

---

## **Suicídio, liberdade e direitos humanos: aspectos dinâmicos entre o exercício do direito à saúde e o cotidiano do viver no CAPS III de um município do interior de São Paulo.**

Daniel Fernando Magrini<sup>1</sup>  
Bruno de Paula Checchia Liporaci  
Centro Universitário UNIFAFIBE

**RESUMO:** O suicídio é atualmente uma questão de saúde pública e multicausal, sofrendo influência das áreas biológicas, psíquicas, financeiras. É um fenômeno complexo e desafiador. A liberdade está relacionada à autonomia do indivíduo e esta pode favorecer a liberdade e informação sobre os procedimentos a serem realizados. O Direito à Saúde é um dos Direitos Humanos existentes. Este trabalho tem o objetivo de dissertar sobre o suicídio, a liberdade e os direitos humanos a partir de um caso real decorrente de uma oficina grupal em instituição de saúde mental. As atividades foram semanais, através de oficinas grupais. Os indivíduos eram adultos que estavam na SEMI e em tratamento na unidade de saúde mental. Ocorreram discussões dentro da temática e experiências compartilhadas sobre vivências sui generis. Entre os resultados estão informações relativas à como valorizar a existência, criar resistências contra os atos suicidas através de fatores protetivos e preventivos. Não houve nenhuma tentativa de suicídio durante os três meses do grupo. O questionamento sobre os limites à disposição da própria saúde, da própria vida deve ser constante, independente dos contrastes jurídicos ou filosóficos. Sugerem-se novas práticas grupais em outras unidades de saúde mental com abordagem dos temas citados.

Palavras-chave: Suicídio, Direitos humanos, Liberdade.

---

## **Suicide, freedom and human rights: dynamic aspects between the exercise of the right to health and the daily life of the CAPS III**

**ABSTRACT:** Suicide is currently a matter of public health and multicausal, suffering influence from biological, psychic, and financial areas. It is a complex and challenging phenomenon. Freedom is related to the autonomy of the individual and this can favor freedom and information about the procedures to be performed. The Right to Health is one of the existing Human Rights. This paper aims to discuss suicide, freedom and human rights from a real case arising from a group workshop at a mental health institution. The activities were weekly, through group workshops. The individuals were adults who were in the SEMI and in treatment at the mental health unit. Discussions took place within the theme and shared experiences about *sui generis* experiences. Among the results are information on how to value existence, create resistance against suicidal acts through protective and preventive factors. There was no suicide attempt during the group's three months. The questioning about the limits at the disposal of one's own health, of one's own life must be constant, independent of legal or philosophical contrasts. New group practices are suggested in other mental health units with an approach to the themes mentioned.

Keywords: Suicide, Human rights, Freedom.

---

<sup>1</sup> Daniel Fernando Magrini. End. Eletrônico: magrini.df@gmail.com

## Introdução

Suicídio corresponde em latim a “occidere”, que provém do verbo transitivo “occido-cidi-cisum” que significa esmigalhar, cortar e ferir (Kalina & Kovadloff, 1981). O ato de cometer suicídio, apesar de ser uma escolha de quem o pratica, é contrário ao que presa os Direitos Humanos, ou seja, o Direito à Vida, pois sem a vida a própria pessoa humana termina sua existência e todos os demais direitos perdem sua razão de ser (Dallari, 2009).

A vida é colocada como Direito fundamental por ser primordial para os seres humanos, para gozar dos demais direitos fundamentais existentes. Se a vida for extinta não falamos mais em ser humano e os seus direitos fundamentais deixam de existir, assim a saúde tem fator primordial para o resguardo e proteção do direito à vida, tanto que a ONU reconhece a vida e a sua manutenção no seu Artigo 3º diz que todo indivíduo tem direito à vida (Unesco, 2005). No Brasil a saúde passa a ser definida dentro de um contexto histórico da sociedade, e, num dado momento de seu desenvolvimento, deveria ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Brasil, 1988).

O suicídio está entre os principais problemas de saúde pública e a taxa anual tende a ficar maior, sendo que em 2012, 804 000 ocorreram mortes por suicídio no mundo, representando uma taxa mundial anual de 11,4 suicídios por 100 000 habitantes (Who, 2012). As tentativas são sempre superiores aos suicídios concretizados, e chegam a atingir entre dez ou 20 vezes o número de suicídios concluídos (Botega, 2014, Who, 2012).

