CARDONA ARANGO, Doris; MEDINA-PEREZ, Óscar Adolfo; CARDONA DUQUE, Deisy Viviana. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. **rev.colomb.psiquiatr.** , Bogotá, v. 45, n. 3, pág. 170-177, julho de 2016. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 set. 2020.

CASTRO-RUEDA, Vanessa Alexandra et al. Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad . *rev.colomb.psiquiatr.* , Dic 2010, vol.39, no.4, p.705-715. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n4/v39n4a06.pdf . Acesso em 21 set. 2020.

CONANDA, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Resolução CONANDA Nº 113 de 19 de Abril de 2006***.** Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=104402 . Acesso em: 19 set. 2020.

CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (Pacto de São José). São José, Costa Rica, 7 a 22 de novembro de 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 02 maio 2020.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH). Caso *Poblete Vilches* e outros Vs. *Chile*. Sentença de 8 de março de 2018. São José da Costa Rica, 2018a. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/sci/dados-da-atuacao/corte-idh/Caso_Poblete_Vilches_vs_Chile.pdf/view Acesso em: 22 mar. 2020.

Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). *Caso Albán Cornejo Y Otros Vs. Ecuador*. Sentencia de 22 de Noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones Y Costas) Sergio García Ramírez Presidente. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_171_esp.pdf . Acesso em: 25 abr. 2020.

CORTE INTERAMERICNA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). Relatório Anual de 2018. São José da Costa Rica, 2018b. Disponível em: www.corteidh.or.cr. Acesso em: 22 mar. 2020. B

COSTA, Antônio Carlos Gomes da. *Das Disposições preliminares. In*: CURY, Munir (Coord.). Estatuto da criança e do adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais. 12. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), 1990. Disponível em: http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/12. Acesso em: 23 jun. 2020.

DIGIÁCOMO, Murillo José; DIGIÁCOMO, Ildeara Amorim. *Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado.* Curitiba. 7 ed. Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2017.

FERREIRA, Fernando Nabão Lopes; MOTTA, Ivan Dias da. O procedimento de notificação compulsória nos estabelecimentos de ensino na nova política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio. *Revista Jurídica,* Curitiba, v. 1, n. 54, p. 519-555, 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19. Recomendações Gerais,* 2020a. Coordenação: Débora da Silva Noal e Fabiana Damásio. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/cartilhas-reunem-recomendacoes-em-saude-mental-na-pandemia. Acesso em: 13 jun. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19. Suicídio na Pandemia Covid-19,* 2020b. Coordenação: Débora da Silva Noal e Fabiana Damásio. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-e-saude-mental-cartilha-aborda-prevencao-do-suicidio. Acesso em: 27 maio 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19. Crianças na Pandemia Covid-19,* 2020c. Coordenação: Débora da Silva Noal e Fabiana Damásio. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/nova-cartilha-de-saude-mental-aborda-criancas-na-pandemia. Acesso em: 14 dez. 2020.

GIUSTI, Jackeline Suzie. *Automutilação:* características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. 2013. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GOLBERSTEIN E; WEN H; MILLER BF. Doença de Coronavírus 2019 (COVID-19) e Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. *JAMA Pediatr,* 14 abr. 2020.

GOMEZ-RESTREPO, Carlos et al. Fatores associados à tentativa de suicídio na população colombiana. *rev.colomb.psiquiatr.* , Bogotá, v. 31, n. 4, pág. 283-298, dezembro de 2002. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 set. 2020.

HERNANDEZ-BRINGAS, Hector Hiram; FLORES-ARENALES, René. Suicídio no México. *Pap. poblac, Toluca*, v. 17, n. 68, p. 69-101, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script-sci_arttext&pid-S1405-74252011000200004&lng-en&nrm-iso. Acesso em: 21 set. 2020.

HERRERA FLORES, Joaquín. *Teoria crítica dos direitos humanos: os direitos humanos como produtos culturais.* Rio de janeiro: Lumen Juris, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *População*. Aracaju, Sergipe, 2020a. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/aracaju/panorama. Acesso em: 14 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *População*. Sergipe, 2020b. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/panorama. Acesso em: 14 abr. 2020.

