



INSTITUTO

Vita Alere

Para além do Setembro amarelo

Um Guia

para psicólogos sobre prevenção ao suicídio,
ética e ações de prevenção e promoção em
saúde mental ao longo do ano.

Mariana Filippini Cacciaccarro
Murilo Vasques Buso

Karen Scavacini
Rafael Corassa

PARA ALÉM DO SETEMBRO AMARELO

*Um guia para psicólogos sobre ética e ações de prevenção do suicídio
e promoção em saúde mental ao longo do ano*

Mariana Filippini Cacciacarro

Murilo Vasques Buso

Rafael Corassa

Karen Scavacini

Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio

São Paulo, 2026

Sumário

1. Apresentação

2. Diferenciando o Setembro Amarelo do Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio

2.1. Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio

2.2. O Setembro Amarelo

2.3. A Lei nº 15.199/2025

3. Epidemiologia: o que dizem os números

3.1. Panorama epidemiológico atual

4. Campanhas

4.1. O que dizem as pesquisas sobre campanhas de conscientização

4.2. Conscientização não é o mesmo que redução da mortalidade

4.3. O que ainda não sabemos e por que isso importa

4.4. O paradoxo da visibilidade

5. Legislação e ética profissional

5.1. Legislação federal

5.2. Normativas do Conselho Federal de Psicologia

5.3. Sigilo e suas tensões éticas

5.4. Notificação compulsória

5.5. Por que a notificação adequada é importante?

5.6. Passo a passo de como fazer a notificação

6. O que não fazer e sugestões do que fazer

7. Cuidados com publicações sobre suicídio nas redes sociais

8. O que tende a ser mais efetivo na prevenção do suicídio

9. O psicólogo, a prevenção do suicídio e os 12 meses do ano

10. Para além de setembro

Referências

Como citar esta cartilha

1. Apresentação

Esta não é uma cartilha celebratória do Setembro Amarelo. Escrevemos enquanto psicólogas, psicólogos e pesquisadores que trabalham com suicidologia de forma permanente, ao longo de todo o ano, não apenas em setembro. Nossa intenção é apresentar críticas fundamentadas à campanha e indicar o que pode ser feito para que a prevenção e os diálogos abertos sobre suicídio deixem de se restringir a um único mês. A responsabilidade diante do suicídio e sua prevenção coletiva, precisa de embasamento científico, cuidado ético e continuidade ao longo de todo o ano.

O suicídio é um problema de saúde pública complexo e multifatorial. O tabu que o cerca aumenta o estigma, favorece o isolamento e amplia a vulnerabilidade de quem precisa de ajuda especializada.

O Setembro Amarelo é uma campanha que visa preencher essa lacuna: reservar um mês para dar destaque e visibilidade ao tema. A intenção é legítima e a campanha promove engajamento, contudo, as evidências têm mostrado que a campanha, de modo isolado, é insuficiente, potencialmente questionável para reduzir mortes por suicídio e em algumas configurações, pode ter efeitos contrários aos pretendidos.

Esta cartilha foi elaborada para profissionais da área da saúde mental com quatro objetivos:

- Reunir informações relevantes sobre a prevenção a suicídio no Brasil;
- Oferecer um panorama atualizado das evidências científicas sobre campanhas de conscientização e estratégias de prevenção ao suicídio;
- Esclarecer aspectos éticos e legais, incluindo a comunicação responsável sobre o tema;
- Propor reflexões sobre o que deve ser considerado pelo profissional antes de aceitar participar de ações associadas ao Setembro Amarelo, como palestras em escolas, empresas e organizações.

Repensar a própria prática profissional, é uma tarefa fundamental a todos os profissionais, especialmente àqueles que se dedicam ou desejam trabalhar com suicidologia. A leitura desta cartilha pode ser incômoda em alguns trechos. Acreditamos, porém, que esse desconforto pode vir a ser produtivo, pois ao lado dos questionamentos, oferecemos convites reflexivos e orientações concretas que podem funcionar como pequenos guias para sua prática. Onde apontamos um problema, também tentamos indicar um caminho.

A quem se destina esse material e quais as nossas expectativas: Escrevemos para profissionais da saúde mental, da clínica privada à saúde pública, da docência à atuação institucional, e para demais profissionais de saúde convocados a participar de ações de prevenção do suicídio. Não esperamos que o leitor abandone ou abomine o Setembro Amarelo, mas que saia desta leitura capaz de qualificar sua participação, distinguir as informações que têm respaldo científico daquilo que se baseia em achismo e desinformação. Que possa ter segurança para reconhecer riscos e recusar, quando necessário, propostas e ações que exponham pessoas vulneráveis.

Uma observação sobre tom: A crítica que fazemos aqui é exclusivamente dirigida ao desenho da campanha, às evidências e aos incentivos institucionais que a cercam. Em nenhum momento nosso objetivo é apontar erros ou criticar aqueles que, de boa-fé, iluminam prédios e monumentos de amarelo ou aceitam dar uma palestra pontual em setembro.

2. Diferenciando o Setembro Amarelo do Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio

As duas campanhas compartilham objetivos de conscientizar a população, disseminar informações sobre o suicídio e promover ações visando sua prevenção. Há, porém, algumas peculiaridades importantes que as diferenciam: origem, governança e alcance.

2.1. Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio

É uma iniciativa global. O primeiro Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio foi realizado em 10 de setembro de 2003, fruto de uma parceria entre a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP) através do Dr Diego de Leo e a Organização Mundial da Saúde (OMS) por intermédio do Dr José Manoel Bertolote, que reconhecem o suicídio como problema de saúde pública. Desde então, a data mobiliza anualmente governos, instituições e a sociedade civil chegando, em anos recentes, a mais de sessenta países.

O objetivo da campanha é conscientizar a população mundial sobre o fenômeno do suicídio, seu impacto e as principais estratégias de prevenção. A partir desse marco global da saúde pública, a OMS passou a propor acordos e estratégias de cooperação internacional para reduzir o comportamento suicida e, consequentemente, a mortalidade por suicídio em todo o mundo.

As ações da OMS diante do contexto de prevenção do suicídio não se esgotam no Dia Mundial de Prevenção, há também a iniciativa Live Life, que foca em intervenções baseadas em evidências com o objetivo de restringir o acesso a meios letais, comunicação responsável pela mídia, desenvolvimento de habilidades socioemocionais em adolescentes e identificação, avaliação, manejo e seguimento de pessoas afetadas por comportamentos suicidas.

2.2. O Setembro Amarelo

É uma campanha totalmente brasileira, criada em 2014 e inspirada no Dia Mundial da Prevenção do Suicídio. Foi desenvolvida através de uma parceria entre o Centro de Valorização da Vida (CVV), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) com o intuito de expandir as ações de conscientização e prevenção do suicídio ao longo de todo o mês de Setembro.

A intenção dos idealizadores da campanha era engajar a população no cuidado e prevenção do suicídio por um período mais alongado, dado o impacto que as mortes por suicídio têm na sociedade brasileira.

A campanha frequentemente utiliza lemas anuais, e promove a iluminação de monumentos e edifícios públicos com a cor amarela, além da distribuição de materiais informativos e a realização de eventos educativos em todo o país. Atualmente a campanha tem a marca registrada pela ABP e seus principais objetivos são:

- Conscientizar a população sobre os fatores de risco e de proteção para o comportamento suicida;
- Ampliar a consciência pública e oferecer orientação adequada para o tratamento de transtornos mentais;
- Psicoeducar a população a respeito da multifatorialidade associada ao comportamento suicida;
- Quebrar tabus e reduzir os estigmas associados às questões de saúde mental;
- Estimular diálogos sobre o tema e incentivar a busca por ajuda profissional;
- Divulgar os serviços de suporte à crise, como o CVV.

E por que amarelo?

Em 1994, nos Estados Unidos, um jovem conhecido por dirigir um Mustang Amarelo tirou a própria vida. Durante seu funeral, seus amigos e familiares distribuíram aos entes queridos presentes cartões de enfrentamento com uma fita amarela e uma mensagem que dizia: “Se você precisar, peça ajuda.”

Essa iniciativa deu origem ao *Yellow Ribbon Suicide Prevention Program*, que se tornou um símbolo internacional de esperança e apoio para todos os que sofrem e enfrentam o comportamento suicida. A partir de então a fita amarela e as mensagens sobre buscar ajuda passaram a simbolizar as campanhas de conscientização e prevenção do suicídio em todo o mundo.

2.3. A Lei nº 15.199/2025

Com a oficialização da campanha do Setembro Amarelo a partir da sanção da Lei 15.199/2025 o poder público, em todas as suas esferas (Federal, Estadual e Municipal), passa a se envolver ativamente nas ações que anteriormente eram coordenadas apenas por entidades civis.

Nesse contexto, há a autorização e o incentivo para que o poder público, em parceria com instituições, organizações não governamentais (ONGs) e a sociedade civil promovam atividades, eventos e campanhas de conscientização e prevenção ao suicídio ao longo de todo o mês de Setembro.

A oficialização garante a continuidade e a abrangência das ações, assegurando que a campanha seja realizada anualmente em todo o território nacional e também permite maior integração das ações do Setembro Amarelo com as políticas públicas existentes no âmbito da saúde mental, colocando a prevenção do suicídio no topo da agenda governamental.

Essa parceria entre Estado e sociedade civil visa maximizar o impacto das ações de prevenção do suicídio no país.

