

**AS DORES QUE SÃO DURAS: UMA PERPESCTIVA
MULTIFATORIAL SOBRE O SUÍCIDIO**

**LOS DOLORES QUE SON MUDOS: UNA
PERSPECTIVA MULTIFACTORIAL SOBRE EL
SUICIDIO**

**THE PAINS THAT ARE MUTE: A MULTIFACTORIAL
PERSPECTIVE ON SUICIDE**

DOI: <https://doi.org/10.31692/2764-3433.v4i2.256>

¹ EMANOEL LUCAS RIBEIRO

Graduado em Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central,
emanoelribeiro08@gmail.com

² PATRÍCIA DUARTE NOGUEIRA TAVARES

Professora Especialista, Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central,
patriciaduartepsi@gmail.com



RESUMO

O Setembro Amarelo, ao focar em ações pontuais e campanhas visuais, ignora causas estruturais do aumento das taxas de suicídio, como o acesso precário à saúde mental, a falta de investimento em profissionais e a ausência de uma rede de apoio necessária. Além disso, a campanha pode ser criticada por se concentrar excessivamente no aspecto individual do suicídio, sem dar a devida atenção aos fatores sociais e sistêmicos que o influenciam, como desigualdade, pobreza, exclusão social e políticas públicas falhas. A ênfase em um único mês de sensibilização minimiza a necessidade de uma intervenção contínua e de longo prazo, que inclua a prevenção em diferentes frentes e a oferta de suporte sustentado ao longo do ano. O objetivo geral dessa pesquisa é analisar as lacunas entre as intenções do Setembro Amarelo e os resultados práticos observados, com foco em como o estigma sobre o suicídio e a saúde mental permanece em diferentes grupos sociais. A metodologia adotada neste trabalho utiliza o método dedutivo, que testa a validade de teorias e formula hipóteses para análise, e é exploratória, visando fornecer uma compreensão inicial do problema. O procedimento técnico é a pesquisa bibliográfica, baseada em fontes já publicadas como artigos, livros e dissertações. A abordagem é qualitativa, focada na interpretação de fenômenos sociais e humanos, ideal para explorar questões complexas e culturais que não podem ser quantificadas. Como resultado, mais de 800 mil pessoas morrem devido a suicídio todos os anos e é a segunda principal causa de morte em jovens de 15 a 29 anos. No Brasil entre 1996 e 2016, o Brasil registrou 183.484 mortes por suicídio, representando um aumento de 69,6% nesse período. De acordo com dados do DATASUS, em 2018 foram contabilizadas 12.733 mortes por suicídio no país, o que corresponde a uma taxa de 6,1 suicídios a cada 100.000 habitantes, resultando em aproximadamente 35 mortes por dia. Portanto, a conclusão revelou que, apesar dos avanços no debate público e na visibilidade do tema, ainda existem falhas significativas na implementação de políticas preventivas de caráter contínuo, bem como lacunas na formação acadêmica dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à abordagem da morte e do suicídio. Além disso, a desinformação e o estigma ainda constituem grandes obstáculos para o avanço de políticas públicas eficazes e para a quebra de tabus em torno do suicídio.

Palavras-chave: suicídio; setembro amarelo; saúde pública; psicologia e cuidados éticos.

ABSTRACT

Yellow September, by focusing on specific actions and visual campaigns, ignores structural causes of the increase in suicide rates, such as poor access to mental health, lack of investment in professionals and the absence of a necessary support network. Furthermore, the campaign can be criticized for focusing excessively on the individual aspect of suicide, without giving due attention to the social and systemic factors that influence it, such as inequality, poverty, social exclusion and failed public policies. The emphasis on a single month of awareness-raising minimizes the need for continuous and long-term intervention, which includes prevention on different fronts and the provision of sustained support throughout the year. The general objective of this research is to analyze the gaps between the intentions of Yellow September and the practical results observed, focusing on how the stigma about suicide and mental health persists in different social groups. The

methodology adopted in this work uses the deductive method, which tests the validity of theories and formulates hypotheses for analysis, and is exploratory, aiming to provide an initial understanding of the problem. The technical procedure is bibliographic research, based on previously published sources such as articles, books and dissertations. The approach is qualitative, focused on the interpretation of social and human phenomena, ideal for exploring complex and cultural issues that cannot be quantified. As a result, more than 800,000 people die due to suicide every year and it is the second leading cause of death in young people aged 15 to 29. In Brazil Between 1996 and 2016, Brazil recorded 183,484 deaths by suicide, representing an increase of 69.6% in that period. According to data from DATASUS, in 2018, 12,733 deaths by suicide were recorded in the country, which corresponds to a rate of 6.1 suicides per 100,000 inhabitants, resulting in approximately 35 deaths per day. Therefore, the conclusion revealed that,

despite advances in public debate and visibility of the topic, there are still significant gaps in the implementation of ongoing preventive policies, as well as gaps in the academic training of health professionals, especially with regard to addressing death and suicide. In addition, misinformation and stigma still constitute major obstacles to the advancement of effective public policies and to breaking taboos surrounding suicide

Keywords: suicide; yellow september; public health, psychology and ethical care.

RESUMEN

Septiembre Amarillo, al centrarse en acciones específicas y campañas visuales, ignora las causas estructurales del aumento de las tasas de suicidio, como el acceso precario a la salud mental, la falta de inversión en profesionales y la ausencia de una red de apoyo necesaria. Además, se puede criticar a la campaña por centrarse excesivamente en el aspecto individual del suicidio, sin prestar la debida atención a los factores sociales y sistémicos que influyen en él, como la desigualdad, la pobreza, la exclusión social y las políticas públicas defectuosas. El énfasis en un solo mes de concientización minimiza la necesidad de una intervención continua y a largo plazo, que incluya prevención en diferentes frentes y la prestación de apoyo sostenido durante todo el año. El objetivo general de esta investigación es analizar las brechas entre las intenciones de Septiembre Amarillo y los resultados prácticos observados, centrándose en cómo el estigma en torno al suicidio y la salud mental persiste en diferentes grupos sociales. La

metodología adoptada en este trabajo utiliza el método deductivo, que prueba la validez de las teorías y formula hipótesis para el análisis, y es exploratoria, con el objetivo de proporcionar una comprensión inicial del problema. El procedimiento técnico es la investigación bibliográfica, basada en fuentes ya publicadas como artículos, libros y disertaciones. El enfoque es cualitativo, centrado en la interpretación de fenómenos sociales y humanos, ideal para explorar cuestiones complejas y culturales que no pueden cuantificarse. Como resultado, más de 800.000 personas mueren cada año por suicidio y es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años. En Brasil Entre 1996 y 2016, Brasil registró 183.484 muertes por suicidio, lo que representa un aumento del 69,6% en este período. Según datos de DATASUS, en 2018 se registraron en el país 12.733 muertes por suicidio, lo que corresponde a una tasa de 6,1 suicidios por cada 100.000 habitantes, lo que resulta en aproximadamente 35 muertes por día. Por lo tanto, la conclusión reveló que, a pesar de los avances en el debate público y la visibilización del tema, aún existen fallas importantes en la implementación de políticas preventivas continuas, así como vacíos en la formación académica de los profesionales de la salud, especialmente en lo que respecta al abordaje de muerte y suicidio. Además, la desinformación y el estigma siguen constituyendo obstáculos importantes para el avance de políticas públicas efectivas y la ruptura de los tabúes que rodean al suicidio.