Diante deste cenário, qual o direito de um paciente sobre a própria vida e diante da possibilidade do suicídio? Compreender o sofrimento causado por estas questões e pelo comportamento suicida pode favorecer as estratégias para identificação e prevenção desse comportamento (Zadravec, 2013).

O Direito fundamental é reconhecido primordialmente como essencial na constituição federal como direitos básicos para a sobrevivência, e algumas constituições federais reportam estes em sua constituição, exprimindo desta forma o que é essencial para a população reconhecer como direito básico e assim sobreviver. O estado viu-se obrigado a se tornar uma mão visível, presente nas questões sociais, o que se verificou inicialmente nas

constituições do México de 1917 e de Weimar (Alemanha) de 1919, garantindo direitos sociais aos cidadãos, bem como interferindo na economia e ofertando e incentivando a cultura, fazendo assim que o estado se tornasse mais ativo (Scaff, 2010).

O impacto da tentativa de suicídio não afeta somente aquele que tenta cometer o suicídio, mas também aflige pessoas próximas e os envolvidos no cuidado desses pacientes (Scocco, et. al, 2012), e quando um paciente toma a decisão de se matar traz aos profissionais da saúde experiências psicológicas importantes, como reações emocionais e comportamentais, tais como isolamento, medo, culpa, constrangimento e sentimentos de inadequação (Scocco, et. al, 2012; Fairman, et. al, 2014). Assim, essa experiência pode interferir na saúde mental e na prática clínica dos profissionais (Talseth & Gilje, 2007).

É função de todo profissional ligado à área da saúde contribuir para o debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem a garantia do Direito à Saúde. Concebida como direito de todos e dever do Estado, estes devem garantir seu cumprimento e serem regidas pelos princípios da universalidade e da igualdade destes acessos na busca pela proteção, promoção e recuperação (Silva, 2001).

O Código Civil Brasileiro preconiza os capazes civilmente. A teoria da capacidade passou recentemente por mudanças, advinda do Estatuto dos Deficientes (Lei nº13. 146/2015). Assim, para serem capazes, os indivíduos precisa nascer com vida e, então, se transformar em pessoa física (capacidade de direito). Essa mesma pessoa, nascida com vida e sendo pessoa física, precisa, após disso, ter livre discernimento e raciocínio para expressar as suas vontades como pessoa humana (capacidade de fato).

Caso essa pessoa seja maior de idade e não possua o discernimento necessário conforme estabelece o art. 4º do Código Civil, será considerada relativamente incapaz, nesse caso a pessoa necessitará, temporariamente, ser assistida por outrem. Segundo o artigo 4º, são incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de exercê-los: os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; os ebrios habituais e os viciados em tóxico; aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade e os pródigos (Brasil, 2015).

A consciência diante de tudo isso acaba sendo relativa à decisão. A vida consciente é um

bem imprescindível. O princípio da autonomia tem relação com a integridade corporal e psicológica (Nino, 1989). Ver-se livremente de dores e de perturbações psíquicas, contar com o funcionamento normal dos órgãos e membros do corpo, em suma, gozar da saúde física e mental constitui uma condição que amplifica, consideravelmente, a capacidade de eleição e materialização de projetos de vida (Nino, 1989). A beneficência, por sua vez, é vista como aquilo que é benéfico para você, conforme seus ideais e escolhas. Mas aquilo que é bom para um indivíduo não necessariamente é bom para outro indivíduo. A ação pode ser em benefício de outrem e exige a obrigação moral de agir em benefício dos outros (Beauchamp & Childress, 2002).

Querer afirmar algo sobre a autonomia pode sugerir aplicá-la no valor da democratização das relações entre profissionais e pacientes, da democratização de saberes, do reconhecimento, respeito e valorização da multiplicidade, da diversidade e das singularidades, maior responsabilidade e participação dos cidadãos, resgate e valorização da subjetividade e, acima de tudo, de uma ética de solidariedade e responsabilidade (Soares & Camargo Junior, 2007).