3. Epidemiologia: o que dizem os números

Ao começar a estudar intervenções e possibilidades de atuação no campo da suicidologia, é importante compreender os números e o que eles mostram em termos de incidência e prevalência em relação às violências autoprovocadas e às mortes por suicídio. A principal fonte de dados nesse campo são os Boletins Epidemiológicos organizados pelo Ministério da Saúde. Esse material reúne os registros oficiais de óbitos por suicídio (Sistema de Informações sobre Mortalidade, SIM) e as notificações de violência autoprovocada (Sinan) entre 2010 e 2021 (Brasil, 2024). Além disso, para aprofundar a compreensão e estender o panorama a 2022 e 2023, nos apoiamos na análise de Cipriano et al publicada em 2025.

3.1. Panorama epidemiológico atual

Em 2024, o Brasil registrou 16.747 suicídios, o equivalente a uma morte a cada 34 minutos. O sexo masculino respondeu por 77,9% desses óbitos. Ainda assim, o suicídio ocupou a 29ª posição entre as causas de morte no país: uma posição baixa não porque o problema seja pequeno, mas porque concorre com um conjunto muito maior de doenças que atingem majoritariamente pessoas idosas. O quadro muda quando se olha para as faixas etárias mais jovens, como veremos adiante (Brasil, 2024).

Entre 2010 e 2024, a taxa nacional padronizada por idade de suicídio subiu 50,6%, passando de 5,55 para 8,36 óbitos por 100 mil habitantes. O salto mais expressivo ocorreu entre 2020 e 2021, janela que inclui o primeiro ano da pandemia, com um aumento de 9,4%. Dados de 2023 indicam uma possível desaceleração do crescimento das taxas, enquanto em 2024 houve redução discreta da taxa de suicídio. Não obstante, não é possível afirmar que

haja uma inversão da tendência, uma vez que esses resultados podem decorrer de oscilação das estimativas, variabilidade na qualidade dos dados, ou processos de estabilização pós-pandemia.

O risco não se distribui de forma uniforme entre sexos e idades, e essa distribuição é um dos pontos importantes para campanhas de alcance genérico. Entre meninas e mulheres, observa-se maior risco entre as jovens e adultas, de 20 a 49 anos de idade. Entre homens, no entanto, o aumento acentuado dos suicídios na população jovem tem resultado em alterações do padrão de risco dessa população. Em 2024, o maior risco de suicídio se concentrou entre os adultos jovens, de 20 a 39 anos. Homens de 40 a 60 anos apresentaram taxas progressivamente menores que as de adultos jovens, com um segundo pico de risco após os 70 anos de idade (Corassa, Lima e Sá, 2026). Em 2024, o suicídio foi a terceira causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos e a quarta entre jovens de 20 a 29 anos (Brasil, 2024). A análise de 2013 a 2023 aponta na mesma direção: o maior crescimento estatisticamente significativo da mortalidade ocorreu entre jovens de 20 a 29 anos, e as mulheres de 15 a 19 anos foram o único recorte feminino com crescimento relevante no período (Cipriano et al., 2025). Dois extremos etários, o homem idoso e a mulher jovem, concentram o risco mais alto, e nenhum dos dois é o público típico mobilizado por uma campanha de setembro voltada a redes sociais e ambientes de trabalho. Há também desigualdade regional relevante. Em 2024, o Acre sustentou a maior taxa de suicídio do país (14,3/100 mil habitantes), superando o Rio Grande do Sul (13,9/100 mil).

As notificações de violência autoprovocada, registradas em um sistema diferente, o Sinan, que capta lesões autoprovocadas atendidas nos serviços de saúde, mostram um padrão quase espelhado ao dos óbitos: em 2021 foram 114.159 notificações, das quais 70,3% em mulheres e 60,2% do total ocorreram na faixa de 20 a 49 anos (Brasil, 2024). Mulheres notificam mais tentativas; homens morrem mais. Essa é uma das expressões mais bem documentadas do chamado paradoxo de gênero no comportamento suicida.

Embora as taxas de suicídio no Brasil ainda sejam inferiores à média global, sua trajetória crescente contrasta com a redução observada mundialmente. Os dados nacionais também apresentam lacunas estruturais, que não se distribuem de forma uniforme e podem afetar particularmente a compreensão do fenômeno entre populações mais vulneráveis e menos alcançadas por campanhas de conscientização.

A subnotificação de suicídio é um problema reconhecido, e diferentes estudos têm buscado estimar sua magnitude. Um estudo realizado em São Paulo, em 2015, ao comparar os registros do SIM com dados da Segurança Pública complementados por informações do IML, identificou um número de suicídios 7,5% superior na fonte da Segurança Pública em relação ao SIM. No Rio de Janeiro, cruzamento semelhante, desta vez usando óbitos registrados como “intenção indeterminada”, fez o número de suicídios identificados em um único ano saltar de 188 para 513, um aumento de 172,9% (Gianvecchio & Mello Jorge, 2022).

Um estudo em Recife, ao revisar os dados de óbitos por intenção indeterminada registrados no Instituto de Medicina Legal entre 2000 e 2014, estimou uma subnotificação de 23,7% no número de suicídios de adolescentes na capital pernambucana (Silva, 2017). Em outra análise nacional mais recente, a redistribuição de óbitos causas *garbage* elevou em 13,7% o número estimado de suicídios entre adolescentes de 10 a 19 anos no período de 2000 a 2022, para 22.591 (Corassa et al., 2025). Já o Estudo Carga Global de Doença (GBD) estimou, em 2023, um total de 20.129 suicídios no Brasil, número 18,4% superior ao registrado no Sistema de Informação sobre Mortalidade (16.747) (IHME, 2025).

4. Campanhas

Quando chega Setembro gestores, educadores, profissionais de saúde, especialmente psicólogos, sentem que precisam fazer alguma coisa relacionada ao tema, no entanto, muitas das vezes não há clareza sobre o que realmente ajuda, que tipo de ações são efetivas e se há algum prejuízo em propor ações isoladas. Reunimos aqui, de forma direta e objetiva, o que dizem as pesquisas mais recentes sobre prevenção do suicídio no Brasil e no mundo.

Entendemos que observar os impactos das campanhas sob uma perspectiva mundial reforça a importância de ancorar nossas ações no que está descrito e tem sido estudado, minimizando, assim, o impacto de propor atividades que, mesmo sem a intenção, podem ser deletérias e causar algum mal.

Reforçamos também que nosso objetivo com esse material não é, **em hipótese alguma, desencorajar ações de prevenção ao suicídio, mas ajudar os profissionais a decidir com clareza e com base na ciência, de que forma e com o que vale a pena se engajar**. Além disso, nas seções anteriores, trazemos reflexões sobre aspectos relevantes para embasar suas propostas de ação.

4.1. O que dizem as pesquisas sobre campanhas de conscientização

As campanhas de conscientização funcionam e são eficazes, mas existem algumas limitações importantes que precisam ser consideradas. É sobre elas que vamos dedicar toda essa seção.

A boa notícia é que as campanhas costumam ampliar o quanto as pessoas sabem sobre o tema, ou seja, melhoram o acesso a informações e, outro impacto positivo, é que elas facilitam os diálogos e favorecem com que as pessoas se abram para buscar ajuda (Scavacini, 2018; Pirkis et al., 2019; van der Burgt et al., 2020). O impacto na busca de ajuda pode ser tão positivo que um estudo observou que algumas campanhas foram capazes de aumentar a quantidade de ligações para linhas de apoio no estado do Oregon, nos Estados Unidos, nos 30 dias seguintes ao lançamento de uma campanha de mídia local (Gould et al., 2024).

Como nosso objetivo aqui também é refletir e apresentar alguns efeitos não esperados e menos bem sucedidos dessas campanhas, devemos lembrar que os efeitos positivos costumam ser pontuais. Um exemplo disso foi um estudo com quase mil jovens adultos em ambiente online em que, apesar de as pessoas acharem as campanhas úteis, isso não muda, na prática, os fatores que colocam alguém em risco real (Pashak et al., 2022). E mais, os dados de busca no Google confirmam o mesmo padrão: o interesse do público pelo tema sobe bastante em setembro e praticamente desaparece no resto do ano (Trivedi et al., 2021).

Algumas campanhas podem influenciar na redução de estigmas associados ao comportamento suicida, ampliar o conhecimento e a procura de ajuda, fatores que, por sua vez, podem se relacionar com a diminuição do risco. No entanto, campanhas isoladas não constituem uma estratégia abrangente de redução do risco de suicídio nem há evidência robusta de reduzir mortalidade por si só.

4.2. Conscientização não é o mesmo que redução da mortalidade

O desfecho mais grave do comportamento suicida são as mortes por suicídio e, quando avaliamos as campanhas sob essa ótica, outros pontos de atenção surgem e devem ser melhor compreendidos.

As melhores evidências indicam que a redução de mortes por suicídio depende de estratégias combinadas e sustentadas a longo prazo. Como já vimos acima, entre as intervenções recomendadas pela OMS no LIVE LIFE estão limitar o acesso a meios letais, promover comunicação responsável, desenvolver habilidades socioemocionais em adolescentes e assegurar identificação precoce, manejo e seguimento de pessoas com

comportamento suicida. Ainda diante desse contexto, alguns estudos apontam que a capacitação de profissionais, o acesso oportuno ao cuidado e programas escolares estruturados podem integrar esse conjunto de ações (WHO, 2021; Hofstra et al., 2020; Walsh et al., 2022).