Palabras-clave: suicidio; septiembre amarillo; salud pública, psicología y atención ética.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um problema complexo que afeta não apenas indivíduos, mas também comunidades e sociedades como um todo. No entanto, é tratado como um tabu, relegado ao silêncio e à negação, em vez de ser enfrentado de frente como uma questão de saúde pública urgente e multifatorial. Entre muitas situações, as estatísticas apresentadas pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, entre outros órgãos todos os anos são alarmantes e difíceis de ignorar. Além disso, para cada suicídio completado, há muitas mais tentativas de suicídio que não resultam em morte. Esses números não apenas representam vidas perdidas, mas também indicam um profundo sofrimento emocional que afeta inúmeras famílias e comunidades.

O impacto do suicídio vai além das consequências imediatas para os indivíduos e suas famílias. Ele gera custos econômicos substanciais para os sistemas de saúde, devido aos tratamentos médicos necessários para tentativas de suicídio e aos custos associados ao tratamento de doenças mentais subjacentes. Além disso, o suicídio tem um impacto social significativo, deixando comunidades inteiras em luto e aumentando o estigma em torno das questões de saúde mental. Portanto, é essencial quebrar o silêncio em torno do suicídio e promover o diálogo aberto e compassivo sobre questões de saúde mental. Isso envolve destigmatizar o pedido de ajuda, aumentar a conscientização sobre os sinais de alerta do suicídio e disponibilizar recursos acessíveis para aqueles que precisam de apoio emocional.

O mês de setembro, marcado pela campanha "Setembro Amarelo", destaca-se como um período dedicado à conscientização e prevenção do suicídio. Contudo, a abordagem dessa temática sensível tem evoluído ao longo dos anos, gerando debates acerca da eficácia e abrangência das iniciativas propostas. O amadurecimento desta prática e atravessamento da realidade do sofrimento humano emergem como uma reflexão crucial, no qual contextualizando esses 10 anos de Setembro Amarelo como uma campanha amplamente reconhecida, é necessário uma análise crítica de sua real eficácia e profundidade.

Em vez de representar um amadurecimento real, o Setembro Amarelo se apresenta como um paliativo, uma resposta temporária a uma questão que demanda um compromisso estrutural e sistêmico. Para que a campanha amadureça de fato, seria necessário ir além da conscientização simbólica e avançar na implementação de políticas públicas eficazes, na ampliação do acesso a tratamentos de saúde mental e na promoção de mudanças sociais que abordem as raízes do sofrimento psíquico. Sem isso, o Setembro Amarelo continuará sendo uma ação limitada, incapaz de gerar transformações concretas e duradouras na prevenção do suicídio e com fins de mercado.

À vista disso, o suicídio é uma questão de saúde pública devido a fatores como dificuldades socioeconômicas, isolamento, desemprego e outros problemas sociais principalmente, além de também ocorrer em casos de doenças mentais. Além do impacto direto nas famílias, comunidades e serviços de saúde, sua prevenção exige políticas públicas abrangentes, as quais são garantidoras de direitos que perpassam o bem-estar biopsicossocial. Ignorar esse problema não só perpetua o sofrimento humano, mas também atinge o bem-estar de nossas comunidades e sociedades como um todo.

Embora tenha contribuído para aumentar a conscientização sobre o suicídio e a importância da saúde mental, essa prática se revela superficial e limitada. A ideia de concentrar discussões, ações e eventos em apenas um mês pode dar a falsa impressão de que o problema

está sendo efetivamente tratado, quando, na realidade, o suicídio é uma questão complexa e contínua, que exige atenção e estratégias interdisciplinares durante todo o ano.

Este estudo investiga como o Setembro Amarelo contribui para a redução do estigma em torno da saúde mental e do suicídio, considerando fatores sociais, culturais e estruturais que limitam sua eficácia. As hipóteses propõem a ausência de políticas públicas permanentes e recursos adequados para a saúde mental no Brasil impede que a campanha tenha um impacto estrutural mais significativo, assim como, a campanha, apesar de conscientizar, corre o risco de ser pontual e comercial, promovendo o aumento de consultas em saúde mental e o consumo de medicamentos, mas falhando em gerar mudanças estruturais. Os objetivos são identificar lacunas entre as intenções e os efeitos práticos do Setembro Amarelo, avaliar a eficácia de suas estratégias de comunicação e compreender os cuidados éticos necessários no acolhimento de pessoas com comportamento suicida. A justificativa é fortalecer a análise crítica da campanha após seus dez anos, oferecendo uma fonte valiosa de reflexão para psicólogos, profissionais de saúde e pesquisadores interessados no tema.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

EVOLUÇÃO DO SUICÍDIO: UMA ANÁLISE HISTÓRICA

Compreender sobre a história do suicídio é falar de um lugar muito subjetivo, onde não conhecemos e procuramos sempre entender como ela se estabelece e suas relações de causalidade em todos os contextos, é abordar esse tema de maneira sensível e eficaz. Ao longo dos séculos, o suicídio tem sido visto de diversas maneiras, variando de tabu a tema de estudo e prevenção intensiva.

É uma grande complexidade e de proporção multifatorial entender as causas individuais, como transtornos mentais e traumas pessoais, além de fatores sociais, culturais e econômicos que podem influenciar a vulnerabilidade de uma pessoa ao suicídio.

Na obra literária “O suicídio” de Émile Durkheim (2000) contribui significativamente para a compreensão sociológica do suicídio, destacando fatores sociais e econômicos como influências importantes. Na antiguidade marcada pela aceitação, governo e crime, no qual existe uma representação social do suicídio como crime é notável na linguagem adotada para descrever a prática, como evidenciado na expressão "cometer suicídio", que reforça tal conceituação. Ainda que não seja universalmente aceito, é perceptível que o verbo "cometer" frequentemente está culturalmente associado a comportamentos passíveis de punição, como “cometer um ato infracional”.