A decisão para o paciente tem se mostrado uma tarefa não tão fácil na área da saúde mental. As decisões variam de simples a complexas, surgindo de modo fácil e espontâneo, ocorrendo de modo consciente ou inconsciente (Ciampone, 1991).

Para tentar entender as relações entre Liberdade, suicídio e direitos humanos este artigo irá utilizar experiências no serviço de saúde mental de uma instituição no interior de São Paulo. Por fim, este trabalho tem o objetivo de dissertar sobre o suicídio, a liberdade e os direitos humanos a partir de um caso real decorrente de uma oficina grupal em instituição de saúde mental.

## Métodos

O relato a seguir foi baseado especificamente em um encontro grupal em instituição de saúde mental no interior de São Paulo. Para as devidas reflexões foi utilizada a abordagem qualitativa.

O grupo foi realizado em uma unidade de saúde mental denominada Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) no interior de São Paulo. O serviço presta assistência direta aos pacientes da saúde mental, suas famílias e ao público em geral

neste contexto e é uma das três modalidades de serviços em saúde mental.

Os participantes eram maiores de 18 anos, em tratamento ambulatorial, com tentativas prévias de suicídio e em frequente acompanhamento do Projeto Terapêutico Individual no regime semi-internação, conhecida no meio como SEMI. Isto significa um regime de tratamento (Brasil, 2002). O número de participantes durante a vigência da oficina foi em média de 12 por encontro.

Tais práticas podem ou não diminuir o sofrimento e angústia do paciente, mas favorece o incentivo a autorreflexão (Brusamarello, Capistrano, Oliveira, Mercês, & Maftum, 2013).

Escutar faz parte da rotina de profissionais da saúde e torna-se uma ferramenta importante após o reconhecimento do sofrimento do paciente, quando o profissional poderá oferecer-lhe a oportunidade de falar e expressar-se, sendo um instrumento importante para obtenção de informações que servirão para esclarecimentos e resumos (Fassaert, Dulmen, Schellevi, & Bensing 2007; Stefanelli 2007).

O referencial teórico adotado para análise dos dados qualitativos foi o Interacionismo Simbólico, que enfoca a natureza da interação entre os indivíduos, partindo do pressuposto de que a interação é dinâmica e interpretativa. Na perspectiva deste referencial, o comportamento humano atribui significado à realidade, que é construída dinamicamente (Charon, 1995).

Muitos assuntos foram sugeridos pelos participantes do grupo, tais como: "por que a pessoa se machuca?", "ouvir vozes é algo real?", "como eu faço para evitar a vontade de me cortar?", "minha família contribui para que eu tente me matar?", "eu tenho uma vida ótima, sem dificuldades financeiras e dentro do possível boa, mas por que eu penso em me matar em alguns momentos?". O clima grupal foi tenso, mas resolutivo de problemas, e em alguns momentos foram utilizadas técnicas de intervenção à crise suicida.

Conforme acordo realizado com a equipe multidisciplinar, caso surgisse algum relato ou planos de suicídio, este paciente seria encaminhado aos profissionais de saúde. Durante um ano de grupo nenhum paciente precisou ser encaminhado aos profissionais da saúde e a taxa de evasão do grupo foi mínima, sendo a frequência aproximadamente de 90% de presença. Respeitando os aspectos éticos a oficina foi realizada dentro dos princípios de assistência ao paciente do CAPS III (Brasil, 2002). Os riscos foram avaliados em equipe multidisciplinar,

tendo como princípio o falar somente daquilo que desejassem ou dentro dos benefícios trazidos pelo falar sobre as questões temáticas.

## Resultados e Discussão

Serão apresentadas algumas discussões e resultados a partir de um caso real de vivência no grupo.

### O caso

Narrou a paciente, já em tratamento há muitos anos no serviço de saúde, que durante a realização do grupo, teve um episódio de crise suicida. Ela estava sozinha em sua casa e sentou no chão, retirou aproximadamente 300 comprimidos das cartelas de medicações. Colocou ao lado uma garrafa de refrigerante, olhou para eles e decidiu que tomaria, porém num segundo, lembrou-se do grupo que participava e gritou: "Meu Deus"! Pediu ajuda. Decidiu não tomar os remédios, chorou muito e naturalmente não tentou suicidar-se. E contou isso no grupo, falando que realmente não achava que tivesse direito de fazer isso contra a vida, pois "somente Deus poderia tirá-la". Nos encontros realizados semanalmente foram levantados dados, assuntos sobre a vida e o suicídio que mais se afinavam com os participantes ou que de alguma forma traziam dúvidas.