Outro ponto relevante a ser destacado é que as campanhas isoladas de mídia raramente aparecem como intervenções com forte evidência quando se considera o recorte da redução de mortalidade. Quando falamos especificamente do Setembro Amarelo, as avaliações disponíveis na literatura não encontraram nenhuma redução nas taxas de suicídio associadas à campanha desde seu início, em 2015 (Cruz et al., 2024; Silva, 2025). O estudo de Damiano et al. (2024) identificou mudanças estatisticamente significativas na tendência temporal das taxas de suicídio após o início da campanha. Esse achado demonstra uma associação temporal, mas não nos permite concluir que o Setembro Amarelo tenha causado a mudança observada. A associação justifica investigação adicional sobre fatores concomitantes e possíveis efeitos não intencionais, sem atribuição causal.

Na prática, isso significa reconhecer que a visibilidade, isoladamente, não constitui estratégia suficiente de prevenção. Campanhas precisam estar articuladas a acesso oportuno ao cuidado, capacitação adequada, seguimento, vigilância, avaliação de resultados e outras intervenções baseadas em evidências.

4.3. O que ainda não sabemos e por que isso importa

Há pouca evidência específica sobre como campanhas de conscientização afetam pessoas em risco elevado de suicídio, especialmente aquelas com ideação recorrente ou histórico de tentativas prévias. A maior parte das avaliações disponíveis analisa indicadores populacionais ou desfechos gerais, o que limita conclusões sobre segurança, benefício e possíveis efeitos adversos em grupos mais vulneráveis.

Outro ponto relevante e que merece a nossa atenção é que os estudos internacionais, especialmente os que falam sobre prevenção do suicídio em adolescentes, não incluem países de baixa ou média renda como o Brasil, o que implica em uma lacuna importante e que merece atenção (Poudel et al., 2025). Já os estudos mais críticos a respeito de campanhas anti-estigma, alertam que mesmo depois de mais de 20 anos de campanhas de grande visibilidade em outros países, os efeitos de longo prazo não se sustentam e há pouca atenção a possíveis consequências indesejadas (Walsh & Foster, 2021).

Um estudo brasileiro investigou a experiência de pacientes psiquiátricos ambulatoriais de alto risco acompanhados em um serviço universitário especializado em casos de depressão de difícil tratamento e comportamento suicida (Beiram et al., 2026). Os relatos dos participantes foram heterogêneos: alguns descreveram conforto ou validação ao ver o tema discutido, enquanto outros relataram aumento de sofrimento ou de pensamentos suicidas após contato com materiais da campanha. Por se tratar de uma amostra clínica pequena, de alto risco e vinculada a um serviço especializado, esses achados não podem ser generalizados para a população brasileira nem estabelecem que a campanha tenha causado as reações relatadas. Contudo, o estudo reforça a necessidade de avaliar segurança, continuidade do cuidado e a experiência de pessoas vulneráveis e os impactos diretos das campanhas.

Campanhas que ampliam a exposição ao tema sem oferecer caminhos claros de cuidado podem mobilizar sofrimento em algumas populações vulneráveis. Isso não significa deixar de comunicar, mas planejar a ação com proteção adicional, informações de ajuda, possibilidade de acolhimento, canais de ajuda e continuidade de cuidado.

A vulnerabilidade, porém, não se limita a quem já tentou suicídio. Além dos indivíduos em sofrimento e das pessoas que vivem o dia a dia do comportamento suicida de perto, outro grupo vulnerável às campanhas são os enlutados por suicídio.

Pesquisas mostram que essa é, de fato, uma população de risco elevado. Um levantamento nacional no Reino Unido, com mais de 7 mil pessoas enlutadas por suicídio, encontrou que mais de um terço relatou ideação suicida após a perda, e 8% chegaram a tentar suicídio como consequência direta dela. Como a amostra foi auto selecionada e majoritariamente feminina, os resultados não devem ser interpretados como estimativas representativas de toda a população britânica nem permitem estabelecer causalidade (McDonnell et al., 2022).

Para algumas pessoas enlutadas por suicídio, setembro pode ser particularmente mobilizador e até agressivo. A exposição repetida a mensagens sobre o tema, sobretudo quando simplificam causas, sugerem culpados ou apresentam a prevenção como plenamente controlável, pode reativar sentimentos de culpa, estigma e questionamentos sobre a perda. Por isso, campanhas devem considerar explicitamente as necessidades de sobreviventes enlutados.

No Brasil, essa preocupação vem sendo explicitamente trazida para o debate pela Associação Brasileira dos Enlutados pelo Suicídio (ABRASES). Em sua Carta Aberta à Sociedade sobre o Setembro Amarelo (2026), a associação reconhece a importância da campanha, mas alerta para abordagens que divulgam informações incorretas, simplificam a complexidade do suicídio, patologizam o fenômeno ou recorrem a discursos morais, religiosos e excessivamente positivos, que podem ser insensíveis tanto às pessoas em sofrimento quanto às pessoas enlutadas. A entidade também desenvolveu a campanha “E SE...” (ABRASES, 2023), reuniu depoimentos de sobreviventes enlutados, produziu orientações específicas sobre como atravessar o Setembro Amarelo após uma perda por suicídio e vem promovendo ações de formação sobre comunicação segura, prevenção, posvenção e acolhimento de pessoas enlutadas. Essas iniciativas apontam para uma dimensão frequentemente esquecida: uma campanha de prevenção também precisa ser uma campanha responsável com aqueles para quem o suicídio já aconteceu. Prevenir não pode significar, ainda que involuntariamente, responsabilizar quem ficou.

Um grande exemplo dessa redução do fenômeno a uma causalidade linear é a divulgação da informação de que “90% dos suicídios poderiam ser prevenidos”. Esse enunciado não deve ser apresentado como estimativa científica de previsibilidade. Estudos de autópsia psicológica encontraram alta frequência de transtornos mentais entre pessoas que morreram por suicídio, mas prevalência de transtorno mental e proporção de mortes evitáveis são medidas diferentes. Quanto maior a atenção dirigida ao cuidado em saúde mental, maiores as chances de um prognóstico positivo no sentido de melhora na qualidade de vida e na construção de uma vida que valha a pena ser vivida.

Quando mensagens simplificadoras são amplamente repetidas, elas podem intensificar culpa e autocensura em algumas pessoas enlutadas, sobretudo quando sugerem que a morte poderia ter sido evitada por uma ação individual específica. Essa relação não é universal, mas reforça a necessidade de comunicação que reconheça a complexidade e a multifatorialidade do suicídio.

Pesquisas sobre luto por suicídio e posvenção mostram que os enlutados frequentemente desenvolvem narrativas de autculpa diante da perda, o que aumenta o risco de adoecimento mental e, paradoxalmente, o próprio risco de suicídio entre eles (Scavacini et al, 2020; Gibbons, 2024).

No Brasil, a situação é ainda mais delicada: o suporte a enlutados por suicídio segue pouco estruturado dentro do sistema público de saúde, concentrado principalmente em grupos de apoio mantidos por organizações não governamentais, sem uma rede de retaguarda garantida pelo poder público (Scavacini, 2011; Dantas et al., 2022). Os enlutados acabam revivendo dores, sofrendo muito mais com seus processos de luto e sendo ainda mais estigmatizados.

Campanhas de prevenção ao suicídio também devem levar em consideração a realidade dos sobreviventes enlutados por suicídio, especialmente por se tratar de uma população com risco elevado de desenvolver comportamento suicida.

4.4. O paradoxo da visibilidade

Há uma diferença importante entre dar visibilidade a um tema e promover o acesso ao cuidado para quem precisa. A campanha massiva promovida no Brasil no mês de setembro amplia a primeira, mas não necessariamente a segunda.

Para compreendermos essa questão de um jeito mais simples, vamos olhar para um estudo em que os pesquisadores compararam, a partir de um modelo estatístico, o efeito de aumentar a conscientização da população versus aumentar o acesso a atendimento profissional. Nas seções acima aprendemos que as duas estratégias podem ajudar a reduzir o suicídio, no entanto, o que esse estudo identificou foi que investir em acesso tem impacto proporcionalmente maior do que investir só em conscientização (Claudio et al., 2023). Sendo assim, fica claro que aumentar a visibilidade de um tema também expõe o tamanho da demanda represada e, se o sistema de saúde não tem capacidade para atender essa demanda, a visibilidade sozinha pode gerar frustração e ampliar o sofrimento ao invés de promover alívio (Scavacini, 2019, Al-Haboubi et al., 2022). Também há evidência de que materiais de conscientização podem, em alguns casos, ter efeitos psicológicos não intencionais, variando de pessoa para pessoa conforme sua história e seus sintomas prévios (Foulkes & Andrews, 2023).

A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) organiza a atenção psicossocial no SUS (Sistema Único de Saúde) por meio de diferentes pontos de cuidado, incluindo atenção básica, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e hospitais gerais. A disponibilidade e a capacidade de resposta, contudo, variam entre territórios e serviços. Por isso, ações de prevenção ao suicídio devem ser acompanhadas de educação e capacitação permanente das equipes e de fluxos locais claros para acolhimento, avaliação, encaminhamento e seguimento.