Na idade, marcado pelo pecado e a punição, a consolidação da influência da Igreja Católica, que vinha sendo gradualmente construída, perdura até os dias atuais, exercendo impacto significativo em diversas formas de organização social. Segundo Minois e Ferreira:

A Idade Média apresenta, portanto, uma visão matizada do suicídio, muito distante de uma condenação monolítica. Mais do que o próprio gesto, são os motivos, a personalidade e a origem social do suicida que importam. É bem verdade que a doutrina e o direito são muito rigorosos, mas sua aplicação é marcada por uma flexibilidade surpreendente. A condenação de princípio do suicídio na civilização cristã não é nem evidente nem original. As fontes religiosas do cristianismo são, na verdade, omissas, ou melhor, ambíguas, a esse respeito (Minois e Ferreira, 1998, p.21).

Na perspectiva de uma visão matizada, colorida e diversificada do suicídio, é possível reconhecer que as questões sociais como fome, desemprego, desigualdade e falta de garantia de direitos estão profundamente ligadas ao risco de suicídio, pois impactam diretamente o bem-estar psicológico e emocional das pessoas. A pobreza extrema, falta de saneamento básico, a fome e a precariedade das condições de vida geram desesperança, sentimentos de exclusão e vulnerabilidades múltiplas, que podem potencializar ainda mais o suicídio. A falta de acesso a direitos básicos, como saúde, educação, dignidade, cultura, segurança alimentar e moradia, somada ao desemprego e à falta de oportunidades, cria um ciclo de sofrimento que pode intensificar problemas de saúde mental.

A desigualdade social, portanto, não é apenas um fator econômico, mas um problema de saúde pública que precisa ser considerado na prevenção ao suicídio. Os grupos minoritários – que não podem ser esquecidos por estarem sempre à margem da sociedade – estão em constante apagamento social e é importante salientar ser contra o racismo, misoginia, capacitismo, patriarcado, LGBTfobia, feminicídio, xenofobia, fascismo, no qual todos esses também são fatores que agravam o sofrimento humano (Neri e Soares, 2002).

A ideia de quem tem sua vida protegida e quem não tem continua a ser uma questão complexa e multifacetada. No Brasil, o direito à vida é considerado um direito fundamental, protegido por leis e convenções internacionais. Segundo Scholz (2017) a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, por exemplo, estabelece que todos têm direito à vida, liberdade e segurança, no entanto, a aplicação desse direito e a proteção efetiva podem variar amplamente, dependendo do contexto social, político e econômico, pois há diferentes grupos sociais enfrentam diversas formas de proteção ou vulnerabilidade.

Em contrapartida, segundo Mandarino (2024) a população negra, por exemplo, frequentemente enfrenta discriminação e violência desproporcional, refletindo desigualdades históricas e estruturais. Os pobres e marginalizados também estão em uma posição vulnerável,

a pobreza resulta em acesso limitado a serviços essenciais, como saúde, segurança, justiça e muitos outros. Essa falta de acesso pode aumentar o risco para essas pessoas e reduzir a eficácia da proteção oferecida pelo sistema. No sistema penal, indivíduos com antecedentes criminais ainda podem enfrentar discriminação e barreiras adicionais como preconceito, discriminação, falta de oportunidades, marginalização, silenciamento e apagamento.

Esse grupo também enfrentam uma sensação de inutilidade ou perda de produtividade após a conquista, busca ou perda da aposentadoria, o que agrava o sentimento de falta de propósito. Esses elementos, somados a um contexto cultural que pode valorizar menos o papel dos idosos na sociedade, criam um cenário de risco elevado para o suicídio nesse grupo (Minayo, Meneghel e Cavalcante, 2012).

A noção de quem é protegido e quem não é está em constante evolução, moldada por questões de justiça social, desigualdade econômica e mudanças nas políticas públicas. A luta contínua por maior equidade e justiça social desempenha um papel vital na redefinição das prioridades e na forma como a proteção é oferecida aos mais vulneráveis como reflexo das prioridades e dos desafios de cada época, exigindo uma atenção constante às necessidades e direitos de todas as pessoas.

Para a Modernidade Durkheim (2000), faz uma construção da doutrina sociológica um tanto quanto complexa, abarcando mudanças sociais, econômicas, culturais e sociais, no qual compreendemos o Efeito Werther, sendo um fenômeno social que descreve o aumento de casos de suicídio que podem ocorrer após a divulgação midiática de um suicídio, assim como, o Efeito Papageno é visto como uma conversação honesta sobre o suicídio e pode, na verdade, oferecer esperança e alternativas para aqueles que se sentem sem saída, além de ajudar a aliviar a angústia e a tensão associadas a esses pensamentos. Quando informações sobre prevenção são divulgadas de maneira apropriada, isso pode resultar no chamado efeito Papageno, sendo o oposto do Efeito Werther (Scavacini, 2011).

A questão de quem “pode” ou “não pode” morrer por suicídio, sob uma perspectiva crítica e ampliada, revela muito sobre as desigualdades sociais e os modos como diferentes grupos são tratados e valorizados na sociedade. De acordo com Siqueira, Hollanda e Motta (2017) em um mundo marcado por injustiças estruturais, certos grupos enfrentam maior vulnerabilidade, enquanto outros, ao serem vistos como mais "valiosos", "importantes" ou "úteis", recebem maior proteção ou atenção.

Os grupos mais afetados pelo suicídio frequentemente são os que se encontram à margem da sociedade, aqueles cujas vidas são, de certa forma, invisibilizadas ou negligenciadas pelas instituições e políticas públicas. Entre esses grupos, destacam-se: Pessoas pobres e

Marginalizadas, devido a vulnerabilidade econômica e social e a desigualdade na acessibilidade a serviços públicos. População negra e indígena, quando se trata de racismo estrutural, falta de humanização e falta de políticas públicas eficazes. Pessoas que não seguem a heteronormatividade em razão da discriminação, estigmatização, agravando a exclusão e que reflete em formas de negligências (Siqueira, Hollanda e Motta 2017).