### Direito a informação e suicídio

Um dos pressupostos para se tomar decisão é ter o acesso à devida informação, pois é nesse momento que há o conhecimento do paciente de suas patologias e é o momento ideal para tirar suas dúvidas e discutir sobre o melhor tratamento com o profissional de saúde. No caso do suicídio, falar é a melhor solução (Botega, 2015). E quando o paciente ouve ele tem a oportunidade de aprender sobre como ocorre este fenômeno e como esse conhecimento poderá contribuir com ferramentas para evitá-lo.

Algumas técnicas do Open Dialogue (diálogo aberto) foram realizadas para favorecer o desenvolvimento do sujeito e abranger em profundidade o grupo. Essa técnica que se baseia na intervenção à crise, com textos não convencionais de enfrentamento de crises, principalmente as de origem psicóticas (Seikkula, Alakare & Aaltonen,

2001 e Seikkula, 2014). Possui entre seus princípios atendimento rápido, inclusão da rede social do usuário, neste caso, a família, os amigos e vínculos significativos em todas as reuniões de tratamento, havendo decisões compartilhadas (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001 e Seikkula, 2014). Juridicamente a liberdade é relativa no que tange morte e vida. A pessoa pode responder juridicamente contra seus atos, e vale ressaltar, in casu, a necessidade e a importância do fornecimento de informação detalhada ao paciente sobre o seu estado de saúde e o tratamento a ser observado, para que a autorização possa ser concedida com pleno conhecimento dos riscos existentes (Gonçalves, 2010).

### Aspectos da Liberdade e Suicídio

A liberdade tem relação direta com a autonomia. Alguns pacientes são mais ou menos autônomos e possuem mais ou menos discernimento. Como ficaria a posição da liberdade neste caso, para alguém que tente contra a vida?

São quatro obras principais que sustentam questões legítimas das instituições jurídicas partindo-se de conceitos de Kant sobre ética e moral. Inova desta maneira, fundamentos de constituição das regras em sociedade, ressaltando a liberdade como traço essencial e a base da vida bem sociedade pressupõe uma regra dentro de questões morais universais, que devem valer em sociedade e não individual, sendo universal, seja no lugar ou circunstância em que ocorra (Kant, 1994).

Como imperativo categórico pode ser resumido com "Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal." (Kant, 1994, p. 101). Este imperativo categórico implica diretamente na autonomia e na liberdade, na máxima moral de que o indivíduo que deve fazer sua escolha. No serviço de saúde, com as ações especificadas há por parte dos profissionais alguma vontade para que o paciente continue vivo, que prese pela sua vida. A liberdade passa a ter limitação, pois onde começa a de um termina a do outro, tendo na ideologia liberal a base dos filósofos quando proclamas a liberdade individual (Terra, 2004).

A autonomia dentro do conceito Kantiano implica em duas posições: um critério racional para a ação e a ação autônoma perfeita, no encontro para si o que seria extensível para todos, ou seja, escolher

máximas queridas como leis universais (Weber, 2012).

Na área do suicídio, algumas questões podem favorecer ou dificultar que o indivíduo tenha conflitos existenciais, ou de escolha de suas questões particulares. Tais conflitos implicarão no acesso do paciente às suas escolhas, e decorrente deste caminho, ele se deparará, mesmo que sem mesmo saber, com os chamados fatores de risco ou fatores protetivos.

Fatores de risco ou fatores de proteção estão inseridos dentro de um processo em que o indivíduo encontra no suicídio os recursos suficientes para a resolução de problemas, pois ou possuem sentimentos de incapacidade em lidar com a realidade ou de menos valia (Costa & Spies, 2014). Tais fatores, no caso do suicídio, serão determinantes em tentar ou não contra a própria vida, ou seja, irão influenciar ou não sua autonomia e sua liberdade. Alguns fatores podem ser dos tipos intrínsecos (forças da própria pessoa, tais como: auto eficácia, habilidades sociais) e outros extrínsecos (relacionados ao contexto de apoio da pessoa), ambos com boas perspectivas de auxílio nas situações difíceis (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

O conjunto de crenças sobre o próprio valor representa a autoestima e a crença que o indivíduo possui na sua capacidade de resolver problemas chama-se auto eficácia (Sbicigo, Bandeira & Dell'Aglio, 2010).