No Brasil, o acesso ao cuidado em saúde mental é marcado por desigualdades territoriais, socioeconômicas e de oferta de serviços. Assim, ações de prevenção precisam considerar não apenas o incentivo à busca de ajuda, mas também a existência, a acessibilidade e a continuidade dos recursos disponíveis no território. Prevenir o suicídio requer tratar o cuidado em saúde mental como direito e enfrentar barreiras concretas de acesso. Esse é um dos gargalos estruturais que precisa ser levado em consideração antes de qualquer ação de setembro que convide as pessoas a “buscar ajuda”

Antes de planejar uma ação pontual em setembro, pergunte o que acontecerá com as pessoas que decidirem buscar ajuda após a atividade. Há quem possa acolher? Existe fluxo de encaminhamento? Os serviços indicados estão disponíveis? Se a resposta for não, a ação precisa ser redesenhada para incluir retaguarda, encaminhamento e manejo das demandas que possam ser mobilizadas (Scavacini, 2022)

Quer fazer uma ação em setembro? Então se pergunte: o que é possível construir considerando a promoção de saúde mental ao longo dos 12 meses do ano?

Para ajudar a decidir se e como agir em Setembro:

- Conscientização tem valor real, mas não é prevenção por si só. Trate-a como o primeiro passo, não como o plano inteiro.
- Antes de amplificar uma mensagem, pergunte-se se existe um caminho de cuidado de verdade por trás dela, ou só um convite a “buscar ajuda” sem dizer como e nem explicar onde encontrá-la?
- A mensagem individualiza a dor e responsabiliza a pessoa a buscar ajuda.
- Ações pontuais, concentradas em um mês e sem continuidade, tendem a repetir o padrão amplamente documentado em pesquisas: visibilidade sem impacto real.
- O compromisso que realmente ajuda é estrutural e contínuo: políticas públicas, garantia de acesso, capacitação profissional e garantia de acompanhamento.

5. Legislação e ética profissional

5.1. Legislação federal

No Brasil, a prevenção do suicídio não está juridicamente circunscrita ao Setembro Amarelo. O principal marco federal é a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio como estratégia permanente do poder público. A lei estabelece que sua implementação deve ocorrer de forma articulada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com participação da sociedade civil e de instituições privadas. Entre seus objetivos estão a promoção da saúde mental, a prevenção da violência autoprovocada, a ampliação do acesso à atenção psicossocial, a assistência a familiares e pessoas próximas de quem morreu por suicídio, a articulação entre diferentes setores, o aprimoramento da produção de dados e a educação permanente de profissionais.

Essa distinção é importante para a prática profissional. A política nacional não estabelece a conscientização pública como estratégia isolada. Ao contrário, associa prevenção a acesso ao cuidado, assistência psicossocial, formação profissional, articulação entre serviços e produção qualificada de informações. Dessa perspectiva, campanhas podem integrar uma política de prevenção, mas não a substituem.

A Lei nº 15.199, de 8 de setembro de 2025, tem outra função. Ela instituiu formalmente a campanha Setembro Amarelo em todo o território nacional, definiu o dia 10 de setembro como Dia Nacional de Prevenção do Suicídio e o dia 17 de setembro como Dia Nacional de Prevenção da Automutilação. A lei prevê atividades de conscientização em saúde mental e autoriza o poder público a apoiar ações educativas, palestras, campanhas de mídia e outras iniciativas durante o mês de setembro. Portanto, sua existência fornece respaldo legal à realização da campanha, mas não estabelece que toda ação realizada em setembro seja, por si, uma intervenção efetiva de prevenção do suicídio. A qualidade técnica, o desenho da atividade, a população envolvida, a existência de retaguarda assistencial e os possíveis riscos continuam precisando ser avaliados.

A Política Nacional instituída em 2019 também foi ampliada posteriormente. A Lei nº 14.531/2023 determinou a inclusão de ações específicas de prevenção do suicídio dirigidas a integrantes das carreiras policiais. Em 2025, a Lei nº 15.231 ampliou as disposições relacionadas ao ambiente educacional, incluindo a comunicação ao Conselho Tutelar de ocorrências e dados relativos a casos de violência envolvendo estudantes, especialmente automutilações, tentativas de suicídio e suicídios. Já a Lei nº 15.232/2025 determinou que a política considere as características e necessidades de pessoas psicossocialmente mais vulneráveis e daquelas expostas a condições associadas a maior risco de violência autoprovocada. Essas modificações são importantes porque reconhecem juridicamente algo central para a prevenção: risco e vulnerabilidade não se distribuem de maneira homogênea pela população.

No contexto escolar, há ainda outro marco relevante. A Lei nº 14.819/2024 instituiu a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares, a qual prevê articulação permanente entre educação, saúde e assistência social, acesso à atenção psicossocial, formação continuada dos profissionais, participação da comunidade escolar e divulgação de informações cientificamente verificadas sobre saúde mental. A execução deve se articular com o Programa Saúde na Escola, com a RAPS e com a atenção primária. A própria lei determina sua articulação com a Lei nº 13.935/2019, que prevê serviços de Psicologia e Serviço Social nas redes públicas de educação básica por meio de equipes multiprofissionais.

Esse conjunto normativo merece atenção quando psicólogas e psicólogos recebem convites para palestras em escolas. A legislação federal aponta para uma compreensão de atenção psicossocial baseada em continuidade, integração de serviços, participação da comunidade e articulação territorial. Uma palestra pode compor esse conjunto de ações, mas não deveria ser confundida com a própria política de cuidado.

Também deve ser considerada a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018. Informações referentes à saúde são classificadas como dados pessoais sensíveis. Isso é especialmente relevante quando ações de prevenção envolvem formulários, identificação de pessoas em sofrimento, rastreamento, registros de procura por ajuda, encaminhamentos ou compartilhamento de informações entre escola, empresa, profissionais e serviços de saúde. O tratamento desses dados deve observar finalidade, necessidade, segurança, prevenção de danos e as hipóteses legais aplicáveis ao tratamento de informações sensíveis.

5.2. Normativas do Conselho Federal de Psicologia

Atualmente, não há uma resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) específica para o manejo do comportamento suicida. Isso não significa ausência de parâmetros profissionais. A atuação de psicólogas e psicólogos deve observar o Código de Ética Profissional e as demais normas que regulamentam o exercício da profissão.

Entre os princípios mais importantes estão a responsabilidade profissional, a atuação dentro dos limites da própria capacitação teórica e técnica, a proteção da integridade da pessoa atendida, o sigilo profissional e a realização de encaminhamentos quando necessários. Em situações envolvendo risco de suicídio, esses princípios precisam ser analisados de maneira articulada, considerando tanto a proteção da pessoa quanto os limites da confidencialidade.

O CFP também produz materiais técnicos e orientativos sobre suicídio e prevenção. Embora esses documentos não tenham o mesmo caráter obrigatório de uma resolução, oferecem referências importantes para uma atuação fundamentada, ética e coerente com a complexidade do fenômeno.

5.3. Sigilo e suas tensões éticas

No Código de Ética Profissional do Psicólogo, o sigilo profissional é um dever de psicólogos(os), como consta no artigo 9º:

“Art. 9º — É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional.” (p. 13)

Isso pode gerar dúvidas e questionamentos sobre tomada de decisão no atendimento de casos com risco de suicídio, pois a quebra de sigilo feriria tal dever. Um olhar no próximo artigo auxilia no manejo dessa complexidade:

“Art. 10 — Nas situações em que se configure conflito entre as exigências decorrentes do disposto no Art. 9º e as afirmações dos princípios fundamentais deste Código, excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo. Parágrafo único — Em caso de quebra do sigilo previsto no caput deste artigo, o psicólogo deverá restringir-se a prestar as informações estritamente necessárias.” (p. 13)

Alguns dos princípios fundamentais referidos são a promoção da **integridade**, da **saúde** e da **qualidade de vida**. Portanto a quebra de sigilo pode - e, em alguns casos, deve - ser tomada pela(o) psicóloga(o). Em uma situação em que uma pessoa atendida verbaliza que deseja tirar a própria vida e não se mostra aberta a intervenções de quem a está atendendo, acionar a rede de apoio para auxiliar na segurança da integridade física da paciente é a decisão que visa o menor prejuízo. Isso não quer dizer que toda e qualquer fala sobre suicídio deve ter o sigilo quebrado. É fundamental que a(o) psicóloga(o) tenha capacitação adequada para fazer a avaliação de risco para a tomada de decisão clínica coerente.

5.4. Notificação compulsória

Casos confirmados ou suspeitos de violência autoprovocada são de notificação obrigatória desde 2011 (Portaria MS/GM nº 104/2011). Desde 2014 (Portaria MS/GM nº 1.271/2014), a notificação de tentativa de suicídio tem caráter imediato, devendo ser comunicado à autoridade sanitária municipal em até 24 horas após o atendimento.

Em 2019, a lei federal nº 13.819/2019 forneceu status normativo superior à obrigatoriedade da notificação, além de ampliar a responsabilidade de notificação para instituições de ensino:

“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.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência autoprovocada:

I — o suicídio consumado;

II — a tentativa de suicídio;

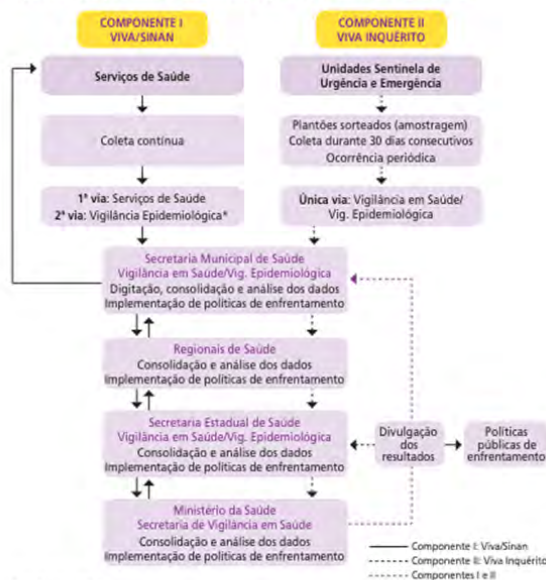
III — o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida.”