Por outro lado, há também as pessoas que “não podem ser afetadas pelo suicídio”, que torna uma visibilidade, proteção e valorização maior, devido a sua posição social, econômica, política, privilégios e classes altas, nos quais pessoas das classes altas e de grupos mais privilegiados têm acesso facilitado a serviços de saúde mental de alta qualidade, incluindo terapias, tratamentos psiquiátricos e redes de apoio. Isso não significa que estão isentos do risco de suicídio, mas têm maiores chances de intervenção precoce e cuidados adequados, a sociedade tende a valorizar mais as vidas de pessoas de classes econômicas altas ou em posições de poder, reflete-se na forma como suas mortes são tratadas pela mídia, pelas instituições e pelas políticas de saúde (Albuquerque et. al. 2014; Gomes, 2019).

Desta maneira, por que alguns são mais protegidos do que outros? O fato de que determinados grupos são mais protegidos contra o suicídio reflete profundas desigualdades sociais. A proteção, está vinculada ao valor econômico, social ou político que a sociedade atribui a diferentes vidas. A sociedade tende a valorizar mais as vidas de quem contribui diretamente para o *status* ou tem recursos econômicos e políticos. Isso significa que, historicamente, certas vidas são vistas como mais “importantes” ou “úteis” do que outras. O processo de hierarquização da vida humana perpetua a negligência de grupos marginalizados e vulneráveis. No contexto do neoliberalismo, onde o valor das pessoas é medido pela sua capacidade de produzir riqueza, grupos pobres e marginalizados, que não têm acesso aos mesmos recursos e oportunidades, são negligenciados. Suas vidas são vistas como descartáveis ou de menor importância, o que agrava a desigualdade de proteção (Gomes e Caramaschi 2007; Albuquerque et. al. 2014; Siqueira, Hollanda e Motta 2017; Gomes, 2019).

SETEMBRO AMARELO: UM CHAMADO À PREVENÇÃO?

No Brasil, o Setembro Amarelo foi oficialmente implantado em 2015 por iniciativa da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM). Essas entidades viram na campanha uma oportunidade de abordar um problema de saúde pública que muitas vezes era negligenciado ou tratado com tabu, tanto pela sociedade quanto pelas próprias instituições (Botega, 2005; 2007; 2014).

O Setembro Amarelo começou a se expandir com atividades de conscientização por todo

o país, envolvendo principalmente a iluminação de monumentos públicos com a cor amarela, distribuição de materiais educativos e a realização de palestras e eventos para promover o diálogo sobre saúde mental e a importância da prevenção ao suicídio. Aos poucos, a campanha foi ganhando adesão de diferentes setores, como escolas, universidades, empresas e governos locais, que começaram a promover ações próprias durante o mês de setembro.

Segundo De Oliveira *et al.* (1) (2020) a Campanha do Setembro Amarelo gerou relevância social, evidenciada pelo aumento de questionamentos e taxas de notificações. No entanto, os estudos indicam que houve um aumento nas taxas de suicídio após a implementação da campanha, sugerindo um possível efeito de contágio na comunidade. Isso pode ocorrer porque a divulgação intensa de informações sobre suicídio, embora voltada para a conscientização e prevenção, pode inadvertidamente reforçar pensamentos suicidas em pessoas vulneráveis.

O Centro de Valorização da Vida (CVV) é uma das principais instituições brasileiras dedicadas à prevenção do suicídio e ao apoio emocional, desempenhando um papel importante no cenário de saúde mental do país. Fundado em 1962 em São Paulo, o CVV oferece atendimento gratuito e voluntário a pessoas que estão passando por momentos de sofrimento emocional, através de diversos canais de comunicação, como telefone (188), chat, e-mail e atendimento presencial. Sua missão é fornecer um espaço de escuta ativa e acolhedora, onde as pessoas possam desabafar e encontrar apoio em momentos críticos.

Segundo Prazeres *et al.* (2021) o CVV baseia sua atuação na escuta ativa, um método que envolve a criação de um espaço de acolhimento, onde a pessoa atendida pode compartilhar seus sentimentos e pensamentos sem medo de julgamento. A premissa é que, ao se sentir ouvida e compreendida, a pessoa em sofrimento emocional pode ganhar clareza sobre sua situação e encontrar forças para lidar com suas dificuldades. Embora a escuta ativa seja uma prática eficaz em determinadas circunstâncias, ela também enfrenta limitações em contextos de sofrimento mais profundo e prolongado. A escuta, por si só, muitas vezes não é suficiente para lidar com problemas que requerem intervenções mais estruturadas e especializadas. O CVV se propõe a oferecer apoio emocional pontual, mas não está preparado para fornecer tratamento psicológico contínuo ou resolver problemas de saúde mental graves e crônicos.

Além disso, o foco quase exclusivo no indivíduo pode ser uma abordagem limitada em um cenário onde o sofrimento psíquico é fortemente influenciado por fatores sociais, econômicos e estruturais. Pessoas em situação de extrema pobreza, desemprego, violência doméstica ou discriminação podem encontrar no CVV um espaço de alívio emocional temporário, mas sem acesso a soluções mais amplas e de longo prazo (De Jesus Bezerra e Da

Silva, 2019; Prazeres *et al.*, 2021).

Uma análise crítica sobre o Setembro Amarelo pode destacar várias questões problemáticas em torno da campanha, incluindo a disseminação de informações erradas, o caráter mercantilista, a ênfase em soluções medicalizadas e patologizantes, e a negligência das questões sociais mais amplas que influenciam a saúde mental.

A perspectiva de Penso e Sena (2020) uma das falhas mais graves do Setembro Amarelo é a negligência em abordar questões sociais mais amplas que contribuem para o aumento das taxas de suicídio. Problemas como a desigualdade econômica, a precarização do trabalho, o racismo, a violência de gênero, a discriminação contra populações que não seguem a heteronormatividade, e a marginalização de grupos vulneráveis são fatores críticos que muitas vezes não são discutidos com a devida profundidade durante as campanhas.

A saúde mental e o suicídio não podem ser compreendidos isoladamente do contexto social e das injustiças estruturais que perpetuam o sofrimento. No entanto, o Setembro Amarelo frequentemente ignora esses fatores, optando por uma abordagem que foca no indivíduo, sem discutir a influência de políticas públicas inadequadas, a falta de acesso a serviços de saúde mental, e a ausência de redes de apoio social. Isso cria uma falsa narrativa de que o suicídio é apenas uma questão pessoal, sem considerar como questões sistêmicas influenciam diretamente o bem-estar psicológico (Penso e Sena, 2020; De Oliveira *et al.* 2020).