Analizar o fenômeno do suicídio é desafiador. Contribuir para a prevenção deste problema de saúde pública, dentro dos fatores intrínsecos ou extrínsecos pode favorecer novas intervenções neste público (Koller & Almeida, 2010) consistentes e autênticas.

## Considerações Finais

O direito à saúde está inserido no ordenamento jurídico brasileiro como um direito constitucional difuso coletivo. Por ser multidisciplinar, com questões hora privativa, hora de âmbito público, bem como questões do direito administrativo, direito trabalhista, direito civil e demais. A própria constituição diz que no Brasil este direito será garantido através de políticas públicas, e uma dessas políticas é o SUS uma das maiores políticas públicas mundiais.

A constituição brasileira de 1988, vigente até o presente momento é considerada a constituição cidadã. Nela são incorporados os direitos humanos expressos na declaração universal de direitos humanos e exaurida a universalidade de direitos. Um desses direitos é o direito à saúde, que segue com preceitos de diversas áreas do direito, seja do direito privatista ou do direito público.

O suicídio apresenta-se como desafiador. Ele tem sido parte da vivência de profissionais da saúde e de pacientes das unidades de saúde mental. Neste trabalho houve a reflexão sobre o suicídio, a liberdade e os direitos humanos. Escolher ou não sobre o ato suicida implica em observar os parâmetros relacionados ao que se pode entender por liberdade ou direitos humanos. Realizar novas reflexões sobre a temática e criar novos grupos que tratem sobre suicídio e valorização da vida seria muito relevante.

## Referências

- Almeida, J. F. A. (1996). *A bíblia sagrada* (2a ed.). São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida.
- Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. (2002). *Princípios de ética biomédica*. (3a ed.) Tradução Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola.
- Bertolote, J. M.; & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide [Versão electronica], *Suicidologi*, Oslo, 7(2), 6-8.
- Botega, J. N. (2014) *Comportamento suicida: epidemiologia*. Psicologia USP (São Paulo), 25(3), 231-236.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida avaliação e manejo* (1a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Brasil (1988). *Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado.
- Lei No 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (*Estatuto da Pessoa com Deficiência*). Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/lei/l13146.htm)
- Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