É importante salientar que a notificação tem caráter sigiloso, tendo função estritamente epidemiológica. Caso o profissional atenda, no consultório particular, um caso que apresentou comportamento autolesivo ou suicida, ele deve fazer o preenchimento da ficha de notificação do Sinan e ela deve ser enviada para Vigilância Epidemiológica do local do atendimento (município em que o consultório está localizado). Esse órgão faz a digitação da ficha e a envia para consolidação seguindo as esferas regionais, estaduais e o Ministério da Saúde, respectivamente.

A notificação é uma obrigação legal, estabelecida na Lei Federal nº 6.259/1975, no Art. 8º. Deixar de realizar a notificação é infração sanitária (Lei Federal nº 6.437/1977, Art. 10, incisos VI e XXIX) e crime contra a saúde pública (Código Penal, Art. 269).

Quando a violência autoprovocada ocorrer com uma criança ou adolescente, o conselho tutelar deverá ser comunicado também.

Figura 2 – Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes



Fonte: Viva Sinan/VVS/MS.

*Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar), de acordo com a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA). Tratando-se de casos de violência contra pessoas idosas, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso) ou para os órgãos de responsabilização (Delegacias Gerais ou Especializadas), em conformidade com as leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e nº 12.463/2011.

Retirado de “Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada”, página 73. Acesso em 21 de julho de 2026.

5.5. Por que a notificação adequada é importante?

Para termos políticas públicas eficazes para a prevenção do suicídio, precisamos de registros condizentes com a realidade. Tendo a notificação adequada, o Ministério da Saúde identifica quais municípios precisam de mais recursos para tomar medidas assertivas e efetivas para reduzir quantidades de óbitos e de tentativas de suicídio. Além disso, a compilação de notificações sobre aspectos raciais, étnicos, grupos etários e de gênero permite que o Ministério da Saúde possa planejar intervenções específicas para auxiliar no enfrentamento do problema. Por exemplo: campanhas voltadas para conscientização de sinais de depressão pós-parto, estratégias de identificação de sinais de alerta em adolescentes em escolas e de manejo breve para encaminhamento de adolescentes em risco para tratamento, campanhas visando a redução de estigma de homens em risco de suicídio procurarem ajuda sem que isso seja visto como fraqueza.

5.6. Passo a passo de como fazer a notificação

1. Fazer o download da ficha de notificação de violência autoprovocada (ver seção “Informações Úteis”);
2. Imprimir a ficha;
3. Preencher a ficha em duas vias, conforme as informações obtidas da pessoa atendida e suspeita clínica da(o) profissional;
4. Anexar uma via no prontuário da pessoa atendida;
5. Encaminhar a segunda via para o serviço de vigilância epidemiológica do município do local de atendimento;
6. Verificar com a secretaria municipal de saúde quais são os fluxos locais para encaminhamento da ficha de notificação e para a comunicação imediata de tentativas de suicídio, se não as tiver mapeado previamente.

Importante ressaltar: os casos **suspeitos** ou confirmados de violência autoprovocada devem ser notificados. Não é necessária a confirmação antes de notificar se as informações obtidas indicarem uma suspeita da pessoa atendida ter feito uma tentativa de suicídio ou um episódio autolesivo.

Se houver dúvidas sobre o preenchimento, recomenda-se a consulta do “Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada” para mais informações ou entrar em contato com a vigilância epidemiológica do seu município de atendimento para esclarecimento delas.

6. O que não fazer e sugestões do que fazer

Antes de pensar em formatos de campanha, palestras ou conteúdos sobre prevenção do suicídio, aprendemos nas seções anteriores e através dos estudos apresentados que é importante reconhecer que uma ação bem intencionada também pode produzir efeitos indesejados quando não considera o contexto, o público, a linguagem utilizada e a existência de uma rede de cuidado. Alguns erros se repetem com frequência na prática profissional e institucional, especialmente durante o Setembro Amarelo.

A seguir, organizamos esses cuidados em diferentes contextos de atuação, apresentando, em cada um deles, exemplos do que evitar e sugestões do que pode ser feito de forma mais ética, responsável e sustentada por evidências.

Confusões comuns na participação profissional em campanhas e ações institucionais:

No espaço clínico:

- evite conteúdos simplistas, moralizantes, coercitivos ou que reduzam a prevenção a símbolos e frases de efeito.
- Prefira disponibilizar informações claras sobre onde buscar ajuda, como acessar os serviços e o que fazer em situações de crise.
- Se utilizar símbolos da campanha, associe-os a conteúdo responsável e a caminhos concretos de cuidado como o CVV, o Pode Falar e o Mapa da Saúde Mental.

Nas redes sociais e na comunicação pública:

- Não utilize música, imagem ou relato apenas pelo impacto emocional.
- Avalie se o conjunto do conteúdo romantiza ou glamouriza o suicídio, descreve método ou local, simplifica causas, apresenta a morte como solução ou favorece identificação com a pessoa que morreu. Caso sua resposta seja positiva para algum desses itens, reformule o conteúdo ou não o publique.
- Prefira conteúdos que enfatizem ajuda, alternativas de enfrentamento, recuperação e esperança, de acordo com as diretrizes da OMS.

Dica: se pergunte “se eu estivesse em risco de suicídio e visse esse conteúdo, eu me sentiria acolhido, orientado e ajudado?”. Se a resposta for negativa, modificar o conteúdo. Também recomendamos que se baseiem em publicações de perfis de profissionais que estudam e trabalham com o tema o ano todo para a produção de conteúdo responsável, além de consultar o guia feito pela OMS e o guia do Vita Alere para comunicação responsável (disponível nas referências).

Em ações institucionais:

- Evite palestras pontuais sobre prevenção a suicídio em que o acompanhamento posterior não é garantido. Sempre se certifique das ações e cuidados disponíveis na instituição, ou possíveis canais de acolhimento.
- Evite fazer ações de cunho motivacional.

Lembrete: escolha a ação de acordo com a função do público e o objetivo da intervenção. Multiplicadores podem ser treinados para reconhecer sinais, abordar com segurança e encaminhar; profissionais clínicos necessitam formação específica para avaliação, manejo e seguimento; lideranças precisam conhecer fluxos, responsabilidades e condições organizacionais; equipes de comunicação devem dominar comunicação segura. Nenhum treinamento breve, isoladamente, habilita pessoas sem formação clínica a realizar manejo clínico.

Dica: faça treinamentos de intervenções respaldadas pela literatura e, somente após a capacitação técnica, busque as melhores evidências científicas disponíveis para estes ambientes.

Com populações vulneráveis:

- Não faça intervenções sem conhecer as especificidades do público. Letramento é um compromisso ético e não é opcional nesses contextos;
- Evite utilizar termos ou frases que reforcem estigmas enfrentados;
- Não dê explicações simplistas para o ato;
- Não faça julgamentos de valor.

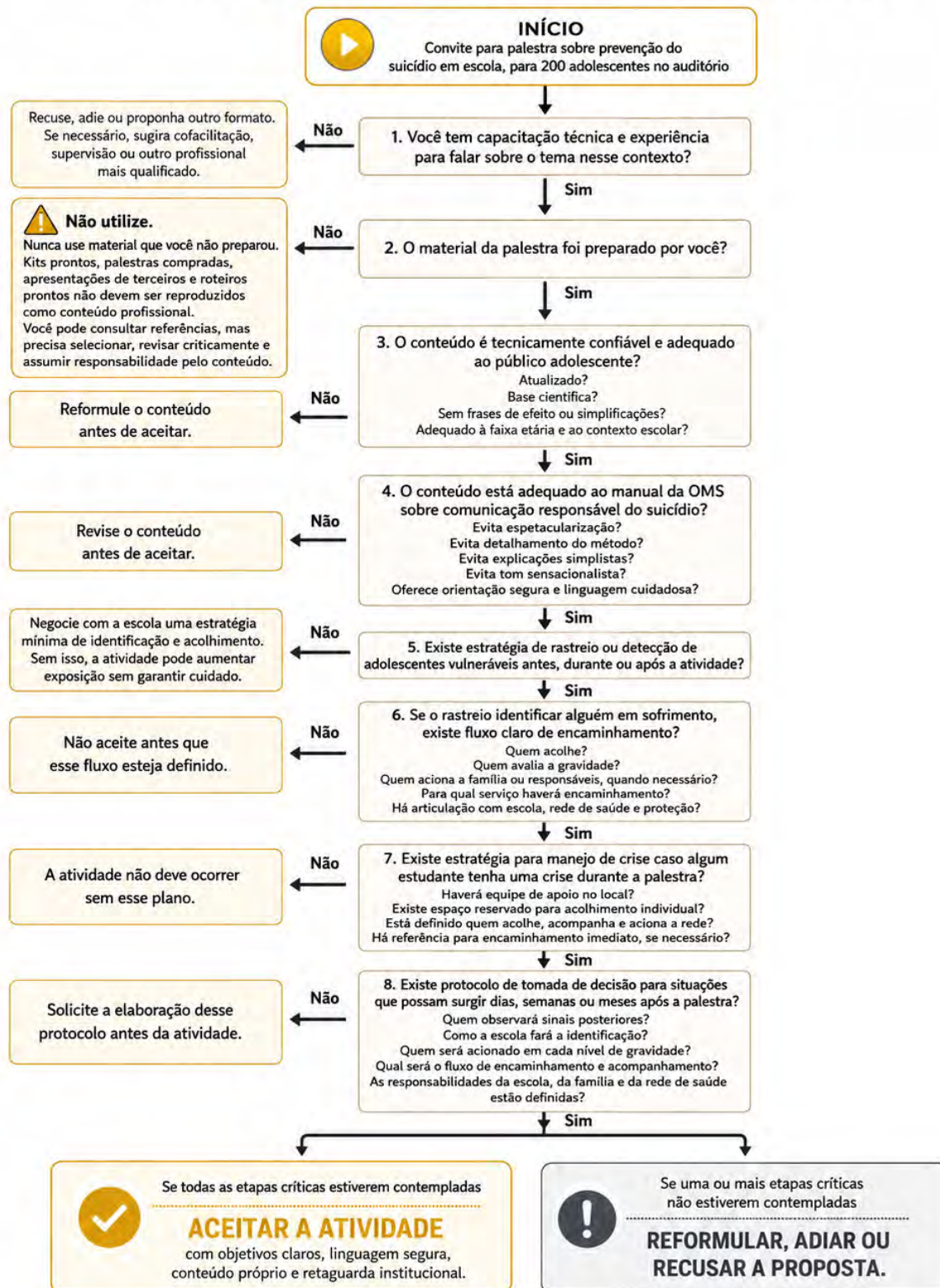
Antes de propor uma ação, compreenda especificidades de populações vulneráveis em questão e opte por uma comunicação que combata estigmas e estereótipos enfrentados.