Em 2021, o Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde, afirmou:

Não podemos - e não devemos - ignorar o suicídio [...] cada um deles é uma tragédia. Nossa atenção à prevenção do suicídio é ainda mais importante agora, depois de muitos meses convivendo com a pandemia de COVID-19, com muitos dos fatores de risco para suicídio - perda de emprego, estresse financeiro e isolamento social - ainda muito presentes. A nova orientação que a OMS lança hoje fornece um caminho claro para intensificar os esforços de prevenção do suicídio (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021, *online*).

Nos últimos 10 anos, a campanha do Setembro Amarelo, que visa a prevenção ao suicídio e à valorização da vida, tem se expandido significativamente, assim como muito banalizada, ganhando maior visibilidade na mídia, nas redes sociais e em espaços públicos. Esse fenômeno pode ser observado através de uma série de práticas e abordagens que, embora bem-intencionadas, acabam enfraquecendo a profundidade e a eficácia das ações preventivas, por meio da superficialidade nas ações de conscientização, foco exclusivo no mês de setembro, mercantilização e marketing do setembro amarelo, excesso de foco na medicalização, romantização e sensacionalismo na mídia e a falta de capacitação das instituições e profissionais (Scavacini e Silva, 2021).

A pósvenção, nessa perspectiva dos 10 anos de campanha, também tem sido alvo de ridicularização, comprometendo a eficácia do apoio oferecido às famílias e comunidades afetadas pelo suicídio. No entanto, o tratamento dessa dimensão crucial do combate ao suicídio tem sido, inadequado e superficial, como: falta de abordagens específicas para pósvenção, visibilidade insuficiente para o impacto do enlutamento, mercantilização do luto, iniciativas pontuais e falta de continuidade, despreparo de como lidar com a pósvenção, efeito limitado nas políticas públicas (Ruckert, Frizzo e Rigoli, 2019).

Assim como a prevenção, a pósvenção também foi impactada pela mercantilização das campanhas. Há uma tendência crescente de explorar o sofrimento associado ao suicídio de forma superficial e, em alguns casos, comercial. Há uma exploração do tema para gerar lucro, o que pode banalizar a dor e o sofrimento das pessoas enlutadas, ao tratar o luto de forma impessoal e massificada. E dessa forma, iniciativas de pósvenção, em grande parte, pontuais e temporárias, limitadas ao período da campanha. O apoio oferecido às famílias afetadas pelo suicídio é muitas vezes visto como uma ação emergencial e de curto prazo, sem uma continuidade que possa garantir o acompanhamento adequado ao longo do tempo (Scavacini, 2018; Ruckert, Frizzo e Rigoli, 2019; De Oliveira et. al. (2) 2021).

Outro fator é o despreparo de muitos profissionais de saúde mental para lidar com o luto por suicídio as iniciativas de formação e capacitação profissional continuam sendo insuficientes para que os profissionais estejam devidamente habilitados a apoiar as pessoas enlutadas. E o que torna ainda mais completo é que ainda não se traduziu em mudanças significativas nas políticas públicas de saúde mental e prevenção ao suicídio. Existe uma desconexão entre o discurso das campanhas e as ações efetivas no nível governamental, de forma que o apoio institucional necessário para a pósvenção permanece limitado. Sem uma estratégia articulada entre campanhas e políticas públicas, a pósvenção continua a ser tratada de forma marginal dentro das ações de saúde mental. (Scavacini, 2018; Ruckert, Frizzo e Rigoli, 2019; De Oliveira et. al. (2) 2021).

O PAPEL DO PSICÓLOGO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL: ABORDAGENS E DESAFIOS

A compreensão da atuação do psicólogo e aproximação sobre os assuntos sobre a morte, na prática está batendo à porta cada vez mais, enquanto na graduação há um distanciamento que se agrava. Discutir a educação para a morte levanta questões profundas e desafiadoras, especialmente para os profissionais da saúde, que muitas vezes se deparam com a morte de forma recorrente em seu trabalho. A dificuldade de enfrentar e superar o medo da morte é uma

realidade comum nesse campo, pois lidar com a finitude humana confronta não só os limites da prática profissional, mas também aspectos pessoais e emocionais de cada indivíduo.

Essa negação da morte no currículo acadêmico pode ser compreendida como uma defesa psicológica, conforme apontado por Kovács (2003). A autora sugere que a repressão da morte, tanto no âmbito pessoal quanto no profissional, é uma forma de proteção que permite às pessoas viverem em um estado de utopia, onde a morte é algo distante ou inexistente. No entanto, ao preparar psicólogos para o mercado de trabalho, é essencial considerar que eles estarão em contato com a morte em diversas formas: seja no acompanhamento de pacientes terminais em hospitais, no apoio a famílias em luto, no atendimento a crianças que enfrentam a perda de entes queridos, ou mesmo no suporte emocional em crises empresariais. Assim, a ausência de uma educação específica sobre o morrer pode deixar esses futuros profissionais despreparados para lidar com uma realidade inevitável.

Portanto, é urgente que os cursos de Psicologia incorporem o estudo da morte e do morrer como parte integrante de sua formação, para que os futuros profissionais possam encarar esse tema com maturidade e competência. Essa preparação é crucial não apenas para ajudar os psicólogos a lidar com suas próprias questões em torno da finitude, mas também para que possam oferecer um acolhimento qualificado e humanizado aos pacientes e familiares que enfrentam a morte. Ao abrir espaço para discutir o fim da vida, os currículos acadêmicos também ajudam a humanizar o cuidado e a preparar os profissionais para exercerem suas funções com empatia, sensibilidade e preparo técnico.

Observando todas essas normativas, o Código de Ética não é um documento engessado. Ele precisa ser constantemente atualizado para acompanhar as mudanças sociais, culturais e tecnológicas que influenciam a atuação profissional. Atualmente, com suas rápidas transformações, exige que os psicólogos estejam atentos às novas realidades, tais como o surgimento de novos desafios nas áreas da saúde mental, os avanços tecnológicos que afetam as relações humanas e o trabalho em diferentes contextos (CFP, 2005).

Ao invés de prescrever ações específicas para todas as situações, ele oferece uma estrutura que orienta o psicólogo a refletir sobre suas decisões de maneira ética e sensível, considerando sempre o contexto único de cada caso. Conforma Scavacini e Silva (2021) questões complexas como a quebra de sigilo, inclusão da família no processo terapêutico, decisão de internação, manejo de crises e o encaminhamento para outros profissionais da rede exigem uma avaliação cuidadosa do psicólogo, baseada tanto no conhecimento científico quanto nas circunstâncias individuais.