INSTITUTO DINAMARQUES. Guia de Direitos Humanos para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2020. Disponível em: https://sdg.humanrights.dk/en . Acesso em: 25 fev. 2020.

JORGE, Miguel R; FRANÇA, Josimar MF. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, mar. 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44620010001000002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2020.

JORNAL MÉDICO. *Covid-19*: Estudo dinamarquês regista aumento exponencial dos casos de ansiedade. 11 nov. 2020. Disponível em: https://www.jornalmedico.pt/atualidade/40237-covid-19-estudo-dinamarques-regista-aumento-exponencial-dos-casos-de-ansiedade.html. Acesso em: 29 jan. 2021.

KIELING, Christian; BELFER, Myron. Oportunidade e desafio: a situação da saúde mental da infância e adolescência no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo, v. 34, n. 3, p. 241-242, out, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan/abr., 2009. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68443 . Acesso em: 25 jan. 2021.

KODA, Mirna Yamazato; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1455-1461, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2021.

MAAS, Rosana Helena; DAROIT, Ana Paula. A Proteção Interamericana do Direito Humano e Social à Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 20, n.1, p. 13-31, mar./jun. 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i1p13-31. Acesso em: 27 jan. 2021.

MARQUES, Emanuele Souza *et al*. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 1-13, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400505&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2020.

MÉNDEZ, Emilio García. *Infância e cidadania na américa latina.* Tradução de Angela Maria Tijiwa. São Paulo: Hucitec/Instituto Ayrton Senna, 1998.

MISHARA, Brian L. Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. Suicide Life Threat Behav 1999; Disponível em: https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1943-278X.1999.tb01049.x Acesso em: 19 set. 2020.

MOURA, Anna Tereza Miranda Soares; ALMEIDA, Eliane Carnot; RODRIGUES, Paulo Henrique De Almeida *et al.* (Organização). Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis. *Prevenção do Suicídio no nível local:* orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG, 2011.

NAÇÕES UNIDAS. *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. 2015. Disponível em: https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/. Acesso em: 14 maio 2020.

NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (DUDH), 1948. Disponível em: https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf. Acesso em: 14 de mai. de 2020.

NAÇÕES UNIDAS. *Declaração de Viena*, 1993. Disponível em: http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Sistema-Global.-Declara%C3%A7%C3%B5es-e-Tratados-Internacionais-de-Prote%C3%A7%C3%A3o/declaracao-e-programa-de-acao-de-viena.html. Acesso em: 14 maio 2020.

OJEDA ROSERO, DAYRA ELIZABETH; VILLALOBOS GALVIS, FREDY HERNÁN. Elementos para uma política pública a partir da percepção do suicídio em Nariño. *Rev. colomb. psicol.* , Bogotá, v. 20, n. 1 pág. 57-73, junho de 2011. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 set. 2020.

ORAA, J. y GOMEZ ISA, F. *La Declaración Universal de Derechos Humanos*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946*. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 06 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Fact sheet nº 220: Strengthening Mental Health Promotion*. World Health Organization: Geneva, 1999. Disponível em: http://collections.infocollections.org/ukedu/en/d/Js0498e/. Acesso em: 06 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Transtornos Mentais e Comportamentais. *Prevenção do Suicídio:* um Manual para Médicos Clínicos Gerais. Departamento de Saúde Mental, Genebra, 2000a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Transtornos Mentais e Comportamentais. *Prevenção do Suicídio:* um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária. Departamento de Saúde Mental, Genebra, 2000b.

ORGANIZACIŎN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020,* 2013. Catalogación por la Biblioteca de la OMS.

ORGANIZACIŎN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); OPAS. Organización Mundial de la Salud e Organización Panamericana de la Salud. *Prevención del suicidio:* un imperativo global. Washington, DC:OPS, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia*. 11 mar. 2020. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812. Acesso em: 20 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Pandemia de COVID-19 aumenta fatores de risco para suicídio.* 10 set. 2020b. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6277:pandemia-de-covid-19-aumenta-fatores-de-risco-para-suicidio&Itemid=839 . Acesso em: 19 set. 2020.

OMS; WONCA. Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família. *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários:* uma perspectiva global. Coordenação da versão Portuguesa: Prof. Doutor José Miguel Caldas de Almeida, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na Região,* 2017. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49172. Acesso em: 02 mai. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Brasil. *Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)*. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 27 jun. 2020.