E lembre-se: está tudo bem declinar de um convite caso você sinta que não está preparado técnica e emocionalmente para atendê-lo, ou as condições de atuação não atendem os requisitos de segurança. Dizer não também é um compromisso ético.

Dica: Veja o fluxograma de tomada de decisão abaixo antes de aceitar uma palestra de prevenção do suicídio durante o setembro amarelo para 200 adolescentes.

Fluxograma de tomada de decisão

Antes de aceitar uma palestra sobre Setembro Amarelo para 200 adolescentes



Aceitar uma palestra sobre suicídio em contexto escolar é uma decisão técnica, ética e contextual.

Fluxograma de tomada de decisão: antes de aceitar uma palestra sobre Setembro Amarelo para 200 adolescentes.

Perceba que existem inúmeros fatores a serem considerados para que a atividade seja feita de maneira técnica e responsável. É essencial ponderar sobre eles antes do aceite para que a atividade proposta seja cientificamente embasada e cuidadosa o suficiente para manejar cenários desafiadores que podem surgir.

7. Cuidados com publicações sobre suicídio nas redes sociais

Falar sobre suicídio nas redes sociais pode contribuir para reduzir o estigma, ampliar o conhecimento e facilitar a busca por ajuda. Ao mesmo tempo, a forma como o tema é apresentado importa. Evidências acumuladas mostram que determinadas formas de retratar o suicídio podem aumentar o risco de comportamentos imitativos entre pessoas vulneráveis, enquanto conteúdos que apresentam possibilidades de enfrentamento, ajuda, recuperação e esperança podem produzir efeitos protetivos. A International Association of Suicide Prevention (IASP) destaca essa diferença a partir dos chamados efeitos Werther e Papageno (Niederkrotenthaler et al., 2010; Niederkrotenthaler et al., 2022; IASP, 2024).

A cartilha **Como falar de forma segura sobre o suicídio**, do Instituto Vita Alere, foi desenvolvida justamente para orientar criadores de conteúdo e outras pessoas que desejam abordar o tema publicamente. Entre seus princípios estão apresentar o suicídio como fenômeno complexo e multifatorial, evitar explicações únicas, incluir informações sobre onde buscar ajuda, divulgar fontes confiáveis, falar sobre possibilidades de tratamento e recuperação e utilizar mensagens que favoreçam esperança e busca por apoio (Scavacini, 2019).

Antes de publicar, analise os possíveis impactos

Uma postagem não é recebida apenas pelo público para o qual foi originalmente pensada. Ela pode chegar a pessoas em diferentes momentos de vida, inclusive àquelas que estão em sofrimento intenso ou vivenciando pensamentos suicidas (Robinson et al., 2023).

Por isso, antes de publicar, pergunte:

- Qual é o objetivo deste conteúdo?
- Esta informação é necessária para compreender o tema?
- Existe alguma parte que possa aumentar identificação, romantização ou exposição desnecessária ao comportamento suicida?
- Estou mostrando possibilidades de enfrentamento, cuidado e busca por ajuda?
- As informações apresentadas são confiáveis e estão atualizadas?

A comunicação segura não significa deixar de falar sobre suicídio. Significa decidir cuidadosamente o que falar, como falar e o que evitar (WHO, 2023; Robinson et al., 2023).

O que evitar (IASP, 2022; Scavacini, 2022)

Alguns cuidados são particularmente importantes:

- Não descreva métodos de suicídio nem forneça detalhes sobre como o ato ocorreu;
- Não divulgue imagens, vídeos, ilustrações ou informações que mostrem o método ou o local utilizado;
- Não publique cartas, mensagens de despedida, áudios ou outros conteúdos íntimos associados a uma morte por suicídio;
- Não romantize, glorifique ou apresente o suicídio como forma de alcançar paz, reconhecimento ou solução para um problema;
- Não procure uma única explicação, causa ou culpado. O comportamento suicida é complexo e multifatorial;

- Evite títulos, imagens ou chamadas construídas principalmente para gerar choque, curiosidade ou engajamento;
- Não utilize expressões que associem o suicídio a sucesso ou fracasso, como “tentativa bem sucedida” ou “tentativa fracassada”;
- Evite linguagem estigmatizante ou que reduza uma pessoa ao comportamento suicida.

A IASP chama atenção especialmente para método e localização. A comunicação pública contendo esses detalhes tem sido associada a maior risco de imitação, razão pela qual a recomendação é utilizar termos gerais quando alguma informação sobre o ocorrido for realmente necessária (IASP, 2022).

O que priorizar

Uma publicação segura não precisa ser apenas uma lista do que não fazer. Ela também pode contribuir ativamente para prevenção.

Prefira conteúdos que:

- expliquem que o suicídio resulta da interação de múltiplos fatores;
- apresentem alternativas para lidar com crises e sofrimento;
- mostrem que tratamento e apoio estão disponíveis;
- incluam orientações concretas sobre como pedir ou oferecer ajuda;
- forneçam serviços e fontes confiáveis;
- apresentem histórias de enfrentamento, recuperação e reconstrução;
- ampliem fatores de proteção e possibilidades de conexão;
- transmitam esperança sem recorrer a frases simplistas ou promessas de que tudo vai ficar bem (Scavacini, 2019; WHO, 2023; Niederkrotenthaler et al., 2022).

A IASP destaca especialmente histórias de pessoas que enfrentaram crises, buscaram apoio e encontraram formas de seguir vivendo. Esse tipo de narrativa pode ampliar a compreensão sobre o suicídio e mostrar caminhos possíveis para pessoas que estejam enfrentando situações semelhantes (Niederkrotenthaler et al., 2022; IASP, 2024).

Histórias pessoais também precisam de cuidado

Relatos de experiência vivida podem ser extremamente potentes na prevenção do suicídio. Entretanto, compartilhar uma história pessoal não elimina a necessidade de comunicação segura. A IASP (2024) recomenda que pessoas que compartilham experiências relacionadas ao suicídio sejam orientadas sobre como fazê-lo de maneira segura tanto para si mesmas quanto para quem terá contato com o relato.

Isso significa privilegiar o processo de enfrentamento, os apoios recebidos, o que ajudou durante a crise e os caminhos de recuperação, evitando detalhes desnecessários sobre o comportamento suicida.

E os avisos de conteúdo?

O uso de avisos como “conteúdo sensível” ou “trigger warning” tornou-se frequente nas redes sociais. No entanto, a IASP ressalta que as evidências disponíveis não demonstram que esses avisos, por si, reduzam os riscos à saúde mental associados à exposição a representações de suicídio ou autolesão. Eles podem ser utilizados quando fizerem sentido, mas nunca devem substituir o cuidado com a construção do próprio conteúdo e muito menos serem uma desculpa para publicar qualquer coisa.

Antes de publicar, faça uma última revisão:

- A mensagem apresenta o suicídio como fenômeno complexo?
- Evitei informações sobre método e local?
- O conteúdo evita romantização, julgamento e culpabilização?
- Há informações confiáveis sobre onde procurar ajuda?
- A publicação apresenta possibilidades de enfrentamento, cuidado ou recuperação?
- Se uma pessoa em sofrimento encontrar esse conteúdo hoje, ele oferece mais caminhos ou informação do que desesperança?

8. O que tende a ser mais efetivo na prevenção do suicídio

Não existe uma única intervenção capaz de prevenir o suicídio em todos os contextos. As evidências apontam melhores resultados quando diferentes estratégias são combinadas, mantidas ao longo do tempo e articuladas a possibilidades reais de cuidado. Mais do que ampliar a visibilidade do tema, ações de prevenção precisam considerar o público, o contexto, a capacitação de quem intervém, os fluxos de encaminhamento e a continuidade após a atividade (Scavacini, 2022).