Por exemplo, a decisão de quebrar o sigilo profissional — uma das questões éticas mais

delicadas que um psicólogo pode enfrentar — não é algo que pode ser resolvido apenas com base em normas preestabelecidas. O sigilo é um direito fundamental do cliente, mas, em certos casos, como quando há risco iminente de vida ou de danos a terceiros, o psicólogo pode ser chamado a ponderar entre a confidencialidade e a proteção da vida. Nesses momentos, o Código de Ética oferece parâmetros para a tomada de decisão, mas a responsabilidade final cabe ao profissional, que deve avaliar cuidadosamente os riscos, benefícios e possíveis consequências de suas ações (CFP, 2005).

Nesse contexto enfatiza também a necessidade de o psicólogo estar atento às mudanças sociais e profissionais, adaptando sua atuação às novas demandas e mantendo uma postura reflexiva. Ao mesmo tempo, o Código incentiva a colaboração com outros profissionais e a busca constante pela melhor solução terapêutica, promovendo uma prática ética que valoriza o bem-estar do indivíduo e da sociedade. Diante disso, Scavacini e Silva relata que:

Considerando esta pequena amostra, podemos começar a imaginar que ainda estamos muito aquém em matéria de preparação desse profissional psicólogo, para que possa sentir-se preparado em sua formação e atender à demanda, relativa ao acompanhamento do paciente com ideação suicida. Este deverá recorrer, posteriormente, a cursos de especialização, de forma a ter acesso ao arcabouço necessário (Scavacini e Silva, 2021, p. 262).

Na prevenção do suicídio, a dimensão social é crucial, destacando a importância das redes de apoio, como familiares, amigos e profissionais de saúde. É recomendável que psicólogos colaborem com esses profissionais para um manejo interdisciplinar eficaz. Conhecer a rede pública de saúde local é essencial para encaminhamentos adequados. Além disso, a falta de contato com o tema durante a formação acadêmica dificulta a atuação dos profissionais, evidenciando a necessidade de maior ênfase no assunto nos cursos de Psicologia.

METODOLOGIA

A metodologia adotada no trabalho é baseada no método dedutivo, conforme Gil (2002), que busca testar teorias ou hipóteses existentes e fazer previsões a partir de princípios estabelecidos, formulando hipóteses testáveis. O método exploratório foi escolhido para proporcionar uma compreensão inicial do problema, gerar insights e contribuir para futuras investigações. O procedimento técnico será a pesquisa bibliográfica, utilizando materiais já publicados, como artigos científicos, livros e dissertações. A abordagem qualitativa será utilizada para compreender e interpretar fenômenos sociais e humanos, explorando questões complexas e experiências que não podem ser capturadas apenas por medições quantitativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durkheim (2000, p.16) mostra que o suicídio é um problema de saúde pública, em seus textos apresenta alguns argumentos que o fazem necessário para esta pesquisa, “todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado”. Com esta hipótese ele nos leva a compreensão de que ao considerar para o suicídio de uma forma isolada e que acontece em situações perdidas, de forma que quase nulas e deixar de considerar o indivíduo em sua totalidade, o seu fator social, cultural, socioeconômico e, portanto, precisa ser tratado de forma coletiva, buscando compreender todas as partes.

O suicídio constitui uma relevante problemática de saúde pública global, na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) mostra que, “Os suicídios cobram um preço alto. Mais de 800 mil pessoas morrem devido a suicídio todos os anos e é a segunda principal causa de morte em jovens de 15 a 29 anos. Há indicações de que para cada adulto que morreu de suicídio, pode ter havido mais de 20 outros tentando suicídio.” De acordo com Botega NJ (2007) globalmente, a taxa de mortalidade por suicídio aumentou cerca de 60% nos últimos 45 anos. Em muitos países, o suicídio está entre as dez principais causas de morte e se destaca como uma das duas ou três causas mais comuns entre adolescentes e jovens adultos.

Segundo Bezerra FJG *et. al.* (2012) na maioria dos países da América do Sul, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes é inferior a 6,5. Em lugares como Estados Unidos, Canadá, Portugal, Espanha, Alemanha, Índia e Austrália, essas taxas ficam entre 6,5 e 13. Por outro lado, na França, Suécia, Rússia, China e Japão, as taxas ultrapassam 13. Já os países bálticos, como Lituânia (41,9), Estônia (40,1), Rússia (37,6), Letônia (33,9) e Hungria (32,9), têm as maiores taxas, variando entre 32 e 42, liderando o número de suicídios por 100 mil habitantes. Enquanto isso, Guatemala, Filipinas e Albânia estão entre os países com as menores taxas, que variam de 0,5 a 2.

No Brasil Entre 1996 e 2016, o Brasil registrou 183.484 mortes por suicídio, representando um aumento de 69,6% nesse período. De acordo com dados do DATASUS, em 2018 foram contabilizadas 12.733 mortes por suicídio no país, o que corresponde a uma taxa de 6,1 suicídios a cada 100.000 habitantes, resultando em aproximadamente 35 mortes por dia. Esses números colocam o Brasil como o oitavo país com mais suicídios no mundo em termos absolutos, significa que ele tem uma quantidade total elevada de casos de suicídio, independentemente do tamanho da população (WHO, 2014; Da Silva e Marcolan, 2021).

Em termos mais amplos, uma quantidade significativa de indivíduos que acabam tentando suicídio já havia feito tentativas anteriores. Isso sugere que a tentativa de suicídio não

é apenas um sinal de alerta, mas um indicador crítico de vulnerabilidade contínua. As tentativas anteriores revelam um padrão de sofrimento e desespero que, se não for abordado adequadamente, pode levar a um risco substancialmente maior de que a pessoa faça novas tentativas, algumas das quais podem resultar em morte.

Embora a campanha tenha aumentado a visibilidade do suicídio e da saúde mental, frequentemente simplifica o tema e dissemina informações equivocadas, apresentando o suicídio como um problema individual ligado apenas à depressão, sem considerar fatores sociais, econômicos e culturais, como desigualdade, pobreza, desemprego, exclusão social e discriminação. Mensagens como “falar pode salvar vidas” podem criar a falsa impressão de que a conversa é suficiente para a prevenção, ignorando a falta de acesso a serviços de saúde mental e redes de apoio para muitos em situação de vulnerabilidade (Bezerra FJG *et al.*, 2012; Albuquerque, 2014; ABP, 2014; Botega, 2007; 2014).

Tabela 1: Taxas de Suicídio Global e no Brasil.