PINHEIRO, Ângela de Alencar Araripe. *A criança e o adolescente, representações sociais e processo constituinte.* Psicol. estud. Maringá, v. 9, n. 3, p. 343-355, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000300003. Acesso em: 25 abr. 2020.

PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e Diálogo entre jurisdições. *Revista Brasileira de Direito Constitucional – RBDC*, São Paulo, n. 19, jan./jun., 2012.

PIOVESAN, Flávia. *Temas de direitos humanos*. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553600298/. Acesso em: 01 abr. 2020.

POLANCZYK, Guilherme V. O custo da pandemia sobre a saúde mental de crianças e adolescentes. *Jornal da USP*. 11 maio 2020. Artigo. Disponível em: https://jornal.usp.br/?p=321462 . Acesso em: 19 set. 2020.

PORTINARI, Beatriz. Os efeitos do confinamento na saúde mental de crianças e adolescentes. *El País.* 06 jun. 2020. Mamas e Papas. Disponível em: https://brasil.elpais.com/mamas_papas/2020-06-06/os-efeitos-do-confinamento-na-saude-mental-de-criancas-e-adolescentes.html . Acesso em: 19 set. 2020.

REAPs, Rede de Atenção Psicossocial. Troca de e-mails com a coordenação para solicitação de informações sobre a rede e a temática, 2021.

RIBEIRO, Paulo Victor. ‘Não deixem viralizar’ – EXCLUSIVO: um jovem brasileiro se matou ao vivo no TikTok. A empresa primeiro preservou a própria imagem, depois chamou a

polícia. *The Intercept Brasil*, 06 fev. 2020. Disponível em: https://theintercept.com/2020/02/06/tiktok-suicidio-ao-vivo/ . Acesso em: 19 set. 2020.

ROSA, Miriam Debieux; VICENTIN, Maria Cristina. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperalidade. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 107-124, jan. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2020.

ROSSATO, Luciano Alves; LÉPORE, Paulo Eduardo; CUNHA, Rogério Sanches. *Estatuto da criança e do adolescente:* Lei 8.069/90: comentado artigo por artigo. 10 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

SALLES, Leila Maria Ferreira. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 1, p. 33-41, mar., 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Revista Direitos Humanos*. Artigo Direitos humanos: o desafio da interculturalidade. Edição 02, jun., 2009. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/pages/pt/artigos-em-revistas-cientificas.php. Acesso em: 31 mar. 2020.

SANTOS, Magdiel Pacheco. Ser ou dever-ser, eis a questão: um resgate da fenomenologia da juridicização ponteana. *Revista de Filosofia do Direito do Estado e da Sociedade*, FIDES, Natal, v. 8, n. 1, jan./jun. 2017.

SARMENTO, George. *As gerações dos Direitos Humanos e os desafios da efetividade.* Universidade do Sul de Santa Catarina, p. 1-19, 2015?. Disponível em: http://www.unisul.br/wps/wcm/connect/f6b4f1bc-2fd6-4f5d-8c33-7e12683ee3c0/direitos-humanos_promidia-cidada_extensao.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: 11 jul. 2020.

SCAVACINI, Karen. *O suicídio é um problema de todos:* a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SCHMIDT, Beatriz *et al* . Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, e200063, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100501&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2020.

SECCHI, Leonardo. *Políticas Públicas:* conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Lerarning, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4182334/mod_resource/content/1/leonardo%20secchi_ciclo%20de%20politicas%20publicas.pdf. Acesso em: 29 jan. 2021.

SERGIPE. Ministério Público do Estado de Sergipe (9ª Promotoria de Justiça dos Direitos do

Cidadão de Aracaju). *Ação Civil Pública.* Processo nº 201910301346. Distribuído em 25 de setembro de 2019. Requerente: Ministério Público do Estado de Sergipe. Requerida: Município de Aracaju. Assunto: Direito Administrativo e Outras Matérias de Direito Público. Serviços. Saúde. Hospitais e Outras Unidades de Saúde. 2019.

SERGIPE. Ministério Público do Estado de Sergipe (8ª Promotoria de Justiça dos Direitos do Cidadão). *Recomendação nº 05/2016.* Procedimento Administrativo preparatório de Inquérito Civil nº 97.16.01.0001.