Entre os elementos que tornam uma ação mais consistente estão:

- Campanhas de conscientização articuladas a serviços de acolhimento, avaliação e tratamento, com informações claras sobre onde e como buscar ajuda;
- Ações institucionais inseridas em uma estratégia contínua de promoção da saúde mental e prevenção do suicídio, e não restritas a uma palestra ou a um único mês do ano;
- Capacitação de profissionais acompanhada de atualização, supervisão, discussão de casos e definição de fluxos para situações de risco;
- Ações em escolas planejadas de acordo com a faixa etária, com conteúdo seguro, profissionais capacitados, estratégias para identificação de estudantes vulneráveis e fluxos previamente definidos para acolhimento e encaminhamento;
- Protocolos institucionais que estabeleçam responsabilidades, critérios para tomada de decisão, formas de encaminhamento e acompanhamento após a identificação de uma pessoa em risco;
- Articulação entre diferentes níveis de cuidado e diferentes atores, incluindo saúde, educação, assistência social, famílias e redes de proteção, de acordo com o contexto;
- Monitoramento e avaliação das ações, permitindo verificar não apenas quantas pessoas foram alcançadas, mas também o que foi compreendido, quais demandas surgiram e se os encaminhamentos previstos realmente funcionaram.

Em resumo: prevenção do suicídio não se fortalece apenas porque mais pessoas ouviram falar sobre o tema. A ação ganha potência quando informação, capacitação, acesso ao cuidado, continuidade e responsabilidade institucional caminham juntas.

9. O psicólogo, a prevenção do suicídio e os 12 meses do ano

A prevenção do suicídio não deve aparecer na prática profissional apenas durante o Setembro Amarelo. Manejar risco de suicídio é uma tarefa complexa e desafiadora que, sempre que possível, não deve ser feita de maneira isolada. Ao atender esses casos, recomenda-se a revisão constante da própria prática, a atualização técnica e a

busca de apoio para decisões clínicas mais complexas. Supervisão com colegas qualificados no tema e psicoterapia pessoal podem ser recursos importantes para sustentar a atuação profissional.

Atuar na área da saúde implica estar em contato frequente com sofrimento, perdas e situações de elevada complexidade. Esse impacto pode ser ainda maior no atendimento de pessoas com comportamento suicida. Muitas vezes, os sinais de sobrecarga são percebidos apenas quando já começam a interferir no bem-estar e na prática profissional. Por isso, é importante reconhecer precocemente manifestações relacionadas a burnout, trauma vicário e fadiga por compaixão.

Burnout é um quadro decorrente de questões relacionadas ao trabalho, consistindo em exaustão emocional, redução de autoeficácia e diminuição de um senso de conquistas pessoais. Profissionais da área da saúde estão em maior risco para desenvolvê-lo em função de elevada carga de trabalho que nem sempre é contabilizada, como: atualização de prontuários, controle de pagamentos, emissão de recibos ou de notas fiscais, gestão de consultórios, elaboração de documentos psicológicos, resultando em empobrecimento de qualidade de vida. Além disso, compromete a própria eficácia na prática clínica, pois reduz o nível de qualidade do atendimento clínico. Dessa maneira, entendemos que o autocuidado auxilia não somente na própria qualidade de vida, como também em um compromisso ético com nossas(os) pacientes.

Quando trabalhamos com pacientes que vivenciam pensamentos suicidas, suas histórias envolvem dores e sofrimentos significativos. Profissionais da área da saúde que entram em contato com temas sensíveis repetidamente podem desenvolver trauma vicário, risco ocupacional resultante de se envolver empaticamente com conteúdos dessa temática. Pouco falado em graduações de Psicologia, ele pode se apresentar através desses sinais:

- Envolvimento emocional excessivo com paciente;
- Preocupação acima do habitual com processo terapêutico de pacientes fora do contexto de trabalho;
- Dificuldade em manter limites profissionais na relação terapêutica;
- Prejuízos no sono (dificuldade para dormir e/ou pesadelos);
- Preocupação excessiva.;
- Hipervigilância;
- Distanciamento de pacientes, como evitação de entrar em contato com relatos de pessoas atendidas sobre experiências traumáticas.

Fadiga por compaixão é um conceito utilizado para descrever a redução da capacidade de profissionais da área da saúde atuarem com cuidados. Essa exaustão é decorrente de exposições repetidas ao sofrimento de pessoas atendidas e do conhecimento de experiências traumáticas de pacientes, podendo ser desencadeada pelos seguintes fatores (Cavanagh et al., 2020):

- Usos contínuos de empatia e de energia emocional;
- Exposição prévia a trauma;
- Trauma secundário;
- Ambiente de trabalho.

Os riscos ocupacionais aos quais profissionais da área da saúde estão expostas(os) são inúmeros. Por conta disso, estabelecer práticas rotineiras de autocuidado auxilia tanto na promoção de qualidade de vida quanto em maior eficácia na prática profissional. No entanto, autocuidado não deve ser entendido apenas como uma resposta individual à exaustão. Ele também envolve reconhecer limites, rever carga de trabalho, buscar supervisão, apoio profissional e condições mais sustentáveis de atuação.

É importante combatermos mitos comuns em torno do autocuidado:

- Autocuidado não é egoísmo;
- Autocuidado é um compromisso ético para o trabalho eficaz;
- Autocuidado não se resume a atividades pontuais;
- Autocuidado envolve principalmente mudanças de hábitos e cuidado com atividades rotineiras;
- Autocuidado não deve ser feito apenas em “momentos que sobram” da nossa agenda. Ele deve ser planejado para ocupar um papel protagonista na nossa prática.

10. Para além de setembro

O Setembro Amarelo ampliou a visibilidade do suicídio, e tem como objetivo favorecer conversas e mobilizar pessoas e instituições. Mas a visibilidade, por si só, não é prevenção. Ao longo desta cartilha, buscamos mostrar que falar sobre suicídio exige mais do que boa intenção: exige conhecimento, responsabilidade ética, conhecimento da legislação e das diretrizes éticas que guiam o trabalho do psicólogo, atenção ao contexto e compromisso com aquilo que acontece depois que o tema é colocado em circulação.

Prevenir significa transformar conscientização em possibilidade de cuidado. Isso envolve profissionais capacitados, comunicação responsável, mapeamento, identificação e acolhimento de pessoas vulneráveis, fluxos de encaminhamento, acesso a serviços, continuidade das ações e articulação entre diferentes setores. Campanhas podem ser um ponto de partida, mas as evidências apontam para a necessidade de estratégias combinadas e sustentadas ao longo do tempo.

Para psicólogas e psicólogos, isso também implica reconhecer os limites da própria atuação. Nem todo convite precisa ser aceito, nem todo formato é adequado e nem toda ação que pretende ajudar será necessariamente benéfica. Avaliar criticamente uma proposta, modificar seu formato ou mesmo recusá-la quando não houver condições mínimas de segurança também é parte da responsabilidade e da ética profissional.

Ir além do Setembro Amarelo, portanto, não significa necessariamente abandonar a campanha. Significa reavaliá-la enquanto eficácia e extensão; qualificá-la e, principalmente, não permitir que a prevenção termine quando setembro termina. O compromisso com a prevenção do suicídio precisa permanecer nos outros onze meses do ano, incorporado à prática profissional, às instituições, às políticas públicas e às redes de cuidado. A prevenção se fortalece quando deixa de ser apenas uma campanha e passa a ser uma responsabilidade contínua e compartilhada.

Referências

ABRASES. Setembro Amarelo: Carta Aberta à Sociedade e campanha "E SE...". Associação Brasileira de Apoio aos Sobreviventes Enlutados por Suicídio. Disponível em: <https://abrases.org.br/setembro-amarelo/>. Acesso em: 1 set. 2026.

ABRASES. Enlutado por suicídio: você está preparado para o Setembro Amarelo? Disponível em: <https://abrases.org.br/enlutado-por-suicidio-preparacao-setembro-amarelo>. Acesso em: 9 dez. 2023.

AL-HABOUBI, Y.; SHERLAW-JOHNSON, C.; GEORGHIOU, T. Awareness, loneliness, and demand for mental health services in the NHS. *BMJ*, 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Setembro Amarelo. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/>. Acesso em: 30 jul. 2026.

BARBOSA, I. et al. Beyond image: evaluating the perceived effectiveness of workplace mental health programs in the insurance sector. *BMC Public Health*, 2025.