Região/País	Taxa por Suicídio (por 100.000 habitantes)	Observações
Média Global	Mais de 800 mil mortes anuais	Suicídio é a 2ª principal causa de morte em jovens de 15 a 29 anos
Brasil (1996-2016)	Aumento de 69,6%	Total de 183.484 mortes por suicídio no período
Brasil (2018)	6,1	Aproximadamente 12.733 mortes por suicídio em 2018 (35 mortes/dia)
Brasil (Ranking Global)	8º lugar	Brasil é o 8º país com mais suicídios no mundo em termos absolutos
Média América do Sul	Inferior a 6,5	Taxas menores comparadas a outros continentes
Estados Unidos, Canadá, Portugal, Espanha, Alemanha, Índia, Austrália	6,5 a 13	Taxas intermediárias
França, Suécia, Rússia, China, Japão	Acima de 13	Taxas elevadas de suicídio
Países Bálticos (Lituânia, Estônia,	Entre 32 e 42	As maiores taxas, com destaque para a Lituânia (41,9)

Rússia, Letônia, Hungria)		
Guatemala, Filipinas, Albânia	0,5 a 2	Entre os países com as menores taxas de suicídio

Fonte: Elaborada pelo autor com base em WHO (2014), Botega NJ (2007), Bezerra FJG et al. (2012), Da Silva e Marcolan (2021).

Adicionalmente, há críticas ao mercantilismo que permeia a campanha, com empresas usando o Setembro Amarelo para promover suas imagens, em vez de se comprometerem com ações concretas de prevenção. Isso transforma a campanha em um evento de marketing, banalizando a gravidade do problema. Outro ponto de crítica é o enfoque excessivamente medicalizante do sofrimento psíquico, que, ao enfatizar transtornos mentais e tratamentos medicamentosos, desconsidera fatores psicossociais, como condições de vida precárias e discriminação. Essa abordagem tende a deslocar a responsabilidade para o indivíduo e beneficia a indústria farmacêutica, ao mesmo tempo que patologiza reações normais a emoções humanas (Ortolan e Santos, 2018; Penso e Sena, 2020; Gonçalves, Paulo *et al.*, 2021)

A falta de preparação adequada de profissionais que atuam na linha de frente da prevenção ao suicídio, como professores, psicólogos, assistentes sociais e até médicos, também contribui para a banalização da prevenção. A falta de treinamento contínuo e de políticas públicas que incentivem o desenvolvimento de habilidades para a intervenção em crises suicidas resulta em abordagens muitas vezes inadequadas, ou em ações limitadas a sessões breves de sensibilização, sem um acompanhamento adequado e contínuo (Botega, 2007; De Oliveira *et al.* (1), 2020; Gonçalves, Paulo *et al.* 2021; Scavacini e Silva, 2021).

Os últimos 10 anos reflete uma combinação de fatores, desde a superficialidade nas ações de conscientização até o foco excessivo no marketing e na medicalização do tema. Para que a campanha volte a ter o impacto desejado, é necessário repensar sua estrutura, investindo em ações contínuas, políticas públicas de longo prazo, capacitação adequada de profissionais e uma abordagem que inclua os determinantes sociais do suicídio. Caso contrário, a campanha corre o risco de se tornar uma prática simbólica e ineficaz, perpetuando a ineficácia de um tema que demanda muito mais do que simples visibilidade, embora as pesquisas sobre o tema estejam em ascensão, o tabu e o estigma persistem, resultando no isolamento das pessoas e na relutância em buscar ajuda.

Analisando nesse mesmo raciocínio, pós-venção no contexto da campanha Setembro Amarelo também tem sido alvo de ridicularização, comprometendo a eficácia do apoio

oferecido às famílias e comunidades afetadas pelo suicídio. No entanto, o tratamento dessa dimensão crucial do combate ao suicídio tem sido, inadequado e superficial, como: falta de abordagens específicas para pós-venção, visibilidade insuficiente para o impacto do enlutamento, mercantilização do luto, iniciativas pontuais e falta de continuidade, despreparo de como lidar com a pós-venção, efeito limitado nas políticas públicas (Ruckert, Frizzo e Rigoli, 2019).

Grande parte das campanhas continua focada em ações de prevenção primária, como conscientização e sensibilização sobre o suicídio, negligenciando a importância do apoio contínuo e especializado para aqueles que já foram afetados por uma perda. Embora se reconheça a necessidade de intervenção, são raras as campanhas que promovem ações específicas, como grupos de apoio a enlutados ou a capacitação de profissionais para atuar no apoio psicológico e emocional. Outro fator é a baixa visibilidade dada ao impacto do suicídio nas famílias e comunidades que ficam para trás. Muitas famílias enlutadas por suicídio sofrem isolamento social devido ao estigma associado à causa da morte de seus entes queridos. Esse silenciamento social contribui para que o luto seja vivido de forma solitária, e a falta de campanhas de pós-venção reforça esse isolamento, ao invés de promover uma rede de apoio e solidariedade (Scavacini, 2018; Ruckert, Frizzo e Rigoli, 2019; De Oliveira et. al. (2) 2021).

Segundo Junqueira e Kovács (2008, *online*) “observa-se que a inserção do tema da morte na formação do psicólogo é importante porque, como profissional da área de saúde, ao lado de médicos e enfermeiros, a morte passou a fazer parte de seu cotidiano profissional”. Para os profissionais de saúde, que estão frequentemente na linha de frente em situações de vidanos e morte, a ideia de educar-se para a morte pode ser especialmente sensível. Isso ocorre porque enfrentar a mortalidade requer não apenas habilidades técnicas, mas também um preparo emocional e filosófico. O confronto com a morte envolve lidar com o medo da própria finitude, o que pode despertar angústias existenciais que muitas vezes são reprimidas ou ignoradas. Assim, negar a morte ou distanciar-se emocionalmente pode parecer uma solução imediata e até necessária para manter a objetividade no trabalho.

O ensino sobre a morte e o processo de morrer deveria ocupar um espaço central nas diversas disciplinas dos cursos de Psicologia, como Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia Escolar, Psicologia Hospitalar, Psicologia Comunitária, entre outras. Esses campos frequentemente envolvem o trabalho com pessoas em situações de vulnerabilidade, sofrimento e, em muitos casos, enfrentamento da morte. No entanto, observa-se uma ausência de discussões sobre a morte no currículo dos cursos de Psicologia, o que reflete uma tendência maior de negação desse tema na formação dos futuros profissionais.