- mental. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html) /fatores-de-riesgo-e-protecao-para-tentativa-de-suicidio-na-adultez-emergente/15952?id=15952
- Brusamarello, T.; Capistrano, F. C.; Oliveira, V. C.; Merces, N. N. A., & Maftum, M. A. (2013) Cuidado a pessoas com transtorno mental e familiares: diagnósticos e intervenções a partir da consulta de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, (Curitiba), 2(18), 245-52.
- Charon, J. M. (1995) *Symbolic interactionism*. (5a ed.) New Jersey: Prentice Hall.
- Ciampone, M. H. T., & Melleiro, M. M. (2014). O Planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Processo de Trabalho Gerencial. In: Kurcgant, P. *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp.35-50.
- Ciampone, M. H. T. (1991). Tomada de decisão em enfermagem. In: Kurcgant, P. *Administração em enfermagem*. São Paulo, EPU, pp.191-206.
- Costa, S., & Diniz, D. (2001). *Introdução à Bioética*. Bioética: Brasília: Letras Livres.
- Dallari, S.G., & Nunes Júnior, V.S. (2010). *Direito Sanitário*. São Paulo: Verbatim.
- Fairman, M. D. N; Thomas, L. L. P. M; Whitmore, S. Meier, E. A., & Irwin, S. A. (2014) What did I miss? A qualitative assessment of impact of patient suicide on hospice clinical staff. *Journal of palliative medicine*, (Larchmont), 17, 1-4.
- Fassaert, T.; Dulmen, S.; Schellevi, F., & Bensing, J. (2007) Active listening in medical consultations: development of the Active Listening Observation Scale (ALOS-global). *Patient education and counseling*, (Princeton), 3(68), 258-64.
- Gonçalves, C. R. (2016). *Direito Civil Brasileiro* (4a ed). São Paulo: Responsabilidade Civil.
- Klina, E., & Kovadloff, S. (1981). As cerimônias da destruição. Rio Janeiro (RJ): Francisco Alves.
- Kant, I. (1994) Fundamentação da metafísica dos costumes. In: *Textos selecionados*. São Paulo: Abril.
- Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. (2018) Fatores de Risco e Proteção para Tentativa de suicídio na adultez emergente. [periódico na internet] *Ciência e saúde coletiva* (Rio de Janeiro) Recuperado de <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos> /
- Nino, C. S. (2007). *Ética y Derechos Humanos; un ensayo de fundamentación*. (2a ed. ) Buenos Aires: Editorial Astrea de Alfredo y Ricardo DePalma.
- Pesce R. P, Assis, S. G, Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* (Brasília), 20(2), 135-143. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf> /
- O'Connor, R., & Sheehy, N. (2000). *Understanding suicidal behaviour*. Leicester: British Psychological Society.
- Scaff, F. C. (2010). *Direito à Saúde no Âmbito Privado*. (1a ed.) São Paulo: Saraiva.
- Sbicigo, J.B., Teixeira, M. A. P, Dias, A.C. G., & Dell'Aglio, D.D. (2012). Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). *Psico* (Porto Alegre), 43(2), 139-146. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11691/8037>
- Scocco, P.; Toffoli, E.; Pilotto, E., & Pertile, R. (2012). Psychiatrists' emotional reactions to patient suicide behavior. *Journal of Psychiatric Practice* (Philadelphia), 18(2), 94–108. doi: 10.1097/01.pra.0000413275.09305.d5.
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *The Australian and New Zealand journal of family therapy*. Queensland (North Adelaide), 32(3), 179-193. Recuperado de <https://www.taosinstitute.net/Websites/taos/files/Content/5695642/becoming-dialogical.pdf>
- Seikkula, J. (2014). *Il dialogo aperto: l'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Roma: Giovani Fioriti Editore.
- Seikkula, J.; Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. *Journal of constructivist psychology*. (Washington), 14(4), 247-265. doi:10.1080/10720530125965.
- Silva, J. A. (2001). *Curso de direito constitucional positivo*. (19a ed.) São Paulo: Malheiros.

---

Soares, M.; Terzi, R. G., & Piva, J. P. (2007). End-of-life care in Brazil. *Intensive Care Medicine*. (Berlim), 33, 1014-1017.

Stefanelli, M. C. (2012). Estratégias de comunicação terapêutica. (2a ed.) In: Stefanelli MC, Carvalho EC. *A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem*. Barueri: Manole pp. 77-109.

Talseth, A. G., & Gilje, F. (2007). Unburdening suffering: responses of psychiatrists to patients' suicide deaths. [Internet], *Nursing Ethics* (London), 14(5), 620-36. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17901173>

Terra, R. (2004). *Kant & o direito*. (1a ed.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Declaração Universal dos Direitos Humanos e Bioética. (2005). *Dispõe sobre a Declaração universal de bioética e direitos humanos*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

Weber, T. (2012). Autonomia, dignidade da pessoa humana e respeito em Kant. In: *Sujeito e liberdade: investigações a partir do idealismo alemão*. UTZ, Konrad; BAVARESCO, Agemir; KOZEN, Paulo Roberto (Org.). Porto Alegre: EDIPUCRS.

World Health Organization (2014). Preventing suicide – A global imperative. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)

Zadravec, T., & Grad, O. (2013). Origins of suicidality: compatibility of lay and expert beliefs – Qualitative study. *Pshychiatria Danubina* (Zagreb), 25(2), 152-155. Recuperado de [http://www.psychiatriadanubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb\\_voll25\\_no2/dnb\\_voll25\\_no2\\_149.pdfde](http://www.psychiatriadanubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_voll25_no2/dnb_voll25_no2_149.pdfde)  
<http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidad/article/view/55761/36244>

Veiga-Neto, A. (2003). *Foucault e a educação*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.

Vigotski, L. S. (1998). *A formação social da mente* (6a ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.

Recebido em 30/07/2018  
Aceito em 25/09/2018