BEIRAM, L.; CACCIACARRO, M.; DAMIANO, B. B. F.; MORAIS, A.; PEREIRA, C. C. M.; SANTOS, J. M.; MARTIN, A.; DAMIANO, R. F. High-risk psychiatric outpatients' perspectives on Brazil's Yellow September suicide prevention campaign. *Journal of Affective Disorders*, v. 412, p. 122146, 2026.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Art. 269: omissão de notificação de doença. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6259-30-outubro-1975-357094-norma-pl.html>. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.935, de 11 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a prestação de serviços de Psicologia e de Serviço Social nas redes públicas de educação básica. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13935.htm. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.531, de 10 de janeiro de 2023. Altera as Leis nºs 13.675, de 11 de junho de 2018, e 13.819, de 26 de abril de 2019, para dispor sobre a execução de ações de assistência social, a promoção da saúde mental e a prevenção da automutilação e do suicídio entre os profissionais de segurança pública e de defesa social, e institui diretrizes nacionais de promoção e defesa dos direitos humanos desses profissionais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14531.htm. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.819, de 16 de janeiro de 2024. Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14819-16-janeiro-2024-795256-norma-pl.html>. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.199, de 8 de setembro de 2025. Institui a campanha Setembro Amarelo, o Dia Nacional de Prevenção da Automutilação e o Dia Nacional de Prevenção do Suicídio. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15199.htm. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.231, de 6 de outubro de 2025. Altera a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para dispor sobre a notificação, pelas instituições de ensino, ao Conselho Tutelar, de casos de violência envolvendo alunos, especialmente automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2025/lei-15231-6-outubro-2025-798088-publicacaooriginal-176637-pl.html>. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.232, de 6 de outubro de 2025. Altera a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, para dispor sobre ações direcionadas a pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial ou com maior risco de desenvolver doenças ou transtornos mentais que aumentem o risco de violência autoprovocada. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15232.htm. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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 dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 1 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o

- território nacional. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 1 set. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim epidemiológico: panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. v. 55, n. 4. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view>. Acesso em: 1 set. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. VIVA: instrutivo: notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 1 set. 2026.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA). Vicarious trauma: signs and strategies for coping. Disponível em: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/your-wellbeing/vicarious-trauma/vicarious-trauma-signs-and-strategies-for-coping>. Acesso em: 1 set. 2026.
- CAVANAGH, N.; COCKETT, G.; HEINRICH, C.; DOIG, L.; FIEST, K.; GUICHON, J. R.; PAGE, S.; MITCHELL, I.; DOIG, C. J. Compassion fatigue in healthcare providers: a systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, v. 27, n. 3, p. 639-665, 2020. DOI: 10.1177/0969733019889400.
- CIPRIANO, R. B. et al. Óbitos por suicídio no Brasil: análise temporal e sociodemográfica (2013-2023). *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1-20, 2025.
- CLAUDIO, D. et al. A Markov chain model for mental health interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Código de ética profissional do psicólogo. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 1 set. 2026.
- COPPENS, E. et al. Promoting employee wellbeing and preventing non-clinical mental health problems in the workplace: a preparatory consultation survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 2023.
- CORASSA, R. B.; LIMA, C.M.; SÁ, N. N. B. Vigilância, Epidemiologia e intersetorialidade para a prevenção do suicídio no Brasil. In: Antoniassi, R.P. N.; Kreuz, G.; D'Oliveira, C.F. A; Altavini, S. C.(orgs). (In)visibilidades: prevenção e posvenção do suicídio na pesquisa e na prática. Londrina : Lucto, 2026. pp. 277-308.
- CRUZ, W. G. N.; RIBEIRO, V. V.; ANDRADE, L. H.; VIANA, M. C.; WANG, Y. P. Analysis of the impact of the Brazilian suicide prevention campaign "Yellow September": an ecological study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 46, e20220564, 2024.
- DAMIANO, R. F. et al. Associations between a Brazilian suicide awareness campaign and suicide trends from 2000 to 2019: joinpoint and regression discontinuity analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 365, p. 459-465, 2024.
- DANTAS, E. S. O. et al. Survivors bereaved by suicide and the possibilities of postvention within Brazilian public health. *Saúde e Sociedade*, 2022.
- FOULKES, L.; ANDREWS, J. L. Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 2023.
- GIANVECCHIO, V. A. P.; JORGE, M. H. P. de M. O suicídio no estado de São Paulo, Brasil: comparando dados da Segurança Pública e da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(6):2427-2436, 2022.
- GIBBONS, R. Someone is to blame: the impact of suicide on the mind of the bereaved (including clinicians). *BJPsych Bulletin*, 2024.
- GOULD, M. S. et al. "Breaking the silence" suicide prevention media campaign in Oregon: evaluation of impact on help-seeking and suicide mortality. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 2024.
- HOFSTRA, E. et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 2020.

- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION (IASP). Language guidelines. 2022. Disponível em: <https://www.iasp.info/wp-content/uploads/IASP-Language-Guidelines-2022-1.pdf>. Acesso em: 2 set. 2026.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION (IASP). Suicide and the role of the media: changing the narrative on suicide. World Suicide Prevention Day Outreach Brief 2024-2026. 2024. Disponível em: <https://www.iasp.info/wp-content/uploads/Suicide-The-Media-Outreach-Brief-2024-2026.pdf>. Acesso em: 2 set. 2026.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION (IASP). World Suicide Prevention Day. Disponível em: <https://www.iasp.info/wspd/about/>. Acesso em: 1 set. 2026.
- McDONNELL, S. et al. Suicide bereavement in the UK: descriptive findings from a national survey. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 2022.
- NIEDERKROTENTHALER, T. et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, v. 197, n. 3, p. 234-243, 2010. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.074633.
- NIEDERKROTENTHALER, T. et al. Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, v. 7, n. 2, p. e156-e168, 2022. DOI: 10.1016/S2468-2667(21)00274-7.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). World Suicide Prevention Day: PAHO calls for changing stigmatizing narrative and fostering support. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/9-9-2024-world-suicide-prevention-day-paho-calls-changing-stigmatizing-narrative-and-fostering>. Acesso em: 1 set. 2026.
- PASHAK, T. J. et al. Awareness isn't saving lives: an experimental exploration of suicide risk reduction methods for emerging adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 2022.
- PIRKIS, J. et al. Suicide prevention media campaigns: a systematic literature review. *Health Communication*, 2019.
- POUDEL, R. P. et al. Effectiveness of suicide prevention programmes among adolescents and sociocultural adaptation of programmes: a systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2025.
- REIDENBERG, D. J.; NIEDERKROTENTHALER, T. Guidance on trigger warnings for suicide and emotionally charged content. [S.l.]: International Association for Suicide Prevention, [s.d.]. Disponível em: <https://www.iasp.info/wp-content/uploads/Guidance-on-Trigger-Warnings-for-Suicide-and-Emotionally-Charged-Content.pdf>. Acesso em: 2 set. 2026.
- ROBINSON, J. et al. #chatsafe 2.0: updated guidelines to support young people to communicate safely online about self-harm and suicide: a Delphi expert consensus study. *PLOS ONE*, v. 18, n. 8, e0289494, 2023. DOI: 10.1371/journal.pone.0289494.
- SCAVACINI, Karen. Suicide survivors support services and postvention activities: the availability of services and an intervention plan in Brazil. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Karolinska Institutet, Estocolmo, 2011.
- SCAVACINI, Karen. Suicídio: um problema de todos: como aumentar a consciência pública na prevenção e na posvenção. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2022. 336 p. ISBN 978-65-5571-094-6.
- SCAVACINI, K. Como falar de forma segura sobre o suicídio [recurso eletrônico]. 1. ed. São Paulo: Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio, 2019. ISBN 978-65-80351-01-5. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/wp-content/uploads/2024/07/Como-Falar-de-Forma-Segura-Sobre-Suicidio.pdf>. Acesso em: 2 set. 2026.
- SCAVACINI, Karen; CORNEJO, Elis Regina; CESCION, Luciana França; GUEDES, Izabella; CACCIACARRO, Mariana Filippini; MOTOYAMA, Érika Perina. Posvenção: orientações para o cuidado ao luto por suicídio. 1. ed. São Paulo: Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio, 2020. ISBN 978-65-991463-1-2.
- SILVA, L. Synthetic control method for evaluating mental public health policies: the case of Yellow September campaign in Brazil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 2025.
- TRIVEDI, C. et al. Impact of "National Suicide Prevention Week" on digital awareness of suicide prevention: an insight from Google Trends. *European Psychiatry*, 2021.
- VAN DER BURGT, M. C. A. et al. The impact of a suicide prevention awareness campaign on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking. *Journal of Affective Disorders*, 2020.

WALSH, D.; FOSTER, J. A call to action: a critical review of mental health related anti-stigma campaigns. *Frontiers in Public Health*, 2021.

WALSH, E. H. et al. Research review: the effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: WHO, 2021. ISBN 978-92-4-002662-9. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>. Acesso em: 30 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide: a resource for media professionals. 2023 update. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/92773496-dc8b-4d42-aef3-3a5a517dfa63/content>. Acesso em: 1 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Suicide Prevention Day. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/world-suicide-prevention-day>. Acesso em: 30 jul. 2026.

WU, A. et al. Organizational best practices supporting mental health in the workplace. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2021.

Como citar esta cartilha

Formato ABNT:

CACCIACARRO, Mariana Filippini; BUSO, Murilo Vasques; CORASSA, Rafael; SCAVACINI, Karen. *Para além do Setembro Amarelo: um guia para psicólogos sobre prevenção ao suicídio, ética e ações de prevenção e promoção em saúde mental [recurso eletrônico]*. São Paulo: Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio, 2026. ISBN 978-65-80351-32-9. Disponível em: [inserir link de publicação]. Acesso em: [inserir data].

Formato APA 7:

Cacciacarro, M. F., Buso, M. V., Corassa, R., & Scavacini, K. (2026). *Para além do Setembro Amarelo: Um guia para psicólogos sobre prevenção ao suicídio, ética e ações de prevenção e promoção em saúde mental [recurso eletrônico]*. Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio. [inserir link de publicação]



INSTITUTO

Vita Alere