De acordo com Scavacini e Silva (2021), o papel do psicólogo na prevenção do suicídio vai além do acolhimento e tratamento, buscando contribuir efetivamente para reduzir os índices de suicídio. Para isso, é crucial que as universidades abordem o tema de forma ampla e contextualizada, conforme as Diretrizes Brasileiras do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Essas diretrizes orientam a criação de estratégias para promover qualidade de vida, educação e saúde, além de sensibilizar a sociedade sobre o suicídio como um problema de saúde pública. O objetivo é organizar uma linha de cuidados integrais que garanta acesso a diferentes modalidades terapêuticas em todos os níveis de atenção.

A educação para a morte pode contribuir para a desmistificação desse tema, proporcionando uma abordagem mais equilibrada e preparada para lidar com o processo de morrer. Isso inclui não só o aspecto técnico, mas também o desenvolvimento de uma sensibilidade ética e emocional, que permita que os profissionais de saúde ofereçam cuidados paliativos e apoio psicológico adequado.

Há uma observação importante de que, quanto menos contato o profissional teve com o tema do suicídio durante sua formação acadêmica, maior será sua dificuldade de atuação eficaz na prevenção do suicídio. Por isso, reforça-se a necessidade de que esse tema receba mais atenção nos cursos de Psicologia, para que os futuros profissionais estejam melhor preparados para lidar com essa questão.

CONCLUSÕES

A falta de políticas públicas permanentes e a insuficiência de recursos para a saúde mental no Brasil dificultam que a campanha Setembro Amarelo tenha um impacto duradouro na redução do estigma e na prevenção do suicídio. Embora a campanha ajude a promover a conscientização, ela corre o risco de ser superficial e pontual, sem gerar mudanças estruturais no sistema de saúde mental. O estudo revelou falhas na implementação de políticas preventivas contínuas e na formação dos profissionais de saúde, especialmente no que se refere à abordagem da morte e do suicídio.

Além disso, as campanhas de conscientização, como o Setembro Amarelo, frequentemente tratam o suicídio de forma simplificada, sem considerar as complexidades do fenômeno, que envolve fatores sociais, culturais, psicológicos e econômicos. A ausência de disciplinas específicas nas universidades sobre suicídio e cuidados pós-crise reflete uma lacuna na formação de profissionais capacitados para lidar com essas questões.

A desinformação e o estigma ainda são barreiras significativas para o avanço de políticas públicas eficazes. O estudo enfatizou a necessidade de uma abordagem ética e humanizada no

atendimento a indivíduos em risco e suas famílias. Como soluções, é crucial fortalecer políticas públicas permanentes, aumentar o financiamento, criar redes de apoio contínuas e monitorar as ações implementadas. Também é fundamental capacitar os profissionais de saúde, combater o estigma com campanhas educativas permanentes e garantir o acesso a cuidados adequados e éticos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 182-194, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir. **Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio**, 2014.

BEZERRA FILHO, José Gomes et al. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 833-844, 2012.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia Usp**, v. 25, p. 231-236, 2014.

BOTEGA, Neury José et al. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, p. 45-53, 2005.

BOTEGA, Neury José. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 29, p. 7-8, 2007.

DA SILVA, Daniel Augusto; MARCOLAN, João Fernando. Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 54, n. 4, 2021.

DE JESUS BEZERRA, Jaqueline; DA SILVA, Francisco Vieira. As cores da vida: Estratégias biopolíticas nas campanhas setembro amarelo, outubro rosa e novembro azul. **Migulim-Revista Eletrônica do Netli**, v. 8, n. 2, p. 728-741, 2019.

DE OLIVEIRA, Andréa Carla Ferreira et al. (2). Setembro Amarelo e os enlutados por suicídio: relato de experiências. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 6518-6524, 2021.

DE OLIVEIRA, Milena Edite Casé et al. (1). Série temporal do suicídio no Brasil: o que mudou após o Setembro Amarelo?. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 48, p. e3191-e3191, 2020.

DURKHEIM, Emile. **O Suicídio**: Estudo de Sociologia (Trad. M. Stahel). 2000.

GONÇALVES, Paulo et al. Campanha setembro amarelo no Brasil-o marketing social como meio de prevenção do suicídio. In: **Innovative Driving Marketing for a Better World. The**

Emergence of Social Proposals in Pandemic Times. Instituto Politécnico de Setúbal, 2021. p. 156-162.

GOMES, David Francisco Lopes. Sobre a teoria das classes sociais de Jessé Souza. **Revista de Direito (Viçosa)**, 2019.

GOMES, Gizelle Regina; CARAMASCHI, Sandro. Valorização de beleza e inteligência por adolescentes de diferentes classes sociais. **Psicologia em Estudo**, v. 12, p. 295-303, 2007.

JUNQUEIRA, Maria Hercília Rodrigues; KOVÁCS, Maria Júlia. Alunos de Psicologia e a educação para a morte. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, p. 506-519, 2008.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte temas e reflexões.** Casa do Psicólogo, 2003.

MANDARINO, Renan Posella. O acesso à justiça penal e a atuação da defensoria pública na concretização do direito de defesa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 5, p. 1753-1771, 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MENEGHEL, Stela Nazareth; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2665-2674, 2012.

MINOIS, Georges; FERREIRA, Serafim. **História do suicídio:** a sociedade ocidental perante a morte voluntária. 1998.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 18, p. S77-S87, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS**, 2021. Disponível em: Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). Acesso em: 03/03/2024

ORTOLAN, Maria Lúcia; SANTOS, Hernani Pereira dos. **Suicídio:** Estamos mesmo falando disso?. 2018.

PENSO, Maria Aparecida; SENA, Denise Pereira Alves de. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. **Sociedade e Estado**, v. 35, p. 61-81, 2020.

PRAZERES, Imille Maria Alves et al. **Interesse de busca sobre os temas setembro amarelo e suicídio no brasil.** 2021.

RESOLUÇÃO, CFP Nº. 010/05. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. **Conselho Federal de Psicologia**, 2005.

RUCKERT, Monique Lauermann Tassinari; FRIZZO, Rafaela Petrolli; RIGOLI, Marcelo Montagner. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 15, n. 2, p. 85-91, 2019.

SCAVACINI, Karen. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e**

o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio. 2018.

SCAVACINI, Karen; SILVA, D. R. Atualizações em suicidologia: narrativas, pesquisas e experiências. **São Paulo: Instituto Vita Alere**, v. 14, 2021.

SCHOLZ, Jonathan Marcel. As apropriações dos direitos humanos no Brasil: O caso da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). **Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica**, v. 9, n. 2, p. 214-243, 2017.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1397-1397, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Preventing suicide: A global imperative. **World Health Organization**, 2014.

Submetido em: 29/07/2024

Aceito em: 09/11/2024

Publicado em: 30/12/2024

Avaliado pelo sistema *double blind* review