SILVA, Carlos Roberto Benjoino da. Associação Nacional de História – ANPUH XXIV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA. *O Conflito Armado na Colômbia:* guerrilhas, drogas e influências exteriores(1964- 2004). São Leopoldo, 2007. Disponível em: https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548210412_ca8d9c1dab95f0d3c33352abfe5aef5c.pdf . Acesso em 21 set. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). *Autolesão na adolescência:* como avaliar e tratar. Departamento Científico de Adolescência, nº 12, jul. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/documento-cientifico-da-sbp-analisa-o-tema-da-autolesao-em-adolescentes/. Acesso em: 29 jan. 21.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Dúvidas sobre suicídio na infância e adolescência - parte 1. Departamento Científico de Adolescência, jan. 2020a. Disponível em: https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/adolescencia/duvidas-sobre-suicidio-na-infancia-e-adolescencia-parte-1/. Acesso em: 29 jan. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Nota Complementar - Retorno Seguro nas Escolas, jan. 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/retorno-seguro-nas-escolas/. Acesso em: 29 jan. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Reflexões da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre o retorno às aulas durante a pandemia de Covid-19, Setembro de 2020b. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/SBP-RECOMENDACOES-RETORNO-AULAS-final.pdf . Acesso em: 29 jan. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). *SBP atualiza recomendações sobre saúde de crianças e adolescentes na era digital*. 11 fev. 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sbp-atualiza-recomendacoes-sobre-saude-de-criancas-e-adolescentes-na-era-digital/. Acesso em: 29 jan. 2021.

SOUSA, Girliani Silva de *et al*. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, 2017. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903099&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2020.

SPAREMBERGER, Raquel Fabiana Lopes; RANGEL, Aline Luciane Lopes. *Direitos sociais fundamentais:* contributo interdisciplinar para a redefinição das garantias de efetividade. In.: Direitos humanos: um olhar para a identidade, alteridade e novas concepções de cultura. Organizadores Josirene Candido Londero e Carlos André Hüning Birnfeld. Rio Grande: Editora da FURG, 2013.

SPOSATO, Karyna Batista. *Direito penal de adolescentes:* elementos para uma teoria garantista. São Paulo: Saraiva, 2013.

TAQUET, Maxime *et al*. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, v. 8, 2021. Disponível em: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2820%2930462-4. Acesso em: 29 jan. 2021.

TARTUCE, Flávio. *Manual de direito civil:* volume único. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense. São Paulo: Método, 2012.

TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. *Adolescência-Violência*. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

THOMASI, Tanise Zago. *Capacidade jurídica dos órfãos terapêuticos:* perspectivas sobre novos medicamentos pediátricos. Tese (Doutorado em Direito). 385 f. Centro Universitário de Brasília, UniCEUB, 2017.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, 2006. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 25 abr. 2020.

UNICRIO. *Revisão Periódica Universal*: perguntas e respostas. Centro de Informação das Nações Unidas no Brasil, UNIC Rio de Janeiro. 12 ago. 2016. Disponível em: https://unicrio.org.br/revisao-periodica-universal-perguntas-e-respostas/. Acesso em: 21 abr. 2020.

VICENTIN, Maria Cristina. *Os "intratáveis"*: a patologização dos jovens em situação de vulnerabilidade. Capítulo publicado no livro: Medicalização de crianças e adolescentes. Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos (orgs). Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; GRAMKOW, Gabriela; MATSUMOTO, Adriana Eiko. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*, São Paulo, v. 12, n. 3, 2010, Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2020.

VICENTIN, Maria Cristina G.; GRAMKOW, Gabriela; ROSA, Miriam Debieux. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciários. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento hum*ano, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 61-69, abr., 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Suicide in the world:* Global Health Estimates, 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ZAPATER, Maíra. *Direito da criança e do adolescente*. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553613106/. Acesso em: 01 abr. 2020.

ZHOU, F *et al*. Curso clínico e fatores de risco para mortalidade de pacientes adultos internados com COVID-19 em Wuhan, China: um estudo de coorte retrospectivo. *The Lancet*, *v. 395*, 1054-1062, 2020.